

Bra givna svar i skriftligt prov för specialistexamen i allmänmedicin 2011.

För varje uppgift har valts ett svar som någon examinand faktiskt skrev. Det kan ha funnits flera lika bra svar, och ett bra svar är inte nödvändigtvis perfekt, men har varit ett av de bästa.

Uppgift 1. Alexander, 1 ½ år, med hosta.

Jag frågar mamman vad hon har för farhågor och undringar, vad tror hon själv att det beror på? Är hon mest orolig över de sista dagarnas feber och vill hon bara få bedömt om det föreligger någon akut infektion, eller vill hon ha svar på vad den långvariga hostan kan bero på? Är Alexander första barnet, eller har han syskon, och i så fall, har de liknande besvär? Finns det husdjur? Tycker mamma att själva andningen är påverkad ibland? Har Alexander pipande biljud ibland?

Alexander har ju hostat en längre tid, 3-4 månader, och har hereditet för astma. Jag funderar förstås på om hans långdragna förkylningar och hosta kan bero på latent astma. Jag vill fråga mamma om Alexander har haft eksem vilket också kan peka i den riktningen. Å andra sidan kan man ju i samband med dagisstart absolut drabbas av flera olika luftvägsvirus i rad och dessutom ha flera veckors kvarvarande rethosta i efterförloppet. När jag undersöker honom och lyssnar på lungorna är det viktigt att jag samtidigt har min andra hand över sternum och gör manuell kompression, annars är det lätt att missa expiratoriska ronki hos små barn. Nu söker de ju på jourmottagningen, och hos oss innebär det 10 minuter per besök inklusive dokumentation. I så fall nöjer jag mig med att konstatera att Alexander är pigg och opåverkad, att det ej föreligger någon fokal bakteriell infektion som kräver någon akut behandling. Dessutom förskriver jag avsvällande näsdroppar då hans indragna trumhinnor tyder på att han ej lyckas tryckutjämna mellanörat och detta kan ge obehag framför allt nattetid. Det är frestande att förskriva någon slemlösande eller luftrörsvidgande medicin (Mollipect alternativt Bricanyl mixtur) men dessa har ej särskilt väldokumenterade effekter, men om mamma efterfrågar sådan behandling kan den provas. Eventuellt kan högläge till natten lindra något.

Jag bokar dem på kontroll till mig på en lite längre tid någon vecka senare för att följa upp och ta bättre anamnes. Växer Alexander bra i längd och vikt? Om anamnesen fortfarande talar för möjlig astma och hostan låter väldigt besvärlig får jag ta ställning till om man ska provbehandla med Pulmicort i Nebunette dagligen under någon månad och sedan följa upp huruvida detta minskat hostan. I så fall har vi en astmasjuksköterska som kan visa inhalationsteknik.

På vår mottagning är det vanligt att remittera dessa barn (som man misstänker kan ha astma) till barnläkarmottagningen för bedömning, framför allt om det är fråga om Pulmicortbehandling, då man ju befarar att det skulle kunna påverka tillväxten hos små barn. Där kan de dessutom ta pricktest, vilket vi endast gör på vuxna på vår mottagning.

Uppgift 2. Tore, 75 år, trött.

Jag får alltså träffa en 75-årig man som söker för uttalad trötthet.

Patienten har en uttalad postural tremor som diagnostiserades som familjär tremor redan för 30 år sedan. Har en pågående behandling med Inderal 40 mg. Har dessutom haft en episod med bröstsmärtor och jag får anta att bröstsmärtorna har samband med reflux. Någon gång haft kontakt med psykiater

som initierat en behandling mot depression, använder sig av Citalopram 30 mg dagligen med bra effekt vad gäller humöret. Har dessutom en pågående behandling med Levaxin 25 mikrogram, sista omkontrollen för ett år sedan.

Såvitt jag uppfattat har patienten tappat en stor del av livskvaliteten, sover en stor del av dagen på grund av trötthet och har dessutom tappat ett omfattande socialt liv då han generas mycket av att spilla när han äter eller dricker. Patienten har en del funderingar om ett eventuellt samband med medicineringen (Omeprazol).

I första hand försöker jag fördjupa anamnesen, få fram mer information om hur sömnmönstret egentligen ser ut, om han sover på natten om han då sover på dagen. Jag vill gärna ha mer information om patientens tidigare sociala liv och relationen till kompisar och vänner i nuläget. Jag vill dessutom få fram information om och hur patienten funderar kring den naturliga åldringsprocessen, han är ju 75 år gammal (... inte längre 20 ...).

På den somatiska sidan brukar jag erbjuda en ordentlig genomgång av organfunktionerna, lyssna på hjärta och lungor (hjärtsvikt?), EKG, ta orienterande blodprover, i det här fallet bland annat TSH, T4, Hb, blodsocker, njurfunktion, kalium, sänkan, H1. Vi lägger till vikt och efterfrågar viktuppgång respektive viktnedgång.

Idag har jag inga kloka svar utan vill gärna avvakta provsvaren och EKG, vill dock även ta chansen att ta upp patientens egna funderingar och frågor och även förbereda ett utrednings- och uppföljningsprogram. Med andra ord vill jag redan nu diskutera med patienten att det kan bli så att vi eventuellt behöver anpassa vissa mediciner, t ex Citalopram (biverkning?), Levaxin eller Inderal som inte förefaller vara tillräckligt mot tremor och även kan vara orsak till de relativt låga blodtrycksvärdena (anledning till trötthet?).

En ny tid för uppföljning, gärna som läkarbesök om 2-4 veckor (patienten får direkt med sig en ny tid) för att ta upp diskussionen om samtliga prov- och undersökningsresultat, repetition av utrednings- respektive behandlingsprogrammet.

Innan patienten lämnar undersökningsrummet kommer jag att sammanfatta hur jag och vi tycker och ställer frågor om vi är överens om ett sådant program. Jag kommer att poängtera hur viktigt det är att patienten får tillbaka någon form av det sociala livet och bli av med tröttheten.

Uppgift 3. Annika, 30 år, med gynproblem och utslag.

Vad befarar Annika att knutan i underlivet beror på? Vad har hon för tankar kring det hela? Jag tror att knutan i underlivet kan vara en Bartholinsk körtel, alltså en svullnad i körtlar kring vaginalmynningen. Jag tar dock tillfället i akt att höra mig för om hon vid tidigare sexuella kontakter har tänkt på att skydda sig. Om hon haft tillfälliga sexuella oskyddade kontakter försöker jag poängtera vikten av kondom och att erbjuda test för SD. Har hon haft några STD tidigare?

I hennes fall har jag inte misstanke om herpes i första hand men det är svårt att säkert säga då hon endast haft problemen i ett dygn. De problemen hon hade på Kreta, kan hon beskriva hur det såg ut då, blev det blåsbildning? Tre dagars duration talar emot herpes som ju emellertid återkommer på samma lokal gång på gång. Syfilis är extremt ovanligt, kan ge genitala bulor men det brukar inte te sig så här vad jag kan minnas (vi hade dock ett fall här för inte alltför länge sedan). Kondylom å andra sidan är extremt vanligt, men detta liknar ej det. Om jag har tid och möjlighet vill jag göra en mer ordentlig gynekologisk undersökning för att visualisera vagina och portio. Jag ber henne avvakta angående knutan men hon uppmanas höra av sig om det skulle förvärras.

Problemen i ansiktet låter som perioral dermatit, att döma av lokaliseringen. Jag försöker lugna Annika med att detta ej är något farligt. Det kan ha samband med solning, stress, olika matintag, vin. Hon skulle kunna föra en slags dagbok för att hitta samband som stämmer för henne för att kunna undvika

utlösande agens. Hon gör bäst i att använda neutrala parfymfria hudvårdsprodukter. Om det hela skulle förvärras kan man ta till Tetralysal som behandling, men det låter knappast indicerat i nuläget. Jag skulle välja en lokal behandling, dock ej kortisonkräm, då detta kan förvärra det hela. Jag skulle kolla upp de senaste rekommendationerna för lokal behandling av perioral dermatit (Finacea? Basiron?). Jag ser inget samband mellan besvären i ansiktet och underlivet. Remiss till dermatolog behövs ej, men jag erbjuder återbesök till mig om en månad.

Uppgift 4. Susanna, 40 år, som inte vill komma på läkarbesök för sin astma.

Här behöver man få reda på mer! Om jag förstår rätt har man inte ens kunnat göra en ordentlig utredning och därmed kan man inte ens vara säker på diagnosen, även om det låter sannolikt med astma med långvarig hosta som blir bättre av astmamedicin. Allergi? Husdjur? Mögel? Inhalationsteknik? Lungfunktionsinskränkning? Rökning? Alkohol? Utifrån patientens situation fullt förståeligt att hon inte hinner med sin egen hälsa, men här gäller det att jag kan motivera henne.

Jag skulle ringa henne och fråga om jag ringde olämpligt eller om jag kunde återkomma vid bra tidpunkt inom snar framtid. Jag skulle fråga om hur hon mår. Sedan skulle jag förklara att det är viktigt att undersökas mer noga än vad som är gjort hittills för att se om hon har rätt behandling och att se till att lungfunktionen är bra. För detta krävs det att jag kan undersöka henne ordentligt och prata mer med henne, och för det behöver vi träffas. Finns det något jag skulle kunna underlätta för henne? Finns det något annat som hindrar henne från att komma än att hon har ont om tid? Erbjud tid som skulle passa henne och kanske att jag skulle erbjuda henne hembesök. "Om det är svårt för dig att ta dig hit så finns det möjlighet att jag kommer på hembesök, vad tror du om det?". Skulle man kanske kunna ses någon gång när hon ändå ska till vårdcentralen med barnen? Med sex barn i dessa åldrar är det sannolikt att något av barnen behöver hit någon gång. Kanske någon dem också har långdragen hosta?

Jag kan självklart inte tvinga henne att bli undersökt, bara erbjuda och motivera. Hon är vuxen och har ansvar för sin hälsa. Om hon fortsätter att tacka nej till /utebli från undersökningar skulle jag först förnya recepten med små förpackningar och ett uttag, men någonstans kommer det en punkt där jag inte längre kan ta ansvar för det jag förskriver om patienten inte kommer trots flera erbjudanden.

Sedan undrar jag om jag vet något om barnen. Kommer de till vårdcentralen? Har jag eller kollega träffat någon av dem? Borde ha hänt med tanke på ålder och antal. Ensligt hus, pendlingssträcka, föräldrarna ofta utomlands gör att jag funderar på hur barnen har det. Har jag kanske träffat dem på BVC?

Uppgift 5. Anna, 32 år, magbesvär efter utlandsresa.

Vad är Anna orolig för? Är hon bättre än under själva semestern? Hur ledsen är hon att semestern blev som den blev? Hade hon vaccinerat sig innan resan. Självklart låter jag Anna berätta sin historia utan dessa ingående frågor och jag lyssnar, men det är det jag skulle vilja kom fram i anamnesens början.

Om jag inte känner Anna sedan tidigare önskar jag dessutom veta följande:

Mediciner: Har hon några mediciner? P-piller?

Allergi: Någon känd läkemedelsallergi? Annan allergi?

Tobak: Rökare? Snusare?

Alkohol: Berättade att det var en hel del festande i Bangkok. Hur är det annars när hon är hemma?

Droger: Ingick det i festandet?

Hereditet: Känd sjukdom hos föräldrar och eventuella syskon?

Tidigare sjukdomar: Frisk? Opererad? Inlagd på sjukhus för något speciellt? IBS-problematik? Annan tarmsjukdom?

Aktuellt: Nu har Anna berättat färdigt sin historia och jag har frågat ovanstående. Nu vill jag veta mer om vad som hände i Thailand. Ingen annan sjuk? Vad åt hon för mat? Hur började det hela? Hur många

diarréer per dag? Blod? Slem? Vattentunna? Kunde hon äta och dricka under tiden hon mådde som sämst? Kräkningar? Hur mycket feber, hur snabbt försvann den? Insektsbiten? (Bangkok är dock inte malariaområde). Är hon bättre nu än i Bangkok? Går det åt rätt håll?

Status:

AT: Trött, slö, matt? Blek? Tecken på dehydrering?

Cor/pulm: Blodtryck? Lågt? Ortostatisk?

Buk: Mjuk? Oöm? Generellt öm? (Skulle avstå PR idag, troligen mycket öm på grund av frekventa diarréer och inte indicerat i nuläget).

Lymfkörtlar: palpera på sedvanliga stationer.

Differentialdiagnoser: Salmonella? Campylobacter? Shigella? Yersinia? Hepatit A? (Divertikulit?)

Åtgärd: Kollar om patienten får i sig tillräckligt med dryck och eventuellt lite mat. Behov av dropp bedöms. Feberfri, mår bättre än i Bangkok. Om inget dropp behövs, expektans hemma i väntan på odlingssvar från faeces samt maskar och cystor. Sjukskrives under den första rutan på intyget, smittskydd, i väntan på odlingssvaren. Bör (får?) inte arbeta med eventuell smittsam infektion på förskola. Dessutom är patienten trött och matt och har fortsatta tarmbesvär. Om positiv odling, aktiv expektans och ska smittskyddsanmälas. Information kring detta om det blir aktuellt.

Uppgift 6. Arne, 52 år, ont i axel.

Anamnestiskt finns misstanke om att det har förelegat ett impingementsyndrom eller skuldertendinit tidigare men att det nu i samband med traumat blivit en rotatorcuffskada i axeln. Jag röntgar naturligtvis för att utesluta skelettskada eller luxation. Finns avslitna benfragment i anslutning till senfästen. Anamnes och status inger ej misstanke om frusen skuldra som har ett annat förlopp och mer karakteriseras av stelhet/rörelseinskränkning även passivt på grund av kapselskrumpning. Jag skulle också kunna ge lokalbedövning genom subakromiell injektion och sedan testa muskelfunktionerna mer noggrant när patienten är smärfri.

Rotatorcuffskador bör bedömas snabbt av ortoped, fördröjning kan innebära mycket sämre operationsresultat. Operation bör ske inom 6 veckor. I mitt landsting pågår ett projekt om Rotatorcuffskador där vi vid misstanke om sådan ska skicka patienten för bedömning till jourhavande ortoped på akutmottagningen. Om ortoped instämmer i misstanken beställer de en magnetröntgen av skuldran inom två veckor och patienten får komma till en speciell rotatorcuffmottagning efter detta för ställningstagande inför operation.

Således ska jag inte avvakta utan tänka att detta är ett tillstånd som kräver snabb handläggning och med tanke på eventuell snar operation kanske jag också ska ta ett blodtryck på patienten samt kontrollera allergier, aktuell medicinering, tobaksvanor och informera och förbereda patienten på hur det troligen kommer att handläggas. Annan smärtlindring än Alvedon kan behövas, kanske prova NSAID + Alvedon + eventuellt Tradolan/Citodon. Sjukgymnastbedömning bör inte fördröja handläggningen men kanske kan vara aktuellt för att optimera patienten inför operation, förbereda rehabilitering.

Klarar han att jobba? Är han högerhänt? Behövs sjukskrivning? Tar kontakt med patienten efter ortopedbedömningen.

Uppgift 7. Utbildning för personalen om sköldkörteln.

Hypotyreos typ 2 – det begreppet har jag visst missat. Jag antar att ni menar det som ibland kallas subklinisk hypotyreos? Det är ju ett tillstånd som det enligt vår skolmedicin över huvud taget inte finns belägg för, så det är ett tillstånd jag inte kan föreläsa om, och det börjar jag med att klargöra för min chef. Däremot kan jag ju förstås föreläsa om tyreoida och dess sjukdomar.

Jag uppfattar av texten att det snarare är en föreläsning för all personal på mottagningen än för allmänheten. Jag läser på lite extra och förbereder en sådan på följande sätt:

Mina punkter:

1. Börja stunden med att ta reda på vad mottagningens medarbetargrupp kan om sköldkörtel och sköldkörtelsjukdomar och ta hänsyn till detta i min fortsatta framställning.
2. Redogöra kort för organet och hormonerna som produceras, kort beröra den hypofysära styrningen.
3. Redogöra för under- och överfunktion, hur vi kan mäta detta med prover (berör då även att ingen evidens finns för subklinisk hypotyreoos och andra substitutionsbehandlingar).
4. Redogöra för sjukdomar som kan orsaka hypo- respektive hypertyreos.
5. Något om struma, dvs själva sköldkörtelförstoringen (viktigt för att reda ut begreppen).
6. Ha ett patientfall och relatera det till de olika funktionerna på mottagningen – vad skulle en sådan patient kunna rapportera för symtom på telefon, vad görs på lab, vilka riktlinjer gäller för provtagning (t ex vila 15 min, tabletter före eller inte).
7. Avsluta med gruppens frågor.

Uppgift 8. Maud, 80 år, diabetes.

Här finns misstanke om svikt i hemsituationen /patientens förmåga att själv klara av sin sjukdom. Orsaken kan vara till exempel demens, depression, missbruk. Eftersom detta kommit snabbt kanske man också måste överväga stroke? Var det maken som höll ordning på medicinerna innan? Finns tecken på tidigare kognitiv svikt? Jag diskuterar med diabetessköterskan vilken bild hon har fått av Maud.

Jag ringer upp Maud och ber henne komma på ett besök ganska snart för en kontroll med anledning av det försämrade diabetesläget och sköterskans oro. Hon får gärna ta med sig en anhörig eller om det ej är möjligt så frågar jag om hennes medgivande att kontakta dottern för att få hennes syn på moderns hälsa.

Vid besöket överväger jag de olika differentialdiagnoserna och undersöker anamnestiskt och statusmässigt om jag kan finna ledtrådar till vad som orsakat denna försämring. Förutom anamnes och status kan jag använda mig av MMT och till exempel MADRS-S eller HAD-skolor. Beroende på vad jag hittar, gå vidare med den diagnosen, vidare utredning och behandling.

Överväger medicinändring avseende diabetesen. Osäker på om Novonorm påverkas av sämre njurfunktion vilket är vanligt hos äldre. Kollar upp det. Kontrollerar krea samt "demensprover".

Min känsla är att det här kan behövas hjälp med medicineringen, patienten kan då behöva hemtjänst /hemvård. Är det annat i hemsituationen som sviktar? Klarar hon ekonomi, matinköp, matlagning, städ, tvätt, personlig hygien? Efter behov hjälpa patient och anhörig att ta kontakt med rätt instans samt bistå med informationsöverföring.

Om patienten vägrar att ta emot någon sådan hjälp kanske man måste utsätta insulinbehandlingen, då den ej känns patientsäker. Risk för hypoglykemi om patienten tar för mycket. Målet bör vara symtomfrihet, behöver ej pressa HbA1c så lågt på äldre.

Vad gäller bilkörning beror det ju naturligtvis på om patienten har demenssymtom. Om så är fallet bör jag ta upp detta med henne på ett sätt där målet ska vara att hon själv inser att det inte är bra att hon kör bil längre. Om jag anser att hon ej är lämplig i trafiken och ej kommer att sluta köra bil har jag skyldighet att anmäla detta till Transportstyrelsen. Eventuellt kan jag be om hjälp från geriatriska kliniken att göra en bedömning avseende lämplighet som bilförare om jag är osäker.

Uppgift 9. Sven, 77 år, demens och testamente.

Knepigt!

Här är det viktigt att inte ta ställning för eller emot endera parten och på så sätt dras in i konflikten under uppsegling mellan Svens sambo och Lennart. Det är förstås möjligt för mig att skriva ett sådant intyg, då jag ju känner patienten, och det låter rimligt att en långt gången demenssjukdom kan ogiltigförklara ett eventuellt testamente, men jag undrar vidare:

Till vad sonen ska använda intyget, till vem det ska skickas?

Det finns ju också anledning att tro att Sven som verkar ha haft en bra relation till sin sambo verkligen ville detta trots Alzheimerdiagnosen. Grundproblemet verkar dock vara att Lennart inte informerats om testamentet.

Får jag skicka ett sådant intyg egentligen, särskilt när jag inte vet hur det ska användas? Då jag är osäker på detta skulle jag i första hand rådfråga min verksamhetschef och eventuellt den jurist som finns knuten till vårdcentralen, för att efterhöra hur rättsläget ser ut vid denna typ av tvist, helst innan jag ringer upp Lennart. Bör också läsa igenom mina journalanteckningar innan ett eventuellt intyg. Hur var hans tillstånd vid mitt sista besök hos honom? Kan jag med ledning av dessa bedöma om han då var rättskapabel eller ej? Är det min uppgift i ett intyg av detta slag att ange detta?

Är Lennart angelägen om snart kontakt innan jag pratat med ovanstående personer kan jag i samtalet beklaga det som hänt, eventuellt höra hur han själv mår i den aktuella situationen (kuratorkontakt?), och be om mer information om vad han ska använda intyget till samt be om någon dag/dagar för att kontrollera rättsläget inför en eventuell intygsskrivning.

Om jag sedan dock skriver ett intyg kan det vara formulerat enligt nedan:

Till vederbörande

Undertecknad har varit Sven X:s (personnummer xxxxxx-xxx) läkare under perioden xx – xx. För tio år sedan fick Sven en Alzheimerdiagnos och har under sina sista tre år vårdats på demensboende på grund av långt gången Alzheimerdemens. Denna yttrade sig för Sven X så att han den sista tiden var svårkontaktbar och förlorade all autonomi. Vid mitt sista besök hos Sven NN i slutet av september i år var han ... (här får jag formulera mig efter mina senaste journalanteckningar). Detta intyg är skrivet på Lennart Y:s begäran och grundar sig på personlig kännedom om patienten samt journalanteckningar.

I tjänsten 2 oktober 2011

NN

Leg. Läkare

XX vårdcentral