

## Bra givna svar på skriftliga provet i specialistexamen 22 oktober 2018.

Detta är autentiska svar från examinander som skrev provet 2018, ibland med smärre språklig redigering. Varje uppgift har bedömts av två granskare, olika för varje uppgift, och de har valt ut ett av de bästa svaren på sin uppgift.

### Uppgift 1. Kim, 14 år, med magont och ibland gula ögonvitor.

Jag tänker att det är en lång tid som patienten har haft gula ögonvitor och att man söker först nu. Det är ändå ett tecken på att de inte varit jätteoroliga. Jag efterfrågar ytterligare föreställningar (utöver laktosintolerans) och såklart oro (många tänker cancer vid detta symtom) samt vilka förväntningar man har på dagens besök. När jag hör dessa symtom tänker jag på Gilberts syndrom ffa eftersom det kommer och går men jag måste såklart tänka brett och överväga hepatiter (dock brukar Hep A ha ett mer dramatiskt och kortvarigt förlopp, Hep B och C kan vara asymtomatiska vid insjuknandet och det är lite tidigt att få symtom på gulsot vid 14 år). Körtelfeber kan även ge gulsot men det är då också ett kortvarigt infektionsförlopp. Vid Gilberts syndrom, som är en normalvariant, där kvoten konjugerat-okonjugerat bilirubin (minns ej exakt utan måste kolla upp värdet) har ett visst värde, kan patienten bli tillfälligt gul vid tex infektioner och det är helt ofarligt.

Jag ställer frågorna direkt till Kim så att han får komma till tas men låter mamma såklart komplettera så att jag får hela bilden. Jag berättar även att vi som rutin brukar prata i enrum med ungdomen också efter att jag ställt frågor gemensamt. Har man noterat något samband när det gula kommer? Efter vissa läkemedel? Feber? Hur är det med matintag? Regelbundet med tanke på att han tränar så mkt? Vikt och längdkurva, hur har de sett ut? Jag antar att de varit normala. Angående det magonda, hur ofta? Hindrar det honom i aktiviteter, går det att distrahera bort? Hur många diarréer och hur ofta? Samband laktos? Gaser? Färg på avföring? Kittfärgad? Andra sjukdomar och hälsoproblem? Ärftlighet? Nån i familjen med Gilberts syndrom? Har patienten fått blodtransfusion? När jag pratar med Kim kort frågar jag om han har något ytterligare att tillägga? För att få fram om han är orolig för något och inte vill berätta med mamma närvarande? Dopingpreparat? Testat droger... ?

Jag gör en noggrann undersökning av levern – storlek? ömhet? defense? Jag kollar ögonvitorerna i dagsljus. Ber att få se en bild (om de har) hur det brukar se ut när de är gula. Lyssnar på lungor och hjärta enligt rutin. Tittar på hudfärgen.

Jag antar att jag i min anamnes inte får fram någon misstanke på hepatit, EBV, malignitet. Jag sammanfattar och berättar att vid undersökningen ser allt normalt ut, pigg och vital kille. Jag misstänker ffa ett normaltillstånd som heter Gilberts. De gula ögonvitorerna låter inte som laktosintolerans men diarréerna skulle kunna vara det då patienten har kommit upp i tonåren. För att testa detta (som också är ett normaltillstånd) ber jag dem utesluta laktos helt 2 v och sen provocera med 1 stort glas mjölk och föra dagbok över symtom.

Jag tar fullständigt leverstatus (ASAT, ALAT, bilirubin: konjugerat och okonjugerat, ALP, albumin, PK) blodstatus, elstatus, CRP och bokar ett återbesök om några veckor men ger noggranna instruktioner om att höra av sig tidigare om försämrat allmäntillstånd. Om endast bilirubinstegring och kvoten stämmer med Gilberts får de noggrann info om det vid återbesök. Om de andra proverna är förhöjda diskuterar jag med barnläkare om fortsatt provtagning och hur bråttom med remiss till dem, då fortsatt utredning då får ske via barn.

### Uppgift 2. Astrid 87 år, på särskilt boende, bröstcancer, försämrad med svaghet och förvirring.

Astrid 87 år bor på särskilt boende och har bröstcancer med spridning till hjärnan. Nu har hon fått ytterligare neurologiska symtom. Jag har träffat patienten på boendet och inte noterat något ytterligare vid undersökningen mer än de ökade neurologiska symtomen. Jag skulle försöka ta reda på om hon har någon feber, eller andra infektionstecken, eller annat nytillkommet som kan vara delförklaring till förvirringen.

I detta fall skulle jag inte driva någon ytterligare diagnostik bilddiagnostiskt. Dock skulle jag sannolikt kontrollera p-glukos kapillärt med tanke på kortisonet.

Jag skulle ha ett möte med dottern, patienten och personal på boendet. Jag hoppas att man haft ett brytpunktssamtal långt tidigare, med justeringar gjorda av tidigare medicinering etc, men oavsett behöver jag nu prata med alla berörda.

Det mest sannolika är att svullnaden intrakraniellt ökat, antingen pga tumörtillväxt eller pga ökat ödem pga eller oavsett minskningen av Betapred. Man kan också tänka sig en infarkt eller blödning men det är mer osannolikt, svagheten i benet är på samma sida som svagheten i handen varit noterat jag. Oavsett bedömer jag ytterligare bilddiagnostisk utredning inte leda någonsamt.

Jag skulle prata med dottern tillsammans med patienten och berätta om att sjukdomen progredierat på ett väntat sätt. Jag skulle prata om hur livets slutskede kan te sig och vilka möjligheter som finns för lindring. Jag skulle betona för patienten och dottern att patienten ej kommer att behöva lida. Jag kommer erbjuda möjlighet för frågor och reflektioner och notera särskilt om hon verkar mycket orolig med tanke på hennes motoriska afasi. Jag skulle före besöket efterhöra med ansvarig sköterska om något speciellt framkommit.

Jag skulle sätta in vid behovs ordinationer för palliativa läkemedel. Jag skulle vara observant på symtom på oro, illamående, smärta. Jag är inte så van vid att hantera hjärnmetastaser men skulle, efter samråd med onkologkonsult eller dylikt, eventuellt öka Betapredosen igen i symtomlindrande syfte. Jag skulle ombesörja tät uppföljning och att sköterskan kan nå mig eller jourläkare enkelt vid behov. Jag skulle kanske ordna papper för sk "väntat dödsfall" och delegera till sköterska möjlighet att fastställa död. Jag skulle efterhöra om dottern önskar intyg för närståendepenning (är det möjligt vid vård på särskilt boende? I så fall efterhör jag).

### **Uppgift 3. Efraim 22 år med halsbränna och vita fjäll i håret.**

Efraim, 22. Halsbränna, stress. Vita fjäll skalp.

Jag bemöter direkt min känsla att Efraim vill komma ifrån konsultationen genom att ta upp det öppna, och ge honom möjlighet att berätta. Om han inte har tid att vara kvar idag kanske det är bättre att boka in ett nytt möte där vi gemensamt kan intressera oss för hans besöksorsaker?

Jag frågar först mer om TBC-behandlingen – fullföljde han den? Om tveksamheter uppkommer, ber jag att få rekvirera journalkopior från gamla orten. Då jag har klart begränsad erfarenhet av behandling av TBC, kommer jag att kontakta infektion på lasarettet om behandlingen eller uppföljningen verkar ha sviktat.

Avseende magen (om Efraim vill stanna idag) frågar jag extra om dyspepsi - ont, viktrubning, ändrad avföring, kräkning. Om han inte uppvisar detta kan man misstänka okomplicerad GERD, börja med noggranna livsstilsråd (stark mat, stora måltider, sena måltider, alkohol, rökning, stress). PPI i perioder kan absolut fungera. Kan också prova Ranitidin. Men – om han kräver PPI regelbundet, eller har dyspeptiska besvär enligt ovan, tycker jag att vi gör en gastroskopi: Esofagit? Hiaturhernia? Erosioner magsäck? Helicobacter? (också vanligare vid utom-svensk härkomst).

Jag vill gärna följa upp hur det går med magen – kan vi stämma av på telefon om 2-4 veckor?

Avseende håret är jag idag mest intresserad av att se om jag tycker att fjällen ser ut som psoriasis-plack. Väldigt feta plack med stearin-utseende gör mig misstänksam. Hur ser i så fall resterande kropp ut? Det är kanske troligare att det rör sig om seborroiskt eksem, vilket jag i så fall kan prova att behandla med ketokonazol-sampo om patienten är besvärad.

#### **Uppgift 4. Jonas, vik före AT, frågar om Rolf, 55 år, med axelbesvär.**

Jag skulle berömma Jonas för att han tar upp det här ärendet för diskussion. Det är ett fall, inte så ovanligt inom allmänmedicin men som kräver en del eftertanke och planering för att det ska bli bra.

Tillsammans skulle vi gå igenom Rolfs journal. Vad har han fått för bedömningar och behandlingar tidigare. Vad finns det för information om hans sociala liv, vad jobbar han med. Alkohol/droger/tidigare missbruk? Rökning?

Vi skulle gå igenom det aktuella. Rolf verkar haft besvär med sin axel åtminstone 3-4 månader. Hur har förloppet sett ut? Vi skulle resonera kring tänkbara diagnoser rörande axeln, impingement, artros, tendinos, frozen shoulder – smärtfas, stelfas, upptiningsfas. Dessutom nackproblem sedan tidigare, kan det spela in? Ritzopati härrörande från nacken?

Vi skulle läsa igenom den senaste anteckningen hos sjukgymnasten, hur såg status ut och vad finns för uppföljning?

Stämmer diagnosen eller finns det behov av ytterligare utredning ex en röntgen? En erfaren kollega bedömde det hela som en tendinit, det var dock 3 månader sedan. Vad har hänt sedan dess?

Vi skulle diskutera smärtbehandling och det olämpliga i Citodon pga beroendeframkallande potential samt olämpligt läkemedel vid kronisk smärta. Värde av en strikt plan och uppföljning vid insättande av dessa läkemedel.

Vi skulle diskutera vikten av att ta ett status, eftersom att det är så vi i journal också kan följa förlopp.

Alternativ smärtlindring till Citodon? Subakromiell injektion av Lederspan om impingement?

Vi skulle använda fallet som ett tillfälle till inläring. Återbesök till Jonas där jag kan närvara och vi tillsammans undersöker och lägger upp en plan med patienten. Förmodligen också upprätta en kommunikation med ansvarig sjukgymnast så att vi kan följa patienten tillsammans.

#### **Uppgift 5, Stina 6 månader, avplanad viktkurva, blod i avföringen.**

Här träffar jag Stina, 6 mån glad och pigg flicka med avplanad viktkurva. Jag hör mammas oro och försöker bemöta den. Jag läser att mor ammar, ammar hon fortfarande? Har flickan fått ersättning? Jag undrar också om det är första barnet? Innan jag går över till själva tillväxtkurvan frågar jag mamma om hon har fått den hjälp hon behöver via psykologen? Vi har ju psykologen knuten på mottagningen och oftast kan man gå in i patientens journal med samtycke. Jag erbjuder en tid till mamma på mottagning där jag kan träffa henne och prata mer om hennes oro, eftersom vi sannolikt inte kommer att gå in så mycket djupare vid besök på BVC.

Jag noterar att Stina har gått ner -2 SD på tillväxtkurva vilket är ju lite oroväckande, detta på 2 månader. Hon är något utredd tidigare och verkar inte varit påverkad i övrigt trots att man noterat tillkomst av blod under hela tiden. Här misstänker jag inte invagination, eftersom Stina är 6 mån, buken är mjuk och fin och status ua i övrigt. Däremot funderar jag om mamma har provat komjölkspoteinfri kost alternativt komjölkspoteinfri ersättning, eftersom Stina har besvär med långdragna blödningar. Jag skulle rekommendera detta i första hand. Vi har möjlighet på vår BVC att boka vissa barn till barnläkare som kommer 1gång/mån. Om det är närmaste dagarna eller i veckan skulle jag erbjuda direkt en tid alternativt om tiden inte finns skicka remiss till Barnmottagningen där man kan ta ställning och förskriva vidare komjölkfri mjölkersättning. Jag funderar vidare om matintroduktion som BVC-sköterskan säkert fördjupat sig i. Oftast går 6 mån gamla barn ner i vikt när man börjar introducera mat, men i Stinas fall behöver jag tänka lite bredare eftersom -2SD är lite mycket.

Vidare i slutet av samtalet vänder jag mig till pappa om frågor hur han mår, om han har några funderingar, förväntningar eller känner sig orolig. Förhoppningsvis lämnar han mobilen åt sidan och man får lite mer information kring hans mående/roll i familjen.

#### **Uppgift 6. Louise, 56 år, vanföreställningar.**

Det mest väsentliga problemet är patientens paranoida vanföreställningar, som leder till undermålig vård och haltande kontakter med hjälpfunktioner i samhället. Patienten behöver en bra bedömning av en psykiater och en behandling som skulle göra henne mindre paranoid och öppna upp för vidare bedömningar av hennes tillstånd i övrigt. Det vore viktigt att få henne gyn-undersökt för att kunna utesluta en gynekologisk tumör om det gått mer än ett år från menopaus. Om hon fortfarande menstruerar är det ju en annan situation, men det vore extremt sent i så fall. Hennes låga Hb verkar hon ju vara van vid, så hon har nog haft det länge. Jag vill gärna ta ett blodstatus samt anemiprover för att kolla om detta är en järnbristanemi, i så fall behöver ju patienten järntillskott. I hennes fall kanske en infusion vore lämpligast om compliance misstänkts bli suboptimal. Det står inget om någon ischemisk hjärtsjukdom så jag antar att hon kardiellt är i gott skick, vilket ju är bra om hon ligger så lågt i Hb.

Rent praktiskt går jag tillväga så här: Patienten verkar mycket svår i kontakten, så det är extra viktigt att bygga en terapeutisk allians. Jag ordnar ett snabbt återbesök (eller ännu hellre hembesök, för att få en bättre bild) med gott om tid avsatt. Pratar med patienten enligt konsultationsmodellen, tar reda på hennes 3F, vad hon själv vill och vilken sjukdomsinsikt hon har. Kanske kan man redan vid besöket på hälsocentralen ordna en järninfusion och ny provtagning? Kanske kan patienten tänka sig att prova lågdos tablett Risperdal, som jag har viss erfarenhet av? Kan hon tänka sig att träffa en kollega som är psykiater? Utifrån hur hon ställer sig till ovanstående går jag vidare och nystar mig fram. Om jag möter stort motstånd kan jag eventuellt använda patientens förfrågningar om intyg och annat som en hävstång för att t.ex. pröva behandling som motprestation.

Det här är en svår patient som jag definitivt skulle bolla i vår läkargrupp på Hälsocentralen, där vi varje dag har en halvtimmes möte med kaffe för att lyfta kluriga frågor. Jag vet inte hur verklighetsfrånvänd patienten är, det kan ju faktiskt ligga en del i att kommunen kommit med många krav och hon därför känt sig förföljd och trakasserad, det kan ju faktiskt hända att kommunen tagit sig in i hennes lägenhet med huvudnyckel. Däremot osannolikt att de förgiftat hennes katter eller att någon förgripit sig på henne nattetid. Om patienten vägrar behandling och vidare bedömning och bedöms tillräckligt verklighetsfrånvänd kan hon bli aktuell för LPT, där man ineliggande kan behandla hennes psykotiska symtom för att därefter kunna gå vidare med gynbedömning och anemibehandling etc. Hon ska ju i så fall uppfylla kraven Allvarlig psykisk störning, Oundgängligt behov av slutenvård och Oförmögen att ta ställning till vården pga bristande sjukdomsinsikt.

#### **Uppgift 7. Evelina 42 år, genital herpes.**

Avseende hennes genitala herpes ställer jag förtydligande frågor. Var den brukar sitta? Har hon fast partner? Informerad? Det måste man göra vid ny partner. Andra gynsymtom som flytningar etc? Regelbunden mens? Har hon provat någon behandling, lokal eller systemisk? Hur mycket besvär upplever hon nu när hon får infektionen? Jag vill också veta var utomlands hon bodde? Beroende på var hon befann sig, finns det risk att hon där drog på sig andra sjukdomar som t.ex. HIV/hepatit?

Jag vill också gärna göra en gynundersökning som jag utgår från är normal i och med att hon inte har några symtom nu. Om hon upplever att det blir jobbigt vid utbrotten kan hon få Valaciklovir att ta 5 dagar i samband med utbrott för att begränsa det. Man kan också smörja lokalt med xylocain gel om det är jättebesvärligt. Kan man inte kissa måste man söka. Men första infektionen är den värsta och med tiden brukar utbrotten avta. Sökte hon för episoderna som kom i Sverige? Om inte tycker jag hon ska komma hit på direkten nästa gång hon

får symtom så vi får titta och sedan eventuellt ge behandling enligt ovan. Fler frågor från patienten avseende herpes?

Hårdhet i bröstet lät diffust och svårt att säga något om utan att han undersökt patienten, kan inte riktigt släppa iväg henne efter att fått den informationen. Känt likadant någon gång tidigare? Hereditet för bröstcancer? Viktnedgång? Naturliga svettningar? Vad tänkte hon själv när hon kände detta i bröstet?

Jag undersöker bröstet med bimanuell palpation i både sittande och liggande. Hittar jag en knöl, indragningar eller annat avvikande informerar jag patienten om det och misstanke om cancer och skickar henne för SVF till mammografi. Om status är normalt skulle jag med tanke på att hon själv känt något avvikande och inte gjort mammografier ändå skicka en mammografiremiss, men inte SVF.

### **Uppgift 8. Margareta 89 år, miktionsbesvär.**

Pigg 89-årig dam nu med miktionsbesvär. Sveda och smärta vid miktion och får kissa flera gånger på natten.

Det kan finnas flera bakomliggande orsaker till dessa symtom. Har Margareta en UVI? Urinsticka kontrolleras och urin skickas för odling. Beror detta på sköra slemhinnor? Behov av lokalt östrogen? Vid en gynundersökning på vårdcentralen så kan vi också undersöka eventuellt framfall, eventuellt prova prolapsring, och mikroskopera om bilden liknar den vid vaginal svampinfektion. Detta behandlas i så fall lokalt.

En orsak till Margaretas miktionsbesvär kan vara förhöjd mängd glukos i urinen (verkningsmekanismen för Forxiga är ökad utsöndring av socker via urinen), vilket ökar risken för urinvägsinfektioner och svampinfektioner. Om vi sätter ut denna så får vi följa blodsockret och kanske höja en av de andra anti-diabetika. Men frågan här är hur hårt vi behöver hålla Margaretas diabetes, hon är ju trots allt 89 år.

Här är det också viktigt att inte glömma den sociala situationen. Margareta är mycket trött. Hon har sovit dåligt och maken är snart på väg hem från avlastningsboendet. Klarar Margareta av detta i nuläget, önskar hon hjälp med att avlastningstiden förlängs? Hur ser hemsituationen ut?

Såhär blev det:

Margareta önskar ytterligare några dagars avlastning för maken vilket kommunsköterskan ordnar. Urinstickan noteras nitritpositiv, och Margareta har symtom med täta trängningar och sveda. Urin skickas för odling och Selexid insättes som växling från tidigare Furadantin. Lokalt östrogen sätts in mot sköra slemhinnor. Telefondid för uppföljning om 5 dagar. Forxiga sätts ut. Margareta bestämd med att hon inte vill höja något av de andra läkemedlen för att hålla nere blodsockret.