

Bra givna svar (BGS) på skriftliga provet i specialistexamen 2020

Detta är autentiska svar på de åtta uppgifterna i provet av dem som skrev provet i oktober 2020, ibland med smärre språklig redigering. Varje uppgift har bedömts av två granskare, erfarna specialister i allmänmedicin och utbildade kompetensvärderare, olika för varje uppgift. De har valt ut ett av de bästa svaren på sin uppgift som "bra givet svar".

BGS uppgift 1 – Filip, 11 år, magont mm

Filip har inte stor aptit, och har ont i magen och ledvärk. Jag behöver veta några kompletterande uppgifter i anamnesen. Jag skulle vilja veta när Filip har diarré, även nattetid? Detta med tanke på eventuell IBD. Hur började hans besvär och hur har det varit hittills under uppväxten, har något ändrat sig? Kommer besvären med viss mat (laktos, gluten). Har han även en förstoppningstendens? Som är mycket vanlig hos barn. Jag vill veta om det förekommer sjukdomar i familjen, såsom IBD, reumatisk, sköldkörtelproblem. Har Filip något hudproblem? Med tanke på reumatism. Hur ser avföringen ut? Vi kollar tillsammans på Bristolskalan. Finns det blod eller slem inblandat? Hur går det med vattenkastningen? Det finns uppgifter om inte så stor aptit, men vad betyder det? Vad får han i sig på en vanlig dag? Rör han på sig mycket? Kommer han med i gympa? Även lite mer om det psykosociala, hur är familjsammansättningen? Hur trivs Filip i skolan, klarar han sig bra eller är han väldigt blyg? Har han även besvär när han inte ska gå i skolan?

Jag är mycket nyfiken vad mamma är orolig för, eftersom hon beskriver en oro som pappa inte beskriver. Mamma tycker att han är magerlagd, men det verkar inte vara något jag kan objektivera. Är Filip för övrigt frisk? Använder han några mediciner?

När jag har fått all information i anamnesen vill jag undersöka lite mer, så som tillväxten. Jag mäter och väger Filip och kollar Tannarstadia. Hur långt har han hunnit i puberteten, finns det avvikelse i tillväxten? Jag kollar även hudstatus, eksem? Jag ser samtidigt hur han betar sig när jag undersöker honom. I den här åldern kan man vänta sig att han inte är jättemotiverad till att samarbeta, men det borde gå. Han blir kanske också något mer pratsam under besöket. Jag gör även en per rektum om han tillåter, för att känna förstoppningstendens.

Sedan diskuterar jag fynden med Filip och mamma. Än så länge har vi inte hittat någon orsak. Men vi ska ta orienterande blodprover. Jag kollar blodsocker, blodstatus (anemi?) tar transglutaminaser och calprotectin. Även TSH och en urinsticka (standard vid ont i magen). Under tiden vill jag att föräldrar och Filip håller en dagbok. När kommer magsmärta och diarré och vad har han ätit den dagen, eller gjort den dagen. De får återkomma om 2 veckor på besök, då har jag fått provsvar och de har hunnit skriva dagbok. Oftast handlar det enbart om funktionell diarré, men ledvärk i kombination med diarré och eventuella tillväxtavvikelser gör att jag vill utesluta 'det farliga' som IBD eller celiaki.

BGS uppgift 2 – Gösta, 83 år, urinvägsproblem

Gösta söker alltså med hematuri vilket är larmsymtom och motiverar utredning via SVF. I normala fall skickar jag då remiss samma dag och han kallas för utredning med CT urinvägar, urincytologi och cystoskopi. I första hand ska tumör uteslutas. Finns riskfaktorer i form av hereditet, rökning? Jag frågar Göran om hans tankar och farhågor kring symtomen. Förklarar att hematuri måste utredas snabbt då det kan vara symtom på cancer.

Andra tänkbara orsaker till hans hematuri är njur- eller blåsstenar eller hans aktuella cystit. Han verkar också ha en förstörad prostata med LUTS-besvär, och trombylbehandling vilket ibland kan leda till blödning (detta är dock en uteslutningsdiagnos efter utredning).

Utöver SVF-remiss så skickar jag en urinodling och sätter in antibiotikabehandling med anledning av hans positiva nitrit. Inför detta så kontrollerar jag även crp, temp, p-glukos och beställer ett kreatinin. PSA är av tveksamt värde i nuläget med tanke på infektion. Om ej feber väljer jag Selexid eller Furadantin x 3 i sju dagar (efter att ha frågat om allergi), vilket får ändras vid behov efter odlingssvar. Om jag har tillgång till bladderscan kan detta kontrolleras efter miktion.

Efter att SVF-utredning är initierad finns det flera saker som Göran kanske behöver hjälp med. Har han en nydebuterad diabetes? Behöver vi behandla hans blodtryck? Efter utredningen är klar: kvarstående LUTS-besvär? Behandling av dessa? Isåfall initialt miktionslista och IPSS. Därefter eventuellt behandling med alfuzosin och finasterid. Detta är dock inte akut i nuläget utan hanteras lämpligast med ett uppföljande besök om t.ex. en månad, eventuellt med föregående BT-kontroll hos ssk.

BGS uppgift 3 – Hanna, 23 år, huvudvärk

Hanna 23 år med värk ovan höger ögonbryn sedan 6 dagar.

Jag hade börjat med att efterfråga vad Hanna själv tänker om sina besvär och har för funderingar inför dagens besök: Tanke, oro, önskan. Hon söker ju vård för att hon är orolig för något. Hon kommer på jourtid så kanske jobbar hela dagarna och det har gått bra med värken men ändå orolig för den?

Hanna har således en för henne ny huvudvärk. Beskrivs som sparsam och hon är helt opåverkad vid undersökningen men samtidigt stör den henne uppenbarligen då hon tagit hjälp av sin mor med sitt barn. Finns det några andra neurologiska symtom? Synpåverkan? Infektionstecken? Feber?

Jag skulle undersöka henne lite mer. Blir värken sämre när hon böjer sig framåt? Ögonrörelser och syn. Svullnad över området? Nästäppa? Göra ett neurologstatus. Rygg/nacke-smärta/spänningar? Brukar inte ge specifikt ont i område fram till huvudet men än dock vanlig orsak till ont i huvudet. Illamående/kräkningar? Ljus/ljudkänslighet? Kliande känsla i området? Inga blåsor/rodnad i området såsom vid bältros t ex? Jag är inte mästare på ögonstatus men jag hade försökt lysa i ögonen och se om jag kunde se ngt avvikande – stasapill?

Hon har distinkt ont vid perkussion i pannan såsom vid ensidig frontalsinuit. Verkar dock inte vara smärtpåverkad. Frontal sinuit ensidig är potentiellt allvarligt tillstånd där man kan behöva handläggas akut. Hon beskrivs nu dock som helt stabil och utan AT –påverkan.

Sinustrombos? Mkt allvarlig och svår diagnos men i de fall det kommer gradvis mkt lömsk och svår att hitta. Känselbortfall runt ögat? Hanna är så pass opåverkad att jag inte hade tänkt på det i första hand.

Atypisk migrän? Spänningshuvudvärk?

Jag hade önskat jag kunde prata igenom hennes mående noggrant och hört mig för om eventuella andra bitar som påverkade henne, men på jourtid vilket detta är finns inte tid för det utan där blir det mer snabba beslut.

Förutsatt att hon är så pass lite smärtpåverkad och så välmående som beskrivs och jag inte hittade något avvikande i neuro/ögonstatus hade jag satt in avsvällande behandling såsom Nasonex + eventuell Rinexin (jag vet det tappat sin indikation men de flesta upplever att det hjälper är ändå min erfarenhet) och följt upp henne på ordinarie mottagningen senare i veckan och bett henne söka tidigare om ev eventuella nya symptom kommit eller om hon försämrats på andra sätt.

BGS uppgift 4 – Inga, 85 år, vaskulär demens

Jag hade innan jag träffade denna kvinna på boendet förberett mig genom att läsa igenom tillgängliga journaler på vårdcentralen och från minneskliniken och psykiatrin för att få en bättre bild av henne. Har hon andra sjukdomar? Det framkommer inte från den något ofullständig remissen. Står att man har gjort en vårdplanering. Jag hade hittat denna och läst den för att få en bättre bild.

På rondan hade jag bokat in ett hembesök till Inga där jag bett hennes familj medverka till att få en bättre anamnes och för att lära känna familjen som vi kommer att ha kontakt med framöver. Jag hade också bett sköterskan på boendet medverka och om möjligt demenssköterskan i kommunen för att Inga på bästa sätt ska kunna hjälpas.

Jag hade gått igenom Ingas sjukhistoria med henne och familjen samt gjort en medicingenomgång. Om inte Inga själv minns vad hon tar hade jag tittat i medicinmodulen på uttagna läkemedel efter godkännande från Inga för att försöka få en korrekt medicinlista. Jag hade vid första besöket satt ut de mediciner som klart är olämpliga och där det inte finns någon indikation. Selexid mot urinvägsinfektion står kvar på listan, troligtvis efter en infektion på sjukhuset. Jag hade satt ut denna. Oxascand vid behov vilket i sig i höga doser kan leda till ökad förvirring och i så fall hade jag ifrågasatt. Hur mycket tar hon/dag? Finns ordinerat någon maxdosering/dag? Finns annat att göra än medicinera när patienten får oro? Ge trygghet, personalnärvaro, något att äta/dricka, avleda. Detta gäller också ordinationen quetiapin. Jag har liten erfarenhet angående behandling med quetiapin, och jag hade konsulterat konsult på minneskliniken angående fortsatt behandling med denna, och om den kan sättas ut på prov efter en tid på boendet. Övriga recept hade jag tagit ställning till efter provtagning.

Vid besöket hade jag gjort en klinisk undersökning om allmäntillstånd, lyssnat på hjärta-lungor och lyssnat efter missljud över karotiderna. Hade också palperat pulsar, tagit BT och tagit ett EKG. Detta då patienten har en vaskulär demens och troligtvis är kärlsjuk. Det finns risk att hon har förmaksflimmer. Jag kommer också ta venösa blodprover om dessa inte är tagna på sjukhuset. Viktigt att ta är lipider med hänsyn till ställningstagande till insättning av blodfettssänkande då hon har vaskulär demens. Jag hade risikoscorat henne med hänsyn till om blodfettssänkande ska sättas in eller ej. Jag hade också tagit Hb, Glukos, folat, kobalamin, D-vitamin, calcium, PTH, angående om hon ska fortsätta med sina vitaminer och D-vitamin.

Vid det här första besöket hade jag i första hand gjort en medicingenomgång. Troligtvis hade vi inte hunnit mer än detta. Jag hade ändå börjat tala med Inga och hennes familj om vad hon önskar av vården framöver. Hur hon ser på framtiden. Troligtvis har Inga och familjen redan funderat på dessa frågor och vi kan diskutera detta. Detta för att begränsa akuta sjukhusinläggningar och behandla så mycket som möjligt på boendet för att inte förvärra Ingas tillstånd rent psykiskt, vilket skulle vara fallet vid en inläggning på sjukhus. Vi nästa besök hos Inga som bör bokas in om några veckor får vi tala vidare angående detta och dokumentera hennes behandlingsbegränsningar. Vi nästa besök får vi också tala om god man och om man har diskuterat detta i familjen.

Rent medicinskt får vi överväga att sätta in ASA p.g.a. att hon utvecklat vaskulär demens och troligtvis fått en mängd mindre blodproppar. Vid osäkerhet kan jag diskutera detta med neurologkonsult. Vi bör också framöver sätta in patientens läkemedel i Pascal för att förenkla för patienten.

BGS uppgift 5 – Johan, 32 år, hälsokontroll

Här belyses problemet/dilemmat med hälsokontroller på friska unga människor. Man kan ju tycka att ansvaret att förklara provsvaren och dess betydelse ligger hos den läkare som ordinerat dem och inte hos primärvården. Om man från FHV tyckt att något behöver åtgärdas borde de ha skickat en remiss till primärvården. Här kommer istället patienten själv med en lista med provsvar som han inte förstår. Jag skulle ha blivit väldigt irriterad, men naturligtvis inte visat det för patienten.

Jag tänker att detta är ett problem som kommer att bli vanligare, då fler privata instanser erbjuder hälsokontroller till friska unga människor. Eller ännu värre, när privatpersoner betalar privata lab för prover och om något sedan ligger utanför ref, ska vi ta hand om det. Dock kan det ju vara relevant om det rör sig om lite äldre personer, t ex 50+ eller 60+.

I det här fallet är det alltså en 32-årig välmående man som kommer på ett bokat besök. När han nu ändå är där kommer jag naturligtvis försöka förklara provsvaren. Kreatinin som är lätt sänkt borde inte betyda något, kanske är han inte så muskulös? Vad gäller GT vill jag ta upp alkoholanamnes, kanske komplettera med ett Peth? Även komplettera med övrigt leverstatus (om det inte redan är gjort) och om isolerat lätt förhöjt GT nöja mig med att ta om det om ca 6 veckor för att se att det inte fortsätter att stiga. Om det gör det beställer jag ett ultraljud av levern, annars inte (om det alltså verkligen bara rör sig om en mkt lätt stegring strax över referensnivån). LPK är väl inom referensnivån och inget att följa vidare. Vad gäller kolesterolnivån är den beroende på övriga riskfaktorer. Jag får förhöra mig om hereditet, kontrollera blodtryck och ta reda på kost-, rök- och motionsvanor samt kontrollera glukos (det lär ju dock redan vara gjort på FHV). LDL är också intressant. Om inga andra riskfaktorer föreligger och LDL inte är alltför högt (och HDL för lågt), behöver det inte behandlas. Jag kan visa SCORE för att illustrera. Man kan ge kostråd, rekommendera informationssidor på nätet med lämplig kost för att sänka kolesterolet.

Kontentan av detta blir alltså att om vi upptäcker en alkoholöverkonsumtion (eller annan sjukdom, men det är alkohol som känns mest rimligt), så har den här hälsokontrollen ändå varit av värde, annars kanske resurserna kunde ha lagts på annat.

BGS uppgift 6 – Karl, 53 år, remiss från psykiatri

Det väsentliga problemet är missbruk av läkemedel och kanske också illegala droger, alkohol och lugnade medicin.

Jag skulle börja med att fråga överläkaren om Karls aktuella tillstånd och medicinering och vilken uppföljning de och patienten tänkt på? Kanske svarar överläkaren att de önskar uppföljning av diabetes och blodtryck och i det fallet ber jag överläkaren att skriva en remiss till mig, så kallar vi patienten för detta när patienten är utskriven.

Om det är så att uppföljningen som önskas är uppföljning efter suicidförsök så får jag vänligen men bestämt avböja den förfrågan då det inte ingår i primärvårdsuppdraget. Det tillhör specialistpsykiatri.

Om uppföljningen gäller patientens smärtmedicinering så bedömer jag det osannolikt att det tillhör primärvårdsuppdraget. Då skulle jag vänligen men bestämt hänvisa till beroendevården som har resurser avsatta för att handlägga svåra beroendetillstånd, vilket detta ter sig vara utifrån beskrivningen.

BGS uppgift 7 – Lena, 32 år, stel och ond axel

Hö axel 4 år

Börja besöket med Lenas tanke, oro, önskan kring besöket idag och sina besvär.

Sedan skulle jag förstås fråga efter trauma, ev ledsvullnad i förloppet, besvär med andra leder, andra sjukdomar, heriditet. Jag skulle be Lena snabbt boka in sig till vår axelina- sjukgymnast för en bedömning (bevaka själv att hon fick snabb tid pga hotande sjukskrivning). Därefter skulle jag samråda med sjukgymnasten kring statusbedömningen. Jag skulle efter dagens besök skriva en rtg-remiss där jag frågade efter förutsättningar till impingement, kalkutfällningar, annat. Lena är väl ung för att ha utvecklat artros i axeln om hon inte varit med om några skador t.ex. vid skidåkning eller så tidigare. Finns sådant anamnestiskt skulle jag

också lägga till den frågeställningen i rtg-remissen. Hon är också väl ung för en kalkaxel, och då borde hon ha sökt tidigare i förloppet, och det kan inte vara det hon gått med i fyra år, men om hon t.ex. har diabetes och är överviktig etc överväger jag också det.

Status finns beskrivet. Jag skulle också ta sr, crp och blodstatus (blodstatus mest för att jag ändå får det när jag beställer crp).

Jag skulle uppmana patienten att koppla in företagshälsovården för att se över arbetsbelastningen.

Efter sjukgymnastbedömning + övningar och om rtg inte visade något avvikande skulle jag vid utebliven förbättring testa att ge kortison + lokalbedövning via soft spot vid ett nytt läkarbesök. Direkt efter att lokalbedövningen fått verka skulle jag kunna göra om mitt axelina-status. Om hon då kan röra axeln vet jag att en del av problematiken är smärtutlöst. Kan bli pedagogiskt.

Angående sjukskrivning skulle jag föreslå en deltidssjukskrivning med telefonuppföljning redan efter någon vecka, och då trycka på att det förutsätter kontakt med sjukgymnast + att hon utför sjukgymnastik.

BGS uppgift 8 – Martin, 49 år, ont i pungen

Martin 49 år akut besök: Smärtor vä punghalva där ultraljud visade spermatocole och testikel är svullen och öm apikalt.

Jag undrar hur länge hade Martin haft symptom när han sökte Vc första gången? Var det en akut insättande smärta?

Här var jag tvungen att tänka till vad som är apex på testis men landade i att det måste innebära upptill på testikeln. Jag ser patienten för första gången: Har smärtorna ökat? Svullnaden ökat? Är det intermittenta smärtor? Stora smärtor eller är den en molande lätt värk/obehag? Cremasterreflexen bibehållen?

Att ultraljudet inte visat testistorsion betyder inte att det inte kan vara det. Ultraljudet hjälper framförallt till att utesluta/bekräfta andra diagnoser. Nu har det dock gått ytterligare 5 dagar och han beskrivs inte som så smärtpåverkad vilket skulle tala emot det (men heller inte besvärsfri vilket kan vara tecken på att det är för sent).

Spermatocole som ses på ultraljudet är vanlig orsak till skrotal smärta. Oklart var spermatocelen fanns men kanske var det övre polen?

Torsion morgagnis hydatid? Också övre delen men ffa barn/ungdomar.

Epididymit ger smärta över epididymi vilket det kan vara i detta fall. Ciprofloxacin är inte snabbverkande men borde efter 5 dagar ha haft någon effekt. Har han fått samtidigt NSAID? Om inte ska han ha det. Vad har odlingarna visat? De borde ha kommit efter så här många dagar – kontrollerade man för klamydia/gonorre? Det kan vara läge för byte av behandling efter odlingssvar.

Testikelsmärta är svårt och lurigt. Viktigt hitta de mer akuta fallen och behandla rätt.

Jag hade efter genomgång av status och odlingssvar eventuellt ringt urologjouren och diskuterat fallet: Vill de se patienten igen? Kan hans spermatocelen eventuellt förklara besvären? Råd runt behandling/handläggning?