

Bra givna svar (BGS) på skriftliga provet i specialistexamen 2021

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".

Uppgift 1 – Fredrik, 61 år, hosta och värk i bröstkorgen efter medelhavssemester

Jag skulle börja med att fördjupa anamnesen. Flygresa till Spanien (jag antar det)? Annat långvarigt stillasittande? Hereditet för DVT/LE? Tidigare LE/DVT? Opererad nyligen? Rökare? Andra sjuka i omgivningen? Opererad nyligen? Beräknar Wells score utifrån uppgifter som framkommer.

Utredningsmässigt vill jag förstås också ta ett Hb (utesluta anemi), temp och ha en saturation. Möjligen göra en oxypromenad på mottagningen. Jag gör ett noggrant DVT-status. Oavsett finns flera aspekter hos en i övrigt frisk man som jag reagerar på: takykardi, hypertoni, CRP-stegring (utan fokala infektionssymptom), pittingödem och möjligen lätt dämpade andningsljud basalt som tecken till sannolik hjärtsvikt. Andfåddhet vid lätt ansträngning och på natten. Avsaknad av lokal ömhet torde tala mot muskuloskeletala besvär.

Smärtan i bröstkorgen tolkas som en pleuritretning och det går ju förstås inte att utesluta att pat har ådragit sig en pneumoni (möjligen atypisk med hänsyn till relativt lågt CRP) eller virus som orsak till besvären, men det finns på tok för många signaler som gör att lungemboli måste uteslutas och en pneumoni eller virus bedöms inte kunna förklara den hemodynamiska påverkan som påvisas. Verkar också ha en viss hjärtsvikt men jag bedömer att det mest sannolika är att denna är sekundär till lungemboli.

Det är sent på eftermiddagen, jag kan själv inte längre ta ett D-dimer och få svar på det samma dag, varför jag remitterar in patienten till akutmottagningen för vidare utredning. Han förefaller tämligen opåverkad i övrigt varför han kan ta sig till akutmottagningen för egen hand, men gärna i sällskap med anhörig om sådan finns att tillgå (min vårdcentral ligger en halv kilometer från sjukhuset). Jag brukar inte ordinera fragmin på vårdcentralen. Skriver remiss.

Uppgift 2 – Ida, 41 år, akne

Väsentligt problem: Ida verkar uppleva att hennes akne blivit värre sedan en tid, och vill ha hjälp med detta. Det är viktigt att fråga efter patientens kosmetiska krav på behandlingseffekt, och hur det sett ut innan behandling. Bilder tagna vid konsultation inför behandling är a och o i detta enligt min erfarenhet. I detta fall verkar status vara ganska beskedligt, men patienten upplever en försämring. Vad är det som göra att hon ringer just nu? Är det receptförnyelsen eller något annat? Vill hon ha remiss till en hudklinik (vanligt önskemål enligt min erfarenhet, hos aknepatienter)?

Det är ovanligare med acne långt upp i ålder. Visst överlapp till Rosacea kan finnas. Jag behöver se bilder på patienten för att lättare kunna bedöma detta. Väsentligt att hon inte har några ärr från tidigare förändringar, detta innebär också att det sannolikt inte är aktuellt med remiss till hudklinik för isotretioninbehandling.

Differentialdiagnoser: rosacea. Seborrhoiskt eksem? Annan hud-sjukdom som visar sig vid inspektion av hela hudkostymen, såsom follikulit.

Ytterligare anamnes: Hur länge har hon haft hormonspiral (besvär av akne kan öka)? (Sammanfaller insättning av denna med debut av besvären?). Hur exakt har hon behandlat sig? Dagligen? 2 ggr/dag, mer sällan? Tolererar hon lokalirritationen från behandlingen? Tidigare systemisk behandling? Hur länge? Matvanor? Klåda? (seborré) Varför bytte hon från kopparspiral?

Ytterligare status: Fullständig inspektion av hudkostym. Jag vill se hur det ser ut mer specifikt i nasolabialfårorna, panna, runt munnen. Finns det några papler/pustler? Exkorationer eller tecken på klåda.

Åtgärd: Om patienten vill ha min bedömning och behandling, föreslår jag byte från hormonspiral till p-piller/alt ånyo kopparspiral om detta tolererats. Dessutom lokal behandling vid utbrott av nya förändringar, men då enbart med skinoren (azelainsyra) alt Differin (adapalen). Om tecken på mer papulopustulös akne kan man överväga Epiduo (dvs bägge preparaten i kombination) och i perioder kutan/peroral tetracyklin.

Ytterligare synpunkter: Aknepatienters upplevda besvär kan ofta skilja sig från vårt upplevda status, viktigt att möta patienten där denna är, och tydligt beskriva hur fort eventuell behandling kan utvärderas (ca 3 månader) och varför hon inte är kandidat för remiss till hudklinik.

Uppgift 3 – Magnus, 43 år, huvudvärk

Patienten verkar ha en jobbig tid. Bra att han kommer!

Försöker bekräfta honom i att jag hör att huvudvärken är ansträngande och påverkar honom mycket. Flera av de saker han beskriver kan förvärra/trigga en huvudvärk. Efterhör om patienten själv tror att något annat än medicin skulle kunna hjälpa honom. Får jag napp någonstans fortsätter jag på det spåret, det är viktigt att patienten själv identifierar förändringar han skulle kunna göra, då är det mer sannolikt att han gör dem. Annars kan jag fråga om han vill att jag berättar lite om hur olika psykiska belastningar kan öka huvudvärk. Om han lyfter några av de saker jag ser (skilsmässorisk, arbetsbelastning, lite social kontakt, stort ansvar med barn). Tror han att vi på vårdcentralen kan hjälpa honom med kuratorskontakt? Kanske behöver han någon att bolla tankar kring relationen med? Har de som par funderat på parterapi, jag kan lämna ut nummer för detta? Finns det något han tyckte var roligt tidigare som han kan återuppta? Träffa en vän? Någon sport? Kan rehabkoordinatören kopplas in för att informera om läget/medla i kontakt med arbetsgivare? Kan jag hjälpa till med en förebyggande sjukskrivning för att patienten ska kunna hålla/återstarta fysioterapi? Måste såklart bedöma om patienten är deprimerad, s-risk och om det finns någon risk för att barnen råkar illa ut men jag uppfattar inte det hela så i nuläget.

Angående huvudvärken tar patienten ju mycket mediciner och ofta. Jag misstänker att huvudvärken även kan vara läkemedelsutlöst till viss del. Han uppfyller kriterierna. Info om detta. Rekommenderar honom att föra huvudvärksdagbok och där också skriva in om han ser någon trigger till att huvudvärken startade. Kanske kan han då också se mönster? Vid kräkningar och även om han skulle uttrycka att han har huvudvärk på natten eller neurologiska symtom som tillkommit ska man såklart tänka att det kan röra sig om exv. tumör. Primärt bedömer jag dock att neurologen har gjort en sådan bedömning vid deras senaste kontakt. Bekräftar patienten i att han önskar få kontakt med någon annan neurolog eftersom han är missnöjd, det är ju en normal reaktion. Rekommenderar honom att ändå lyfta för sin behandlande läkare på neurologen att han blev besviken på det senaste besöket och att han önskar en second opinion av en kollega. Kanske kan man ha ett bra samtal och reda ut varför det blev konflikt. Tror att det kan kännas bra för patienten också.

Bokar in ett telefonsamtal om 2 v för uppföljning. Han får gärna skicka sin huvudvärksdagbok till mig och även visa den för sin neurolog.

Uppgift 4 – Helena, 46 år, mår periodvis inte bra

Väsentligt problem: Upplever att hon inte mår väl, och vill bli utredd för diskreta, självbegränsande förkylningssymtom.

Här är det extra viktigt att få reda på patientens tanke med att söka, eventuell oro och vad hennes önskemål är. Om hon är orolig för ex lungcancer, bör jag vara extra noggrann med att ha fog för det jag säger till henne om varför jag inte misstänker detta baserat på hennes symtom.

Om hon verkar mer plågad av att hon egentligen vill skilja sig, men inte riktigt tar det beslutet, kan jag försöka lyfta det i samtal, för att se om ev upplevd oro för de fysiska besvären avtar.

Differentialdiagnoser: Återkommande ÖLI (obehandlad astma?) Generaliserad ångest (hälsångest?)

Ytterligare anamnes: Antal paketår (cigaretter). Alkoholkonsumtion (vanligt med överkonsumtion, i synnerhet vid ångest). Varför tar hon inte längre Cymbalta? Annan läkemedelsbehandling? Hereditet för astma? Vårdats inom psykiatri? Tecken på mer allvarliga infektioner som inte gått över utan antibiotika? Mer långvariga infektioner?

Ytterligare status: Har redan gjorts en ganska grundlig us på rummet, och detta är viktigt tycker jag när patienten söker för symtom och verkar uppenbart oroliga för något som vi inte helt fått grepp om. Att gå tillbaka till det objektiva ger mer information i ett eventuellt ställningstagande att utreda eller inte, och patienten känner sig betryggad.

Ytterligare undersökningar: Blodstatus, CRP (klargöra att inga nuvarande tecken på inflammation finns). Ev lungröntgen om det finns några tecken på KOL/astma i anamnesen i övrigt. Jag tar ev ett b-glukos då hon nämner återkommande hudinfektioner.

Åtgärd: Helt beroende av vad samtalet ger. Om det visar sig att hon återigen är ångestfylld och detta egentligen fyller mest, skulle jag råda hennes kontakt med psykosocialt team på vårdcentralen (kurator) och ev starta upp Cymbalta på nytt, eller välja mindre biverkningstungt preparat, SSRI? Då jag inte tror hon är sjuk, utan små infektion kan vara normalt, försöker jag normalisera och ge lugnande besked.

Om blodprover talar för pågående inflammation breddar jag panelen med differentialräkning, SR och proteinprofil i serum. Då tar jag också en slät lungröntgen pga tidigare rökning.

Ytterligare synpunkter: Om patienten inte verkar fysiskt sjuk, styrs mycket här av vad som sker på konsultationen, och vad eventuella åtgärder kan ha för upplevd lindring hos patienten. Blodprover för ca 40 kronor och en bra undersökning på rummet, kan vara mycket värt för patienten. Angående hudinfektionerna skulle jag bekräfta patienten i detta, men inte något vidare åtgärd av detta just nu.

Uppgift 5 – 3 år och 2 månader, avvikande viktkurva

Här är det viktigt att skapa en bra allians med familjen. Vi ser en tydlig avvikelse på iso-BMI där barnet i fråga är överviktigt. Svenskan är knapphändig och tolk är något som behövs för kommunikationen så det inte blir missuppfattningar.

Här behöver man utbilda hela familjen. Det absolut vanligaste till högt BMI hos barn är kostrelaterat. Det har redan gjorts ett försök och BMI förbättrades. Varför blev det en försämring? Vad var det som brast sist? Har det skett något i familjen? Har brodern med metabol sjukdom försämrats? Tar han all uppmärksamhet så Sarah negligeras? Jag samråder med BVC-sköterska och vi kommer överens om ett besök med hela familjen med tolk för att reda ut hur boende- och familjesituation samt kosthållningen ser ut hemma. I samband med besöket information om minskat sockerintag, regelbundna måltider, fysik aktivitet till barn, uppmuntran till lek etc. Kanske att en dietist är med på det besöket.

Jag ser också att barnet är blyg vid 3-årskontrollen (egentligen inget unikt för en 3-åring) men får också sådan information anamnestiskt av förälder (antar jag). En telefonkontakt med förskolan barnet går på skulle göras för att komplettera med mer information om hur barnet verkar må där. Har de uppmärksammat något avvikande. Är det kosten som är problemet? Hur ofta går barnet på förskola? Några timmar? Hela dagar? Hur är det sociala samspelet där med de andra barnen? Denna kontakt skulle utföras förslagsvis av BVC-sköterskan inför det gemensamma besöket.

När väl information getts bör uppföljning planeras in om några månader. Har det då skett någon förbättring av viktkurvan? Fortsatt försämring. Om så skulle jag remittera vidare patienten till barnkliniken och deras obesitasteam.

Uppgift 6 – Sten 73 år, nedsatt ork

En man som tappat mycket ork på relativt kort tid utan något särskilt avvikande i status, här behöver vi tänka brett. Differentialdiagnostiskt tänker jag på neurologisk sjukdom, hjärtat, anemi, spinal stenosis, vitaminbrist. Det står att Sten är normalviktig och jag vill bekräfta att han har varit så hela tiden, vid rejäl viktnedgång ska vi inte missa ev malignitet.

Vad gäller hjärtat låter det bra så inga stora klaffvitier, får efterfråga att han inte får bröstsmärtor när han går och se att han inte svullnar om benen och klarar att ligga platt och sova som tecken på hjärtsvikt. Med normalt EKG är annars hjärtsvikt mindre troligt. Att det verkar vara benen som tar slut och inte andfåddhet som begränsar talar också emot hjärtbesvär. Skulle han nämna något om yrsel när han blir trött skulle jag mäta blodtrycket både i sittande och stående för att inte missa en rejäl ortostatism, men verkar inte vara det som blir besvärligt vid gång.

Anemi bör uteslutas med blodprov, men förklarar inte nedsättningen av finmotorik.

Spinal stenosis ger besvär i benen när man går, då brukar man ju dock kunna cykla nästan hur långt som helst. Skulle ju inte heller förklara svårigheterna med finmotorik. Framkommer det att han kan cykla långa sträckor på motionscykel skulle jag gå vidare med MR ländrygg.

Vitaminbrist skulle ju kunna ge nedsatt vibrationssinne i fötterna (vitamin B12 i första hand), vid längre tids brist skulle även finmotoriken i händer kunna bli påverkad och han skulle kunna få anemi succesivt som ger tilltagande orkeslöshet.

Neurologisk sjukdom är svårare att säga något om, jag skulle observera att medrörelser med armar är likadana när han går, titta efter tremor och känna efter kugghjulsfenomen för att inte missa tecken på Parkinson, stämmer inte riktigt med den nedsatta orken, men väl med att han rör sig lite försiktigt och långsamt. Det finns andra neurologiska sjukdomar som skulle kunna ge honom besvär och hittar jag inget annat avvikande tycker jag det är rimligt med en remiss till neurologen i nästa steg, särskilt med tanke på den nedsatta finmotoriken.

Idag på mottagningen skulle jag gå vidare med provtagning av blodstatus, njurstatus (krea, K, Na), glukos och HbA1c, TSH reflex, Calciumjon, kobalamin reflex (MMA kontrolleras om gränsvärde), folat och ferritin och CRP. Återkoppling efter provsvar och om inget tydligt där diskutera på handledningstid om man bör gå vidare med remiss till hjärtläkare eller neurolog i första hand.

Uppgift 7 – Torbjörn 31 år, önskar utredning

Torbjörn verkar vara välutredd beträffande somatisk sjukdom. Jag läser ändå noggrant igenom journalen för att ha så mycket info som möjligt inför besöket, med vetskap om att besök av den här karaktären kräver att doktorn är väl påläst om patientens historiska och nuvarande problematik. Är det något i utredningen jag saknar beträffande de symptom han uppvisar kompletterar jag anamnesen och tar ställning till eventuella ytterligare utredningsåtgärder. Om inte sedvanliga depressions/ångest-prover tagits finns det skäl att göra det nu (inkl B-peth)

Jag har sett till att jag har tillräckligt tid avsatt för besöket med Torbjörn och ber honom berätta själv kring sin situation, jag bekräftar icke-verbalt när han berättar och visar att jag lyssnar. När han är klar kompletterar jag anamnesen. Jag vill förstås veta mer kring vad Torbjörn tänker själv när han säger att det måste vara något fel: föreställningar, farhågor? Kanske han har en mycket specifik oro vi behöver adressera. Jag förstår att det känns obehagligt att återgå i arbete med tanke på yrsel, svaghet och höghöjdsjobb. Torbjörn har också tidigare genomgått en ablation och det är inte konstigt om det föreligger viss oro kring somatisk sjukdom.

Jag vill också veta mer kring Torbjörns sociala situation: familj, vänner? Tobak, alkohol, droger? Har Torbjörn barn?

Vi går tillsammans igenom allt vad man hittills gjort, jag förklarar och ger lugnande och begripliga besked och försöker normalisera de symptom Torbjörn beskriver. Jag är noga med att den undersökning jag gör idag är grundlig och förtroendeingivande (jag berättar vad jag gör och vad jag hittar/inte hittar).

Hur är det psykiska måendet? För att komma framåt på den punkten behövs tid (vilket jag ju avsatt idag). Hur fungerar sömnen? Aptit (gått ner 13 kg utan annan påvisbar orsak)? Har vi tid kan han fylla i skattningsskalor PHQ-9, GAD-7, men det kan också behöva vänta tills vi uppnått en bra allians. Suicidtankar?

Jag undrar hur Torbjörn trivs på arbetet i övrigt, finns det andra uppgifter han kan göra som inte innefattar höghöjdsarbete?

Får jag prata med någon av de anhöriga som uttryckt oro för Torbjörn och höra vad de har att säga?

Jag förklarar för Torbjörn att jag tror det är kontraproduktivt för honom att vara borta från arbetet på heltid. Vi försöker upprätta en rehab-plan. T.ex. återgång på 25 % inom ett par veckor. Tät uppföljning, kopplar också in rehabkoordinator vi har på vårdcentralen för kontakt med arbetsgivare beträffande ev arbetsanpassning. Är Torbjörn intresserad av samtalsterapi? I så fall ordnar vi med det. Framkommer tydlig bild som vid GAD eller annat ångestsyndrom tycker jag också att man kan och bör diskutera SSRI, men det kan hända att man behöver skynda långsamt och att Torbjörn inte är mottaglig för den diskussionen just idag.

Uppgift 8 – Erika 43 år, urinvägar

Sveda vattenkastning, trängningar. Ter sig som UVI. Ingen feber. Cipro 2 dagar, ingen effekt, men det är ju för kort behandlingstid. Tidigare haft långtidsprofylax men slutat, när gjorde hon det?

Mycket täta UVler. Läser urologens senaste anteckning och planering framåt. Tar urinsticka och odlar (pga. återkommande UVler). Tar också CRP och krea då man är lite rädd om hennes enda njure, CRP bör ju inte vara förhöjt om det är en enkel cystit. Är det förhöjt skulle jag välja att behandla med cipro. Om det är normalt skulle jag resonera med henne om vi kan vänta in odlingen. Är ju betydligt lättare att ge rätt antibiotika om vi vet vad som växer. Särskilt eftersom hon behandlats så ofta senaste tiden. Kan ju också röra sig om en uretrit. Ber henne återkomma vid försämring eller feber, då behöver vi såklart behandla direkt. I sådana fall hade jag ringt urologkonsulten och hört efter vad de tycker vi ska välja för antibiotika. Tycker det låter klokt att hon får en remiss till urologen för ny bedömning, skriver en sådan.