

Bra givna svar (BGS) på skriftliga provet i specialistexamen i allmänmedicin 2022

Detta är autentiska svar från provet i oktober 2022, ibland med smärre språklig redigering. Varje uppgift har bedömts av särskilt utsedda granskare som är utbildade kompetensvärderare. De har, med stöd av provansvariga, valt ut ett av de bästa svaren på sin uppgift som "bra givet svar". Skrivtiden var tre timmar för de åtta uppgifterna. Använd dem gärna som diskussionsunderlag i allmänläkargrupper.

Uppgift 1

Elsa 1, 74 år, ont i axlar och käkar.

Bakgrund: Hypertoni, aortaklaffprotes, protein S-brist. Läkemedel: Waran, Metoprolol, Kandesartan, Amlodipin. Socialt: Lättare kontorsarbete

Aktuella problem: Smärta i båda axlar och i käkarna sedan flera veckor. Viss morgonstelhet. Smärtlindring med paracetamol, men vill ej ta pga waran. Trött. Samt smärta öronen sedan flera veckor. Status: Ömhet i båda överarmarna. I Övrigt u.a.

Diagnosfunderingar: Jag tänker i första hand på PMR, relaterat till patientens ålder och proximala besvär samt stelhet. Dock talar smärta över bäckenet emot. Andra möjliga diff-diagnoser skulle kunna vara: Temporaliserit, Reumatoid artrit, Polymyosit, bakomliggande malignitet eller infektion, tandproblem eller muskulära-/ käkleds besvär.

Ytterligare anamnes: Relaterat till PMR skulle jag vilja veta om Elsa har smärta över tinningen samt om ev. synnedsättning, samt om symtomen försämras vid rörelse. Relaterat till möjliga diff-diagnoser skulle jag vilja veta om hon har/ har haft några svullna och ömma leder. Subfebrilitet? Hudbesvär? Ofrivillig viktnedgång? Nyligen genomgången infektion? Pågående infektionssymtom tex hosta eller förkylningssymtom? Jag skulle vilja veta om Elsa röker eller har rökt tidigare och i så fall hur länge? Sväljningssvårigheter? Smärta från käkar och nacke? Stress? Besvär från tänderna?

Ytterligare status:

Auskultation av hjärta och lungor, samt karotiderna. Blodtryck i båda armarna.

Inspektion av huden

Inspektion av hand, finger, fot och tåleder.

Palpation av a. temporalis och a. radialis bilat.

Rörlighet i armar.

Palpera buk och lymfkörtelstationer.

Inspektera tänder och tandstatus (Om ej redan gjort i svalgstuset)

Palpation av nackmuskulatur och käkleder.

Provtagning: CRP, SR, Blodstatus, diff, CK. Glukos. Krea.

Därtill om anamnes eller status tyder på ytterligare symtom på tex. reumatisk sjukdom kommer jag lägga till prover för RF och anti-CCP.

Förslag till åtgärd: Om jag i min anamnes/ status ej finner tecken på någon av mina diff-diagnoser utan att misstanke om PMR i första hand kvarstår kommer jag skicka en remiss för en lungröntgen. Därtill kommer jag att initiera prednisolonbehandling med 15-20 mg dagligen samt behandling för osteoporos med bisfosfonater samt kalk och d-vitamin då prednisolonbehandlingen bedöms kvarstå i mer än 3 månader.

Uppföljning: Jag kommer följa upp med CRP, SR mer ofta initialt och mer utglesat över tid i samband med nedtrappning av prednisolon som kommer göras utifrån psyttom samt svar CRP, SR i enlighet med viss.nu:s rutiner. Jag kommer även kontrollera om glukos med jämna mellanrum för kontroll av ev tillkomst av steroidinducerad diabetes.

Uppgift 2.

Elsa 2, 69 år, med tidigare TIA och känt emfysem.

Vid hosta och ökad andfåddhet hos storrökande kvinna med emfysem behöver tumör uteslutas. Jag efterfrågar om hon har haft hemoptyx och i så fall utreder jag henne enligt SVF-lungcancer. Jag beställer annars en lungröntgen och frågar utöver tumör, även efter infiltrat eller stas. Det kan också röra sig om försämring i grundsjukdom (emfysem), och att hon svarar på inhalationsbehandling talar för detta. Det framkommer inte om hon har några inhalationsläkemedel. Jag sätter därför in henne på tiotropium, samt salbutamol vid behov. Jag ber KOL-sköterskan visa inhalationsteknik och boka patienten för en spirometri. Differentialdiagnostiskt behöver jag också överväga hjärtsvikt, särskilt med tanke på ortopeni. Jag undersöker om hon har pittingödem på underbenen och kontrollerar NT-proBNP. Att hon är afebril talar mot infektion, men jag kontrollerar ett CRP och om detta är förhöjt beställer jag istället en akut lungröntgen. Jag beställer också ett EKG, med tanke på kärlsjukdom och nylig hjärtinfarkt. Jag öppnar lablistan för att se vilka blodprover som kontrollerades vid hjärtinfarkten och ser där antagligen ett normalt Hb.

Vi planerar för uppföljning i samband med röntgensvaret och om lungröntgen utfaller normal så överväger jag då CT-thorax för att utesluta tumör, särskilt om patienten inte har bättrats av inhalationer. Det viktigaste för patientens hälsa (lung- och kärlsjukdom) är dock att hon slutar att röka. Jag försöker enligt motiverande samtal efterfråga hennes inställning till detta, erbjuder om hon önskar rökavvänjning hos KOL-sköterskan och ber annars KOL-sköterskan (som också är tobaksterapeut) att ta upp frågan i samband med spirometrien. KOL-sköterskan går då också, enligt rutin, igenom patientens vaccinationsstatus och inhalationsteknik. Vid uppföljningen tar jag ställning till ev remiss till sjukgymnast och dietist.

Uppgift 3.

Axel 68 år med schizofreni behandlad med risperidon.

Börjar med att tala om för patienten att det är bra att han kommit och bra att han tar upp sin oro för Parkinson. Jag skulle också meddela att min tanke med besöket idag var kontroll av diabetes (för jag antar att det är jag som kallat dit honom för det) men om vi inte hinner alltihop så får vi boka en ny tid. Jag skulle sedan börja med det som är viktigast för patienten med dagens besök – vilket verkar vara frågan om Parkinson, men det får jag ju fråga förstås. Beroende på hur lång tid vi har för besöket och hur flexibel patienten är skulle jag försöka hantera både diabetessjukdomen, göra en snabb koll av det psykiska måendet och bilda mig en uppfattning om behovet av utredning av Parkinson redan på detta besök, men det beror ju på hur pass stabilt både diabetessjukdomen och det psykiska måendet är, och på hur min tidbok ser ut resten av dagen.

Jag skulle sannolikt då börja med att dyka djupare kring Parkinson, försöka efterforska vad patienten har för tankar kring detta, vad det är som gör att han misstänker det och om det är något särskilt han oroar sig för. Har han någon särskild önskan kring utredningen? Vad vet patienten om Parkinson? Han nämnde ärftlighet – har han upplevt Parkinson på nära håll? Beroende på vad patienten redan vet skulle jag be att få berätta lite mer om Parkinson, och i samband med det då berätta att det är vanligt med Parkinsonism som biverkan av patientens Risperidon, och att om nu patienten har misstänkt parkinsonistiska motoriska symtom så är det nog den medicinen vi får fundera på i första hand om vi behöver justera.

Om jag märker att vi kommer att hinna med så tar jag också upp diabetesen – frågor om mediciner (compliance-frågor viktigt särskilt i denna grupp med psykosjukdom, jag brukar fråga "hur ofta glömmar du dina mediciner ungefär", sköter han medicinerna själv eller har han kanske apodos), levnadsvanor (kost, motion, rökning, alkohol – också extra viktigt i gruppen med psykosjukdom då det är vanligare med "dåliga" levnadsvanor i den gruppen generellt). Om detta är en patient jag känner så har jag förmodligen koll på anhöriga och hur patienten lever, annars försöker jag bilda mig en uppfattning om det också. Förhoppningsvis har patienten tagit diabetesprover inför besöket så att vi kan ta ställning till dem. Om vi då hinner så undersöker jag sedan patienten både vad gäller hjärta, lungor, blodtryck, fötter (för diabetesen), samt ett neurologiskt status inkluderande förekomst av tremor, att känna på eventuell rigiditet och kugghjulfenomen samt att observera patienten vid gång för att se på medrörelser.

Om det finns tecken på parkinsonism skulle jag skriva en remiss till psykiatri för hjälp med justering av patientens läkemedel. Kanske finns det något av de nyare neuroleptika som kan användas istället? Kanske finns det möjlighet till dosreduktion när patienten blivit äldre? Diabetesen skulle jag sköta om som vanligt.

Uppgift 4.

Cecilia 60 år med obehag från halsen.

Uppgiften beskriver en situation där jag har en ganska stor förförståelse för patienten genom att jag har följt henne i 10 år och man kan även utläsa att jag har en uppfattning om hennes personlighet och sökbenägenhet. Detta kan ju både vara till fördel men också ibland riskera att man "bestämmer sig" lite för tidigt för vilken/vilka diagnoser man kan ha att göra med.

Vid en första anblick låter det synnerligen oskyldigt att hon råkade notera en ömhet på halsen när hon stötte till den. Men med tanke på de andra beskrivna symtomen med viktnedgång och ökad vilopuls samt ömhet över tyreoidaleoberna väcks en misstanke om tyreoidit hos mig. Differentialdiagnostiskt funderar jag kring halsinfektion, malignitet i huvud-halsområdet, blödning i tyreioidea, ångest och "ingenting" dvs endast oro för sjukdom.

Jag vill komplettera anamnesen med ytterligare symtom på hypertyreos som diarré, synrubbingar, muskelsvaghet, svettningar. Samt ev förekomst av feber, sväljningssvårigheter. Då tyreoidestatus är beskrivet i uppgiften förutsätter jag att där inte kunde palperas några knöligheter. Jag kompletterar med provtagning CRP, SR, TSH, T4, TPO-antikroppar. Och vikt och temp!

Om CRP kraftigt förhöjt och patienten är allmänt påverkad skulle det kunna vara en septisk tyreoidit/abscess men tycker inte det verkar som att Cecilia är så påverkad. Om ingen CRP-stegring alls skulle man kunna tänka sig en blödning i tyreioidea. Men om CRP är lätt förhöjt misstänker jag subakut tyreoidit och sätter in NSAID vid lätta besvär och prednisolon 30 mg om mer uttalade besvär och förhöjd SR.

Jag ordnar med uppföljning (per telefon kan fungera) om några dagar för att höra hur det går och meddela svar på proverna. Information om att sköldkörtelvärdena kan svänga lite de närmsta månaderna men brukar normalisera sig inom några månader och oftast inte behöver någon behandling. Om TPO-antikropparna var förhöjda är det lite större risk för bestående hypotyreos som kan behöva behandlas. Information om god prognos. Följer upp pat tills bra och ev med en extra TSH-kontroll i efterförloppet.

Uppgift 5

Elisabeth 54 år med sveda i bröstet och värk i handlederna.

54 årig patient med halsbränna och ledbesvär.

Patienten har sedan tidigare ett gastroskopiverifierat hiatusbråck. Hon har tydligen också slutat med Omeprazol efter den läkta esofagiten. Behöver veta hur patienten har haft det innan hon kände av det nu beskrivna besväret. Kan hon beskriva mer? Är det halsbränna eller är det som tryck i bröstet? Vid vila? Eller bara efter ansträngning? Är det lägesberoende? Andra symtom? Illamående? Kräkningar? Magen och tarmfunktion i övrigt? Tar hon andra OTC (NSAID?) Får jag känsla av att det kan vara kardiell orsak? Rökning och alkohol? Viktnedgång eller B-symtom?

Kan vara GERD som hon besväras av med tanken på hennes hiatushernia samt även övervikten och stort bukombfång (rundnätt). Skulle kanske förvänta palpömheter i epigastriet.

Har nu även märkt att flera patienter har positiv H.pylori som jag kanske vill kolla upp. Dock måste hon vara utan omeprazol i 2 veckor inför provet.

Kan hon ha tagit låg dos Omeprazol som inte gav tillräcklig effekt? Patientens kan ändå börja testa Omeprazol hög dos 40 mg och vi får planera tel-tid om 2 veckor för uppföljning.

Vi går igenom vad som kan utlösa GERD, kan lägga upp det gällande stort bukombfång som bra början för vidare diskussion. Kaffe, choklad, att ligga plant och om hon äter sent eller stark kryddad mat kan var utlösande faktorer.

Hon är väl utredd sedan tidigare för sina ledbesvär och har inte heller några tecken till artrit eller synoviter i händerna, men vad har vi sedan tidigare i journalen? Vilka undersökningar är gjorda? Röntgen? Kan det vara artros? Vad hade hennes pappa för sjukdom? Om inte tiden räcker idag får vi boka ett till besök för att kolla upp detta.

Uppgift 6.

Lotta 20 månader, går ej utan stöd.

Lotta verkar välmående, men motoriskt sen. Jag lyssnar in föräldrarnas oro och förväntningar inför besöket. Är de inställda på remiss till barnläkare direkt eller önskar de en bedömning? Då det står att ledstatus och muskeltonus är normal så utgår jag ifrån att hon har normal rörlighet i fotlederna, utan tecken till kort/stram hälsena, inga tecken till spasticitet, som klonus och att höftleder är u.a, utan direkta eller indirekta tecken till luxation. Både tågång och out-toeing är vanligt hos barn. Här finns dock även en motorisk senhet. Om föräldrarna är nöjda med det så skriver jag en remiss till sjukgymnast (som hos oss är vana att bedöma barns motoriska utveckling och själva snabbt kontaktar barnläkare om de ser indikation för detta) och ber om återkoppling om avvikande förlopp. I så fall remiss till barnläkare för utvecklingsbedömning. Om föräldrarna är mycket oroliga och redan idag starkt önskar en remiss till barnläkare så skriver jag detta. Vi planerar för en tidigare uppföljning av BHV-sjuksköterska än det planerade 2 årsbesöket.

Uppgift 7.

Mattias 41 år, trött.

Jag fördjupar konsultationen med tanke, oro, önskan för att höra vad hans tankar är kring hans besvär och så jag även kan svara på de funderingarna.

Övervikten, munstatus och blodtrycket inger misstanke om sömnapné och jag hade frågat lite mer kring det. Har någon märkt att han snarkar och har andningsuppehåll? Alkoholöverkonsumtion kan bidra till sömnapné och jag hade fördjupat alkoholanamnesen med AUDIT formulär och frågat om vi kunde ta ett B-peth. Jag hade bitt undersköterskan följa upp med ytterligare blodtryckskontroller. Remiss för sömnregistrering. D-vitaminprovet som inte var så väldigt lågt hade jag inte reagerat på när det är taget på vintern när man har låga nivåer pga solbrist.

Uppgift 8.

Anna 36 år, ont i arm.

Anna 36 år med smärta i vänster överarm. Kommit efter vad som låter som en överansträngning för flera månader sedan och som har blivit värre. Har börjat styrketräna men blivit sämre. Vad jag förstår föreligger inget trauma vid smärtdebut, men hade frågat en extra gång. Vid status är hon ganska opåverkad, men med smärta vid abduction och elevation över ca 90 grader. Finns det en painful arc så att hon får mer smärta och svaghet mellan 60-120 grader? Det framkommer inte om hon har tecken på impingement, det hade jag kontrollerat (med Hawkins test eller Neers test), eftersom jag misstänker lite att impingementsyndrom i skulderled kan vara orsak till hennes besvär. Hon ömmar över fästet på långa bicepssenan, dvs det skulle kunna passa med en inflammerad bursa där som ger symptom som impingement. Hon är lite ung för att ha besvär med artros i AC-leden. Om dessa tester är positiva hade jag erbjudit en kortisoninjektion subacromiellt. Jag blandar då 1-2 ml depomedrol med 6-7 ml xylocain. Ca 10 min efter hon fått injektionen bör hon ha mindre smärtor pga lokalbedövningen, vilket hjälper till diagnostiskt. Detta kan upprepas efter ca 8 veckor. Jag hade rekommenderat fortsatt smärtlindring med Alvedon 500 mg 2x3 och Naproxen 500 mg x2 samt hänvisat till sjukgymnast för att få hjälp med rätt träning för att minska besvären. Om fortsatta besvär hade jag röntgat axel, för att se om det finns förutsättningar för impingement, att det inte finns något jag missat, och för att ortopederna kräver det inför ev remiss dit. Remiss kan vara aktuellt om hon inte blir bättre inom några månader trots kortisoninjektion och sjukgymnastik.

Det framkommer även att hon inte klarar av att sköta sitt arbete, det låter som hon behöver bli sjukskriven en period för att få låta axeln vila och inte överbelasta den. Det kanske kan finnas arbetsuppgifter hon kan utföra som inte är lika tungt, och att en omplacering kan vara möjlig, men med tanke på att hon arbetar i butik (livsmedelsbutik? Lyfte grönsaker när besvären uppstod) är det inte säkert det finns så mycket "lätta" uppgifter hon kan utföra istället.