

## Bra givna svar på skriftligt prov i specialistexamen i allmänmedicin oktober 2023.

Detta är autentiska svar från provet i oktober 2023, 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

Väsentligt problem: Lisa har många symptom som kan överensstämma med en demensutveckling.

Diagnosfunderingar: Risken för demensutveckling är högre vid Downs syndrom men som vid alla demensutredningar syftar undersökningen till att utesluta andra somatiska och psykiatriska sjukdomar. När det gäller Lisa bör man ha extra uppmärksamhet kring differentialdiagnoser då dessa kan ta sig ovanliga uttryck på grund av Downs syndrom och intellektuella funktionsnedsättningen. De differentialdiagnoser som bör beaktas särskilt är depression, psykossjukdom, missbruk, hypotyreoos, malignitet, cerebrovaskulär sjukdom men liksom vid varje demensutredning är det viktigt med noggrann somatisk och psykiatrisk undersökning för att utesluta andra sjukdomar.

Komplettering av information: Jag saknar uppgift om tidigare fysiska och psykiska sjukdomar, hereditet, bruk av alkohol, rökning, droger.

Det är viktigt att inhämta uppgifter från omgivningen om Lisas habituella funktionsnivå och utveckling över tid. Om Lisa inte är lätt att kommunicera med och kan svara på frågor om sitt mående ber jag om att en anhörig/god man eller personal från boendet med god kännedom till Lisa är med på besöket. Jag frågar om allmänt mående och om detta är svårt för Lisa att svara på efterfrågar jag förändringar i beteenden (tex orkar inte vara med i daglig verksamhet längre? slutat gå promenader). Jag efterfrågar symptom från hjärta och lungor, B-symptom, förändringar av rutiner för tarm och miktion, spår av blod? Inkontinens? Gynbesvär? Vikten har gått ner och aptit har försämrats, äter hon mindre, varför i så fall? Eftersom Lisa bor på gruppboende kan förklaringar till försämrad aptit och mående i stort spänna från personliga faktorer hos Lisa till mer organisatoriska och jag fiskar därför efter hur miljön på boendet är, om något förändrats på boendet för att utesluta att det är extern faktor som spelar roll för hennes mående. Jag frågar tidigare episoder med samma symptom, nedstämdhet, tecken till ångest/oro, psykotiska symptom, skattar sömn, frågar om alkohol och droger och om hon varit utsatt för något eller någon gjort henne illa. Jag frågar om hur försämringen kommit, plötsligt, stegvis eller sakta tilltagande.

Utredning:

Noggrant status men undersökning av hjärta, lungor, lymfkörtlar, tyroidea, MoS, öron buk, BT/p, rutinneurologiskt status inkl bedömning av gångmönster. Undersöker kugghjulsfenomen i extremiteter.

Psykiskt status och frågar orienteringsfrågor men tar samtidigt in uppgift om hur mycket Lisa vanligtvis är orienterad till tid, person, situation. Beställer EKG.

Jag ber demensteam om MMT/klocktest ifall det är rimligt att anta att Lisa klarar det. Eventuellt diskuterar jag alternativa kartläggningsmetoder med konsult från minnesmottagningen.

Provtagning :Blodstatus, glukos, tyroideastatus, elstatus inkl krea, albumin, kobalamin, folsyra, SR, iCa, albumin. CT hjärna med frågeställning atrofi, vaskulära förändringar, hydrocefalus, tumör.

Behandlingsförslag:

Om det visar sig vara demensutveckling som är orsak till Lisas försämrade förmågor är jag noggrann med att informera om tillståndet och hör efter med LSS-sköterskan om de har erfarenhet av detta på boendet.

Omvårdnadsinsatser är sannolikt av störst vikt för Lisas framtida mående. Går vikten neråt kopplar vi in dietist och stämmer också av så att Lisa haft kontakt med tandläkare för att utesluta problem med tänder.

Tandvårdsintyg vb. Efterhör även om det finns behov av andra intyg som tex sjukresor/färdtjänst. Körkort och vapen har hon sannolikt inte men det efterhårs ändå. Kopplar in rehab både för bedömning av behov av hjälpmedel men också för träning för att upprätthålla funktion.

Vi gör eventuellt behandlingsförsök med kolinerashämmare eller memantin med sedvanlig uppföljning för att utvärdera effekt. Behandlar eventuella sömnbesvär, oro, nedstämdhet.

## Uppgift 2

Går igenom föräldrarnas tankar. Har de känt oro för Ebba?

Har hon syskon med liknande besvär? Hur ser situationen ut hemma, har de djur? Röker någon i familjen?

Vi pratar om ifall Ebba orkar leka så som andra barn. Har förskolan pratat om att hon verkar andfådd eller hostar när hon leker.

Vi tittar på tillväxt kurvor om det verkar relevant

Pappa har pollenallergi. Finns det någon med astma? Eksem?

Lyssna på hjärta och lungor Observera andningen, indragningar Titta i öron och näsa och svalg. Se på hela hudkostymen.

Pratar om att det är vanligt med många förkylningar upp till 8-10 gånger per år, särskilt när man börjar på förskola.

Det är viktigt att veta om hon blir bra mellan episoderna eller om hon ständigt går och hostar. Läser tillbaka i journalen och ser om man noterat obstruktivitet och om man provat inhalation vid något tillfälle.

Då skulle jag föreslå att prova inhalationsbehandling med optichamber och mask: kortverkande b2 om endast symptom vid förkylning eller inhalationssteroid + b2 vid behov om mer långdragna besvär med hosta efter förkylningen gått över.

Ex. flutikason 125ug x4 de första 3-4 dagarna. Sedan x2 i 7 dagar.

Salbutamol 1-2 vb.

Det verkar finnas tecken på atopi i huden. Smörjer de henne på något sätt? Råd om mjukgörande dagligen och extra efter bad eller vid behov. Mildison kan användas i perioder enligt schema om rodnad och klåda blossar upp.

Informerar om att förkylning astma är vanligt och ofta försvinner när barnet blir äldre.

Att de ska söka akut på barn/akm/ jour-vc om de inte lyckas kupera hennes symtom eller om hon verkar ha andningspåverkan.

Prova detta 3 månader och därefter uppföljning. Ev stämma av via telefon och ny kontakt under värsta förkylningssäsongen (höst-vinter)

## Uppgift 3

Denna i sammanhanget unga patient har andningsbesvär och statusmässiga tecken på obstruktiv lungsjukdom. Primär lungsjukdom får misstänkas i första hand. Astma debuterar inte sällan i denna ålder, så astma med akut exacerbation får misstänkas i första hand. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom är mindre troligt pga relativt få paketår och låg ålder, skulle han ha alfa-1-antitrypsin-brist skulle dock KOL mycket väl ha kunnat utvecklas. Även om lägre misstanke behöver annan allvarlig sjukdom som lungemboli eller hjärtsvikt vara med bland differentialdiagnoserna. Hjärtsvikt med tanke på rökning med ischemisk hjärtsjukdom som följd samt ortopné. Hjärtsvikt kan ge astmaliknande bild, astma cardiale.

Jag skulle vilja veta mer om ev atopi i anamnesen och ev hereditet för atopi, KOL eller hjärtsjukdom. Det behövs mer information om tidigare symtom och om patienten varit helt bra emellan infektionsepisoder. Jag efterhör alkoholkonsumtion, samt ev kardiella symtom som bröstsmärta, perifera ödem, yrsel, synkope. Jag frågar om ytterligare riskfaktorer för lungemboli tex immobilisering, långa resor, DVT-symtom.

På denna patient skulle jag undersöka efter benödem, göra en minispirometri för att få ett mått på obstruktivitet (COPD-6). Jag skulle även ta ett EKG.

Kvarstår misstanken att det rör sig om en astma med akut exacerbation skulle jag överväga kontroll av CRP för att utesluta pneumoni. Jag skulle åter ordinera en Prednisonkur, utrusta patienten med en inhalator med kombinerad inhalationssteroid och LABA för användning kontinuerligt eller vid behov beroende på ev symtom emellan luftvägsinfektioner. Jag skulle även meddela vår astma/KOL-sköterska för ett första uppföljande besök inom några veckor.

Vidare skulle jag förklara sambandet mellan de aktuella besvären och rökning och risken för försämring detta medför. Kanske är patienten motiverad till förändring nu i samband med pågående besvär. Jag skulle utforska graden av motivation och erbjuda stöd av rökavvänjare.

#### Uppgift 4

Anamnes- Jag är glad att Rut har berättat om sin tanke och oro hon har funderat kring vad som utlöst smärtan, hon är orolig för hörselnedsättning. Vad önskar hon- en undersökning av örat, en remiss till ÖNH? Jag skulle vilja veta lite mer kring hur länge hennes smärta kring höger öra hållt i sig, är det sekunder (som vid trigeminusneuralgi), eller dagar (som vid öroninflammation, extern otit). Karaktären på smärtan är också viktig, här beskrivs den som vass och spetsig samt ensidig kring underkäken, vilket får mig att tänka på trigeminusneuralgi. Har hon haft sekretion, lockkänsla (extern otit), nyligen haft övre luftvägsinfektion (AOM), trauma/sår? Har hon haft svullnad i käkvinklar, munbotten (flegmone, spottsten)? Har hon sett att det varit rodnat, värmeökat (hudinfektion), finns det någon hudförändring på platsen eller blåsor (herpes zoster som kan ge neuralgi)? Att hon inte har hörselnedsättning eller tinnitus talar emot påverkan på innerörat. Har hon haft yrsel och i sådana fall vilken karaktär, duration, utlösande faktorer? Hennes besvär blir inte värre av tuggning eller gapning (talar emot temporalisarterit, käkledsbesvär). Det är bra att hon varit hos tandläkaren och att de friade henne, då tandproblem kan ge sinuit som kan förläggas till örat eller framför. Det är förstas som alltid viktigt att veta vad Rut har i bakgrunden- har hon andra sjukdomar, läkemedel? Har hon tidigare haft vattkoppor (herpes zoster). Sjukdomskänsla feber, muskelvärk (PMR/temporalisarterit- dock ingen tuggclaudication som talar emot detta). Har hon också huvudvärk (som vid migrän, ensidigt tårande rodnat öga som vid Hortons, dock mindre sannolikt).

Status: Jag skulle göra ett noggrant ÖNH-status med fokus på mun och svalg inkl bimanuell palpation (tonsillit), tungbas (tumör), spottkörtlar i munbotten (flegmone, spottsten), titta i öronen (extern otit, blåsor, perforation, öroninflammation). Känna på lymfkörtlar på halsen- malignitet? Känna på pulsar i tinningen (temporalisarterit). Jag skulle se om ansiktsmotoriken är symmetrisk och testa sensibilitet i ansikte (smärta vid trigeminusneuralgi), samt känna på parotiskörteln (tumör med tanke på ålder och att facialisnerven går där).

Utredning- Om status och anamnes inte ger misstanke om andra sjukdomar är trigeminusneuralgi skulle jag nöja mig och informera patienten om vad detta innebär. Skulle kranialnervsstatus i ansikte vara avvikande skulle jag göra fullständigt neurostatus och överväga vidare utredning med ex blodstatus, elstatus, CRP, B12, glukos, TSH och CT hjärna för att utesluta ffa malignitet.

Diffdiagnoser- Jag skulle överväga trigeminusnerualgi som mest sannolikt utifrån information som finns. Andra diffdiagnoser sinuit, herpes zoster, huvudhalstumör, extern otit, öroninflammation (mindre sannolikt).

Uppföljning-Om all anamnes och undersökning talar för trigeminusneuralgi skulle jag vid besöket informera om detta och erbjuda behandling med läkemedel mot nervsmärta och följa upp per telefon om 1 mån. Dock är jag osäker på vad man väljer och därför läsa om detta på internetmedicin eller våra lokala PM. Jag skulle också vid nästa handledningstillfälle ta upp med handledaren om den skulle tycka att vi gör vidare utredning ändå.

## Uppgift 5

Jag börjar med att ge min kollega beröm för en tydlig och bra sammanfattning av patienten enligt SBAR. Jag efterhör sedan hur hon tänkt. Vilka diff.diagnoser har hon i åtanke? Jag förklarar sedan att jag gärna vill träffa patienten med tanke på försämringen. VAS 7 och möjlig febrilitet och frekventa miktationer. Nekar ökad törst men i denna ålder och med rejäl påverkan måste vi utesluta nydebuterad diabetes med ketoacidosis. Finns miktionsveda? Eller feber? Flanksmärtor? Kan vara en febril UVI som behöver antibiotikabehandlas. Gastroenterit? Det kan leda till smitta som vi skulle kunna förebygga. Vad jobbar patienten med? Behöver stanna hemma från arbetet under tiden han har diarré och feber. Det kan finnas en dehydrering med tanke på stora vätskeförluster. Det finns yrsel vilket kan tala för det. Vi behöver bedöma patienten på plats och ta vitala parametrar. Sepsisbild med diarréer och kräkningar?

När jag träffar patienten tar jag en noggrann anamnes ber om beskrivning av smärtans karaktär. Ihållande? Intermittent? Jag tar en urinsticka, urinodlig skickas, glukos, CRP och ketoner vilket är möjligt på min VC. Jag lyssnar på hjärta, lungor, gör ett bukstatus inkl yttre könsorgan och bräckportar. Jag gör en rektalundersökning. Blod på handsken? Melena? Jag kollar vitala parametrar. Tecken på dehydrering? Tar också ett elstatus och blodstatus. Tar också fecesodling. Utlandsvistelse?

Vid normala parametrar och ingen dehydrering som kräver vätskebehandling behöver patienten inte skickas till akuten. Inväntar dock provsvar.

Han har buksmärta och diarré sedan flera år vilket behöver utredas. Behöver veta mer om buksmärtan och hur den varit över tid. Andra symtom? Viktnedgång? Mag- och tarmsjukdomar i släkten? IBD är en viktig diff.diagnos. Tar F-Hb och F-kalprotektin. Celiaki? Transglutaminasantikroppar, leverstatus och TSH behöver tas. Misstänker i första hand gastroenterit men skov av IBD är möjligt med tanke på lång anamnes med buksmärtor och diarré. Överväger kontakt med gastroenterolog.

Jag vill också prata lite om stress som leder till försämring enligt patienten. Hur hanterar han stressen? Alkohol? Rökning? Vad orsakar stressen behov av hjälp med stresshantering?

## Uppgift 6

77-årig kvinna med dyspné och buksmärtor/bröstmärta.

Här är ett scenario där akut allvarlig sjukdom inte kan uteslutas inom primärvården vilket föranleder vidare utredning inom akutsjukvård.

Potentiella diffdiagnoserna: hjärtinfarkt. Lungemboli. Kol exacerbation. Begynnande hypertensiv lungödem?

Differentialdiagnostiskt är patienten känd hjärtsjuk (tidigare tia). Är rökare och har hypertoni dessutom tyder P-glukos på att det kan finnas en bakomliggande obehandlad diabetes. Krampen i mellangärdet kan vara förtäckt bröstmärta. Eftersom besvären kom relativt akut kan detta tyda på akut hjärtinfarkt men även lungemboli. EKG stärker även denna misstanke. CRP stegring kan vara ospecifikt men kan också tyda på en pågående hjärtinfarkt alternativt större lungskada i samband med KOL-exacerbation eller lungemboli. Blodtrycket är även akut förhöjt. Dålig saturation utan påverkan på lungauskultation talar emot kol-exacerbation, så även avsaknad av förkylningssymtom och feber.

Telefonkontakt bör tas med kardiolog för att diskutera anamnesen och fynd på EKG. Motiverat med direkt transport för koronarangiografi? I så fall premedicinering? I annat fall kontakt med akutmottagning för diskussion och överrapportering. Med tanke på de potentiella diffdiagnoserna bör patienten handläggas akut och transport med ambulans är motiverat till närmsta akutmottagning för att säkerställa övervakning under färden, om inte diskussionen med kollegorna motiverar annan handläggning.

Vid handläggningen bör mer tillgänglig personal på mottagningen tillkallas, lämpligen en sjuksköterska och en undersköterska. Gärna en person till som kan tillkalla ambulans. Patienten bör vara övervakad, iv-infart bör säkras. Om möjligt tillförsel av syrgas på mask. Vaksamhet på medvetandesänkning som tecken på koldioxidretention. För blodtrycket kan man testa en dos nitroglycerin-spray 0.4 mg sublinguallt. Övrig medicinerings bör diskuteras med akutsjukvård för att säkerställa att vidare behandling inte påverkas.

Med tanke på patientens ålder kan det vara rimligt att fundera om det sedan tidigare finns några behandlingsbegränsningar hos patienten. Av det som framkommer i informationen egentligen ingen misstanke om detta men värt att undersöka.

Efteråt bör man diskutera fallet med sjuksköterskan som genomförde bokningen och misstänkte magkatarr. Eventuellt finns anledning att patienten redan vid telefonsamtalet skulle rekommenderas kontakt med akutsjukvård/ambulans. Detta går ej att utläsa av informationen men bör beaktas.

### **Uppgift 7**

Jag ber ambulanspersonalen stanna och försöker ta mig till patienten så fort jag kan inom lagens ramar. En snabb titt i FASS ger vid handen potentiellt allvarliga överdosreaktioner på samtliga beskrivna läkemedel, och reaktionerna kan komma med viss fördröjning, vilket initialt räcker för att motivera sjukhusinläggning. Akut suicidalitet kan räknas som allvarlig psykisk störning oavsett grundsjukdom. Jag bedömer utifrån given information att patienten behöver söka vård akut och bedömas inläggande. Därav är 2 av 3 obligatoriska rekvisit uppfyllda.

Jag försöker till att börja med försöka motivera patienten att söka vård (ibland räcker läkartiteln för detta), därav viktigt att ambulanspersonalen dröjer sig kvar. Om patienten vägrar detta finns grund för vårdintyg vilket får utfärdas på plats med blankett och penna. Om patienten trots vårdintyg fortsätter att bete sig aggressivt och vägrar medverka behöver jag beställa polishandräckning. Så länge patienten bedöms vara stabil ringer jag till psykiatribakjouren och ber om hjälp att faxa handräckningsbegäran till polismyndigheten, sedan ringer jag till stationsbefälet och ber om handräckning för att föra patienten till akutvårdinrättning. Jag meddelar stationbefälet att situationen är av relativt akut art, och ber om skyndsamt inställelse.

Eftersom det i detta fall behöver bedömas avseende intox i första hand går remissen till medicinakuten, men psykiatrien bör meddelas att patienten är aktuell. Psykiatrien meddelas via bakjouren som även får kännedom om patienten för vidare psykiatrisk handläggning. Jag kommer stanna hos patienten till dess polisen är på plats, och förhoppningsvis kan även ambulanspersonalen stanna. Patienten har ju även betett sig agiterat, vilket kan göra det olämpligt att vara ensam med henne, men detta får situationen avgöra.

Under väntan kompletteras anamnes, behandlingsallians upprättas, anhöriga efterfrågas, och giftinformationscentralen kontaktas.

### **Uppgift 8**

Det verkar finnas vissa svårigheter att motivera patienten till livsstilsförändringar och kanske även viss compliance-problematik. Viktigt att ta reda på vad patienten förstår om sin sjukdom och vad han har tankar framåt för att må så bra som möjligt. Vad har patienten själv för tankar och vad är viktigt för honom?

### Anamnes

Övriga sjukdomar, mediciner? Tas medicinerna regelbundet? Om inte, finns det någon anledning till detta? Biverkningar på någon av medicinerna eller ovilja att ta? Har slutat röka, jättebra, berömma patienten. Alkoholintag, droger? Hereditet diabetes, hjärtkärlsjukdom? Hur mår patienten? Hur är konditionen? Bröstmärta/tryck över bröstet/dyspné vid ansträngning eller i vila? Blir det någon fysisk aktivitet? Hur ser kosten ut? Hur har han det socialt och på arbetet? Provtagningen tyder på att hans diabetes kunde varit bättre kontrollerad liksom blodtrycket och kolesterolvärdet.

### Undersökning

Framför allt blodtryck och ankelsvullnad som verkar vara noterbart i status.

### Utredning

Förutom de prover som beskrivs i uppgiften brukar jag ta elstatus, fullt lipidstatus inkl LDL, även B12 med tanke på metforminbehandling, ev leverstatus om statinökning. EKG om det var längesedan.

### Bedömning/åtgärd

Med denna patient är det väldigt viktigt att få med honom på tåget. Höra med honom vad han själv tänker om kosten och träningen. Är detta något han vill ändra på? Vad skulle ett första steg i så fall kunna vara? Finns det någon aktivitet patienten gjort tidigare och gillat? Kan erbjuda FaR. Rent medicinskt förklara att blodtryck, långtidsblodsocker och kolesterol ligger högre än önskat, finns risk att utveckla komplikationer och hjärtkärlhändelser. Prio 1 med tanke på blodtryck, och lindrig proteinuri tycker jag är att lägga till en ACE-hämmare. Ny blodtrycks kontroll (<140/85) och provtagning (elstatus, U-alb/krea) om någon månad. På sikt behöver vi sannolikt lägga till ytterligare diabetesmedicin såsom GLP-1-analog samt öka statindosen för att sänka LDL. HbA1c-mål åtminstone 52 mmol/l men kanske till och med 48 eftersom han inte har någon samsjuklighet och inte haft diabetes så jättelång tid.

Med denna patient hade jag försökt åtgärda en sak i taget eftersom det finns flera bitar att jobba på och att utfallet sannolikt blir bäst om han själv är motiverad till förändring och förstår varför det är viktigt. Ta hjälp av diabetessjuksköterska för uppföljning.