

Bra givna svar på skriftligt prov i specialistexamen i allmänmedicin oktober 2024

Detta är autentiska svar från provet i oktober 2024, ibland med smärre språklig redigering. Varje uppgift har bedömts av två särskilt utsedda granskare. Svaren är kodade så att granskarna inte vet vilken examinand som skrivit svaret. Granskarna har 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

Uppgiftens mest väsentliga problem är hennes hosta/ev atypiska pneumoni utifrån tidigare cancersjukdom. Att hon är lätt immunosupprimerad av stressen och att få återkommande förkylningar är möjligt med det är ändå alarmerade med tanke på bakgrunden. Jag vet inte heller hur gammal sonen är.

Jag behöver titta tillbaka i journalen, har vi något CRP, var det verkligen pneumoni eller behandlade man mest utifrån epidemiologin. Är hon frisk förutom tidigare bröstcancer? Hon får också berätta själv om hennes symtom, hur det debuterade, förlopp med feber. Effekt av antibiotika. Har hon andra symptom som hon inte känner igen? Huvudvärk som annorlunda, synpåverkan, nyttillkomna smärtor? Tidigare rökning? Har hon gått ner i vikt? Natliga smärtor (skelettmetastaser)? Miktion och avföring? Vi får lägga en stund att prata om den psykosociala delen då det är det som stressar henne och se hur mycket stöd hon har. Tidigare mammografi kontroller och uppföljning efter bröstcancer? Hur behandlades hennes bröstcancer, operation eller var det också strålning och cytostatika? Hur är det med epidemiologin nu? Varit utomlands eller träffat någon nyligen som har varit sjuk?

Jag skulle undersöka henne och ta temp, puls och blodtryck. Känna på lymfkörtlar både cervicalt och i axiller. Har patienten känt på sina egna bröst, är hon okej med att jag känner efter knölar. Lyssnar på hjärta och lungor. Tittar på underbenen med.

Viktigt att prata om hennes tankar och oro. Hon tycker sannolikt att det är konstigt att få upprepade lunginflammationer och jag vill höra hennes förklaring/rädsla och önskan.

Är hon stabil och inte är i behov av inläggande vård så får jag behandla/utreda henne. Med tanke på feber, hosta och röda ögon kan det tala för ev virusinfektion men hon får lämna blodstatus, CRP, jag tar även ALAT ALP utifrån tidigare bröstcancer. Huvudmisstanken är pneumoni. Det skulle kunna vara empyem varför en snabb röntgen är motiverad. Andra diagnosen som lungemboli och hjärtsvikt är tänkbara med mindre sannolika utifrån feber samtidigt. Men finns det kliniskt misstanke som tex pittingödem, rassel, eller DVT status i underben så får man gå i det spåret först. Man kan få kardiella biverkningar av cytostatika/strålning om hon har fått det. Jag tror jag kan få till det poliklinisk inom någon dag efter att ha pratat med röntgen. Skulle förstås kunna vara metastaser varför denna patient är mer högriskpatient.

Jag tycker att i det fallet är det också motiverat att ta en nasofarynx odling då det är redan terapivikt. Stärker CRP:t pneumonimisstänke så är min plan att behandla henne med Spektramox (Amoxicillin/klavulansyra) och vi bokar en telefontid om 3 dagar för utvärdering. Då borde jag fått svar på odling, alla prover och röntgen. Vid försämring får hon höra av sig tidigare.

Uppgift 2

Träffar första barnet till en familj. Flickan är född runt beräknad partus och förefaller ha varit välmående vid förlossningen. Utifrån vad som är underförstått i texten så upplever föräldrarna inga besvär utan beskriver barnet som glatt. Då vi rutinmässigt mäter tillväxt sist (barn brukar inte gilla den biten) så skulle jag först gratulera föräldrarna till barnet och fråga hur det går. Ammar hon? Fungerar amningen bra, om ej, varför inte? Sköter magen sig bra? Fungerar allt väl i hemmet?

Hade därefter gått över till somatiskt rutinundersökning med barnet liggandes på rygg, uppifrån och ner och därefter vända barnet för att lyssna på lungor och känna på ryggen. Finns några avvikelser? Normalt hjärt-lungstatus? Femoralispulsar? Vid normala fynd så hade jag gått vidare med kontroll av vikt och längd.

Flickan har normal tillväxt avseende längd och huvudomfång men visar en liten dipp i vikt. Då vi vet att spädbarn i normala fall tappar en del vikt vid förlossning som de därefter snabbt återhämtar samt det faktum att de flesta barn brukar gå upp i vikt första månaderna (amningspuckel) så drar man ändå öronen åt sig av ett sådant fynd.

Här måste man väga sina ord. Risken med att nämna vikttappet felaktigt kan vända föräldrarnas uppfattning från "mitt barn mår bra och är friskt" till "mitt barn är sjukt". Detta kan skapa en ogynnsam situation under lång tid framöver. Jag skulle här på ett väl avvägt sätt nämna att vikten inte helt utvecklats som det ska och koppla an till anamnesen och status. Fanns det något i status som antydde hjärtfel som orsak (blåsljud t.ex. - ökat amningsarbete, svårt att amma)? Fanns det några besvär med amningen i övrigt (lite bröstmjölk, svårt att greppa pga kort tungband, anknytningssvårigheter)? Har barnet magbesvär (komjölksallergi? Om än något liten)? Ikterus - gulaktig hy?

Skulle något utfalla avvikande i status som jag kan koppla till tillväxten så skulle jag skicka en remiss till barnkliniken för snar uppföljning. Alternativt diskutera med en barnspecialist vid diskreta symtom.

Skulle status vara helt normalt men att besvär med amning framkommer så skulle jag rekommendera att man tilläggs matar med ersättning och att vi följer upp igen om en vecka med ny vikt+längd och avstämning. Utvecklingen får här styra vidare handläggning. Ber givetvis även BVC-sköterskan med input om hennes rekommendationer och förslag här. Bröstpump?

Förekommer magbesvär så får man föra det spåret vidare. Dock är åldern låg för misstänkt komjölksallergi varför man ska vara försiktig med att lyfta detta nu.

Viktigast här är uppföljning. Vid fortsatt avvikande viktutveckling bör man givetvis omvärdera situationen för att se om det är något man missar eller om ytterligare stödresurser är nödvändiga.

Uppgift 3

Jörgen 52 år: hypertontkontroll. Skakning, svettning, blodtryck 150/110.

Jag uppfattar Jörgen som abstinert och behöver därför prata ytterligare med honom och vinna allians: Hur mycket alkohol har han druckit innan han slutade? Vad använder han för läkemedel och hur mycket? Dessa frågor får man närma sig varsamt för att inte riskera att han blir upprörd och lämnar rummet. Vad arbetar han med rent praktiskt? Finns det någon arbetsuppgift där han utgör en ren fara nu? Bilkörning? Hur mår han psykiskt, är han nedstämd? Självmedicinerar han med alkohol och tabletter? Har han fått hjälp för missbruk tidigare?

Jag vill ha status där det ingår: AT, hjärta med puls, lungor, (blodtryck har vi redan), psykiskt status. Finns tecken till delirium?

Jag berättar för Jörgen att det är väldigt viktigt att jag får hjälpa honom eftersom att det potentiellt kan vara farligt att avstå alkohol helt om han har haft en hög konsumtion över lång tid; då behöver man hjälp för att minska risken för farlig abstinens. Jag erbjuder honom min hjälp för att få ordning på detta om han vill. Antingen genom inläggande abstinensvård eller att vi tillsammans behandlar honom, det beror på vad som framkommer i status och hur illa det verkar vara. Finns tecken på delirium skall han vårdas på sjukhus. Om inte kan man via vårdcentralen i det akuta skedet använda sig av bensodiazepiner för att minska abstinenssymptomen och risken att hamna i delirium (som är ett potentiellt livshotande tillstånd). I så fall får han komma och hämta hos oss dagligen, jag vågar inte förskriva recept till honom med tanke på tendens till missbruk. Senare kan vi hjälpa honom med stöd för att sluta med alkoholen, både med samtalsstöd men också med läkemedel som minskar sug (Naltrexon) eller läkemedel som gör att han inte kan dricka alls (Antabus). Blodtrycket idag speglar inte de facto att pat inte har en bra behandling för sitt blodtryck. Det får följas upp när pats mående stabiliserat sig.

Jag vill också gärna veta om han har barn i omyndig ålder och i så fall om han också har vårdnaden om dessa? Om så är fallet är jag tvungen att göra en orosanmälan med tanke på hans alkoholmissbruk. Om han har körkort behöver vi kontrollera B-PEth och informera om att det kan bli aktuellt att anmäla till Transportstyrelsen angående hans körkort.

Uppgift 4:

Jag klarar bara att fokusera på en patient i taget. Nu har jag Lina och hennes föräldrar framför mig på mitt rum.

Kvinnan, som skulle komma en timme tidigare, får bokas om med nytt tolkbesök på en tid inom kort. Ber sekreteraren om hjälp med detta.

Åter till Lina med hennes föräldrar. Ber om ursäkt för avbrottet. Jag gör vad jag kan för att uppmuntra Linas berättelse och om det behövs så säger jag vänligt till pappan att jag gärna hör vad Lina själv vill berätta. Jag efterfrågar vad Lina själv tänker om magbesvären och om hon är orolig för något. Undrar också om hon önskar någon speciell hjälp.

Jag vill gärna höra vad mamman har att säga och vänder mig sedan till henne och efterfrågar hennes tankar, oro och önskan. Om pappan försöker avbryta och ta över samtalen försöker jag styra det tillbaka till mamman eller dottern. Jag vill förstås också höra vad pappan tänker om dotterns besvär, men jag försöker avbryta honom om han pratat om sig själv.

Jag kommer också be båda föräldrarna att gå ut för att få prata med Lina i enrum. Jag förklarar att vi brukar göra så när det är barn som är patienter och normaliserar det. När jag pratar med Lina själv efterhör jag hur hon mår, om hon trivs hemma och i skolan. Vänner, hobbies etc. Frågar om det är jobbigt att bajsas i skolan och varför isf.

Frågar igen om det är ngt särskilt hon vill ta upp eller är orolig för.

(I vanliga fall gör jag inte detta alltid om det främst rör sig om förstoppningsbesvär, men med tanke på pappans dominerande sätt, bedöms det lämpligt.)

Sedan släpper jag in föräldrarna igen. Jag efterhör lite mer om ev buksmärta, ärftlighet för magtarmsjukdom etc. Allergier? Efterfrågar ev miktionsbesvär. Trängningar sekundärt till förstoppning?

Jag undersöker förstås Lina. Lyssnar på hjärta, lungor och palperar buken. Inspekterar kring ändtarmsöppningen om det är ev fissur etc som kan göra ont. Utifrån situation palperar jag ev per rektum.

Vid besöket kontrolleras också längd- och vikt. Tar rutinprover, ffa glutenprov.

Om inget avvikande här rekommenderar jag Forlax junior i den dos som behövs för att Lina ska ha avföring varje dag. Eftersträva minst Bristol 4. Får föra avföringsdagbok och planerar uppföljning och då skulle jag planera in en telefonuppföljning med mamman om 4-6 veckor. Pratar om förstoppning och toalettvanor, vikten att gå regelbundet för att förebygga förstoppning osv.

Uppgift 5.

Äldre herre med hypertoni och förmaksflimmer. Det kan vara förmaksflimmer igen, det kan också vara att han har gått med flimmer utan symtom länge och sviktar han på grund av det. Är det bara dyspné och inga smärtor, inga anginösa besvär? Kan förstås vara lungsjukdom som lungemboli.

Jag saknar från anamnesen hur långt kan han gå/trappor, hur är det på nätter? Ortopné? Har vikten ändrat sig? Han har inga vilobesvär men känner av att hjärtat gör uppehåll, vid ansträngning? Inga vegetativa symtom som kallsvettig, yrsel eller illamående? Hur har han mått för övrigt senaste tiden?

Jag saknar också om han har rökt tidigare och alkohol, ärftlighet framför allt hjärtinfarkt. Och hans medicinlista. Fick han ingen DOAK/waran för 30 år sedan?

Jag undersöker honom och lyssnar på hjärta och lungor. Känner på pulsen samtidigt som jag lyssnar, blåsljud som har fått honom att svika? Är det flimmer eller bara extraslag? Känner på buken, ascites? Organomegali? Känner på underben och letar efter svullnad, DVT status? Puls, blodtryck, saturation och vikt. Har han gått upp i vikt?

Vi tar ett EKG som får vägleda mig. Är det förmaksflimmer och i så fall hur snabbt går det? ST-T förändringar? Påverkan på T-vågor som vid lungemboli?

Man får väga in status och EKG. Är han påverkad i parametrar tex desaturation så får han åka in med ambulans då med lungembolimisstanke. Är han påverkad så man ska tänka elkonvertering och flimmer? Jag tycker inte att det låter så på honom utan enbart dyspné. Är det förmaksflimmer på EKG så får han lämna DOAK-paket och vi börjar med frekvensreglering. Förutom DOAK-paket även glukos, proBNP och TSH reflex.

Finns det kliniskt misstanke så kan man vätska ur honom om det är rassel på lungorna och svullna ben/gått upp i vikt. Man får tänka på blodtrycket då. Längre fram ska man faktiskt göra eko på flimmer patienterna även om det är sällan det sker i verkligheten. Han ska också få en kardiovaskulär genomgång.

Om det är däremot ST-T förändringar eller inverterade T-vågor då ambulans till sjukhus utifrån AKS.

Det låter mest som flimmer/svikt. Jag lugnar ner honom och informerar om handläggning, att hjärtat kan svikta när det slår snabbt och vi sänker rytmen så det inte går för snabbt och få ut vätskan så det inte stör andningen. Man kan känna av hjärtslagen även om man är helt hjärtfrisk, det är normalt och man behöver inte vara orolig och han lär känna mindre av det med betablockad. Kan jag bemöta hans oro? Är det annat han tänker på/är rädd för?

Annars hör jag av mig när jag har fått provsvar för insättning av antikoagulationa som han får muntlig och skriftlig information om. Han kommer tillbaka till uska om en vecka för EKG, puls och blodtryck och vikt. Jag återkopplar och justerar medicin utifrån detta. Annars bokar vi återbesök till mig/PAL om 3-4v för en ny klinisk bedömning. Då för att följa att det har blivit bättre. Sviktbehandling och beställa EKO.

Uppgift 6

Det mest väsentliga är att Olga uppvisar symtom på att livets slutskede närmar sig i form av tilltagande svaghet, ihärdigt illamående som är svårbehandlat och nedsatt aptit. Uppger också att hon är klar med livet, har en demenssjukdom i botten. Man ser ofta i livets slutskede att kroppen inte vill ta emot mer näring och förbereder sig för döden. Mycket viktigt att ställa en palliativ diagnos, sätta 0 HLR i journalen (och dokumentera detta som avsteg från vådrutin) och kontakta eventuella anhöriga och berätta om situationen. Förklara för Olga vad palliativ vård innebär och det är en behandling som är inriktad på henne symtom så att hon inte ska lida den sista tiden på den här planeten. Efterfråga andra symtom så som oro, ångest, rädsla, smärta som ofta förekommer vid sista tiden i livet. Det bästa vore om anhöriga kan vara på plats för det här beskedet. Sätta in palliativa mediciner och sätta ut samtliga läkemedel som inte har någon nytta på kort sikt – överväga att byta till injektioner när hon inte längre kan ta läkemedel per os.

Jag tänker att om man sätter ut antibiotikan så finns det en risk för sepsis om infektionen från proteserna sprider sig, man behöver dock tänka på om det är mest etiskt försvarbart om hon avlider i en sepsis till följd av utsatt AB eller om hon avlider av andra orsaker. Uppföljning via personal på boende som kan ge palliativa mediciner vid behov, kan alltid kontakta läkare vid eventuella frågor.

Uppgift 7

Det mest väsentliga här är att besök inte alltid handlar om det vi tror att det ska handla om, och att det ofta är något annat än det som är viktigt för oss som är viktigt för patient/föräldrar.

Det låter i övrigt som att Samuel anamnestiskt har en acceptabelt behandlad astma i normalfall men troligen underbehandlad vid förkylning, viktigt att ta reda på om det sker dosökning vid förkylning eller ej.

Vidare är et märkligt uttryck "en omskärelse som vi gjort", vad menas med det, har man tagit initiativ till det via sjukvården eller på något sätt agerat på egen hand? Verkar allt ha gått rätt till? Detta skulle jag ta reda på mer om, och ta ställning till om det framkommer anledning till oro.

Det verkar vara olika vad som är viktigt för mamman respektive pappan. Det verkar som att besöket kommer in på det som det ursprungligen handlade om, och ren handläggning av detta vill jag veta mer vad som är gjort tidigare, han är såpass ung att man troligen inte gjort spirometri men börjar komma i åldern att man kan planera för det.

Oavsett viktigt med tydligare anamnes, hur låter han vid förkylning, är det tydligt obstruktivt(väsande/pipande) eller av annan art. Nattlig hosta? Givetvis klinisk undersökning, lungauskultation (obstruktiv?) samt övrig basal undersökning, SpO2.

Verkar också ha en underbehandlad allergi där det blir viktigt med ordentlig information till föräldrarna. Är det enbart säsongsbundet eller finns symtom året runt? Finns pälsdjur? Hur behandlar man? Besvärsfri nattetid och god sömn? Särskilt vid astma blir allergibehandling viktig.

Avseende snoppen verkar det som att jag tycker det ser beskedligt ut, men lite beroende på orosnivå i förhållande till utseende tar jag ställning till ev remiss till urolog för postopkontroll.

När föräldrarna jobbar inom sjukvården är det viktigt att inte låta de ta för stort behandlande ansvar, att man inte utgår från att allting kommer behandlas korrekt utan de kanske besitter basal medicinsk kunskap men är specialiserade på något helt annat än det som barnet söker för. Viktigt att behandla alla föräldrar och patienter som just föräldrar och patienter, med samma noggrannhet och tydlighet till de som ej har sjukvårdsbakgrund.

Uppgift 8

Det verkar som att Kurt börjat bli kognitivt påverkad vilket kan ha flera olika tänkbara orsaker.

Förloppet verkar varit åtminstone över de senaste månaderna och inger primärt misstanke om demensutveckling med inslag av BPSD. Kan också vara primärt psykiatriskt, till exempel att han sjunkit in i en depression efter att ha förlorat hustrun, med paranoida inslag, dock verkar det tydligt att det finns en minnesproblematik som gör att demens toppar listan på tänkbara orsaker. Med förmaksflimmer och Eliquisbehandling bör man också överväga central orsak till utvecklingen, även om det skett över flera månader. Om dålig compliance kan det vara cerebral infarkt och om god compliance eller förekomst av fallolyckor (inte alltid att det varit tydligt) kan det vara ett kroniskt subduralhematom som spökar.

Infektion mindre sannolikt med denna långa anamnes.

På basen av att han även har hjärtsvikt och hypertoni finns säkert läkemedel i listan som kan ge dålig sömn, mardrömmar, tex betablockerare, och det kan ses över.

Man vill också veta om han ter sig kliniskt sviktande då hypoxi nattetid kan leda till orolig sömn och mardrömmar, samt minskad fysisk aktivitet.

Vill också veta mer om nutritionsstatus, ev alkoholkonsumtion mm.

Åtgärd:

*Somatisk undersökning inklusive AT, Cor, Pulm, Lgll, buk samt en komplett neurologisk undersökning.

*Psykiiskt status, försöka avgöra om det är symtom av psykotisk valör avseende paranoian. Givetvis avgöra om det finns någon verklig grund att pat upplever sig hotad.

*MMSE + klocktest.

*Provtagning inkl blodstatus, elstatus (Na, K, krea, Calcium, Albumin), SR, CRP, glukos, leverstatus, TSH, kobalamin, folat.

*DT hjärna.

*Boka uppföljande besök efter prover + DT, tidigare kontakt om avvikande provsvar.

*Ställningstagande till psykiatrisk behandling men i första hand anpassa miljön, anpassa kommunikationen, försöka begränsa antalet personal som träffar patienten så det blir så hög kontinuitet som möjligt. Fundera om det finns något som sommarvikarien kan träna på i kommunikation eller liknande. Om pat har en tydlig depressiv utveckling ställningstagande till SSRI, om mer vanföreställningar och agitation får man överväga lågdos antipsykotiska läkemedel. Evt lugnande som kortsiktig lösning.