

Bra givna svar på skriftligt prov i specialistexamen i allmänmedicin oktober 2025

Detta är autentiska svar från provet i oktober 2025. 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.

Inför besöket skulle jag noggrant läsa igenom patientens journal eftersom alla med flerfunktionsnedsättning har olika förutsättningar och besvär. Det framgår att Johanna sitter i rullstol men vilka övriga funktionsnedsättningar har hon? Tal, hörsel, motorik? Intellectuell nivå? Baserat på detta och hennes tidigare sjukdomar får anamnes och undersökning riktas in. Hon verkar ha fått antibiotika mycket innan, har det varit verifierade otiter? Har man övervägt röroperation? Det är bra att assistenten finns med men skulle om möjligt ha med även närmaste anhörig, exempelvis förälder för att få en bättre bild av situationen.

Jag vill börja med att höra hur Johanna har det i vardagen, bor hon på ett LSS-boende? (i så fall kanske ytterligare personal och sjuksköterska finns för informationshämtning om det behövs framöver.) Eget boende med assistent? Om Johanna själv kan svara på frågor ber jag henne berätta annars frågar jag assistenten om hen upplever att Johanna besväras av något i vardagen. Det kan vara svårt att identifiera nya sjukdomar hos dessa patienter som eventuellt inte kan uttrycka sig helt själv. Jag börjar med breda frågor om hur det går att få i sig mat, hur avföring- och miktion ser ut, tecken till smärtor. Jag smalnar sedan av beroende på svar. Eftersom assistenten föreslår att jag ska undersöka öronen och tycker att hon reagerar sämre på hörsel finns det nog något som ligger bakom det. Jag vill veta mer av förloppet, har det kommit plötsligt eller varit så under en längre tid. Jag vill fråga om nyliga övre luftvägsinfektioner eller tecken till otiter i form av smärta, feber eller om något runnit ur öronen. Frekventa bad eller topsanvändning? Tecken till klåda i hörselgången?

Det framgår att Johanna värjer sig vid undersökning av öronen. Med anamnes av sämre hörsel vill jag förstås undersöka. Jag backa och förklarar varför jag vill undersöka och talar lugnt. Jag ber assistenten om råd för vad som brukar fungera för Johanna, något speciellt som gör henne trygg. Om det inte finns anamnes på feber, kraftig smärta eller att något runnit ut öronen är det inte akut att undersöka öronen idag. Kanske kan man boka ett återbesök och göra förberedelser som gör Johanna lugn, även hembesök om undersökning i hemmiljö underlättas kan övervägas. Åtgärder som ökar livskvalitet anses viktiga att genomföra och bibehållen hörsel är viktigt, framförallt om andra sinnen är påverkade.

Om jag lyckas undersöka öronen vill jag titta efter vaxpropp, efter irritation eller sekretion i hörselgången. Är trumhinnan genomskinlig eller finns tecken till vätska bakom som vid otoslapingit. Rodnad och buktande som vid akut mediaotit? Perforation? Tecken till tumör? Om det går att få adekvata svar vill jag även göra rinnes och Webers test.

Beroende på statusfynd vill jag gå vidare med ett hörselprov och eventuellt remiss till ÖNH för bedömning.

Övrigt att fundera på med tanke på hälsokontroll: läkemedelsgenomgång, behov av provtagning och hur ska detta göras i så fall, behov av god man/förmyndare, behov av färdtjänstintyg

Uppgift 2

Innan handledningen vill jag fråga stora delar av yrkesgruppen vad de tycker om Daniel, hans bemötande, medicinska kunskaper, hur han presterar. Hur det går att samarbeta med honom. Vad han har för förbättringspunkter. Vad är han bra på? Vad han kunde ha gjort annorlunda. Förbättringsförslag. Samtala med sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinare, sekreterargruppen och övriga läkarkollegor. Efterhöra mer info från ssk om vad patienterna tycker har varit dåligt och bra.

Samtala om de har varit så under alla 18 månaderna? Är det ngt nytillkommet? Är det något som har ändrats? Få konkreta förslag med feedback. Gå igenom tidigare medsittningar för att se hur det tidigare har varit.

Under handledning: Bjuda in honom, ställa öppna frågor om hur det går för honom. Hur funkar livet utanför VC? Allt under kontroll? Stressigt? Hinner han med sitt jobb? Hur han tycker att de senaste 18 månaderna har varit? Arbetsbelastning och kollegialt stöd?

Ge honom positiv feedback vad han gör bra och att detta lyfts upp.

Därefter får jag informera att JAG fått till mig att han inte alltid har ett trevligt bemötande till vissa patienter. Och att han inte upplevs kunna vara tillräckligt effektiv och samarbetsvillig som man förväntar sig efter en 18 månader lång ST tjänstgöring.

Därefter lyssna in på vad hans tankar är efter given feedback. Ngt han känner igen? Finns det ngn förklaring till varför han går som han gör? Finns det någon sanning gällande detta? Funderingar? Bortförklaringar? Hantera känslor som uppstår? Tacksamhet över feedback?

Sen fråga honom hur vi ska gå vidare med detta? Något han vill ändra på eller göra bättre? Vill han ha hjälp av mig på något sätt? Finns det någon jag kan hjälpa honom under vår handledning?

Önskvärt vore om man genomförde en 360 graders bedömning med personal och patient för att ev belysa bemötande med mera. Specialistkollegium är aktuellt. Öka antalet sit in med mig och andra specialistkollegor för att ge feedback och stötta honom att utvecklas. Och att vi följer upp detta om några månaders tid. Erbjud att vi kan följa upp vårt samtal vid nästa handledning om det blir för mkt att ta in vid denna handledning. Så att man kan få lite distans till allt. Samt får tid att fundera om det är något man vill ändra på för att det ska bli bättre.

Uppgift 3

Olofs väsentliga problem är nytillkommen förstoppning. I bakgrunden finns oklara episoder av kraftig buksmärtor med svimning men det framgår inte om detta varit aktuellt just nu.

Förstoppning kan bero på livsstilsfaktorer, läkemedelsbiverkningar alt. missbruk, IBS, celiaki eller strukturell tarmsjukdom. De tidigare smärteepisoderna är differential-diagnostiskt svårbedömda. Är det här något akut tillstånd som återkommit vid flera tillfällen, typ divertikuliter? Eller något kroniskt som sällan ger sig uttryck, men då kraftiga sådana? Finns ett samband med hans aktuella förstoppning, är denna i själva verket kronisk och att han har förstoppningsdiarréer i vanliga fall?

Det är viktigt att få fram Olofs egen tanke, oro och önskan. Berätta mer om magbesvären de här sista dagarna. Smärta? Blod i avföringen? Hur tycker han att magen fungerar i vanliga fall? Hur brukar hans toaletter se ut hemma/på jobbet? Har han tidigare upplevt samband mellan buksmärtor och förstoppning? Var har han fått ont de gånger han svimmat? Har han då sökt akut, och vilka utredningar har gjorts? Har han någon aktuell läkemedelsbehandling? Andra kända sjukdomar? Tidigare bukkirurgi? Det framgår att han äter normalkost. Ser han något samband mellan vissa födoämnen och buksymtom? Dryckesvanor? Fysisk aktivitet? Tobak, alkohol, narkotika? Viktutveckling? Ärftlighet för celiaki, IBD?

Förutom den statusundersökning som gjorts skulle jag vilja lyssna på hans tarmljud. Att hans aktuella besvär beror på förstoppning förefaller ganska tydligt men vad orsakar förstoppningen? Jag skulle ordinera ytterligare provtagning, i första hand blodstatus, transglutaminasantikroppar och TSH.

Behandlingsförslag i akutskedet är obstipationslösande behandling, i första hand ett Klyx för att tömma det som står och därefter Movicol eller liknande, kan börja med 1-2 dospåsar x 2 tills det löser sig. Uppföljning efter några dagar när provsvar inkommit. Om inget avvikande i provsvaren gäller fortsatt laxantia, sannolikt behov av långsiktig behandling om tolkningen blir att han varit kroniskt förstoppad. Information om vikten av regelbundna toalettvanor och livsstilsfaktorer, skriftligt patientinformation från nikola.nu.

Uppgift 4

I det här fallet tänker jag att min viktigaste uppgift som doktor är att inte medikalisera normala reaktioner på tuffa livshändelser, men också vara noggrann i min bedömning av suicidrisken.

Det som beskrivs i fallet låter som en otroligt utmanande livssituation för Gunhild och jag tänker i det här fallet att det blir viktigt att etablera kontakt, ha ett empatiskt bemötande och visa förståelse för den otroligt tuffa situationen. Låta Gunhild berätta ostört om sin situation och validera henne i denna. Jag vill också penetrera tankar om suicid: Har hon faktiskt börjat göra några planer för att skada sig själv eller ta livet av sig? Är det flyktiga tankar eller har hon sett ut någon plats där hon skulle kunna hoppa? Har hon gått dit? Har hon planerat någon specifik tidpunkt? Finns några tidigare suicidförsök i hennes anamnes? Har hon börjat dricka alkohol? Hur sover hon? Finns socialt nätverk? Efter att ha värderat aktuell suicidalitet och risk/skyddsfaktorer för suicid skulle jag bedöma suicidrisk. Om jag landar i en hög suicidrisk skulle jag se till att Gunhild får en bedömning på akutpsykiatri.

I detta fall skulle jag dock gissa att suicidrisken bedöms som låg och om så är fallet skulle jag gå vidare med att försöka normalisera hennes reaktion. Att bli ledsen, trött, förtvivlad och fungera sämre rent kognitivt är en förväntad reaktion i detta läge. Om Voxra inte gett någon effekt skulle jag rekommendera att hon trappar ned och sätter ut preparatet. Jag skulle efterhöra Gunhilds inställning till samtalskontakt och rekommendera samtal med kurator här på VC eller (om tillräcklig initiativförmåga föreligger) kontakt med kommunens anhörigcenter. Jag skulle se arbetet som en stor skyddsfaktor för Gunhild och göra en plan för återgång i arbete. Jag skulle delge henne min bedömning som är att sjukskrivning riskerar att bidra till ytterligare nedstämdhet, förlust av självkänsla, rubbad dygnsrytm. Sen skulle jag göra en plan för successiv återgång i arbete. Tex börja arbeta 25 % from nu, sedan öka upp med 25 % i veckan tillbaka till heltid.

Om Gunhild har stora sömnsvårigheter skulle jag överväga medicin för sömnen – ex Atarax eller Propavan. Då får man ju ha i åtanke att sonen finns därhemma och se till att patienten har ett säkert sätt att förvara medicinerna (inklusive receptbelagda psykofarmaka).

Jag skulle boka in en uppföljning efter ca 2-3 veckor, via telefon om jag anser att jag kunnat göra en bra bedömning och etablerat god kontakt med patienten, men fysiskt besök om jag fortsatt känner mig lite osäker och skulle behöva penetrera den psykiatriska anamnesen.

Uppgift 5.

Isabels huvudvärk påverkar hennes liv så pass mycket att det lett till mycket frånvaro i gymnasiet, vilket är angeläget att komma till bukt med. Att huvudvärken är värst på eftermiddagar och kvällar, är bilateral, kan tala för att det är spänningshuvudvärk. En annan vanlig huvudvärkstyp är migrän, varför jag vill veta om det finns hereditet för migrän, om den känns pulserande, om det finns samtidig ljud- och ljuskänslighet, och om det förvärras med ansträngning. Det som kan tala för migrän är att hon mår illa ibland och en gång har kräkt.

Jag undersöker Isabel genom att lyssna på hjärta och lungor, ta ett blodtryck, göra rutinnervstatus och, om det går utan pupilldilatation, bedöma ögonbottnar i jakt på staspapill. Nackstatus och palpation av skalp och temporomandibulära leden ingår också. Jag bedömer tungan för att se om det finns tecken till bruxism ("eklovstunga"). Jag vill också ha en grov uppfattning om synen. Har hon synfel sedan innan? Använder hon i så fall sina glasögon eller slarvar hon? Även om visus med syntavla inte ger något avvikande, skulle jag rekommendera en mer fullständig synundersökning hos optiker i det här fallet. Jag vill också veta hur det var när hon spelade fotboll, fick hon många hjärnskakningar och höll hon sig till s.k. hjärntrappan eller forcerade hon och fick upprepade huvudtrauman som kan tala för postkontusionell huvudvärk.

Det är ganska sällan man fångar något med rutinblodprover hos en 17-åring med huvudvärk, men eftersom Isabel är lite håglös och ung kvinna som lätt kan få järnbrist med eller utan anemi, så tar jag Hb, glukos, järnstatus, TSH och elektrolyter och krea.

Jag vill veta hur det ser ut runt omkring Isabel. Hur är relationen till föräldrarna? Hur är sömnvanorna? Skärmvanor? Vänner, andra sociala situationer, alkohol, vapning, droger, lustgas? Hur ofta tar hon huvudvärkstabletter, vilka tar hon och hjälper dem?

Isabel kommer med sin mamma, och i den här åldern, skulle jag uttrycka mig som så att jag brukar vilja ha ett enskilt samtal med patienten, och att mamman får gå ut och vänta i korridoren, och ansluta senare. Då kan samtalet öppnas upp för andra saker, som hon inte vågat berätta. Jag poängterar att jag har tystnadsplikt, förutom om det framkommer något som gör att jag måste bryta sekretessen, grovt förklarat för patienten: Om hon är en fara för sig själv, om hon är en fara för någon annan eller om någon annan är en fara för henne.

Är Isabel orolig för något? Är *mamman* orolig för något? Utifrån anamnesen och om rutinnervstatus utfaller normal, och ingen diplopi framkommer, tycker jag att vi kan avvakta med bilddiagnostik.

Om allt talar för spänningshuvudvärk skulle jag rekommendera kontakt med fysioterapeut för avslappningsövningar.

Om huvudvärken trots allt förvärras, trots kontakt med fysioterapeut och optiker, får Isabel komma tillbaka för ny bedömning, och ställningstagande till behandling.

Uppgift 6

Här är det viktigt att se hur Noel mår och hur mamma orkar med. Har hon drabbats av en postpartumdepression?

Jag börjar med att bekräfta att det låter tufft, och att de gör ett bra jobb. Jag frågar hur de delar upp ansvaret hemma, och om de kan turas om så att båda får sova. Här kan det vara hjälpsamt att dela upp föräldrarna för att höra deras respektive syn på hur det fungerar, eftersom det verkar skilja sig åt. Kanske kan min BVC-sköterska gå iväg och prata med mamma en stund när jag undersöker Noel? Oavsett vilket behöver vi fånga upp mammans mående, och se till att hon får stöd. Vi har bra psykologer kopplade till BVC, så bedömning där kan vara en bra start. Har de personer i sin närhet som kan hjälpa till? Kan pappan vara hemma ett tag till, så att allt får stabiliseras? Behöver mamman till och med vara sjukskriven från föräldradigheten?

Jag undersöker Noel enligt rikshandboken i barnhälsovårds rekommendation (allmänt intryck, utveckling, hud, skalle, ögonbottenreflex, mun och svalg, hjärta, lungor, buk, yttre könsorgan, pulsar i ljumskar, höfter, ändtarm, rygg, nyföddhetsreflexer, längd och vikt). Jag visar tillväxtkurvorna för föräldrarna, och lugnar dem om allt (som oftast) ser bra ut. Jag frågar mer om vad med amningen som inte blev som de tänkt, och frågar mamman hur hon känner kring det. Vill hon ge det ett till försök? Det kanske går att amma och ge ersättning parallellt? Amning har flera fördelar vilket jag gärna vill förmedla, utan att få mamman att känna sig stressad. Kanske vill hon komma till amningsmottagningen för råd?

Här överväger jag också ett snart läkarbesök för mamman, hos mig eller hennes områdesläkare, för att fördjupa diagnostiken. Depression? Anemi? Hypotyreos? Dysfunktionell relation? Verkar det allt för tufft får man överväga orosanmälan så att de kan få mer stöd.

Uppgift 7

Mest väsentligt med denna uppgift är att fånga om något patologiskt ligger bakom den låga pulsen.

Jag börjar med att efterhöra om han har några tankar om vad som kan ligga bakom besvär. Om det är något som oroar honom kring den låga pulsen och på vilket sätt han önskar att vi ska kunna hjälpa honom.

Har han hjärklappningar? Bröstmärta? Andningsbesvär? Yrsel? Är han regelbunden fysisk aktiv? Får han några av dessa besvär då? Rökning? Alkohol? Ärftlighet för hjärtsjukdomar?

Hjärta och lungor u.a. Dock högt blodtryck: 175/80.

EKG: långsam sinusrytm.

Den låga pulsen beror mest sannolikt på asymptomatisk bardykardi som är godartad och ses hos vältränade eller unga personer. Denna patient är ung och skulle kunna var vältränad eftersom han noterade sin låga puls på vid ett motionstillfälle. Bortsett från den låga hjärtfrekvensen var EKG u.a vilket styrker misstanken om godartad bradykardi.

Dock uttrycker patient trötthet då skulle ett långtidsEKG kunna övervägas och blodprov TSH, blodstatus, proBNP

Skickar honom också hem med hemblodtrycksmätning som han ska fylla 1 vecka för att säkerställa om han verkligen har hypertoni eller om det höga blodtrycket förklaras av vita rocken syndrom.

Telefonuppföljning när svar har inkommit.

Uppgift 8

I detta fallet beskrivs en äldre patient med minnesbesvär och en episod med konfusion och synhallucinos. Med tanke på att DT och LP inger misstanke om Alzheimers sjukdom får man dra slutsatsen att det handlade om BPSD, men för att kunna ställa diagnos Alzheimers skulle jag också vilja ha en minnesutredning gjord via hemsjukvården (testning, anhörigintervju). Symtomen på minnessvikt tänker jag kan ha kommit smygande även innan hustrun gick bort men att hustrun kan ha kompenserat för detta och att det således inte märkts utåt.

Vid besöket blir det viktigt att efterhöra vilka behov som finns kring Arvid. Vad har han själv för önskemål om sin vård. Klarar han sig hemma, finns behov av fler hjälpinsatser via tex hemtjänst? Vad har dotter för frågor och klarar döttrarna att ta hand som sin pappa som läget är nu? Jag behöver efterhöra innehav av körkort och tillgång till bil, samt efterhöra tillgång till vapen. Hur ser det ut med alkohol? Jag gör vid besöket ett neurostatus och tar basala prover som vid demensutredning (sannolikt är de flesta prover tagna via sjukhuset men kanske saknas tex Calcium, TSH, homocystein, Peth).

Blodtrycket ligger bra så BT-medicin förblir utsatt.

Statusfyndet med blåroda fingrar får mig att tänka på Acrodermatitits chronica atrophicans – jag skulle ta Borrelia-serologi och överväga att fota och diskutera med hud – eventuellt komplettera med biopsi om fortsatt osäkerhet. Vid säkerställd diagnos beh med antibiotika.

Efter svar på minnesutredning: om fortsatt bild som vid Alzheimers sjukdom: Jag testar att sätta in Donepezil i upptrappning till maxdos om det tolereras utifrån biverkningar. Uppföljn via tfn med pat och vid behov med dotter efter samtycke från pat. Därefter även insättning av Memantin för att skydda mot framtida BPSD.