

## **Bra givna svar i skriftligt prov för specialistexamen i allmänmedicin 2010.**

För varje uppgift har valts ett svar som någon examinand faktiskt skrev. Det kan ha funnits flera lika bra svar, och ett bra svar är inte nödvändigtvis perfekt, men har varit ett av de bästa.

### **Uppgift 1**

#### **86-årig man hittad död i hemmet**

Jag börjar med att ringa min kollega som konstaterat dödsfallen. Fråga honom hur det var när han kom dig och vad han noterat förutom det som står i dödsbeviset och journalanteckningen. Fanns det något speciellt han noterade i lägenheten? Oordning? Vad berättade sonen? Hade allt varit som vanligt senaste dagarna, hade pappan verkat annorlunda på något sätt? Fanns det någon annan som kan ha uppgifter, hemtjänstpersonal, andra släktingar tex? Ärt det beställt någon transport till bårhus?

Ringer därefter sonen, presenterar mig och beklagar det inträffade. Frågar om han vill komma till mottagningen och prata med mig (alternativt, beroende på avstånd, kan jag kanske komma till honom eller att vi träffas i pappans bostad) Finns det andra nära anhöriga som vill vara med? Berättar att vi ska prata lite om det inträffade och se vad som ska hända nu. Om sonen inte kan komma/har tid och ingen annan anhörig heller får vi ta samtalet på telefon. Jag frågar i telefon om det är ordnat med transport av pappans döda kropp.

När vi sedan träffas presenterar jag mig och beklagar igen det inträffade. Berättar lite lugnt om hur det går till när någon dör; man konstaterar att personen är död, kroppen förs till bårhus, man funderar på orsaken till döden och ordnar för begravning. Jag frågar lite vad han har för tankar och funderingar. Kanske kommer frågan upp om orsaken till döden. Vi samtalar lite kring detta. Att vi inte säkert kan veta men att det mest sannolika är en ny hjärtinfarkt eller en stroke. Beroende på sonens/de anhörigas inställning bestämmer vi om obduktion eller inte. Jag tycker inte det är nödvändigt med obduktion med tanke på åldern och anamnesen. Undrar om han har ytterligare frågor samt informerar att han är välkommen att höra av sig till mig om han eller någon annan anhörig har frågor eller funderingar kring pappans död. Jag hjälper sonen med kontakt med begravningsbyrå för transport till bårhus och sedan hjälp med det praktiska kring begravningen.

Efter samtalet fyller jag i dödsorsaksintyget där den sannolika dödsorsaken är kardiovaskulär. Om de anhöriga önskat obduktion blir det istället en remiss för detta och därefter dödsorsaksintyg.

### **Uppgift 2**

#### **25-årig kvinna med miktionsbesvär.**

Vad bra att hon ringer och frågar innan hon tar antibiotika hon har hemma, för det är inte bra att ta just det antibiotikat vid UVI, som hon med stor sannolikhet har utifrån symtomen. De talar jag om för Sofia. Jag talar också om att do symtomen är så tydliga som hon beskriver, behöver man inte lämna urinprov.

Jag försäkrar mig också om att hon mår bra i övrigt, ingen feber, nedsatt AT, flytning eller påtaglig flanksmärta. Berttar att UVI, fast jag säger urinvägsinfektion till Sofia, i en tredjedel av fallen går över

spontant, utan antibiotika, men att hon får välja själv om hon vill ha eller ej. Kanske påtalar den ökade risken med svampinfektion i samband med antibiotika, för att ge henne bättre underlag till beslut. Hon kan också få ett recept och avvakta några dagar. Om recept ska skrivas blir det Selexid, Furdantin eller trimetoprim beroende på eventuella allergier eller viken medicin hon fick sist för UVI, vill växla om det är möjligt.

Kontrollerar med en extra fråga att hon önskade handläggning utan besök, välkomnar henne åter om besvären inte ger sig eller hon får feber. Information om att detta antibiotikum inte dödar eventuell klamydia, så det är viktigt att komma åter om besvären ej viker, för att vara rädd om hennes fertilitet, fast jag uttrycker mig på ett annat sätt till Sofia, är min i min formulering om att inte värdera eller att göra det svårt för henne att återkomma med fråga om eventuell klamydia.

Frågan om avkylning och koppling till UVI går jag inte in i så stor utsträckning. Bekräftar att det är hennes upplevelse och tolkning, att många gör samma tolkning. Det finns inte mycket vetenskapligt underlag för ett samband med livet och alla far- och mormödrar kan väl inte ha fel, det finns säkert en koppling.

### **Uppgift 3**

#### **6-årig pojke med ont i magen.**

I första hand ta mamman på allvar, lyssna aktivt på hennes berättelse och ställa följdfrågor. Vad är mamman orolig för egentligen? Hur ser hemsituationen ut? Vad säger fadern? Finns hereditet för glutenintolerans? Är Axel frisk för övrigt? Atopisk läggning? Det är ett observandum att han inte klagat på magont på dagis.

I samtalet ta fasta på det normala i anamnesen och prata utifrån det: att Axel är pigg, glad, orkar leka och växer som han ska samt har normal avföring. Allt det talar för att han inte har någon intolerans eller allergi. "Avdramatisera" att han inte vill äta ibland då många barn betar sig så i den åldern liksom att de förlägger buksmärta runt naveln.

Jag utgår från att mamma vet att det finns blodprov att ta för laktosintolerans. Jag motiverar att jag inte tycker det är indicerat eftersom Axels symptom inte talar för det. Om de vill kan de ånyo på prov HELT utesluta laktos i 2 veckor och sedan börja igen och notera skillnad.

Undersöker Axel somatiskt, kommenterar högt det (troligen) normala jag ser/hör/känner och sammanfattar tydligt att det är normalt. De får med lapp om telefontid till mig om 3-4 veckor för utvärdering av laktosprovokation och uppföljning.

### **Uppgift 4**

#### **63-årig kvinna med ont i foten**

Karin har alltså besvär med lokal smärta i vänster framfot, särskilt vid belastning.

Det låter mycket som belastningsrelaterade besvär, kanske relaterade till ett visst nedfall av främre fotvalvet?

Jag skulle prata med henne om vad hon själv har för funderingar eller oro kring besvären. Jag skulle också diskutera vad hon har för skor när hon går och promenerar, samt hur långt och hur ofta det handlar om?

Differentialdiagnoser: Mortons metatarsalggi, en inklämd sensorisk nerv, bör ge blixtsmärta ut i en tå och behöver i första taget inte behandlas på annat sätt.

Mer osannolikt är också gikt som kan vara vanligare vid Esidrex-behandling, ingår även mot högt blodtryck i det metabola syndromet, vilket gör det något sannolikare. Om misstanke åt det hållet kontrolleras även S-urat.

Ledbesvär som hon funderar över, har hon det i släkten? Anamnes och status talar inte för reumatism eller dylikt, vilket hon informeras om ifall hon tänker i de banorna.

Det skadar inte att kolla ett b-glukos, särskilt om hon är överviktig. En oupptäckt diabetes med lindrig perifer neuropati kanske kan föreligga även om sensoriken översiktligt är ua.

Hennes diskreta hallux valgus pratar vi lite om, det behöver absolut inte åtgärdas om hon inte har svåra besvär av det.

I första hand lär detta (även svullnaden över hallux valgus medialt) sannolikt utmytna i råd om bra skor, och att begränsa sina promenader ett tag så foten får vila. Kanske vill hon cykla ibland istället?

Inlägg med främre pelott kan vara värt att prova. Kan ofta köpas i sportaffär, alternativt via remis till ortopedtekniska vb.

Erbjuds återbesök efter någon månad för ny bedömning, kan avbokas om besvären går över.

## Uppgift 5

### 3-årig pojke med ont i örat

Detta är ett knepigt fall som kräver ett personligt ställningstagande

1. Är det en otit? Kan jag ställa diagnosen?
2. Är han allergisk mot PcV? Viktigt att veta säkert inför framtiden.
3. Familjen ska resa utomlands.
- 4.

Här får man på detta besök fokusera på det viktigaste just nu Rune är infekterad och har möjligen en otit, anamnesen med nattlig smärta och pigg dagtid efter Alvedon kan tala för en otit. Rune är över 2 år och det är inte obligat att behandla hans eventuella otit med antibiotika om han i övrigt är relativt opåverkad. Finns det möjlighet att få rent hörselgången med försiktigt användande av "öronpina"? Kan man genom lek få med sig Rune på undersökningen? Om man kan säkerställa en otitdiagnos får man fundera och engagera föräldrarna i behandlingsmöjligheterna. Å ena sidan behöver man inte behandla Runes otit med antibiotika, om han blir sämre finns det god medicinsk vård på Gran Canaria. En flygtur kan göra extra ont om man har otit. Vad önskar föräldrarna? Vill de absolut ha antibiotika? Om föräldrarna propsar på behandling tycker jag att i det i detta speciella fall kan vara indicerat. Då de ska resa bort och tidigare har haft någon form av reaktion på PcV (dock inte troligt med allergi) skulle jag åter välja Ery-Max. Jag rekommenderar också avsvällande näsdroppar och högläge inför/under flygturen.

Om föräldrarna inte propsar på antibiotika skulle jag rekommendera expektans. Behandling med avsvällande näsdroppar samt högläge före/under flygturen. En möjlighet är att föräldrarna hämtar ut ett recept Ery-Max (resonemang som ovan) att ta om Rune försämrats. Det är mycket föräldrarna som är med och avgör hur man gör i detta fall. I mötet med familjen brukar det snabbt visa sig vilken strategi som passar familjen bäst.

Det är möjligt att remittera Rune till en specialist i ÖNH för att få en säker diagnos men jag bedömer i detta fall att det är onödigt.

## Uppgift 6

### 13-årig flicka med ont i magen och ont vid miktion

Jag skulle vilja träffa Lina både i enrum och tillsammans med sin mamma. När jag träffar dem båda ihop är det viktigt att jag i första hand vänder mig till Lina eftersom det är hon som är patienten och att jag endast vänster mig till mamman för ev kompletterande uppgifter

Jag funderar på andra orsaker till urinvägsbesvär och undrar om Lina sexualdebuterat. Kanske har hon någon könssjukdom (chlamydia, gonorré, mycoplasma genitalium) som gett urinvägsbesvär och senare salpingit som gett det onda i buken? Hur har Lina det hemma? Inte glömma bort möjligheten till sexuella övergrepp. Fråga Lina om detta när mamman inte är närvarande. Vad tror Lina själv det kan vara? (Föreställningar, förväntningar, farhågor).

Jag vill veta om Lina haft några andra sjukdomar tidigare Hur hon bor (med mamma och pappa? Syskon?) Hur hon trivs i skolan, om hon har kompisar. Hur hon mår. Livsstil – om hon röker, dricker alkohol.

Blåsan kan ibland tömma sig utan förvarning – detta får mig att tänka på någon central orsak till det hela. Har Lina några andra neurologiska symtom? MS? Spina bifida som et upptäckts? (Vore dock konstigt att det inte upptäckts tidigare!!! Undersöka hennes rygg noggrant– ökad hårväxt i nedre ländryggen?) Hereditet för någon neurologisk sjukdom?

Det har nu tillkommit konstanta lågt sittande högersidiga buksmärter och vid palpation anas en utfyllnad över MB. Det kan vara pga flera olika saker. Kan vara ägglossning med ovulationscysta inför den första menstruationen. Kan vara en appendicit. Kan vara salpingit pga t ex chlamydia. Buksmärterna behöver inte ha något med urinvägsbesvären att göra, utan kan vara två olika saker!

Jag undrar varför jag en gjorde rektalpalpation, detta värdefullt vid utredning av appendicit. Jag kompletterar med neurologstatus.

Jag tar ånyo urinsticka samt urinodling. Tar om hon sexualdebuterat eller vid misstanke om övergrepp prover avseende chlamydia, gonorré och mycoplasma genitalium. Tar Hb, glukos (diabetes med polyuri?), krea, SR, CRP.

För att utesluta akut bukåkomma remitterar jag till kirurgakuten med frågeställning appendicit, salpingit.

Efter att jag fått svaren på dessa undersökningar och om där inte framkommit någon förklaring till besvären remitterar jag Lina till barn- och ungdomsklinikens mottagning för vidare utredning med frågeställning neurologisk sjukdom, eller om det är psykogent utlösta besvär.

### **Uppgift 7**

#### **69-årig man med hypertoni mm, brev från sjukhuset**

Här får man ju intrycket att kollegans ögonblicksbild av patienten på akutmottagningen inte har varit helt rättvisande. Samtliga patienter som kommer till akutmottagningen med bröstsmärtor har högre blodtryck än vanligt så det fäster jag inget avseende vid. Simvastatin verkar ha blivit ökat "enligt manual" snarare än efter individuell bedömning. Förvisso finns indikation för metoprolol i och med tidigare hjärtinfarkt, men patienten hade kanske haft biverkningar av tidigare behandlingsförsök. Dessutom så pass länge sedan hjärtinfarkt och kanske ingen nuvarande angina pectoris med den välfungerande behandling han haft, det måste jag undersöka bakåt i tiden via journal eller samtal med patienten. Varför fick han Omeprazol, fullständigt oklart ur remisstexten?

Jag funderar istället på omständigheterna kring besöket på akutmottagningen Var det bröstsmärtor som födde oro och ångest som födde mer bröstsmärta, eller var rent av ångest det primära? Stämde det att han druckit och i så fall, när sökte han: efter en god middag med vänner och lite vin, kanske avec? Berusad på blanka förmiddagen är ju lite mer uppseendeväckande i så fall. Ett tänkbart scenario är ju refluxbesvär i småband med middag i glada vänner lag, och då tycker jag inte att alkoholdoft är så uppseendeväckande. Detta måste tas med patienten direkt i ett vanligt avdramatiserat samtal. Ett ALAT på 0,80 tycker jag inte är så mycket att orda om.

Jag skulle ringa patienten och direkt på telefon försöka lösa en del frågor, som att efterhöra hur han gjort med de nya mediciner han fått och om han erfarit några biverkningar. Också erbjuda ett uppföljande besök för att reda ut bedömningen på akutmottagningen, då jag misstänker att han inte fått någon fullödig förklaring till vare sig symtomen eller medicinförändringarna.

Det jag ny också observerar är att han inte står på någon trombocyttaggregationshämmare. Det förefaller lite underligt med tanke på klar indikation som sekundärprofylax. Jag diskuterar detta med patienten vid nästa besök och efterhör ev tidigare biverkningar eller missuppfattningar och erbjuder sådan behandling. Övriga medicinordinationer för också ses över och diskuteras. Kollegan får sedan ett remissvar.

### **Uppgift 8**

#### **AT-läkares brev till 82-årig man med ryggont**

Ja, detta var ett diplomatiproblem må jag säga! Och jag som inte är känd för mitt diplomatiska sinne. Dessutom sen i mottagningen och stressad...

Till att börja med ber jag AT-läkaren att inte skicka iväg brevet eller remissen till urologen ännu. Vi pratar om det på handledningen!

Först och främst vill jag veta mer om patienten. AT-läkaren får berätta. Reflexer? Normal kraft i benen. Hur länge ont? Trauma i anamnesen? Problem med att känna när han är kiss/bajsnödig (ryggmärgspåverkan)? Tidigare frakturer, handled, lårbenshals, kotkompression som tecken på benskörhet? Tidigare maligniteter (metastasisstanke)?

Sedan, varför slätröntgen med malignitetsfrågeställning? Visa ortopedens MR-indikationer, där bland annat tumörmisstanke finns med.

Prostatapalpation – bra. PSA, Hb och SR tagna – bra. Varför inte lita på palpationsfyndet, provsvaren och patientens försäkran om att han inte har några miktionsproblem? (Kolla om AT-läkaren vet vilken typ av miktionsproblem som bör föranleda misstanke om prostataförstoring /tumör). PSA – lätt förhöjt värde och visserligen lätt förhöjd kvot. Men förstörd "fin" prostata och gammal patient utan problem och nästan normala prover – jag hade inte skickat honom till urologen. Jag förklarar den sammanvägda bedömningen för AT-läkaren. Många gamla patienter har prostatacancer men dör med den inte av den.

Sedan till brevet och formuleringarna Känsligt ... jag ber AT-läkaren att läsa brevet som om han vore en patient utan några medicinska kunskaper alls. Förhoppningsvis är han med på noterna och hittar sina olämpliga formuleringar, som "malignitetstecken", "diskarna", "pålagringar", "lite kotkompression", "prostatacancerprovet", "ultraljud och biopsi", "sänkan och Hb".

Sedan pratar vi om de olika personalkategoriernas uppgifter och jag föreslår att han ska vara med sjukgymnast, arbetsterapeut, labass, distriktsköterska någon/några dagar vardera för att få en liten inblick i deras arbete (detta med tanke på "massage eller annan behandling" som tyder på att han inte vet som mycket om detta).

Jag ber honom formulera om sitt brev och utesluta urologremissen eftersom han nu inte längre tycker att han ska skicka patienten dit.

Det blev ungefär så här:

"Bäste NN!

Jag har fått svar på röntgen av din rygg. Du har tecken på normalt åldrande i ryggen, En av kotorna är "hoptryckt" på ett sätt som kan ge ryggvärk. Det verkar dock vara en gammal förändring. Dina prover var normala för åldern. Det kan vara bra för dig att ta kontakt med en sjukgymnast för att få träningsråd för ryggen. Träning kan minska din smärta. Telefonnummer är 735860. Blir det inte bättre med ryggvärken vill jag att du hör av dig till vårdcentralen om 3 månader för ny tid.

MVH, NN, AT-läkare"

## Uppgift 9

### 17-årig flicka med akne

Medicinskt verkar inte problemen vara så stora. Resistensen på handryggen låter klart benign (aterom, ganglion, lipom, dermatofibrom?) men kanske orsakar oro. Jag försöker förmå patienten att meddela sina farhågor och förväntningar, kanske någon henne närstående har haft någon allvarlig sjukdom som rent av fått henen att fösta uppmärksamhet på en förändring hon haft länge? Jag lyssnar in, bemöter hennes oro och försöker förklara att det hela är godartat Eventuellt kan man erbjuda återbesök för omkontroll efter 12 månade (kanske ändå aktuellt av andra anledningar).

Aknen verkar heller inte medicinskt svårbehandlad men kan möjligen upplevas som ett stort problem. Jag efterfrågar vilken behandling hon försökt och i vilken utsträckning. Om hon inte tidigare provat ordentligt börjar vi med lokalbehandling bensoylperoxid på morgonen och Differin till natten. Eventuellt klindamycinkräm. Tetracyklinpreparat förefaller inte indicerat för närvarande, kanske vid terapivikt och mer besvär, absolut inte Roaccutan vid så lindriga besvär. Viktigt dock att höra vilka

starka tabletter hennes väninna provat och vad hon själv har för förväntningar på den behandling jag ska föreslå.

Varför är hon ledsen, nära till gråten? Finns helt andra orsaker till detta? Är aknen ett sådant stort stigmata? Jag försöker kommentera och spegla den känsla jag uppfattar för att kunna få en öppning. Vill hon berätta för mig idag om andra saker? Om jag får en öppning (kan vänta tålmodigt efter en öppet speglade kommentar – "du verkar väldigt ledsen") leder hon vidare i samtalet och jag följer. Annars erbjuder jag ett återbesök efter 4 veckor för att följa upp knuta och akne och hoppas på att förtroende har växt.