

## Bra givna svar på skriftliga provet för specialistexamen 2014.

Detta är autentiska svar från examinander på uppgifterna, ibland med smärre språklig redigering. Varje uppgift har bedömts av två granskare, olika för varje uppgift, och de har valt ut ett av de bästa svaren på sin uppgift.

### Uppgift 1. Helena 46 år. Trötthet.

Helena har en anemi som kan ha flera orsaker. Hon beskriver besvär både gynekologiskt och från mag- tarmkanalen (både övre och nedre). Dessutom har hon en trötthet som kanske inte bara är orsakad av anemin utan även kan vara psykologisk och stressrelaterad.

Det står inte vad man undersökt hos Helena. Förutom vanligt somatiskt status vill jag göra en rektalpalpation och inspektion av om det finns hemorrojder. Har hon haft besvär med blod på pappret tidigare i livet eller är det nytt? Är magbesvären med knip och täta avföringar något nytt? Är det stressrelaterat tycker hon? Man bör nog också gå vidare med en prokto- rektoskopi vid nästa mottagningsbesök, efter att pat laxerat. Men eftersom hon beskriver symtom från mag-tarmkanalen i kombination med en anemi och blod rektalt, så kommer man inte ifrån att beställa en gastroskopi och coloskopi, särskilt om lab visar att det rör sig om en järnbristanemi. Positivt är dock att hon håller vikten och har normal aptit, vilket talar emot en malignitet.

Jag skulle också vilja göra en gynekologisk undersökning för att se om man ser några uppenbara orsaker till de ökade blödningarna (förstorad uterus – myom? Förändringar på cervix – polyp?). Har hon tagit sina regelbundna cellprov, och har dessa varit normala? I hennes ålder bör man vid blödningsrubbingar göra en gynekologisk ultraljudsundersökning för att utesluta malignitet. Jag skriver därför remiss till en gynekolog.

Labmässigt behöver man ta reda på vilken typ av anemi det rör sig om. Jag tar retikulocyter, MCV, TIBC, Fe (morgonprov), ferritin, B12. Mest troligt är det en blödningsanemi baserad på de rikliga vaginala blödningarna. Utöver anemiprover vill jag även ta andra "trötthetsprover", dvs krea, leverstatus, elstatus, folat, glukos, SR.

Med tanke på att Helena beskriver att hon får besvär med magen av diklofenak avråder jag henne från att fortsätta med detta och förklarar att det kan ge små sår i magslemhinnan.

Jag skulle också vilja penetrera anamnesen lite djupare vad gäller Helenas stress och arbetssituation. Hur hanterar hon den ökade arbetsbelastningen? Sömnbesvär? Ångest? Nedstämdhet? Har hon tidigare haft någon depression, finns det i släkten? Vad gör hon för att minska sin stress? Rökning? Alkohol?

### Uppgift 2. Olga 76 år, årsbesök diabetes.

Det viktigaste för dagen förefaller vara andfåddheten. Demensutredningen får anstå (om jag förstår det rätt att det ännu inte gjorts någon sådan utredning). Diabetesläget är inte heller akut att ägna sig åt. Förmodligen har Olga utvecklat hjärtsvikt. Astman mindre trolig genes men måste ändå givetvis has med i åtanke. Av vikt är att försöka ta reda på hur snabbt symptomen har utvecklats. Vet Olga hur länge hon har varit andfådd? Kan medföljande hemtjänstpersonal berätta något om hur det varit? Har hon haft någon bröstsmärta? Svårt att sova på nätterna (extra kuddar under huvudet?)?

Pipigt i bröstet? Hosta? Tar Olga sina mediciner? Har hon några astmamediciner (finns ej med på listan?)?

De labprover jag har visar på ett skapligt blodvärde, så det är inte en anemiutlöst svikt. Blodtrycket ligger bra (jag vill dock ha blodtryck både i sittande och i stående efter 2-3 min, ortostatism är vanligt). Ett EKG vill jag ha, och gärna jämföra med tidigare (nyttillkomna förändringar? Tecken till genomgången hjärtinfarkt? Belastningstecken?).

När det gäller medicinerna var det sannolikt rätt att metformin seponerats (kreatininet är klart förhöjt, även om jag skulle beräkna ett eGFR innan jag bestämde mig ang ev utsättning- ligger GFR under 45 ml/min ska man vara ytterst försiktig med metformin).

Angående diabetesen: det är lite konstigt att pat endast har måltidsinsulin, det torde vara mer rimligt att som bas ha ett mixinsulin i tvådos eller ett medellångverkande insulin i endos ex Insuman till kvällen.

Varför står Olga inte på Waran istället för Trombyl (kontraindikationer?)?. När sattes Felodipin in (kan ju ge ankelödem- finns tidssamband?)? Jag funderar vidare över varför Olga inte står på något frekvensreglerande för sitt flimmer (det kan ju tänkas att hon haft det tidigare men det seponerats av någon anledning). Och som nämnt ovan, hur är det med astmamedicinerna?

Tidigare prover har visat på förhöjt krea, något nytt krea verkar vi inte ha idag (men det måste kompletteras med elektrolytstatus). Som parentes kan nämnas att även om långtidssockret har stigit en del så är det inte direkt alarmerande, det kan tillåtas gå upp något hos äldre multisjuka.

Om allt talar för en hjärtsvikt och Olga inte är så dålig att hon måste skickas in till sjukhuset sätter jag in en liten dos Furix (40 mg x1) och så får Olga lämna prover: elektrolyter, BNP, thyreoideaprover, samt remitterar för hjärteko. Det sistnämnda tar dock lite tid att få så jag sätter in behandling så fort jag fått proverna (jag vill gärna veta elektrolytstatuset först, vilket jag åtminstone har till nästa dag). Om kreatininet inte stigit markant smyger jag in en lågdos ACE-hämmare, givetvis under täta kontroller av elektrolyter och blodtryck. Därefter skulle det kanske bli aktuellt med en betablockerare också.

### Uppgift 3. Stina 22 år, hjärtklappning.

Stina ber jag först att berätta mer, många öppna frågor för att få klart för mig vad det var hon upplevde, i vilken situation, andra symtom, och vad det är hon är rädd för, "vad tänkte du när det hände, vad tänker du nu?"

Hur ser hennes livssituation ut? Hur mår hon? Jag vill veta om hon upplever stress, som är en vanlig orsak till hjärtklappning. Vad skulle hon göra idag? (hade hon svåra uppgifter framför sig?)

I hennes ålder är det mycket ovanligt med "farlig" hjärtklappning. Utan att oro patienten försöker jag ta reda på om hon upplevde att hjärtat slog fort, oregelbundet, eller om hon upplevde att hon kände av hjärtslagen tydligare än vanligt. Hade hon några andra symtom som yrsel, bröstsmärta, domningar, kände hon sig rädd? Vill få bekräftat anamnestiskt att det verkar vara en benign hjärtklappning, låter också benigt att den kom i vila. Brukar hon kunna anstränga sig utan problem?

Ett EKG har sannolikt redan innan besöket tagits av undersköterska, på beställning av sköterskan i telefonen. Där ser jag sannolikt sinusrytm, kanske en något ökad frekvens.

Gör en pedagogisk undersökning av hjärtat och BT, där jag berättar högt att hjärtat slår fint och regelbundet.

Förklarar för patienten att jag tror att det var en ofarlig hjärtklappning, som många människor kan uppleva. Att det kan vara en reaktion av kroppen på stress, att kroppen producerar adrenalin som gör att hjärtfrekvensen ökar. Och att det är vanligt att man känner av det mer när man fokuserar på det.

Stämmer av med pat om hon accepterar och känner sig trygg med min förklaring. Ber henne att avvakta och höra av sig om hjärtklappning återkommer, kan också erbjuda telefontid om en vecka om hon önskar. Om det skulle vara ett återkommande problem, kan man göra Holter för att objektifiera patientens besvär och utesluta annan hjärtarytmi. Eventuellt symtomatisk behandling med låg dos bisoprolol eller inderal.

#### Uppgift 4. Bert 86 år, multisjuk.

Jag tycker att det är viktigt att träffa Bert och hustrun tillsammans för en vårdplanering och som det låter orkar inte Bert ta sig någonstans just nu, så möjligtvis får det bli ett hembesök. Jag går noga igenom vad som har hänt, vad som är gjort på sjukhuset och den troligaste diagnosen, och dubbelkollar att man inte har missat något väsentligt, som en lunginflammation eller PMR, myelom. Jag försöker höra efter vilken Berts önskan är, vad gäller sjukvård och fortsättningen. Det framgår inte om Bert har bedömts på urologen. Det skulle kunna vara så att Bert har en prostatacancer som snabbt har progredierat och att han nu börjar närma sig livets slutskede, möjligtvis har han skelettmetastaser som ger honom värken, dock inte så högt PSA sist. Jag kontrollerar i journalen om det finns något senare värde, annars är det rimligt att kontrollera om det. Annan malignitet? Kontrollera om SR. Naturliga svettningar – har man övervägt lymfom?

Om det är så att jag landar i att det är en snabbt progredierande malignitet frågar jag makarna om det har pratat om detta hemma. Vi har ingen säker diagnos på pappret men vi kan gissa. Hur viktigt är det för Bert att ta reda på exakt diagnos och vad har vi för möjligheter när diagnosen är ställd att behandla? Troligtvis förstår både Bert och hans hustru att slutet är nära och Bert vill helst stanna hemma och inte dö på sjukhus, då han blivit så försämrad sista tiden.

Om det är så kommer vi fram till att vi ska försöka göra den sista tiden så bra som möjligt för Bert och satsa på livskvalitet. Jag förklarar att vi kan lindra och hjälpa så att Bert inte ska ha ont eller behöva ha oro i kroppen. Jag tror att Bert i nuläget skulle vara hjälpt av lite cortison i form av betapred, han skulle nog känna sig lite piggare och få lite mer aptit. Jag tror också att han behöver få smärtlindring och börjar med att sätta in morfin 5 mg x6. Men innan insättning av betapred kontrollerar jag ett Ca för att se att det inte föreligger hyperkalcemi, vilket kan vara fallet om det finns skelettmetastaser. Vi förbereder med vid behovsmediciner och kopplar in hemsjukvården. De får också ett telefonnummer till vårdcentralen dit de kan ringa när som helst dagtid. På natten blir det kommunens sköterska som får komma. Jag förklarar hur den sista tiden kan vara. Att man först blir väldigt trött och att man tappar aptiten och att man till slut inte kan svälja. Jag frågar också om det finns några andra nära anhöriga som vill vara hemma och förklarar att det finns närståendepeng man kan söka.

Vi skriver en vårdplan tillsammans och alla vid behovsläkemedel insättes. Jag planerar ett nytt hembesök i nästa vecka.

## Uppgift 5. Emma 15 år, huvudvärk.

Huvudvärk hos tonåring kan bero på många olika saker. Medicinskt tar jag anamnes och efterfrågar ärftlighet (hjärntumörer, migrän, spänningshuvudvärk i släkten). Framkommer att pappa har mångårig huvudvärk, vad är det för sort? Vilken behandling har han? Jag frågar Emma vad för typ av huvudvärk hon har, att jag behöver veta mer om hennes symtom för att kunna göra min bedömning. Hon har visat var den sitter, hur brukar den debutera? Hur länge håller det i sig? Finns det någon dygnsvariation? Karaktär (pulserande, tryckande?) Intensitet? Hur hanterar hon den? Finns det något som lindrar/förvärrar? Andra symtom; kräkningar? Illamående? Ljus- och ljudkänslighet? Kan hon delta i gymnastik? Blir huvudvärken värre eller bättre av fysisk ansträngning? Brukar hon ta mediciner? (Informerar om att många läkemedel kan ge huvudvärk och att det också finns läkemedelsberoende huvudvärk). Vad är hon själv orolig för? Har hon andra sjukdomar? Gnisslar hon tänder? Har de varit till optiker någon gång?

Jag gör ett status som inkluderar hjärta, lungor, blodtryck, neurologi och syntest vid vår syntavla. Jag känner också igenom Emmas nacke och övre ryggmuskulatur, verkar hon spänd i m. trapezius och levator scapulae? Om allt är normalt berättar jag för Emma att ingenting tyder på kroppslig sjukdom och att det inte är nödvändigt med röntgen av hjärnan, men att huvudvärk är väldigt besvärligt då man har svårt att koncentrera sig t.ex. i skolan. Emma blir också yr. Jag frågar efter karaktären på yrseln och om det är något som lindrar/förvärrar yrseln.

Sedan går jag över mer på livsbetingelser. Jag frågar om hennes sovvanor och matvanor. Spelar hon mycket dataspel? Röker hon? Andra droger? Hur är det i skolan, kamrater, stämningen, mobbning? I det här skedet kan det vara värdefullt att be pappan gå ut (om det är ok med honom) för att höra vad Emma säger när han inte är på rummet. Om vi är ensamma skulle jag fråga ännu mer om situationen hemma, hur är det med mamma och pappa, syskon? Är de snälla, någon som bråkar? Ska de skilja sig? Är Emma olycklig över något? Blir hon illa behandlad? Har hon någon partner? Har hon sexdebuterat? Tänker hon på att skydda sig mot sjukdomar och graviditet?

I provtagning skulle jag ta ett Hb.

Jag skulle ge Emma i uppdrag att skriva huvudvärksdagbok. Det är bra för att se när huvudvärken kommer och hur ofta. Kan man sätta den i samband med något? Är det när hon sovit dåligt? Är det inför prov eller bara på mammaveckorna (om nu föräldrarna är skilda?) Jag rekommenderar/skriver remiss till sjukgymnast som kan hjälpa till med avslappningsövningar m.m. Om det framkommer något oroväckande i hennes livssituation kan jag också ta hjälp av kuratorn på vår mottagning, t.ex. om Emma verkar ledsen, blir mobbad för övervikt eller liknande.

Om anamnes tyder mer på migrän, kanske i kombination med att pappan berättar att det är vad han lider av, kan man prova farmaka. Men om det lutar mer åt spänningshuvudvärk är jag restriktiv med farmaka och rekommenderar egenvård, bra sömn, regelbunden motion, avslappningsövningar enligt ovan etc. och erbjuder återbesök om 4 v. på min mottagning.

## Uppgift 6. Johan 30 år, känsla av inre tomhet.

Jag skulle ta mig ordentligt med tid att lyssna på hur det har varit genom åren. Nu och när han växte upp. Kompisar som barn? Hur var det i skolan? Relation till föräldrarna? Relationer män/kvinnor? Övergrepp? Vilken diagnos har han varit sjukskriven under? Varför har jobb/studier ej fungerat? Alkohol, droger?

Frågar om andra sjukdomar, mediciner. Ber honom fylla i MADRAS, kollar om det är gjort tidigare,

jämförelse. Har han en depression? Eller är diagnosen fel, och det är därför som medicinerna inte hjälpt. Tankar på döden /suicid? Hur har han tagit medicinerna – adekvata doser och tillräckligt lång tid? Om så är fallet – kanske dags prova utan venlafaxin – har den haft någon effekt alls – trappa ut den ganska långsamt hursomhelst.

Handlar det om sexuell identitet, och svårigheter att acceptera? I så fall – samtal hos insatt terapeut, behöver fundera på vem som skulle vara mest lämpad, RFSL ??

Finns det andra svårigheter, kanske funnits med länge? Jag tänker på autismsstörning, ADD. Finns perioder av uppvarvning, mani?

Status: Cor, pulm, buk. Neurologstatus.

Provtagning: Hb, blodstatus, TSH, T4, B-vitaminer, leverprover inklusive GT, MCV, CDT och PeTH.

Telefonkontakt efter provsvar. Om jag inte får något tydligt napp i undersökning och provtagning kommer jag att kalla honom på ett uppföljande åb, för att se hur det utvecklar sig.

### Uppgift 7. Fyra barn på BVC.

- a) Emil 6 veckor, snarkande andningsljud. Jag undersöker pojken fullständigt och lyssnar extra på lungorna. Jag räknar andningsfrekvens och tittar efter indragningar. Om allt är ua ger jag lugnande besked till föräldrarna. Små barn är normalt trånga i luftvägarna och kan låta när de andas. Under tiden jag undersöker pojken är jag noga med att berätta vad jag gör och vad jag ser samt bekräfta det normala.
- b) Jag undersöker Anna och tittar på fötter, fotvalv, knä och höfter. Det är inte ovanligt att barn i denna ålder går inåt med fötterna och hon verkar inte snubbla. Jag tittar på hur Anna rör sig när hon leker och får henne att springa i korridoren. Eftersom allt är normalt, inget neurologiskt avvikande, vilket jag betonar för föräldrarna, gör vi inget vidare ännu men har en ny kontroll om ett år för uppföljning.
- c) Eftersom jag känner en resistens blir jag orolig för eventuell tumör i njuren och jag skickar en remiss till barnmottagning för en bedömning. Eftersom jag inte känt en resistens på detta sätt tidigare ber jag även en kollega om bedömning. Jag informerar föräldrarna om min oro men tonar ner den något och informerar om att remiss är skickad.
- d) Skelning hos barn vid 6 månaders ålder ska remitteras till ögon så jag skriver en remiss. Ofta ska ortoptist där göra en bedömning. Innan remissen skickas gör jag ett fullständigt status och tittar noga efter röd reflex i ögonen samt även ljusreflex. Jag informerar föräldrarna om att ögon kommer att följa upp detta och att det är viktigt för vidare synutveckling.

### Uppgift 8. AT-läkarens handläggning av svullen armbåge.

Det förefaller ju ha varit en olecranonbursit där AT-läkaren bestämt sig för att det inte fanns några tecken till bakteriell infektion och därför (korrekt) satt in behandling med NSAID. Att kontrollera CRP och temp var bra, men övrig provtagning var knappast indicerad, framför allt inte reumaprover, vilket måste förmedlas till AT-läkaren. Valet av NSAID-sort är också något som man kan diskutera (Naproxen eller Ibuprofen förstahandsval med tanke på biverkningar, framför allt kardiovaskulära), och val av förpackningen (för stor – så pass lång behandlingstid ej rimlig för en olecranonbursit).

Dokumentationen: Onödigt omfattande generell anamnes med tanke på det patienten sökte för och att det var en jourtid. Samtidigt lite lite under aktuellt, som krutet borde ligga på. Språkmässigt inte heller helt korrekt (tennisarm?). Även lokalstatus lämnar en del att önska (står ingenting om rodnad, värmeökning, eventuellt sår, rörelseinskränkning, hydrops). Saknas bedömning, något av det viktigaste! Det framgår inte heller vad proverna visade (CRP i alla fall). Lite vagt med "åter om ej bättre" (när? Efter att ha ätit upp 100 tabletter Diklofenak?)

I skrivandets stund har jag ännu inte gått handledarkursen... Men jag skulle börja med att be AT-läkaren själv berätta om sin handläggning, be honom/henne redogöra för vilka diff-diagnoser hon/han övervägde och hur hon/han resonerade sig fram till den valda handläggningen. Utifrån detta komma in på resonemang kring rimligheten i att ta de prover som valdes samt valet av åtgärder, givetvis på ett vänligt sätt, där förhoppningsvis AT-läkaren själv kan komma fram till att vissa av proverna var onödiga och varför det skulle ha varit bättre med en mindre förpackning NSAID. Jag skulle ge beröm för att hon/han varit noggrann när det gällde att ta anamnes men förklara att det är viktigt att anpassa anamnesen efter situationen och föreslå att hon/han tränar sig på att ta en mer riktad anamnes (och status). Jag skulle säga hur jag själv troligen hade journalfört besöket. När det gäller avsaknad av bedömning så tror jag säkert AT-läkaren gjorde en bedömning men inte skrev den, men vikten av att det tydligt framgår i journalen måste poängteras.