

Bra givna svar på skriftliga provet i specialistexamen 24 oktober 2016.

Detta är autentiska svar från examinander, 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.

1. Abbe 18 år – ÖLI med bihålevärk

Albert har säkert en generell bihålesvullnad på grund av sin ÖLI. Har redan använt Nezeril för länge och nästappan kan även vara ett utslag av rinitis medicamentosa. Han är säkert frustrerad över att inte bli frisk, särskilt med tanke på handbollsmatchen. Jag skulle prata om detta och höra om vad det betyder för honom att missa matchen. Är det något annat som stör honom, är han orolig för vad det är eller vill han bara snabbt bli frisk med antibiotika?

Jag skulle undersöka Albert. Lyssna på hjärta och lungorna. Titta i svalget, främre rhinoskopi. Vargata? Känna på lymfkörtlar, efterhöra lockkänsla eller smärta i öronen och eventuellt titta även här.

Det viktiga här blir att få Albert att känna sig lyssnad på, att förklara att utläkningstiden för en bihålesvullnad / inflammation ofta handlar om flera veckor. Att antibiotika inte hjälper annat än vid tydliga bakteriella tecken, vargata, ensidig smärta, feber, varlukt.

Erbjuda behandling med Rinexin i några dagar som många gånger kan ge snabb lindring av besvären i väntan på effekt av högdos Nasonex (2x2 i båda näsborrarna). Instruera sprayteknik. Betona vikten av att sluta med Nezeril. Förklara att han själv avgör om han kan spela matchen men att det låter olämpligt med tanke på subfebrilitet och smärta. Gå igenom när han behöver söka åter, om eventuella tecken på bakteriell komplikation, då vid tveksamhet lågdos CT-sinus.

2. Bosse, 46 år, årsbesök diabetes typ 2 och hypertoni

Bosse är 46 år och kommer till årskontrollen med otillfredsställande blodtryck, alldeles för högt blodsocker samt miktionsbesvär och impotens. Han vill inte förändra något gällande läkemedel eller få någon ny medicinering.

Här finns mycket man skulle vilja förändra, där den största utmaningen blir att noggrant penetrera Bosses inställning till livet, symtomen, diabetessjukdomen och läkemedel. Finns rädslor för läkemedel? Finns otillräcklig info om komplikationer till högt blodtryck och blodsocker? Även om impotensen inte verkar stora Bosse kan man ju undra om inte miktionsproblemen gör det?

Det som slår mig är att han är ung! Han har redan haft två misstänkta TIA-attacker (Hur väl underbyggda är dessa diagnoser? Det vill jag ta reda på genom att få tillåtelse från Bosse att kolla medicinklinikens journal). Om det är säkra TIA-attacker är det ju en stark varningssignal. Här behöver jag satsa på motiverande arbete.

Vad vill jag göra med Bosse om han gick med på allt? Prover först: u-alb/kreaindex, krea, kalium, lipidstatus samt EKG, bladderscan, urinprov och eventuellt urinodling.

Jag skulle optimera HbA1c. Målvärde på en så ung patient borde vara < 52. Möjligen om han är svårt kärlsjuk att man släpper upp honom till mellan 52-62, men det tycker jag inte att han är. HbA1c är alldeles för högt! Har Bosse själv någon tanke om varför det stiger? Han har ju gått ner i vikt, har han gjort det frivilligt? Har han ändrat sina levnadsvanor sedan sist? Om jag fick skulle jag maxa Metformin 1 g x 2. (>2g/dag ingen idé, effekten liten och magbiverkningar vanliga). Motivera till ändring av levnadsvanor, uppmuntra honom, om han redan ändrat något till det bättre. Åter till diabetessköterskan om 6 veckor och sannolikt tillägg av något mer. Jag vet att man skall vara i frontlinjen gällande diabetesläkemedel, men jag är skeptisk till DDP4-hämmare (överhuvudtaget) och SGLT2-hämmare (om han ej haft hjärtinfarkt). Möjligen tillägga Victoza om han är överviktigt (hur lång är han? bukfetma?). Om Victoza, utvärdera om 6 månader (med koll av HbA1c under tiden). Annars tillägg av kvällsinsulin långverkande.

Optimera blodtryck. Målvärde är under 140/90 (såvida han inte har tecken till njurinsufficiens, då lägre måltryck 130/85). Eftersom han är diabetiker, vore Enalapril förstahandsmedlet och det vill jag sätta in på en gång efter att jag sett hur njurstatus ser ut. Nya prover som uppföljning 2 veckor efter insatt behandling. Test av nytt tryck om 4-6 veckor.

Eftersom Amlodipin kan ge impotens, kan jag testa att seponera den. Om jag behöver komplettera Enalapriken sedan, tar jag någon med vätskedrivande komponent. (Salures eller Enalapril comp t.ex.).

Att Bosse har nykturi och frekventa mikteringar dagtid, beror det på dåligt reglerad diabetes? Törst? Han är väl ung för prostatasjukdom i första läget. Jag skulle be honom fylla i urinmättningslistor när vi fått kontroll på sockret, och se om det blir bättre bara av det. Skulle jag ta PSA? Svår fråga. Jag skulle be att få palpera prostatan, fråga om hereditet och om min misstanke stärks, ta PSA. Annars ge Bosse broschyren från Socialstyrelsen att begrunda.

Impotensen är sannolikt sekundär till dålig cirkulation (om seponering av Amlodipin ej hjälper). Viktigt också ur den aspekten att optimera blodtryck, socker och eventuellt blodlipider (han borde ju hursomhelst ha statin som sekundärprofylax efter TIA).

Är genes till TIA utredd: carotis? Förmaksflimmer? I så fall borde Bosse ha en annan antikoagulation (NOAK, Waran el dyl.).

Ok, allt detta om Bosse är med mig. Nu är han inte riktigt det (inte helt ovanligt). Jag får börja i någon ände, där Bosse verkar mer samarbetsvillig och arbeta (tillsammans med diabetessköterskan) för att motivera Bosse att göra erforderliga förändringar. Jag skulle försiktigt berätta att impotens kan bero på kärlsjuka, att det kan bli bättre om vi optimerar övrig behandling samt att det finns läkemedel/hjälpmiddel att få om Bosse vill.

Magbesvären ej prioriterade detta besök, de har dessutom gått över.

3. Öväntat dödsfall på äldreboende

I mitt län har vi en mobil enhet för dylika ärenden jourtid. Jag arbetar i det teamet. Vi tar hand om dödsfall, vårdintyg och hembesök till i första hand äldre.

Ett sådant här dödsfall, där det inte finns någon planering (kan vara ett så kallat brytpunktssamtal som utmynnat i en palliativ plan – då kan ordinarie läkare ha beslutat om att konstaterande av dödsfall kan utföras med ledning av sköterskas uppgift på telefon nästföljande vardag, dvs kroppen kan forslas bort och läkaren konstaterar dödsfallet i efterhand) måste tjänstgörande läkare åka ut för att konstatera dödsfallet på plats.

Att man inte känner kommunsköterskan som ringer är mer regel än undantag. Nuförtiden har vi gemensam journal med slutenvården och kan läsa på innan vi åker ut. I ett sådant här fall kanske det finns anteckningar från kirurgen eller onkologen att gå på. Innan vi hade sådan journal fick man nöja sig med ibland bristfälliga uppgifter från vårdpersonalen. I bästa fall finns anhöriga på plats, då kan man både informera dem om vad som kommer att hända och få information av dem. Man kan efterhöra deras åsikt i obduktionsfrågan. Om diagnosen är klar redan innan minskar behovet av obduktion.

Utifrån anamnesen verkar han således ha haft någon form av cancer och även mediciner mot hjärtsvikt, flimmer och angina, vilka alla kan vara potentiell dödsorsak.

Väl på plats undersöker man platsen och pratar med de som finns där. Om det var länge sedan patienten undersöktes gör man en kroppsbesiktning – undersökning av ögonens bindehinnor, munhåla, öron, hudkostym. Jag brukar titta efter ödem och sår också. I ett sådant här fall, om allt ser normalt ut på ett Säbo, är undersökningen mer översiktlig. I eget boende och under andra omständigheter mer noggrann. Själva konstaterandet görs utifrån antingen hjärtauskultation och pupillreaktion på ljus eller, om det föreligger säkra dödstecken (likstelhet, likfläckar, förruttelse), utifrån dessa.

Läkaren som konstaterar dödsfallet utfärdar ett dödsbevis som omgående skickas till Skattemyndigheten. Vi behåller en kopia på enheten och skickar även en kopia till aktuell vårdcentral. Det dokumentet har juridisk betydelse – personen förklaras död.

Några punkter är särskilt viktiga – datum för dödsfallet (tidigare behövdes klockslag men det är nu borttaget), dödsplats (kommun och typ av boende), identifiering, förekomst av eventuell pacemaker (tas

bort på plats i förekommande fall), undersökning på plats eller senast före döden (datum). Pacemaker tas bort på grund av risk för explosion vid kremering.

Bårhusmeddelande lämnas på platsen.

Kroppen ska vara ID-märkt (är oftast det redan på Säbo).

Journal som går vidare till ordinarie läkare bör innehålla väsentliga uppgifter så att efterarbetet underlättas. Om obduktionsremiss skrivs t.ex. kontaktuppgifter till den anhörig som ska delges resultatet.

Ordinarie läkare utfärdar sedan dödsorsaksintyget – ett dokument som har mer statistisk betydelse. I ett sådant här fall, där personen kanske saknar anhöriga och man kanske inte har utrett honom innan döden av någon anledning, kan en obduktion göra ifyllandet av dödsorsaksintyget mycket enklare och mer exakt. Om anhöriga finns och de motsätter sig en medicinsk obduktion ska det mycket till för att man ändå ska gå vidare.

Inget framkommer i det här fallet som talar för brottsmisstanke eller på annat sätt onaturlig död. Men om så är fallet måste man överväga att kontakta polisen som då kan fatta beslut om rättsmedicinsk obduktion.

4. Lab-användning på vårdcentralen.

Jag tänker spontant att man innan man tar fram statistik ska ha ett syfte med detta. Information ska ge svar på en frågeställning. Vilket syfte hade chefen? Jag kan komma på flera syften:

- Spara pengar
- Utveckla rutiner så alla gör ungefär likadant (för att följa riktlinjer)
- Undersöka om vi följer riktlinjer
- Undvika onödig antibiotikaförskrivning
- Onödigt användande av lab-resurser
- Mm

Jag är i en något utsatt position – jag är ST-läkare och beroende av mina kollegors goda vilja och handledning. Samtidigt är jag påläst och har "fräscha kunskaper".

Det finns flera orsaker till att vi tar prover olika. Naturliga skiftningar kan finnas: vissa läkare har mer barn, andra mer gamla, vissa fler kvinnor och andra män, At-läkaren har mycket akuttider, osv. Det kan ge olika siffror på t.ex. diff och PSA-förekomst för olika läkare. Rutinserier har vi på VC kommit överens om att vi tar på patienter inför t.ex. hypertoni- eller diabeteskontroll (specificerat vilka) och vi har PM för detta. Vissa läkare väljer att använda denna metod och andra inte. Då kan det bli en skillnad där.

PSA: det finns rekommendationer enligt Socialstyrelsen som innebär att man ska inte screena patienter utan att ha informerat dem om vad screening kan innebära. Vi har skriftlig broschyr som delas ut till pat. Det kan nog leva kvar hos flera äldre läkare (dock inte på min arbetsplats tror jag) att man tar PSA utan vidare diskussion som screening vid årskontroll för att patienten önskar det (naturligtvis gör man det vid symtom eller hereditet eller om patienten vill efter att vara välinformerad).

Jag tar reda på vad chefen önskar uppnå och ha min hjälp med, därefter föreslår att jag får tid avsatt för detta och att jag gör det som mitt kvalitetsarbete (jag är ST-läkare). Jag lägger upp det så här: jag gör en genomgång av hur fördelningen mellan läkarna ser ut för de prover chefen uppmärksammat och presenterar det som ett diagram för kollegorna. Det kan bli en diskussion om hur vi gör – varför det ser ut som det gör? Hur kan det leda oss vilse om vi tar för mycket prover? Vad händer med antibiotikaförskrivningen osv...

Jag gör en presentation (för läkare och chef) där jag går igenom indikationerna för kontroll av t.ex. PSA, diff och folatprov och situationer då det inte är indicerat eller där speciell information till patienten kan behövas innan man kontrollerar provet, t.ex. PSA enligt ovan. Ber urolog sända mig ett fall där ett "klåfingrigt" taget PSA ställt till det för en patient samt går igenom vad socialstyrelsen säger i frågan. Delar ut broschyrerna till kollegorna att ha till hands vid patientdiskussion.

Jag tänker ut vad min uppgift i detta kan anses vara. Det är inte att ge medarbetare reprimander så klart. Eftersom chefen inte är läkare är det den medicinskt ansvariga läkaren som har i uppdrag att stötta chefen i frågor där man behöver göra en medicinsk värdering, t.ex. detta fall. Det kan ju vara helt relevant att någon tagit dessa prover? Eller inte? Om det finns en kollega som arbetar på ett icke-resurseffektivt sätt är det en chefsfråga att ta tag i. Alltså "åtgärddar" jag inte någon skillnad i hur läkarna arbetar men kan bidra

med utbildning och uppdatering av kunskapsläget. Jag diskuterar också med läkargruppen hur de ser på att statistiken tagits fram och huruvida de blivit informerade om det, vilket jag tycker är viktigt att en chef gör och också att syftet då redovisas för läkarkollegiet. Om det finns ett problem får man ju följa upp som chef och se om utbildning hjälpt, och om det är en enstaka problemindivid får man göra en enskild genomgång.

5. Elsa, 3 år, hostar på natten.

Jag berättar för mamma och pappa att det låter som om lilla Elsa drabbats av falsk krupp under natten, vilket inte är helt ovanligt om man har en virusinfektion som kan göra att de små luftvägarna svullnar upp som ger den lite väsende andningen och skällande hostan. Oftast blir detta värre på kvällen/natten då flickan lägger sig ned och svullnaden ökar ytterligare. Om barnet gråter blir hostan också värre. Jag berömmar mamma och pappa för hur de har hanterat flickan under natten (analgetika, lugn och ro och upprätt läge) samt att de har haft koll på andningen. De behöver inte ha dåligt samvete för att de inte kontaktade vården under natten. Ofta behöver barn inte någon behandling vid kruppbesvär. Jag förklarar att detta kan komma tillbaka, och att det man kan göra utöver vad de gjorde, är att ta på flickan kläder/ett täcke och ta henne utomhus i den svala luften i upprätt läge för att svälla av ytterligare (förklarar att den kalla luften får slemhinnan i luftvägarna att svälla av). Om då hostan inte ger med sig, ska man om flickan blir väldigt påverkad, t.ex. blir blå om fingrar och tår (talar för syrebrist), eller blir slapp i muskulaturen, eller har svårt att svälja, dreglar, söka akut för att få kortisonbehandling och eventuellt adrenalinhalation för att minska svullnaden i luftvägen. Ofta låter falsk krupp mycket värre än det egentligen är. Då flickan nu är helt opåverkad och inte har några biljud från lungor avvaktar jag i detta läge med att ge kortison.

Jag frågar mamma och pappa om flickan tidigare haft obstruktiva besvär i samband med förkylning och om det finns astma i familjen. Jag förklarar att om man har astma så finns en viss överlappning med falsk krupp och att barn som får detta upprepat i så fall bör utredas för astma.

6. Fritz, 81 år, multisjuk.

När jag får telefonsamtalet angående Fritz funderar jag genast vad detta kan handla om och förklarar för hustrun att jag tar hennes/makens oro på allvar. Det verkar som om det är ett beteende som ändrats ganska akut. Jag tycker att han ska komma in för ett akut besök.

En diffdiagnos är hjärtsvikt och/eller angina. Jag frågar hustrun om benen svullnat? Har han ökat mer i vikt? Är det andningen/bröstsmärta som gör att han inte orkar när de är ute och går eller är det mer en allmänt nedsatt ork? Diabetiker kan ju ha atypiska symtom på hjärtischemi.

En annan diffdiagnos är ju hypoglykemier, då han står kvar på glibenklamid trots det höga kreat. Visserligen ett HbA1c på 55 när han även hade metformin, men han kanske tvingas "äta ikapp" på grund av hypoglykemier? I nuläget kan jag inte värdera styrkan av glibenklamiden utan FASS. Kanske njurfunktionen försämrats ytterligare? Den hade ju labmässigt försämrats ganska påtagligt senaste året.

Han verkar även ha haft prostatabekymmer då han står på alfuzosin. Har han resurin? Är det resurin som står för det höjda kreatininet?

Det står inget om tidigare minnessvikt eller demensmisstanke så jag tänker att den frågeställningen inte varit aktuell. Dock kan han ju drabbats av en depression eller ångest (vad var det som triggade tidigare överkonsumtion av alkohol? Ångestbenägenhet?).

Jag sätter upp för ett akutbesök och ber dem komma 30 minuter innan för bladderscan/tappning, vikt och EKG. Beroende på vad det visar så behandlar jag resurinen akut med KAD och försöker bedöma eventuell orsak. Om jag bedömer att besvären kommer från hjärtat så remitterar jag in akut då besvären är påtagliga. Oavsett detta sätter jag ut glibenklamid innan vi vet mer vad hans besvär står för. Denna patient ska inte ha glibenklamid med tanke på ålder och krea.

7. Gusten, 9 år, diarré och feber.

Gusten har feber, blodiga diarréer och kräkningar efter antibiotikabehandling. Han är nu opåverkad men mörk under ögonen och diffust öm i buken.

Som komplement till anamnesen frågar jag om Gusten ätit något ovanligt (kyckling, ej genomstekt t.ex.) innan besvären började? Finns hereditet för autoimmun sjukdom (IBD) – dock oerhört ovanligt i denna ålder, men ändå. Liknande episoder tidigare? Vet man vilket antibiotika Gusten fick? Varit utomlands?

Som tillägg i status skulle jag också titta på hudturgor samt lyssna på hjärta och lungor.

Differentialdiagnostiskt skulle jag i första hand tänka: Clostridiuminfektion efter antibiotikabehandling? Campylobakter? EHEC?

Jag skulle provta med avföringsodlingar (campylobakter, shigella, salmonella) inkl EHEC och clostridieinfektion, samt komplettera med en CRP/SR (IBD), kanske ta ett blodstatus. Annars ge råd om hur man skall tänka kring intag av vätska (som är viktigare än matintag), att man monitorerar vattenkastningen och avvaktar provsvar. Stanna hemma från skolan till vi fått svar och så länge feber och blodiga diarréer föreligger. Rekommenderar att föräldrar hör av sig vid försämring av diures, allmäntillstånd eller eventuella buksmärter. Telefonkontakt annars efter provsvar för ställningstagande till vidare åtgärder.

8. Hertha, 84 år, prolaps och återkommande uvi.

Jag tänker att Herthas funderingar är för omfattande för att jag ska kunna svara per brev. Jag försöker därför ringa henne för att boka in en tid. Om jag inte får tag på henne skriver jag ett brev och föreslår en mottagningstid. Jag ber henne också komma förbi med ett morgonurinprov då hon har symtom, så att vi kan ta reda på om det finns en signifikant växt av bakterier.

Innan besöket läser jag på så att jag kan svara på om Furasantin verkligen kan orsaka lungfibros. Jag förklarar att långtidsbehandling med Furasantin är en adekvat behandling för att förebygga urinvägsinfektion, men att hon naturligtvis har rätt i att den inte tar bort resurinen och att det, om möjligt, är bättre att behandla grundorsaken. Jag vill också undersöka Hertha, både en gynekologisk undersökning samt en Bladdersscan för att undersöka om hon verkligen har resurin. Eftersom hon har träffat en gynekolog förutsätter jag att hon har behandling med lokalt östrogen (förhoppningsvis har jag själv redan satt in det innan jag remitterade henne).

Jag pratar med mottagningens uroterapeut om det finns någonting som hen kan hjälpa Hertha med, tömningsteknik? Eftersom jag tycker att det är svårt att bedöma framfall, framför allt om patienten har blivit opererad, skriver jag till kvinnokliniken och frågar om det finns någonting ytterligare som kan göras. Kan hon vara hjälpt av en prolapsring?