

## Bra givna svar på skriftliga provet i specialistexamen 23 oktober 2017.

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.

### Uppgift 1 – Alberto, 59 år, ändtarm.

Anamnesticke skulle jag vilja veta om han haft något liknande någon gång tidigare och om besvären oroar Alberto.

Förrutom per rektum hade jag också försökt göra en rektoskopi och proktoskopi. Det skulle kunna röra sig om en hemorrojd. Ofta är hemorrojder lite blåskimrade eftersom det är vener. Yttre hemorrojder kan vara täckta med hud och då inte lika blåskimrande. Det som måste uteslutas är malignitet. En diff-diagnos kan också vara perianalt hematom, detta brukar vara mycket smärtsamt.

Om jag i Albertos fall inte misstänker malignitet utan det ser ut som en typisk hemorrojd så hade jag informerat honom om att han har en hemorrojd, att det är vidgade blodkärl, att det är ofarligt, men kan ge ett obehag. Det är vanligt och att han varit trög i magen kan ha spelat in. Ökad risk att få hemorrojer när man krystar mycket pga förstoppning. Jag hade informerat om behandling med Xyloproct både salva och suppar samt behandling med något bulkmedel t ex Inolaxol för att hålla magen igång och motverka förstoppning.

En lite tanke hade jag ägnat åt varför han utan anledning blivit trögare i magen. Ändrade avföringsvanor i den här åldern kan vara tecken på tumörsjukdom i magtarmkanalen. Med tanke på detta hade jag kontrollerat ett Hb. Det låter som magen nu fungerar bättre så det kan säkert ha varit något tillfälligt.

Jag hade bokat in en uppföljande telefontid om 2 veckor för att höra hur det fungerar med magen och om besvären gått över. Förhoppningsvis är det bättre. Om besvären kvarstår ytterligare får ny tid bokas för ställningstagande ytterligare utredning (ny rektoskopi, remiss kirurg).

### Uppgift 2 – Beatrice, 51 år, alkohol, hypertoni, mm.

Ett svårt fall. Behöver en långvarig planering och uppföljning så att hon ska få den hjälp hon behöver, för sin hälsa, barn, arbete och annat. Kompletterar anamnesen med att avgöra riskfaktorer, friskfaktorer? Är det enbart ett återfall eller annat t.ex begynnande demens, depression, stressreaktion mm?

Hur ser hennes alkoholkonsumtion ut? Hur länge pågått nu? AUDIT får fyllas i? Tar hon andra droger? Alkohol kan kännas som en lösning när man har sömnsvärigheter och andra bekymmer. Dricker hon för att må bättre/få bättre sömn?

Hur mår barnet? Har barnet kontakt med sin far? Finns anledning till oro?

Med tanke på glömska: Vad glömmet hon? Har andra märkt det? Minnestest och klocktest gör jag. Samt en neurologisk undersökning. Är hon lämpligt att köra bil? Har hon vapen hemma?

Tröttheten och att hon inte orkar: Får hon bröstsmärta? Andfåddhet? Eller är det enbart psykiskt nedsatt ork? Viktnedgång? Diarréer? Förstoppning? Ev hypotereos?

Det viktigaste är att få allians med en patient som kan ha fått återfall så att jag kan hjälpa henne. Vill hon att vi blandar in företagshälsovården? Om svaret är nej så informerar jag om Antabus, Naloxon och andra behandlingsmöjligheter för att begränsa alkoholintag. Vad vill hon? Hon kanske vill bli nykter och inte dricka alls. Jag informerar om kommunens olika hjälpprogram samt att hon kan få stöd av vår kurator som har KBT utbildning. Antabus kan delas av en sjuksköterska på vårdcentralen eller annan som tar ansvar för det.

Sömnen är viktig. Ger information om sömnhygien. Kan hon förbättra något själv? Alkohol försämrar sömnen och dess kvalitet. Det ska hon inte använda.. Hon får recept på Propavan.

Heltidsjukskrivning ska undvikas eftersom det kan försämra allt. En 50-25 % sjukskrivning kan varar rimligt samt med information till arbetsgivare om att det rekommenderas en reducering av stressiga situationer t.ex städning i fabrikslokaler och mindre runtåkande.

För att vi ska kunna ge rätt hjälp behövs lite provtagning för att upptäcka orsaker till hennes besvär, trötthet, glömska, inte orkar mm: får lämna TSH, B12, folat, blodstatus, leverstatus, B-peth, CDT, kreatinin, kalium, calcium, Non-HDL.

Jag sammanfattar mina fynd för henne och misstanke att det kanske är återfallet som givit dessa symtom, men att jag kollar andra orsaker och oavsett vad är orsaken så finns vi och andra som kan stödja och hjälpa henne. Att det är vanlig med återfall och det är bra att hon har sökt hjälp. Jag ger en återbesöks tid till patienten nästa vecka för att prata med henne om provsvar samt utvärdera behandlingseffekt. Det skulle vara bra om hennes barn är med under besöket.

### **Uppgift 3 – Carl, 84 år, blivit glömsk.**

Jag skulle fråga dottern lite mer specifikt vad som gör henne orolig för bilkörningen? Är det något speciellt som har hänt? På vilket sätt märker hon att han är glömsk? Har hon några exempel? Har det hänt plötsligt eller gradvis tilltagande? Har hon själv pratat med sin pappa om bilkörningen och vad fick hon till svar då? Varför vill hon inte att jag ska berätta att hon är orolig för sin pappa? Det blir mycket enklare om man inte behöver vara hemlig med sådana uppgifter och om det kommer från dottern kan det vara enklare att Carl också inser att det kanske är dags att ställa bilen.

Det är ju en viktig anamnestisk uppgift jag fått. Jag skulle kolla igenom journalen, är det något där som gör mig fundersam kring bilkörning? Några andra riskfaktorer eller något jag snappat upp under besöken som fått mig att fundera kring glömska? Har det gjorts någon CT skalle nyligen av någon anledning och finns där några tecken till atrofi, infarkter eller liknande?

Jag skulle nog ringa Carl och be honom komma på ett besök så vi kan diskutera igenom det på plats på vårdcentralen. Om dottern absolut inte vill att jag berättar vad det handlar om så får jag väl säga att jag föreslår en extra allmän hälsokontroll.

Väl på plats så får jag själv bilda mig en uppfattning kring hans mentala status och hur han mår allmänt. Jag frågar själv hur han mår och hur han tycker det går med minnet, om det är något han märkt att det försämrats? Jag förstår att han kör bil, hur tänker han själv kring det? Det lättaste är ju om han själv tänkt att det kanske kan vara bra att inte köra längre. Jag skulle förklara att när man blir äldre blir ju uppfattningsförmågan och reaktionsförmågan sämre och vid något tillfälle är det ju ändå kanske dags att ställa bilen. Jag tar upp möjligheten till färdtjänst som ett alternativ. Är jag osäker kring hans förmåga finns ju även specifika tester man kan göra (nu kommer jag inte ihåg vad de heter) som handlar om att mäta uppmärksamhet och fokuseringsförmåga, man följer med pennan 1-A-2-B-3-C osv på ett papper och ska klara det på en viss tid. Om Carl själv börjat funderat på sitt minne eller om jag blir fundersam så bokar jag in ett besök till minnessköterska som bland annat gör MMT och därefter återbesök till mig för genomgång och då kan ju diskussionen kring bilkörning tas upp igen om något framkommer som gör att jag tycker att det är olämpligt. Om Carl ändå vägrar att gå med på att lämna bilkörningen och jag tycker att han bör avstå så får jag skicka in mitt underlag till Transportstyrelsen och så får de ta beslutet.

Sammanfattningsvis är det allra lättaste om jag i samtalet kan få Carl själv att känna sina begränsningar och att man i samförstånd kan diskutera vad som är lämpligast.

### **Uppgift 4 – David, 48 år, tungandad, spirometri.**

David söker p.g.a. tungandning, och besökets mest väsentliga problem verkar handla om att hitta dess förklaring. Dessutom har David en väldigt konkret fundering kring astma, vilket han också måste få svar på.

Oavsett vad David har för egna funderingar måste jag utgå från det medicinska och överväga olika differentialdiagnoser. Astma är dock en mycket god gissning från patienten, och är med på listan över de saker jag överväger vid tungandning.

Vid tungandning tänker jag främst hjärta, lungor, anemi, infektion, lungemboli och ångest. Anamnesen avslöjar inga anginösa besvär, men en 48-årig man med BMI 31,8 kan mycket väl ha en ischemisk hjärtsjukdom under utveckling. EKG avslöjar inget i vila, och jag stryker därför också permanent förmaksflimmer och hjärtsvikt från listan. Jag bestämmer mig nog här för att inte gå vidare med arbetsprov, om inget annat framkommer.

Anemi är lätt konstaterat med ett stick i fingret, och möjligen något som jag överväger om han ser blek ut eller nämner blödning i anamnesen. Men knappast något huvudspår vid besöket. Infektion verkar heller inte troligt med tanke på status och anamnes, och recidiverande lungemboli synes långsökt.

Därmed går jag över till luftvägarna. Men nu har jag ju faktiskt redan en färdig spirometri – vilken lyx! Här framgår att han aldrig rökt = viktig information. Pat har blåst med god teknik totalt åtta gånger. Kurvan har ett typiskt obstruktivt utseende med hängmatta; framför allt större luftvägarna som är påverkade. Han har en bedrövlig vitalkapacitet som bättras rejält med terbutalin. FEV1% visar 69,1, vilket är lägre än väntat. FEV1 ökar med 0,89 liter eller 33 %, och detta är diagnostiskt för astma. Diagnosen stöds även av anamnesen, med ökade besvär i kyla och vid ansträngning. (Dock att inspiratoriska besvär ibland snarare handlar om EILOS och stämbandsdysfunktion, vilket en logoped möjligen kan avhjälpa).

Jag efterhör nu allergiska symtom och rekommenderar i så fall allergisanering och behandling vid behov. Kanske överväger jag att testa för allergi med blodprov med panel. Han får information om astma, hur sjukdomen fungerar och hur vi kommer lägga upp framtida kontroller. Information om astmasköterska som kan hjälpa till med inhalationsteknik och uppföljande spirometrier. Jag vill gärna ha en utgångsbild av svårighetsgrader, och skattar denna med ACT (astma kontrolltest). Farmakologiskt erbjuder jag en rätt hög dos inhalationskortison morgon och kväll samt betastimulerare vid behov. Easyhaler och Novolizer används ofta hos oss, och jag har demo-inhalatorer på rummet som patienten kan öva på. Vid nästa uppföljning om ett par månader gör vi utvärdering med spiro och ACT och överväger ev. dosminskning av kortisonet.

## Uppgift 5 – Erik, 77 år, mår dåligt av okänd orsak.

- *Hjärtsvikt, ACE-hämmare, var storökare i 50 år. Förkylning för 6 veckor sedan och sedan dess tilltagande besvär med trötthet, nedsatt aptit, viktnedgång (symptom som vid cancer).*
- *Jättetrött, stel, svårt att resa sig (pga. smärta, elektrolytrubbning eller annat?). Ingen viloandfåddhet (hur är det vid ansträngning? om inte heller då är lungorna inte drabbade)*
- *Hjärta, lungor, buk, prostata och lymfkörtlar ua. I händerna symmetrisk svullnad och palpömheter i MCP- och PIP-leder (typiska symptom vid Reumatoid Artrit= RA)*
- *Använde Diklofenak som hjälpte i början men inte nu längre. (symptomen blir förvärrade)*
- *Hb 135. Acceptabelt värde.*

Det låter som om den mest sannolika diagnosen trots allt är RA (även om hög ålder, RA förekommer i alla åldrar). Tänkte på cancer från början men mindre sannolikt med avsaknad av hosta, bra Hb, bra lung-/bukstatus, inga förstörade lymfkörtlar etc.. Erik har ökad risk för båda sjukdomarna med tanke på att han hade rökt länge. Men har ont i typiska fingerleder (PCP- och PIP-leder). Debut efter luftvägsinfektion, trötthet, matleda, för ca 6 veckor sedan.

Jag får penetrera anamnesen ytterligare. Hereditet? Ont i fot-/tå-leder? Diff-diagnoser: psoriasisartrit, PMR men mindre sannolika.

Kompletterar med RF, Anti-CCP, SR, CRP och blodstatus.

Informerar Erik och frun om min arbetsdiagnos RA och att det finns bra läkemedel nuförtiden som hjälper mot detta tillstånd. Jag tar kontakt med reumatologkonsulten direkt under besöket för att få hjälp med vårdnivån med tanke på att Erik är så pass påverkad. Ibland kan de ta in patienten akut eller dagen efter. Alternativt remitterar jag honom till akuten om han inte anses klara sig i hemmet eller till reumatologen med förtur med tanke på hans nedsatta AT, och under tiden får han börja med t ex Prednisolon (jag är medveten om att det finns risk att han utvecklar diabetes då hans HbA1c är åt det höga hållet på 42) i några dagar tills han blir omhändertagen av reumatologen.

## Uppgift 6 – Gudrun, 68 år, orolig för sin bror.

Den stora utmaningen här blir att hantera Gudruns oro.

Eftersom en patient avbokat och jag plötsligt fått mer tid, tar jag chansen att sätta mig ner och lyssna ordentligt på Gudrun. Jag spelar ut konsultationskonstens samtliga kort så att jag blir säker på vad hon har för föreställningar, förväntningar och farhågor.

Hennes bror är sjuk – är hon orolig att han ska dö? Hennes förhoppning verkar vara att jag utifrån knappa uppgifter ska kunna förklara vad han råkat ut för och hur hans prognos ser ut. Här får jag inte gå i fällan att uttala mig specifikt om honom, och absolut inte med procenttal, utan snarare informera sakligt i allmänna termer. Mitt fokus är att lugna Gudrun, men inte genom att släta över eller undanhålla information. Jag råder henne att prata med sin bror igen och be honom om mer konkret information. Något måste väl ändå läkarna i USA ha berättat för honom? Och dessa läkare måste ju bättre än jag kunna uttala sig om broderns tillstånd och prognos. Har hon sedan frågor kring denna nya information, kan hon gärna boka en telefontid till mig för att få det förklarat.

Nästa utmaning blir att hantera Gudruns oro för sin egen hälsa. För hon undrar naturligtvis över ärftlighet och hennes egna risker att ha "växande körtlar" i binjurarna. Här gäller ju informationen ungefär samma sak, med skillnaden att jag nu måste fundera över om Gudrun löper ökad risk för att själv ha drabbats av broderns åkommor.

Vad är det då vi har att göra med rent medicinskt? Körtlarna i binjurarna kan naturligtvis handla om något så banalt och vanligt som incidentalom. Vi känner ju inte till orsaken till broderns DT-undersökning, kanske var frågeställningen någon helt annan. I sådana fall finns det ju gränsvärden, över vilka man utreder vidare. Har man däremot utrett brodern för en endokrinologisk rubbning såsom Addison eller Conns sjukdom, så kan ju körtlarna vara signifikanta och en del av sjukdomen. Vad Gudrun anbelangar så utgår jag från att jag vid tidigare årsbesök och provtagningar inte fått sådan misstanke. Hennes blodtryck är förmodligen stabilt och välreglerat. Det finns inga skäl att medikalisera Gudrun och spä på hennes oro genom att beställa DT till henne med.

Det höga blodvärdet (var det skadligt högt?) kan t.ex. bero på polycytemi, rökning, felvärde eller intorkning. Kanske är det t.o.m. habituellt. Gudrun har sannolikt lämnat många Hb-värden genom åren och jag borde ha sett sådana avvikelser tidigare.

Det höga blodtrycket hos brodern kan bero på mycket, både påverkbara och icke påverkbara riskfaktorer. Idiopatiskt högt blodtryck kan ju dock gå i familjen. Gudruns blodtryck är förmodligen stabilt eftersom jag följer henne årligen. Jag förklarar för henne att broderns samtal inte påverkar hennes egen blodtrycksbehandling.

## Uppgift 7 – tre barn på BVC.

a/ Elsa 6 mån. Jag undersöker Elsas yttre genitalier på skötbordet. Vulvasynekie. Ofarligt. Växer oftast bort. Om inte och de verkar irritera på något sätt kan man prova behandla med lokalt östrogen, men inte aktuellt nu.

b/ Nisse 4 mån. Trång tårkanal. Många barn har det. Man kan massera vid näsroten där tårsäcken sitter. Diffdiagnos skulle kunna vara konjunktivit, men ögonvitan är oretad och han har haft det sedan födelsen. Brukar försvinna av sig själv. Jag kommer att träffa Nisse vid läkarbesöket vid 6 mån och kan följa upp då.

c/Rasmus 8 mån. Mässling ges i kombinationsvaccinet MPR. Jag skulle börja med att ta reda på föräldrarnas inställning till vaccin. Är de skeptiska krävs fingertoppskänsla och stor respekt för deras åsikter. Om föräldrarna vill skulle jag kort informera om sjukdomarna och varför man vill vaccinera mot dem. Vidare att vaccinet är väl beprövat (lyssnar in om de hört vaccinationsmyter om t ex autism, och bemöter i så fall det sakligt). Sen skulle jag berätta att det finns pågående mässlingsutbrott i Europa, och om man funderar på att resa rekommenderar vi i region Skåne att man vaccinerar barn över 6 månader. Eftersom Rasmus är under 12 månader kommer han att behöva ytterligare en dos vid ordinarie vaccinationstillfälle vid 18 månader.

## Uppgift 8 – Ingalill, 83 år, alzheimer, nyttillkommen andfåddhet.

Jag behöver mer bakgrundsinformation om Inga-Lill. Vilka mediciner tar hon? Vilka diagnoser har hon fått och vilka undersökningar har gjorts relativt nyligen? Har hon fått diagnosen hjärtsvikt? När gjordes senaste ultraljudet av hjärtat och vad visade den? Vad visade senaste lungröntgen? (Borde ha gjorts på akuten när hon skickades in sist.) Jag kommer åt alla undersökningarna via något som kallas paraplyportalen. Där ser man även tidigare provtagning och på så sätt kan jag se hur hennes blodvärde varit tidigare och om det fortsatt hållit sig stabilt.

Jag utgår från att den okända mängden diskmedel inte har med det aktuella besvären att göra utan att man gjorde ett ordentligt jobb på akuten. Eventuellt så dubbelkollar jag i journalen för att se vad de gjorde och hur de tänkte. Det finns ju alltid en risk för förgiftning eller att hon kräcks och aspirerat så hon fått en aspirationspneumoni. Jag efterfrågar därför aktuell feber och hosta också.

Ett kraftigt systoliskt blåsljud tyder såklart på klaffel, vilket betyder att hjärtat inte slår optimalt, vilket över tid brukar leda till hjärtsvikt. I Inga-Lills fall så har hon även lösa rassel upp till halva lungfälten vilket talar för vänsterkammarsvikt och vilket förklarar hennes dyspne.

Har Inga-Lill några anhöriga? Vad säger de och personalen om Inga-Lills mående senaste tiden? Har hon varit andfådd tidigare? Om Inga-Lill har anhöriga så vill jag ordna med en SIP, samordnad individuell planering, inom den närmsta tiden för att säkerställa en bra planering av den fortsatta vården och lämpliga åtgärder vid försämring. Det är av högsta vikt att man har med sig de anhöriga på banan och i tanket kring Inga-Lill för att uppnå bra vård och onödiga besök på akutmottagningen. Det finns stor risk att Inga-Lill kommer att bli akut dålig och inte klara av sin hjärtsvikt på egen hand trots mediciner och då är det mycket viktigt att det finns en tydlig plan. Det bästa för Inga-Lill som är långt gången i sin demenssjukdom är att hon får vara kvar på boendet och får den vård som går att ge där. Det finns undantag, som ex frakturer som ska åtgärdas på sjukhuset.

Frågan jag ställer mig är om Inga-Lill börjar komma in i ett sent palliativt skede, och då beror det mycket på vilka mediciner hon tar sen tidigare och om hon haft dessa besvär innan och vad man då gjort för åtgärder. Kanske är det dags att sätta mesta fokus på livskvalitet och symtomlindring.

Blodtrycket är lågt och om jag ger henne mycket vätskedrivande så är risken att jag sänker blodtrycket så mycket att hon blir fallbenägen och yrslig, så det behöver jag ha i åtanke. Just nu handlar det ändå om att om möjligt ge vätskedrivande på plats så att vätskan på lungorna minskar och andfåddheten med den. Ett blodvärde på 105 kan bidra till andfåddheten så det behöver jag också ha med i planen kring olika åtgärder.