

Bra givna svar på skriftligt prov för specialistexamen i allmänmedicin 2019

Detta är autentiska svar från examinander som skrev provet 2019, ibland med smärre språklig redigering. Varje uppgift har bedömts av två granskare, erfarna specialister i allmänmedicin och utbildade kompetensvärderare, olika för varje uppgift. De har valt ut ett av de bästa svaren på sin uppgift som "bra givet svar".

Uppgift 1 – Svante 6 år, magkrångel

Jag tänker att en vanlig orsak till att bajsas på sig i denna ålder när man normalt är avförings och urinkontinent är förstoppning men att jag till en början får tänka brett. Hur länge har detta pågått och hur ofta händer det? För att bilda mig en uppfattning om omfattningen på problemet. Hur ofta bajsar han på toaletten och hur går det då? Är det sällan han har avföring och det är svårt, trögt, smärtsamt att bajsas stödjer det tanken om förstoppning med förstoppningsdiarré (att det rinner lösare avföring vid sidan om i tarmen). Blod och smärta? Fissur. Är det alltid löst och av den anledningen svårt att hålla avföringen? Då tänker jag mer på celiaki, kanske lite ung för IBD. Lite i yngsta laget för laktosintolerans. Nyttillkommet och alltid lös? Tarminfektion? Har han aldrig varit kontinent eller har han varit det en tid och nu börjat bajsas på sig? Har det samtidigt hänt något i familjen/omgivningen som fått Svante att regrediera? Kontakten med mamma verkar ju god och han verkar vara pigg och glad så orolig för problem på det sociala planet är inte det första jag tänker på. Glömmer att gå på toaletten? Leker intensivt? Lyssnar inte på signaler. Neuropsykiatri?

Att han inte har ont talar delvis emot förstoppning men om det pågått länge kan den normala tarmmotiliteten och tömningsreflexerna vara ur funktion.

Det verkar som om de själva misstänker mjölkproteinallergi, hur kommer det sig? Finns det i familjen? Finns det andra tarmsjukdomar i familjen. Att han skulle få problem med det vid 6 års ålder känns mindre troligt men kan vara ett spår värt att följa om problemen funnits hela livet. Kan ju också vara orsak till en svår förstoppning även om det oftast är funktionellt? Fast då skulle de förmodligen sökt tidigare eller haft andra associerade symtom.

Vid status skulle jag också be om lov att få känna per rektum: fast avföring? Då är jag nästan säker på att det är orsakat av förstoppning och lägger upp en plan för laxering och uppföljande mjukgörande behandling. Råd om lämplig kost och rörelse samt vikten av att man stöttar Svante i goda och regelbundna toalettvanor. Hur ser tillväxtkurvan ut? Normal, då är jag mindre orolig för annan tarmsjukdom.

Om det vid uppföljning 1-2 månader senare blivit helt bra nöjer jag mig och trappar ut den mjukgörande efter en tid. Om kvarstående symtom eller återkommande besvär tar jag prover för att påvisa ev. bakomliggande orsak TSH, transglutaminas-ak, IgE mjölk kan bidra till viss förståelse men kan vara normalt även om det finns en mjölkproteinallergi. Vid tecken på malabsorption eller hämmad tillväxt skulle jag ta fler prover och tidigare i förloppet såsom blodstatus järn, kobalamin, folsyra.

Uppgift 2 – Anders 20 år på LSS-boende

Det väsentliga problemet är att Anders inte verkar må bra, och vi behöver ta reda på varför och därefter hantera det vi misstänker som primärt problem.

Det är oklart om Anders själv kan lämna någon anamnes eller inte, vilket klart gör det svårare att bestämma handläggningen, men i vilket fall som helst tycker jag det är viktigt att vända sig direkt till Anders med frågor, även om det är personalen som svarar.

Det är inte entydigt i texten om det mesta bara varit bekymmer senaste veckan (och därigenom skulle kunna ha samband med badet) eller om det varit större problem under alla de månader han bott på det nya LSS-boendet.

Till att börja med vill jag utesluta att han har ont någonstans. Det får ta lite extra tid, och jag försöker se om han verkar reagera när antingen han eller man själv rör på armar och ben, eller om han verkar ha ont i munnen t.ex. när han ska äta.

Om möjligt vill jag titta honom i öronen också så han inte har en vaxpropp, otit, främmande kropp, otosalpingit eller liknande som gör att han hör dåligt/har ont.

Jag frågar också vidare vid vilka tillfällen han reagerar, om det finns något mönster som olika aktiviteter eller olika personal.

Jag misstänker i första hand att flytten och personalbytet är det som påverkat honom.

Jag kommer inte sätta in något varken lugnande eller något att sova på till att börja med, utan först vill jag ha en beteenderegistrering under 1-2 veckor för att se hur ofta han är orolig, och hur han sover. Jag vill också veta från det tidigare boendet eller föräldrar hur han har varit tidigare, för att veta om det är något som är nytillkommet sedan flytten, eller om det är så att det är nu man har uppmärksammat det.

Viktigt är också att veta om hans orosnivå är olika med olika personal, och i så fall får den personal han är mer orolig med lära sig av de andra hur man måste bemöta Anders för att hjälpa honom.

När registreringarna är gjorda kan jag tänka mig att prova läkemedel t.ex. atarax, zopiklon eller melatonin till natten under 2 veckor som sömnreglering, speciellt om sömnregistreringen tidigare visar att han vänt på dygnet, med förnyad uppföljning och registrering för att se om det har avsedd effekt. Men primärt tror jag inte lugnande läkemedel är lösningen, utan bemötandet.

Uppgift 3 – klagomål på handläggning

Som medicinskt ansvarig läkare måste jag ta ställning i frågan på flera plan. Som MAL tar jag inte över ansvar för de vårdåtgärder som annan medicinsk personal utför. Dock har man ofta ett övergripande ansvar för kvalitetssäkring, rutiner och avvikelshantering.

Utifrån det jag kan läsa mig till tycker jag att vi har brösttit på vårdcentralen i flera led; med dessa larmsymtom borde patienten i första steget fått en snabbare tid till läkare, en månads väntetid i det första läget med de symtomen som beskrivs är inte försvarbart. När patienten försämrades fick hon en akuttid hos läkare A som ordnade med adekvat undersökning, provtagning, rektoskopi samt remiss för röntgen. I det läget kunde – kanske borde – man dock skrivit en SVF-remiss utifrån symtom. När dr A sedan får svar på röntgenundersökningen visar denna vad jag både jag och patienten misstänker vara en misstänkt cancer i bukspottkörteln. Detta är en allvarlig misstanke och inger oro hos både mig och hos patienten. Rent principiellt bör inte fynd talande för misstänkt cancer kommuniceras via brev till patienten och jag förstår upprördheten hon känner.

Utifrån hur detta handlagts måste vi också fråga oss hur våra rutiner egentligen fungerar på vårdcentralen. Finns behov av att i sköterskeledet gå igenom i vilka situationer man bör misstänka cancer (röda flaggor) och prioritera läkartider? Finns möjlighet för sköterskorna i telefon att komma och stämma av med läkare när de är osäkra? Han vårdcentralens läkare tillräcklig kunskap om SVF-remiss; när och hur man skall remittera? Behov av internutbildning kring hur man bör kommunicera svåra besked?

I detta konkreta fall skulle jag föreslå min chef att prata med berörd läkare. Jag tycker det är rimligt att patienten får ett snart återbesök till honom inom några dagar då man tillsammans med henne går igenom den hittills gjorda utredningen, vad den visar och vad som blir nästa steg. Det är viktigt att bekräfta henne i hur hon känner och erkänna att vi kunde skött detta bättre, och gärna förmedla till henne att denna situation leder till att vi ser över de rutiner vi har på vårdcentralen. Det är också viktigt att vara tydlig med vart hon bör vända sig till vid försämring (till oss till dess att hon är omhändertagen på annat ställe). Eventuellt pratar jag också direkt med berörd kollega och försäkrar mig om att han har koll på att han i detta läge bör överväga remiss enligt SVF pancreascancer (om inte röntgen visat en sannolikt benign cysta), och att patienten i detta läge bör erhålla både skriftlig och muntlig information.

Uppgift 4 – Jenny 24 år urinbesvär

Jag skulle börja med att bekräfta att jag uppfattar hennes frustration och missnöje med sjukvården. På en jourmottagning har jag oftast begränsat med tid men jag blir nyfiken på om det är något som har hänt som gör

att hon är så missnöjd. Eventuellt skulle jag kunna få viktig information här och om inte annat kanske hon lugnar sig om hon får prata av sig lite.

En cystit kan ha låga buksmärtor, men det första jag tänker är att hon verkar vara rejält smärtpåverkad, mer än vad jag normalt väntar mig vid en cystit. Jag skulle fråga om oskyddat sex och föreslå provtagning för STD samt graviditetstest. En extrauterin graviditet skulle kunna ge smärtor på det här sättet och graviditetstestet får jag svar på direkt.

Jag skulle fråga om hon har fler urinvägssymtom som frekventa miktationer och miktionsveda utöver trängningar, man brukar ha minst två av dessa symtom vid en cystit. Jag frågar efter flytningar/blödningar som tecken på STD. Jag frågar om hon har regelbunden mens och när senaste mens var. Jag frågar om smärtan har flyttat sig på något sätt, om den sitter mer på någon sida, om den strålar ut. Jag frågar när hon hade avföring och gasavgång senast samt om det varit något avvikande med avföringen.

Jag skulle vilja komplettera undersökningen med att be henne lyfta ena benet när hon ligger – när hon spänner psoas kan det framkalla en bakre peritonitretning som då inte framkallas om jag sedan lyfter benet istället, detta skulle då tala emot cystit. Jag skulle palpera bimanuellt över njurar och dunka över njurloger. Jag skulle komplettera med ett CRP, Hb och ett p-glukos som jag också kan få svar på direkt. En cystit ger inte någon kraftig CRP-stegring, Hb för att utesluta någon större blödning (som vid en extrauterin graviditet), och glukos för att utesluta diabetes. Med tanke på att hon är så påverkad vill jag även kontrollera puls, blodtryck, andningsfrekvens och pulsoximeter för att se att hon inte har någon påverkan på vitalparametrar som vid en allvarligare infektion eller blödning.

Beroende på vad som framkommer så kommer jag troligen även göra en gynundersökning för att ta STD-prover, kolla efter avvikande flytningar och försöka lokalisera smärtan bättre.

Jag vill även fråga om hur smärtorna började, där en cystit bör ha tilltagit lite succesivt men en väldigt plötslig kraftig smärta kan tyda på annat. En diagnos jag har i bakhuvudet är ovarialtorsion som är ovanligt men om jag inte får så mycket stöd för mina andra diagnoser och smärtan fortsätter att vara kraftig och mer på ena sidan, vilket jag kanske mer kan lokalisera vid min gynundersökning. Om jag inte kan utesluta detta behöver hon bedömas akut på gynakuten.

Beskrivningen "ovårdad klädsel" skulle kunna tyda på eventuellt missbruk och eller hemlöshet. Hennes kraftiga irritabilitet skulle också kunna handla om abstinenssymtom. Min misstanke om detta stärks eller försvagas beroende på om hon lugnar sig efter stund samt vad som framkommer i hennes berättelse. Jag kan titta på pupillstorlek, svettningar och tremor som tecken på påverkan/abstinens. Jag kan även fråga om hennes boende situation. Eventuell hemlöshet och eller missbruk innebär en riskmiljö som ökar risken för att hon kan drabbats av smitta, övergrepp.

Att hon uppenbarligen röker mycket kan jag nämna för henne och det kan vara en ingång för att sedan fråga om andra droger men jag kommer nog inte kunna ha något utförligare samtal om tobak vid detta besöket. Det skulle vara bra att ta tillbaka patienten på ett uppföljande besök framöver.

Framkommer inget annat och jag får fram mer urinvägsbesvär vid mina frågor och hennes smärtpåverkan lugnar sig under samtalet skulle jag kunna behandla henne med exempelvis Furadantin för detta med en snar uppföljning, kanske via telefon närmaste dagen/dagarna för att stämma av att det går åt rätt håll och sedan följa upp henne längre fram.

Uppgift 5– Ida 88 år med ovarialcancer och demens

Multisjuk patient på särskilt boende som akut försämrats med dyspné

En multisjuk, skör patient med en spridd cancersjukdom. Försämring kan förklaras av lungmetastaser, försämrad hjärtsvikt, astmabesvär, infektion, lungemboli.

Patientens oregelbundna hjärtrytm inget nytillkommet. Tolkar informationen som att lungorna auskulterats utan tecken till pleuravätska, rassel eller ronki. Bensvullnad? Blodtryck? Hb?

Här handlar det om en patient som närmar sig livets slutskede. Här är det viktigt att tillsammans med sjuksköterskan samtala både med Ida och med närstående, i detta fall barnen, angående fortsatt vård. Avsätter god tid för detta. Jag har ju tidigare träffat barnen och Ida vilka då var informerade om hennes cancersjukdom med spridning. Informerar om att Ida nu är ordentligt försämrad med tilltagande besvär med andningen och möjliga orsaker till detta. Jag förklarar att jag inte tycker att det är rimligt att driva någon omfattande diagnostik kring detta utan av syftet är rikta in vården på att Ida ska få må så bra som möjligt den sista tiden. Jag informerar om vilka möjligheter till vård det finns och att Ida inte ska behöva ha ont, känna oro eller illamående. Ger möjlighet till Ida och anhöriga att ställa frågor.

Jag informerar även anhöriga om närståendepenning.

Jag går igenom Idas medicinlista och sätter ut det som inte gagnar henne i nuläget. Ordinerar vid behovs läkemedel för vård i livets slutskede: morfin, robinul, haldol, midazolam och furix. Ger direkt extra ordination furix för att se om effekt på andnöden.

Delegerar klinisk undersökning till sjuksköterskan på boendet i händelse av dödsfall.

Dokumenterar tydligt i journal ovanstående planering.

Uppgift 6 – Bengt 76 år, diabetes och hypertoni

En successiv försämring i måendet på många plan. Här försöker jag börja brett och smalna av efter vad som framkommer.

Vad är mest bekymmersamt enligt paret? Vad är deras tankar om försämringen? Farhågor?

Blodtryck och blodsocker verkar ju väldigt välreglerat så det behöver vi kanske inte ägna så mycket tid mer än att konstatera att det kanske är för ambitiöst behandlat för åldern och minska lite på metformin (orsak till illamåendet?) och blodtrycksbehandling och följa upp. Nyinsatta läkemedel? Kan det röra sig om biverkningar?

Ber dem berätta lite mer fritt och ser vad som framkommer. Frågar specifikt om tecken på ortostatism, yrsel och fall kort efter uppresning från sittande/liggande? Kollar ett blodtryck i sittande och stående. Om sjunkande och/eller symtom minskar jag eller tar bort Felodipin.

Huvudvärk och svaghet. Finns proximal muskelvärk? Öm över temporalartärer? Tuggclaudicatio? Den successiva försämringen kan stå för en PMR/TA. Huvudtrauma i anamnesen? Subduralhematom som orsak till yrsel, fall och svaghet.

I denna ålder med tilltagande besvär tänker jag oftast att det kan vara maligna symtom. Viktnedgång? Tarmvanor? Röda flaggor avseende huvudvärken?

Jag undersöker utöver ovan nämnda hjärtrytm, lyssnar på lungor, känner på IglI, buk (resistenser eller organförstoring?) Neurologistatus, bortfall? Muskulär svaghet? Falltendens?

Jag kompletterar med lab som Hb, SR, CRP. Om alarmerande huvudvärkssymtom eller huvudtrauma har jag låg tröskel för att skriva remiss för ct hjärna inom 1-2v.

Återbesök efter detta för uppföljning av mående, röntgen, lab och läkemedelsjusteringar. Minnesbesvären kan få vänta lite och om vi behöver utreda detta framöver är ct hjärna redan gjord.

Uppgift 7 – Maja 77 år, ont i fot

Kan det vara så att Maja har överansträngt sin fot? Gått och arbetat mycket, ej använt stabila bra skor, inget trauma mot foten vad jag förstår, Jag kan dock ej idag säga helt säkert vad detta är. Det finns en palpabel svullnad mellan metatarsalled 2 och 3. Först funderade jag på ev ganglion, men besvären sitter på fotsulan så jag tycker ej att det stämmer helt. Sedan funderade jag på Mortons metatarsalgi, men tycker inte heller det stämmer med resistensen. Det hela har ju dock kommit akut. Jag tittar om det finns någon tagg eller sår i foten,

kan patienten ha fått ett sår eller tagg i foten då hon varit i trädgården, tecken på infektion? Hur ser fotvalvet ut, är det nedsjunket? Hur är cirkulationen i foten? Är hon vaccinerad gällande stelkramp och när fick hon senaste sprutan i så fall?

Om tecken på infektion, överväg antibiotika? Står det pus i resistensen? Finns det möjlighet för varet att komma ut, eller behövs det öppnas? Feber eller allmänpåverkan? Om det ej ter sig akut, avlasta, rekommendera stabila skor, främre pelott gällande framfoten, ny kontakt vid försämring, annars återbesök om cirka 3 dagar för kontroll, då ställningstagande till röntgen? Ortopedkontakt? Sjukgymnast eller ortopedtekniker utifrån hur det utvecklar sig.

Jag förklara för Maja att jag ej ser något samband mellan hennes nya mediciner och de besvär hon fått från foten. Om det är bedömt att hon har haft en Minor Stroke är det viktigt att hon står kvar på denna mediciner. Jag kan ej svara säkert på om detta kommer bli långdraget eller ej, jag får konsultera ortoped vid behov.

Uppgift 8 – barnfamilj med resplaner

Inför en långresa med barn kan man behöva flera råd, varav sjukvården kan hjälpa till med en begränsad del som kan tänkas höra till den offentligt bekostade vården. Det som kan vara aktuellt i detta fall är diskussion kring vaccinationer, skydd mot infektioner, eventuella läkemedel, intyg och allmänmedicinska råd.

Om familjen är frisk behövs inga särskilda läkarintyg för att kunna genomföra resan. Om någon i familjen behöver ha med sig läkemedel i tablettform skriver jag ut deras medicinlista och uppmanar dem att ta med de tillsammans med mediciner i originalkartonger vid flygning. Man bör även ha några extra dagars förbrukning av medicin i handbagaget. Om någon behöver intyg för infusionsvätskor, kanyler, insulinpennor eller syrgas utfärdas dessa.

När det gäller vaccinationer uppmanas familjen kontakta vaccinbyrå för råd kring vilka vacciner och eventuell malariaproxylax som kan vara aktuellt. Generellt sett uppmanas familjen att ha följt ordinarie vaccinationsprogram i Sverige (inkl polio, difteri, stelkramp, mässling, påssjuka, röda hund) samt komplettera med åtminstone hepatit A (ibland även B), se till att ha fullgott skydd mot polio och stelkramp (vilket kan behövas fylla på om det gått mer än 10 år sedan senaste vaccination i ordinarie vaccinationsprogram). Profylaktisk antibiotikabehandling mot eventuella bakteriella diarrésjukdomar är normalt inte aktuellt. Dukoral kan vara aktuellt om man ska resa till koleradrabbat område.

Jag ger allmänna råd om god handhygien, undvika orent kranvatten, råa grönsaker (som sköljs i kranvatten), inte klappa husdjur, undvika att köpa medicin OTC utan ordentlig förskrivning innan osv. Eventuellt kan man diskutera risker (blodproppar) med att sitta still länge på långa flygresor och tipsa om stödstrumpor. Man bör heller inte glömma bort vanliga saker som att se upp i trafiken (kanske vänstertrafik?), inte köra bil onykter, inte hyra motorfordon man inte behärskar, åka båt utan flytväst, simma ensam, inte ha oskyddat sex osv. Jag upplyser även om att myggnät kan vara värdefullt om man reser i tropiskt land med myggburna zoonoser.

När det gäller vistelse på Y-beach ger jag råd om solvanor och förklarar att solens styrka kan skilja beroende på vilken breddgrad man befinner sig på. Informerar om risken med att bränna sig, solskadad hy och risk för malignt melanom. Uppmanar till solskydd och vistelse i skugga vid behov. Förklarar även risker och symtom vid uttorkning och ger tips om hur man blandar sin egen vätskeersättning (vilket även kan vara användbart om de drabbas av tex magsjuka).

Att informera om att ha reseförsäkring, försäkringskort från försäkringskassan, pass med giltigt datum etc tycker jag inte hör till sjukvårdens ansvarsområde. När det gäller skogs och bergsvandring får de nog bäst råd om de söker upp en friluftsförare och får hjälp med adekvat utrustning så att de förebygger skaderisker.