

# Tilbakemeldinger klinisk muntlig eksamen V24

*Skriv gjerne litt om hva du fikk på de ulike postene, hvem som var eksaminator, hva de forventet og hvordan den generelle opplevelsen var*

**HUSK Å ANONYMISERE PASIENTENE!**

## Ullevål sykehus

6. juni

Pulje 2:

- Indremedisin 1: Cystenyrer.  
(Ekaminator: hyggelig nyrelege. Trønder.) Setting: fastlegekontor. Ta anamnese og gjør undersøkelse (15 min) av mann med 1 års sykehistorie. Trøtt, sliten og uremiske symptomer samt hematuri. Viste seg å være cystenyrer. Spm videre tiltak og om arvegang og nyresvikt. Hyggelig post.
- Indremedisin 2: Diabeteskontroll.  
(ukjent eksaminator) Setting: poliklinikk: Gjør en diabetes årskontroll (20min) Fikk utskrift av journalnotat fra forrige årskontroll. Ganske rett frem post. Spm i etterkant om man kan stole på negativ anamnese om hjertekar-sykdom og hvilke supplerende prøver du ville rekvirert. Hyggelig post dette også.
- Kirurgi: Orto hofte m Madsen.  
Anamnese og us hofte (15min). Yngre pasient (midten av 20-årene) med smerter i 4 år. Ikke ferdig utredet så ingen fasit på denne posten. Spm i etterkant om diagnostisk tankegang, videre utredning og tiltak. Me3get hyggelig post.
- Allmenn: KOLS-forverring.  
15 min til å ta opp anamnese og gjøre undersøkelse. Fikk et ark hvor det sto litt bakgrunnsinfo og medisinliste. Sto eksplisitt at man ikke skulle forholde seg til eksaminator og sensor, men gjøre konsultasjon, komme med oppsummering og tiltak.. Dreide seg om en kols-forverring. 2 uker sykehistorie. Tydelig klinikk med leppepust og bilateral knatring og obstruktive fysikalia.  
Hyggelig pasient. Eksaminator er sikkert en fin fyr, uten at dette kom fram under eksaminasjonen. Han satte spørsmålstegn ved alle tiltak og ga ingen hint om svarene var riktig eller ei.

7. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1: Malign medullakompresjon
- Indremedisin 2: Diabetessår
- Kirurgi: Appendisitt
- Allmenn: BT-Ktr

## Pulje 2:

- Indremedisin 1
  - Addison
  - Tror alle vi som hadde denne stasjonen opplevde den som noe rar og merkelig lagt opp. Det var egentlig ikke det aktuelle som pasienten kom for som var poenget, men den underliggende sykdommen (addison) som var viktig. Eksaminator hoppet mye mellom "i dag" og "da pasient fikk diagnosen" hvilket opplevdes som noe forvirrende. Pasient fremstod også noe tildekkende ovenfor sin underliggende diagnose. Fikk ta rask klinisk undersøkelse (de vill ha BT), og så ble det spørsmål rundt Addison, tolkning av blodprøver (kortisol, ACTH, Aldosteron, Renin og Thyroideaprøver), samt spørsmål rundt prøvene. Så samtale om behandling, tolke EKG. Tilslutt spørsmål om inndeling av anemi og hva man bør tenke om en eldre pasient kommer inn med uavklart jernmangelanemi (mistanke GI-tap - utrede for coloncancer). Selvom posten var noe rotete og forvirrende var eksaminator og sensor veldig hyggelige og hjalp deg på vei.
- Indremedisin 2
  - Pneumoni med Ole Henning. Pasient med luftveissymptomer og økende tungpust over ca 2 uker. Innlegges, du møter pasient i mottak: ta relevant anamnese og gjennomfør klinisk us. Etter dette ville de at jeg skulle gi et resyme av anamnese og undersøkelse. Så spørsmål om videre utredning (blodprøver, mikrobiologi, rtg thorax) → tolke rtg thorax. Spesifikke spørsmål om prøvemateriale til dyrkning vs PCR og transportmedie. Så samtale om mulige agens og antibiotika. Opplevdes som en fin post, tydelig beskjed ved start hva som var setting og hva de ønsket.
- Kirurgi
  - Cholecystitt med Tina Gaarder: Målrettet anamnese og undersøkelse. Nylig operert pasient, fikk derfor ikke undersøke abdomen spesielt mye. Samtale rundt diagnosen, differ og prøvesvar, samt behandling og komplikasjoner. Veldig hyggelig post, og fikk god hjelp og veiledning gjennom stasjonen.
- Allmenn
  - Svangerskapskontroll uke 32, samt samtale rundt sykemelding og bekkenplager. Jeg fikk spesifikke spørsmål om svangerskapspenge og NIPT.

## 10. juni

### Pulje 2:

- Indremedisin 1 - Gastro

Øvre GI blødning: Mann som fikk hematemese 3 dager etter oppstart av DOAK. Spørsmål om hvordan han håndteres i mottak (ABC), diagnostikk, + generelt om GI blødning og tolkning av ulike typer anemi på blodprøver.
- Indremedisin 2 - Endo

Hypertyreose: Kvinne med symptomene: Svetting, slapphet og hjertebank. Kvinnen hadde struma de ønsket du skulle finne på KU. Spørsmål om hvordan du beskriver ulike typer struma. Tolke blodprøver: (Lav TSH + Normal T4) Spørsmål om anti-TPO og TRAS, og ulike typer hypertyreose og hvordan disse diagnostiseres og behandles. Til slutt ble jeg bedt om å tolke kvinnens EKG: (Atrieflimmer), og svare på kontrollspørsmål om hypotyreose.
- Kirurgi - Orto

COX-Artrose: Kvinne med smerter ved gange, redusert gangdistanse og muskulære smerter i hofte/bekken. FU-hofte og ønske om kartlegging av risikofaktorer i anamnese. Eksaminasjonen bestod av 5-6 ulike RTG-bilder av Cox-artrose og ulike typer proteser. Spørsmål om de 4 typiske RTG-funn ved artrose og forskjell på de ulike typene proteser. Avslutningsvis om behandling av artrose, og når det er indikasjon for operasjon, samt komplikasjoner etter proteseoperasjon.

- Allmenn - Hodepine

Kvinne med forverring av tensjonshodepine. Kartlegging av røde flagg og sosiale forhold. Forverringen kunne etter hvert kobles til endring i livssituasjonen. Måtte ta stilling til om pasienten skulle sykemeldes eller ikke: (ikke fasitsvar, viktigste var at du forsvarte avgjørelsen din). Av undersøkelser var det fokus på BT og grov-nevrologi.

## 11. juni

### Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

### Pulje 2:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

## 12. juni

### Pulje 1:

- Indremedisin 1
  - Diffuse plager i magen siden vinter, siste to uker forverring av magesmerter. Først tolket som obstipasjon av FL, hadde prøvd ut alt med klyx osv uten effekt. Kommer akutt på mottak med magesmerter, spm rundt det. Hva du hadde gjort som mottaks lege. Us, lab osv. Bilde viser terminal ileitt, sub ileus bilde. Mistenker Chrons (enda ikke ferdig utredet).
- Indremedisin 2
  - Eldre dame. Våknet en dag opp med noe greier med foten? og dagen etter med akutt innsettende inspiratoriske brystsmerter. Samt hatt produktiv hoste siden mai
- Kirurgi
  - 22 år gammel pas. Tidligere akutt pankreatitt, kommer igjen med det samme
- Allmenn
  - Fastlegevikar. Står "oppfølging" i timeboken. Pas kommer inn og skal ta blodprøver bla Peth og b12. Tidligere alkoholiker i 5 år. Samtale om hvordan hun har det nå osv. I tillegg noe om nummenhet (som pas var dekkende over,

flere av oss som ikke klarte å få frem det).

Veldig hyggelige !

#### Pulje 2:

- Lever-tx. Pasient som var henvist til lever-tx. Begynt med anamnese hvor han fort sa at han sto på transplantasjonslisten og ga en oppsummering om sykehistorien. Kartla ulike risikofaktorer for hepatitt, men konkluderte med at det var autoimmun genese. etter gjennomgang av legemidler (sto på ursofalk), var det rimelig sikker diagnose PBC. Gjorde en abdomenundersøkelse med spørsmål om ulike funn (hepatomegali, spider naevi, varicer og øsofagusvaricer). Fikk i etterkant spørsmål om ulike leverfysikalia, ulike blodprøver for å skille ulike autoimmune levertilstander. Veldig grei og fin post.
- Hematologi. Ung pasient med Afrikansk bakgrunn. Slet med smerter i muskel/skjelett som var migrerende og uttalt fatigue som kom uanmeldt. Anamnese rundt dette og kommer til slutt frem til at det nok gjelder noe hematologi grunnet sykehistorie og familieanamnese passet det, dog vet de fleste på gruppen tolket det i autoimmun retning. Abdomenundersøkelse. Pasienten hadde thalassemi, sigdcelleanemi og glukose-6-fosfatmangel. Spørsmål om ulike bløder -og trombetilstander. Blodprøver. Hemolyseprøver.
- Barneortopedi. 9 år gammel jente med resessiv sjelden sarkomsykdom. Skulle ta en anamnese og undersøke. Var generelt en ganske vanskelig post på undersøkelse, fordi pasienten var såpass ung og hadde mange funn (scoliose, uttalt valgus i knær, hofteproblemer, endret utseende, forsinket vekst osv osv). Spørsmål i etterkant av ulike diagnoser fra rg (calve legg perthes, epifysiolyse, normale knær med smerter → henvise rg hofte). Anamnese var hyggelig.
- Allmennpost med diffusitas pasient. Pasient med fatigue i etterkant av vestibularisnevritt og flere episoder med mulig angstinduserte brystsmerter. Var ingen direkte funn og pasienten opplevdes som somatisk uten noe akutt problemstilling, så handlet mer om å utelukke AKS og å legge en litt mer langvarig plan for smerte/fatigue-problematikken.

### 13. juni

#### Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

#### Pulje 2:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

14. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

Pulje 2:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

## Rikshospitalet

6. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1
  - Kardiologi med Thor Edvardsen. Hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati. Ta opp relevant kardiologisk sykehistorie, kardiologisk undersøkelse. Svare på spørsmål, gikk greit å ikke kunne så mye om HOCM.
- Indremedisin 2
  - Gastromedisin med Lars Aabakken. Levertransplantert pasient. Ulcerøs colitt, autoimmun hepatitt, primær skleroserende kolangitt. Leverstigmata.
- Kirurgi
  - Thoraxkirurgi med John-Peder Kvitting. Endokarditt hos pasient med klaffeoperert aortastenose. Måltet anamnese og undersøkelse. Spørsmål om blant annet Dukes kriterier, behandling, klaffeoperasjon ved aortastenose, symptomer aortastenose.
- Allmenn
  - Med Trygve Skonnord. Diabeteskontroll. Pasient som fikk DM2 for 6mnd siden. Fikk ca 20min til å ta en full diabeteskontroll inkl anamnese, undersøkelser og plan videre.

Pulje 2:

- Indremedisin 1: Nyre/infeksjon med Trond Geir Jenssen. Nyretransplantert kvinne (6 år siden) som hadde urosepsis for ca 1 mnd siden. Anamnese + undersøkelse + videre plan. Ble bedt om å spørre pasienten om det akutte forløpet og så gjennomføre en kontroll (inkl abdomen-undersøkelse) og legge en videre plan. Fikk en del spm om urosepsis, hva som er relevant å ta av blodprøver/urinprøver akutt, overvåkning/behandling og undersøkelser på kontrollen (inkl urin-dyrkning da hun er transplantert) og hva pas skal ha av info videre (kontakte lege ved infeksjonstegn, ha UVI-atb tilgjengelig etc). Ingen spm om transplantasjon eller tilstanden som førte til

TX, men de ble fornøyde da man spurte hva hun brukte av immundempende og skjønnte hvorfor prednisolon ble økt ifm innleggelsen.

- Indremedisin 2: Onkologi med sarkom dame. Mann med stor tumor i kjeven. Debut for flere år siden. Ble bedt om å ta anamnese og undersøkelse som om det var første gang pasienten kom til legen med problemet og så redegjøre for aktuelle diff.diagnoser og hva en ville gjøre av utredning. Spurte så pasienten om forløpet frem til i dag, han fikk primær strålebehandling, hadde hatt spredning til flere steder i skjelettet og skulle strålebehandles på ny. Ble så spurt ut om generell onkologi (utredning, behandlingsmodaliteter, når en velger hva etc - veldig generelt og overordnet, fokus her var ikke benkreft, han hadde en sjelden type karsinom) samt akutt onkologi (MMK, nøytropen feber) og generelt om sepsis (screening med qsofa/sirs og viktigste aller første behandlingstiltak (legge 2 grove venefloner)).
- Kirurgi: Nevrokirurgi med Angelika Sorteberg. 40 år gammel kvinne som gjennomgikk SAH for et par måneder siden, innlagt i ca. 1 mnd, fikk ventrikuloperitoneal shunt mot slutten av innleggelsen pga hydrocefalus. Ble bedt om å gjøre en kontroll hos nevrokir med anamnese og undersøkelse. Fikk deretter tidligere og dagens CT/MR-bilder for tolkning (ikke avanserte greier og de hjalp deg litt). Fokus på seneffekter av SAH med hydrocefalus (pas hadde lite andre symptomer enn tidvis hodepine og svimmelhet) samt fatigue etc og kartlegging av risikofaktorer (pas hadde ingen). Fikk spm om typisk debut av SAH og tiltak.
- Allmenn: med ?. Kvinne med vondt under føttene over ett års tid. Fra tidligere bla kronisk autoimmun nyresykdom og deklive ødemer, men dette var ikke så relevant for casen. Fikk 20 min til anamnese, undersøkelser og å legge en videre plan. Spørsmål om differensialdiagnostiske overveielser etc, om man ville ta noe bildediagnostikk, behandling samt hva man gjorde bra og hva man kunne gjort annerledes. De var opptatt av at man skal legge en agenda helt i starten av timen og ikke spørre helt på slutten om det var noe mer pas ville ta opp. Ingen av oss skjønnte 100% hva diagnosen var (mulig plantarfascitt?), men det spilte ingen rolle.

Alt i alt en veldig hyggelig opplevelse, dette nailer dere ❤️

## 7. juni

### Pulje 1:

- Indremedisin 1: Infeksjon med Trøsteid: Immunvikt med CVID og differ rundt immunsvikt/ infeksjoner. Ingen undersøkelse, bare anamnese og diskusjon. Veldig hyggelig. Virker som de legger vekt på å tenke bredt og kommer på flere diff diagnoser, og de leder deg til "riktig" diagnose hvis du begynner å tenke i en annen retning. Så ikke stress hvis du har tenkt/foreslått noe helt annet enn hva pasienten feiler - det viser kunnskap det og!
- Indremedisin 2: Onkologi med....: Cancer pulm og metastaser. Mye generelt om cancer, utredning, diagnostikk og generelle prinsipper
- Kirurgi: Gastrokir med Labori: Cancer pancreas, differ galle/lever/pancreas patologi. Fikk noen CT bilder å tolke og spørsmål rundt Whipple's og komplikasjoner.
- Allmenn: usikker eksaminator: hypertensjon og knesmerter. Oppgave var at du var fastlege til en eldre pasient og pasientens bestilling var "hypertensjon og knesmerter", og så fikk du en medisinliste og liste over tidligere sykdommer. Mye

fokus på funksjon, medisiner, osv. Var litt opp til deg hva du skulle ta opp, og hvordan du disponerte tiden.

#### Pulje 2:

- Indremedisin 1
  - Feokromocytom: pasient med 3-4 episoder med sterk hodepine og 1 episode med tungpust som førte til innleggelse. Hadde målt svært høyt blodtrykk før innleggelse. Spørsmål om generell utredning av pasienten i mottak og litt om mer spesifikk utredning. Hyggelig stasjon.
- Indremedisin 2
  - PBC: pasient som var inne for levertransplantasjon. Klassisk leverpasient med alle stigmata. Mye detalj-spørsmål fra Lundin i radiologi, anatomi, om DOAKs, om legemiddelinteraksjoner og mer.. Men hyggelig stasjon.
- Kirurgi
  - Thoraxkirurgi: pasient med tungpust og redusert arbeidskapasitet over ca 1 års tid. Mitralinsuffisiens. Spørsmål om sekveler etter infarkt. Mye prat fra eksaminators side. Veldig hyggelig.
- Allmenn
  - Tidligere ganske frisk mann ish 80 som kommer for blodtrykkskontroll. Må grave for å få frem ting her. Opplever konsultasjonen som veldig åpen, kan egentlig dra den i hvilken retning man vil. Pasienten hadde litt deklive ødemer i beina og en stor mage med et brokk. Det ble undersøkelse av hjerte, lunger, BT og abdomen. Sensor er litt ordknapp og stasjonen oppleves litt skummel men hyggelig den også.

Alt i alt en svært god opplevelse av eksamen, veldig hyggelige pasienter, eksaminatorer og sensorer. Dette går veldig bra for dere alle sammen <3

#### 10. juni

##### Pulje 1:

- Indremedisin 1: Pasient med alvorlig lunge"svikt" - blanding av KOLS, emfysem og astma. Du skulle late som du var på poliklinikk og ta deretter anamnese. Kort klinisk US med fokus lunge + hjerte. Funksjonsnivå, behandling, KOLS-ex med innleggelser. Oppfølgingsspørsmål angående behandling, prognose, andre undersøkelser man har lyst å bestille: Blodgass, rtg thorax, gangtest, spirometri der man fikk disse og skulle analysere det.
- Indremedisin 2: Lever+nyretransplantert pasient pga. cystesykdom. Målrettet anamnese + US, fikk ikke undersøkt alt pga. nylig OP, men da skulle man forklare. Litt spørsmål rundt cystenyrer + leverfunksjon + PSC.
- Kirurgi: Håndkirurgi med ulnaris + medianus utfall. Kort anamnese, klinisk US av hånd + rask albue + skulder. Oppfølgingsspørsmål angående komplikasjoner under innleggelse, LE, infeksjon, prognose. Hva gjør du akutt ved en slik skade? ABCDE + varslings + stopper blødning.
- Allmenn: Pasient med bestilling "føflekk + lunge", har nylig vært hos lungelege pga. økende tungpust under trening, ellers meget sprek. Tok opp anamnese fokus på lungefunksjonen og hva som tidligere har vært prøvd og hvordan det påvirker

pasienten. Raskt anamnese angående tidligere sykdommer og føflekken og om det var bekymringer rundt det. Lyttet på hjerte + lunge + BT + undersøkelse av føflekken. Oppfølgingsspørsmål angående KOLS behandling og ABCDE for føflekk og videre håndtering.

MEGET hyggelig opplevelse. Mye hjelp på veien.

Pulje 2:

- Indremedisin 1: akutt hjertestans - sarkoidose  
Akutt hjertestans uten andre symptomer. Tok anamnese (obs familieanamnese med tidlig død), us (hjerte/ lunge, telemetri, angio, CT cor, ekko- viste kun dil venstre ventrikkel), tolke ekg med VT, et annet ekg med av-blokk og postinfarkt forandringer, spørsmål om de vanligste årsakene til hjertestans, behandling ved en hjertestans som skyldes ventrikulær arytmi (icd). Fornøyd med at man nevnte kardiomyopati, kom ikke inn på sarkoidosen. Spørsmål om hvor pas skal ligge (overvåkning- fordi det kan oppstå hjertestans igjen)
- Indremedisin 2- Myositt  
Pasient med progredierende svekkelse i skuldre og hofter. Tok anamnese og us (husk revmatologiske symptomer). Litt vanskelig pasient, kunne like gjerne vært en nevro pasient. Spørsmål om blodprøver (antistoffer og ck + hvil,ke vanlige tilstander som gir høy ck (eks raddomyolyse). Undersøkelser ved myositt (mr/emg-hva det kan vise + biopsi). Undersøkte kraft og sensibilitet og bt (tror kanskje det var feil å ta bt). Lette spørsmål om patogenesen ved myositt og behandling.
- Kirurgi - kolangiokarsinom  
Pasient med icterus. Anamnese (husk b symptomer og reiseanamnese), be om vitalia, målrettet abdomen us (spørsmål om leverstigmata (hva caput medusa og spider nevi er) og ascites), samtale med oppsummering, hva som er leverfunksjonsprøver/ leverskadeprøver, bildediagnostikk (der eksaminator forklarer bildene) spørsmål til hva som gir icterus (prehepatisk, hepatisk, posthepatisk), tumormarkører i blod, funn av kolangiokarsinom, litt om årsak og behandling (holdt å si stent og kirurgi+metastaseutredning), hvordan man skal klargjøre pasienten til operasjon (kartlegge hjerte/lunge funksjon, medisiner, skrøpelighet)
- Allmenn: Prolaps  
Pasient med kjent prolaps over flere mnd. Ta anamnese, us, må disponere tiden selv, husk å sette av tid til tiltak. Obs: B symptomer ved langvarig ryggplager. Avdekke røde og gule flagg (likte at man spurte om tidligere sykemeldingsperioder og sosiale faktorer). Full ryggus (husk å kle av pasienten). Progredierende smerter og pareser siden forrige mr, henvises videre til mr (eller innleggelse). Kort om operasjon, hva man ville informere pasienten om i forkant (raskt inngrep, kort liggetid, men rehabilitering i ettertid).

Fin opplevelse! Eksaminator veileder om man står fast. De spør om grunnleggende kunnskap. Masse lykke til :)

11. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

Pulje 2:

- Indremedisin 1: Kardiologi. Pas i 40 årene med nylig operert inn LVAD. Lengre sykehistorie med tungpust, bradykardi, innlagt pacemaker for noen år siden uten at det hjalp. Mye utredning viste en arvelig sykdom, hvor poenget var at hen har fått hjertesvikt av Hypertrofisk kardiomyopati. Blitt akutt dårligere, derfor LVAD og aktuell for hjertetx. Måtte tolke EKG med AV-blokk og høyre grenblokk. Spm om hjertesvikt og HOCM, noe jeg tydeligvis ikke visste så mye om fikk jeg høre etterpå 😊. Ble litt satt ut av LVAD'en, arr og mye ledninger, så glemte gjøre fullstendig anamnese; viktig å spørre grundig om kardiologiske risikofaktorer. Alltid foreslå å ta BT når det har noe med hjertet å gjøre. Ble hjulpet videre og det var en ålreit post likevel!
- Indremedisin 2: Reumatologi med Øyvind Molberg. Beskjed om at pas skulle legges inn (elektivt viste det seg) grunnet tungpust og at jeg skulle ta hen i mot. Mye graving i sykehistorie som inneholdt litt av hvert, men kom etterhvert frem til systemisk sklerose (påvist Raynauds fenomen for en del år siden, så da var reuma-mistanken bekreftet, selv om pas holdt diagnosen litt tilbake). En del generelle spm om tungpust og hvordan utrede årsaker til dette. Mer fokus på lungefibrose etterhvert og utredning av dette (funnt på spirometri, HRCT, litt om bodybox fordi jeg tok det opp så her kunne man lede samtalen dit man ville egentlig). Viktig å spørre om røyk, yrke og eksponering, og hen hadde tidligere stråling mot thorax. Veldig ålreit post. Hen var under utredning, men trolig skyldtes det hele pulmonal hypertensjon, noe det ikke var forventet at vi skulle komme frem til. Undersøkte hjerte og lunger. God opplevelse og fin samtale med pasient og eksaminator.
- Kirurgi: Eksaminator Arnt Fiane. Fikk beskjed om at det var en poliklinisk time. Middeldrende pas, med ganske omfattende karkirurgisk historikk. Trolig arvelig grunnet relativt ung alder, gjort noe gentester, mulig hereditet. AAA, thorakalt aneurisme og etterhvert thorakal aortadisseksjon. Operert flere ganger, slag i etterkant, også mekanisk klaff. Viktig å spørre mer omfattende om risikofaktorer enn jeg gjorde, hehe. Fokuserte mye på funksjon i hverdagen, som ble positivt møtt. Her ønsket de visst at jeg skulle undersøke hjerte, lunger, kar og abdomen, samt snakke høyt om alt man gjorde, uten at jeg helt hadde fått med meg det, så det ble en tafatt og forvirret undersøkelse fra min side. Alle synes dog dette var en noe forvirrende post. Igjen: gjør alltid BT, nevnt begge armer. Ålreite spm om forskjell på A- og B-disseksjon og behandling etterpå. Behandling i etterkant av klaffekir. Tror det viste seg å være en kollagenose ellers, hvis det skulle være av interesse. Fikk som forventet ris for dårlig undersøkelse her, men gikk fint likevel!
- Allmenn: Diabetes type 2, årskontroll. Organisert som om jeg hadde eget kontor hvor alt utstyr lå fremme. Fikk utskrift med medikamentliste og blodprøver (nye og gamle til sammenligning) på forhånd. Henter inn pas selv. Startet med å samstemme medisinalinse hvor det var en del endringer viste det seg, noe som ble møtt positivt i etterkant. Ellers bare utføre kontrollen som vanlig (inkl us hjerte, BT!!, monofilament

og fot, testet ikke vibrasjon da monofil var 8/8) og foreslå tiltak hvis aktuelt. Avtale ny kontroll. Veldig rett frem og pas med velkontrollert Dia og lite komorbiditet.

**Take home** vil jeg si er å forsøke å forholde seg til en vanlig inntømt så godt man klarer. Ikke la seg affisere av litt lange Riksen-sykehistorier, men spørre mest om det aktuelle og alt det vanlige i en inntømt. Undersøk som om det er propedeutikk det handler om; snakk høyt og gjør heller for mye enn for lite. Totalt sett en hyggelig opplevelse, med oppturer og nedturer, men det ordnet seg for alle fire! Masse lykke til!

## 12. juni

### Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

### Pulje 2:

- Indremedisin 1: Blodsykdommer. Beskjed om at dette er en pasient du nå får på fastlegekontoret. Pasient med slitenhet, plager i noen store ledd, infeksjonstendens. En førstegradsslektning til som har samme tilstand. Beskrevet som tre tilstander som bunner i samme type sykdom. Pasienten hadde sigdcelleanemi. Spørsmål om anemi generelt og økt trombosetendens.
- Indremedisin 2: Gastro. PBC med cirrhose. Ta opp sykehistorie og undersøke med fokus på abdomen og leverstigmata. Spørsmål om hvordan man kan vurdere leversykdom og om autoimmune leversykdommer.
- Kirurgi: Barneortopedi. Barn og foresatt, men tydelig avklart at vi ikke trengte å komme frem til noe diagnose her (som var en sjelden enzymsykdom). Ta opp sykehistorie og undersøke (veiledet av barneortoped). Bilder av økt valgus og varus stillinger samt plattfot. Røntgenbilder av barne hofte og knetilstander.
- Allmenn: Fokus på å ta opp sykehistorie, legge en plan for konsultasjonen og utføre undersøkelser. Langvarige plager med ørhet og brystsmerter. Ved diskusjonen etterpå diskuterte man om dette kunne vært psykogent og om man kunne ta det opp med pasienten.

Veldig fin opplevelse. Husk at det som er listet opp her er diagnosene man kommer frem til etter en halvtimes samtale med eksaminator og at det går fint om man ikke svarer riktig på alt.

## 13. juni

### Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

Pulje 2:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

14. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

Pulje 2:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

Ahus

7. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1: poliklinisk pasient, kronisk hoste, nesetetthet, tett i ørene, dyspne, nedsatt AT. Her var pasienten fortsatt til utredning. Forslag til diff.diagnoser. Tolkning av prikktest, spirometri, rtg.thorax. Forslag til videre utredning: ØNH, bronkoskopi.
- Indremedisin 2: aortadisseksjon med nevrologiske utfall (akutte brystmerter, magesmerter i lyske og bekken, samt kraftsvikt i begge underex), ensidig svekket lyskepuls, BT forskjell i overex. Spørsmål om diff.diagnoser. EKG uten patologi. CT med type A disseksjon, samt perikardvæske (behandling og klinikk ved tamponade). Spørsmål om behandling, postoperative komplikasjoner, risikofaktorer. Behandlingsavveininger dersom det hadde vært en eldre pasient (frailty mm, heller fokus på BT overvåkning/senkning). Spørsmål om NORRISK, hva som inngår i denne. Pasienten hadde i tillegg benskjørhet, spørsmål fra sensor om osteoporose og behandling: FRAX, DEXA. Spørsmål om DEXA er nødvendig i alle tilfeller (nei, feks etter FCF med høy frax-score, starter direkte på bisfosfonater). Hva er viktig å tenke på med bisfosfonatbehandling (øsofagitt, kjeveosteonekrose + hva hvis pasienten er eldre/dårlig svelgefunksjon/sengeliggende: heller aclasta infusjon).
- Kirurgi KLOK ortoped fra AHUS: eldre kvinne med kneplager, standard kneundersøkelse. Varusfeilstilling som tegn på medial affeksjon av leddet. Tolkning av rtg.kne, spesifisere med belastning. Klinikk og rtg som understøtter gonartrose. Spørsmål om man trenger rtg for å stille diagnosen (nei), og evt i hvilke tilfeller det vil være relevant (før henvisning til ortoped, diff.diagnostisk, traume).

Behandlingspyramiden, forskjellige operasjonsmetoder (delprotese, totalprotese, artroskopisk fjerning feks ved låsninger). Spørsmål om effekt av kirurgisk behandling

- Allmenn: halvårig prostatasjekk med IPSS-score. Finasteridbehandlet, poeng å utforske seksualanamnese mtp bivirkninger. UL blærescanning som alternativ til rektaleksplorasjon. Avtalte ny ktr igjen om et halvt år.

## Pulje 2:

- INDREMEDISIN 1 Urinblære kreft med Jan Oldenburg og sensor som heter Torill eller Ingunn?: Mann 72 år. Var på ferie. Begynte å pisse blod under ferien og har pisset blod siden da. Kona bestilte time hos fastlegen(meg). Følges opp hos urolog for BPH. Siste BPH kontroll for 6 mnd siden. Tok anamnese fra A-Å. spurte om plager fra testis, scrotum som tyngdefornemmelse og dysuri eller hevelse. Pas sa nei til alt og var ellers frisk fra før. Ingen familiehistorie om kreft eller BPH. Tok u stix, også sa jeg at jeg skal henvise som pakkeforløp til urolog. Også var jeg urologen. Tok urin til cytologi, CT urografi, CT TAB, Cystoskopi. Cystokopi viste 2 cm tumor i urinblæren som var rett ved uretra ostiet. Tok biopsi til patolog. Patolog sier at det ikke er frie render og dårlig biopsi, hva gjør du? Jo ny biopsi som viste at tumor infiltrerer muskellaget. Hva gjør du nå som urolog? Fjerner hele blæren som er stor operasjon. Hva med prostata? Jo vi tar med den også. Også gir vi kjemoterapi for å ta knekken på mikrometastaser som ikke synes. Nevn cellegiftmedisin(nevnte Cisplatin). Nevn komplikasjoner til cellegift(Nøytropen feber, diare og ødeleggelse av slimhinner fordi cellene deler seg raskt). Etter det laaang prat om hvor mange personer som får kreft, insidens, prevalens, TNM, behandling ved urotelial og testikkel kreft.
- INDREMEDISIN 2 med Henrik Schirmer eksaminator Sensor var en ung mann som tidligere studerte medisin ved UiO: Kvinne 65 år som ikke gikk til legen så ofte, nærmeste sykehus flere timer unna. Kommer til legevakt med tungpust. Lege på legevakt først også sykehus. Legevakt: Anamnese fra A-Å. Pas kommer etter 4 dager med tungpust. Pas trodde at tungpusten skulle gå over av seg selv. Pleier vanligvis ikke å gå til legen. Lyttet på hjerte og lunger, så på beina og hals. Lyttet på lunger. Atrieflimmer. Heriditet: søsken som har diabetes 2 og noen andre i fam som har byttet ut nyrer 2 ganger. Myelomatose i familien tidlig. Ikke røyker, drikker ikke. EKG: Atrieflimmer, frekvens 139. BT 153/90. Spurte om høyde og vekt mtp livsstilssykdommer. Så på beina som hadde stase dermatitt. Spurte om hvor lenge pas har hatt dette og hun sa at det har vært sånn siste 4-5 mnd og trodde at det skulle gå over av seg selv. Videre henvist til sykehus med NOAK/DOAK. På sykehus: Blodprøver HbA1C veldig høy, ProBNP over 2000, ellers normalt. Skal du elkonvertere? NEI, dette har vart i 4 dager og pas må antikoaguleres i 4 uker før elkonvertering. Spurte om hjertesvikt beh(SGLT2, ACE, metoprolol og MRA). Antidiabetika, sa at jeg ville starte med insulin fordi høy HbA1c, men han ville høre om vanlig antidiabetika medisiner(metformin + en antidiabetika(GLP-1, sulfonylurea)). Ha thiazider ved økt væske. Bivirkninger av tiazider? Hypokalemi. Bivirkning av spirionolakton er hyperkalemi. Når skal man være redd for

hyperkalemi? Jeg sa når K<sup>+</sup> nærmer seg 5,0 mmol eller 5,5 mmol. Da ville jeg gi kaliumbinder

- KIRURGI Dejan Ignjatovic eksaminator og Anne(eldre søt dame) sensor hun var på min side og støttet meg når eksaminator mente at jeg ikke hadde spurt om ting som han syntes var viktig: Kirurgi. Kvinne 57 år med magesmerter i høyre nedre fossa. Du er først på legevakt, ta en anamnese som mottakende lege på legevakt. Deretter skal du være lege på kirurgisk avdeling. Tok en anamnese fra A til Å. Pas ville ikke fortelle at hun bruker medisiner eller om hun har vært syk tidligere fordi hun skulle "holde igjen info". Spør om høyde og vekt mtp operasjon. Etter 10 min prat undersøkte jeg abdomen, inspeksjon, auskultasjon(varm opp med å gni henda), perkuter(varm hendene) lever, milt og blære også overfladisk og dyp palpasjon. Hun var palp øm både direkte og indirekte. Sa høyt hva jeg tenkte. Glemte å banke over nyrene xD. HUSK å nevne DRE og u stix! TS: Benskjørhet, divertikulitt og appendicitt som hadde sprukket. Fikk da dren. Denne gangen var det 3. innleggelse med divertikulitt. Etter 15 min sa Dejan at jeg er på sykehus hva gjør jeg? Jo bestiller blodprøver og hemofec. Hemofec negativ. Spurte om diff diagnoser som er TUMOR, gallestein og nyrestein eller pyelonefritt eller appendicitt. Han sa at han prøvde å vise meg at jeg glemte å se på sklera og huden etter ikterus og banke over nyrene. Spurte meg hva grensa for bilirubin er når man blir gul i hud og sclera(svar 50). Blodprøver viste økt CRP og Leukocytter som tydet på inflammasjon. Så spurte han hva jeg gjør videre. Tar CT abdomen. CT viste divertikulitt som ikke har sprukket Så spurte han: Hvorfor har hun vondt på høyre fossa når hun egentlig har divertikulitt i sigmoideum? Jo svaret på det er at sigmoideum er retroperitonealt og mest mobil/flyttbar sammenlinket med andre organer i buken. Den kan flytte på seg til høyre side ved forstoppelse/divertikler og få store divertikler som går over til høyre side(står i aarskog notater). Han likte svaret mitt og sa det er riktig. Så spurte han hva jeg gjør hvis en eldre person over 50 år kommer med magesmerter, lav Hb og endret avøfringsmønster? Jo jeg tar okkult blod i avføring som prøve og koloskopi. Så spurte han om andre indikasjoner for koloskopi, jo ved crohns og ulcerøs kolitt. Så spurte han hva man skal gjøre etter endt behandling med AB ved divertikulitt? Jo ta inn pasienten etter 6 uker til nytt koloskopi for å se at inflammasjonen har gitt seg.
- ALLMENN MEDISIN med Bård Natvig fra modul 7 eksaminator KOLS kontroll: Ble veldig satt ut her fordi første stasjon da skulle jeg tenke høyt og snakke med eksaminator underveis, mens her så ønsket de at jeg skulle BARE prate med pasienten. 68 år mann. Første gangs møte, kartla alt fra A-Å. Har vært utsatt for asbest, radon og silikater. TS: fibromyalgi, hjertesyk, depresjon, anemi(Hb 6) og KOLS. Vært innlagt 3 ganger med KOLS exacerbasjon. Medisiner: ASA, LABA, omeprazol, jerntabletter og annet. FEV1/FVC 0,65 før bronkodilatator, FEV1/FVC etter bronkodilatator 0,59, men pasienten sa at han føler at medisinene hjelper mot hans tungpust. FEV1 var 77 %(GOLD 2). Røyket 50 røyk hver dag i 50 år. Røyker ennå. Tok blodtrykk, lyttet på hjertet, perkuterte lunge også glemte jeg å lytte på lunger fordi jeg ble forvirret da jeg snakket høyt til eksaminator fordi de ikke ønsket det, men at jeg skal kun prate med pas. også når det var 2 min igjen så sa pas at han høyre bein plutselig kan sparke utover mot høyre. Også spurte de når jeg ville ta han

til kontroll. Jeg sa at for hans KOLS jeg setter opp til ny time innen 3-4 mnd. Mens for hans andre plager innen et par dager og at pasienten skal kontakte meg hvis han blir verre. Glemte å si at jeg skulle konferere med nevrolog for beinet hans og følge opp hans anemi. Trodde jeg skulle stryke etter denne stasjonen.... TIPS: Henvise en gang for mye og si at du tar pas inn til kontroll ila et par dager eller innen 1 uke og rekontakt ved forverring!!

Veldig hyggelig opplevelse. Ble bare forvirret i allmennmedisin stasjonen fordi oppgaven var KOLS kontroll, men så viste det seg at han hadde mange andre plager og jeg som lege må sortere og kartlegge det viktigste og sette opp til ny kontrolltime innen et par dager eller innen en uke og konferere med nevrolog eventuelt legge pas inn? Men jeg ble forvirret fordi pasienten allerede var på sykehus med meg?

## 10. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

Pulje 2:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

## 11. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

Pulje 2:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

## 12. juni

Pulje 1:

- Indremedisin 1
- Indremedisin 2
- Kirurgi
- Allmenn

#### Pulje 2:

- Indremedisin 1: Brystkreft. Pasient som hadde oppdaget en kul i brystet og startet med tablettbehandling. Ventet på operasjon. Gjorde fullt journalopptak og brystundersøkelse. Fikk spørsmål om tablettbehandling, kirurgi og stråling. Tilslutt var det noen spørsmål om osteoporose bla. årsaker, utredning og hvordan stille diagnosen
- Indremedisin 2: Pneumoni. Pasient med tungpust som ble syk på ferie i utlandet. Gjorde fullt journalopptak og hjerte/lunge us. Spørsmål om diff. diagnoser og behandling. Fikk også en del spørsmål om valg av antibiotika ved ulike typer pneumonier.
- Kirurgi: Kolorektalkreft med Knut Magne Augestad som eksaminator. Pasient som hadde oppdaget blod i avføringen. Gjorde fullt journalopptak og abdominalundersøkelse. Spørsmål om hva man vil gjøre (henvise pakkeforløp) og hva pakkeforløpet består av. Tolking av MR bilde. Spørsmål om behandling og komplikasjoner til kirurgien.
- Allmenn: Allergi og atherom med Espen Saxhaug Kristoffersen som eksaminator. Ung gutt med typiske symptomer på pollenallergi. Spørsmål om behandlingsstrinn ved allergi. Han hadde også to kuler i bakhodet som det var vanskelig å skjønne hva var, men som viste seg å være atheromer. Til forskjell fra de andre stasjonene fikk man her 20 min hvor man skulle hente pasienten, ta opp anamnese, undersøke og legge en plan uten innspill fra eksaminator underveis. På de andre postene tok man opp anamnese og undersøkte, men videre utredning og behandling var en samtale med eksaminator.
- Hyggelige pasienter, eksaminatorer og sensorer. De hjelper til underveis hvis man står fast og det går helt fint om man ikke klarer å svare på alle spørsmålene. Fin opplevelse :)