Tilbakemeldinger OSKE-eksamen V24 (kull H18)

OSKE dag 1

1. post 1: legemiddelgjennomgang. Alvorlig dement pasient 86 år, kronisk nyresvikt med GFR 36. Står på statin, metformin, ACE-i, betablokker, DOAK. Har kronisk AF, hypertensjon med 145/90, DIA2 HbA1c på 52. Puls 98. eGFR 38.
2. Post 2: pato. Ulcerøs kolitt. Kjennetegn på snitt (kryptabscesser, pseudopolypp, ikke transmural betennelse). Forskjell UC og crohns. Assosierte tilstander. 2 viktigste symptomer ved ulcerøs kolitt. Årsak til UC (autoimmunitet, arvelig komponent, delvis ukjent patogenese)
3. Post 3: gi dårlig nyhet. Pankreaskreft med spredning til lever og lunge.
4. Post 4: radiologi. CT abdomen med aorta disseksjon (type A), pericardvæske. Behandling disseksjon. Rg thorax med ingen patologi, liggende i seng.
5. Post 5: hjernenerveundersøkelse.
6. Post 6: opiatoverdose. Airways/breathing undersøkelse, bagge. Medikamentregning. Opptrekk i kanyle. Videre håndtering av pas.
7. Post 7: PEF-måling. Hvordan gjøres det. Demonstrere. Tolke 3 kurver.
8. Post 8: Diff akutte brystsmerter. EKG med STEMI nedrevegg og AV-blokk grad 3. Behandling STEMI. Diff.diagnoser.
9. Post 9: KLoK-post. Artrose og artroskopisk behandling. Hva er beste studiedesign for å måle effekt mellom intervensjon vs. konservativ behandling? Hvordan vil du søke etter kunnskapsgrunnlag. Vise på PC. Formulere PICO-spørsmål. Hvordan tolke om det er godt nok kunnskapsgrunnlag, verktøy for å kvalitetsvurdere evidens.
10. Post 10: ABC-undersøkelse 16-årig med feber. Sepsis. Tolke metabolsk blodgass. Behandling. (holdt å si væske, blodkultur, ab og innleggelse)

OSKE dag 2

1. Post 1: Allmen. Legemiddelgjennomgang, sykehjemspas. Eldre ,mager(48 kg), alvorlig dement kvinne, eGFR=22. Kronisk atrieflimmer, PCI behandlet for 5 år siden. Ingen anginaplager. Har hatt flere fall. Står på Metoprolol 50 mg x 2, Statin 40 mg x 1, Langtidsnitro, DOAK 2,5 - 5 mg x 2, ASA 75 mg. BT 135/88. Bare reflektere over medikamenter og dosering.
2. Post 2: Patologi. Adenokarsinom i colon/rektum, med spørsmål om mekanismer og organer for spredning(hematogen og lymfekar/knute) + prevalens og om det er likt fordelt blant menn og kvinner. Hva betyr neoadjuvant behandling.
3. Post 3: Pasient med kneartrose, ønsker operasjon for sine smerter. KLoK. Tolke Forest-plot av kneoperasjon + trening mot trening alene. Se på 95 KI (som var signifikant fordi det ikke inneholdt tallet 0 eller 1). Antall deltakere i de ulike studiene. Se om det er heterogenitet. Studiene varte kun i 3 mnd, snakk om komplikasjon og senkomplikasjon som infeksjon og om smertene var verre etter lengre tid enn kun 3 mnd.
4. Post 4: Orto: Hofteartrose. Undersøke hofte klinisk på modell og tolke et røntgenbilde. Spm om 4 typiske funn på RTG

5. Post 5: SPIKES. Gi beskjed til en pas. som har hatt nyrestein og tok en CT der det ble funnet en tumor + metastasesuspekte lesjoner i lever.
6. Post 6: Radiologi. Mannlig pasient(63 år) med hematuri. Spurte om hva du ville ta av prøver på fastlegekontor(U stix, Hb, leukocytter, SR, CRP). U stix positiv for blod alene. Hva gjør du? Henviser til urolog med pakkeforløp for cystoskopi, cytologi av urin, CT urografi. Tolke CT abdomen med en tumor i blære. Enkle spørsmål om anatomi. Arteriell eller venøs fase? Arteriell fase fordi nyrene og aorta lyser opp hvitt. Hydronefrose i nyrene? Nei. Hva annet kan man se etter? Konkrementer.
7. Post 7: Blodgass, 3 ulike. Resp. svikt type 1: Ung pas som er tungpustet, hva er tre viktige ting du spør spl som kommer med blodgass? 1: Sjekke at det er riktig pas. 2: Arteriell eller venøs blodgass? 3: Er blodgassen tatt i romluft eller med oksygen? case 2: Mann med KOLS og pittingødemer bilateralt opp til kne. Resp svikt 1 og 2, respiratorisk acidose som er metabolsk kompensert. Og en med metanol forgiftning og forhøyet aniongap. Hvordan metaboliseres metanol? Jo metanol tar plassen til etanol og blir omdannet til metanal også deretter til metansyre(maursyre). Spm. om kriterier for LTOT.
8. Post 8: Akuttmedisinsk case med modell. Anafylaksi etter vepsestikk. Sjekke A(inspiratorisk og ekspiratorisk stridor) sjekke trakea om den er midtstilt. B: telle RF som var 24. Dyp og rask. Trekke opp 0,5 mg adrenalin med riktig sprøyte og opptrekksnål. Bytte sprøytespiss og sette på en silikonpute/arm i.m + annen behandling(solu cortef 200 mg og 10 mg desklorfeneramin) holder med å si kortikosterioder og antihistamin som tilleggsbehandling.
9. Post 9: Akuttmedisinsk case; legevakt, kvinne 34 år med brystsmerter/ubehag og tungpust. Diff. diagnostikk(hjerteinfarkt, lungeemboli og trykkpenumothoraks) og videre utredning og behandling på legevakt(EKG, spo2, BT, puls og RF). LUNGEEMBOLI MÅ NEVNES! vært for mange episoder med unge kvinner som dør av LE fordi legevakta ikke har tenkt på det. EKG: T inversjoner fra V1-V4(tegn på lungeemboli). Risikofaktorer for LE? Leidenmutasjon, operasjon med immobilisering, røyking og P-piller? Hva gjør du når kvinnen er i ambulansen på vei til sykehus? Gi oksygen, heparin, væske og gjøre klar trombolyse.
10. Post 10: ABCD. Akuttmedisinsk case med modell med kardiogent sjokk. 50 år gammel. Startet nylig med ACE hemmer. Følt seg syk med feber og kvalme siste 4 dager. Du er på legevakt hva gjør du? EKG, RF, spo2, BT og puls. Puls 40 - 79/min, BT: 85/50, SPO2 93 %. Tolke EKG som viser HØYE T takker. Hyperkalemi pga ACE. Hva gjør du? Gi kalsium, glukose med insulin og væske. EKG var 25 ms og hadde breddeforøket QRS.

Tilbakemeldinger

Hvordan var opplevelsen?
Fin opplevelse. Opplevde at eksaminatorer stilte direkte og konkrete spm for å hente ut flest mulig poeng, men dette varierte naturligvis noe. Det var rom for å glemme elementer ved US, men likevel få poeng ved å nevne det på slutten.

Noe som opplevdes som ugreit?

Vanskelig helt å skjønne hva de ville ha av oss på legemiddelgjennomgangsposten. Hadde vært bedre om de skrev noe sånt som ‘’hva er fordeler og ulemper med å seponere/beholde ulike medisiner’’, hvis det var poenget. Enig, synes det er dårlig gjort å stryke en person for ikke de refleksjonene som man får poeng for.

Tilbakemeldinger på spesifikke poster?

På patologi-posten var det et stort sprik med hjelpen/diskusjonen, som i en uheldig grad var avhengig av hvilken eksaminator man hadde.

Verbeke hang seg opp i faguttrykk og var ikke behjelpelig i diskusjon/drøfting mens Løberg på sin side skapte gode forutsetninger for å bestå posten gjennom å legge spørsmålene på et rimelig nivå. Verbekes forventning om faglig nivå var dessuten absolutt ikke i samsvar med gjennomgangen til Farstad den 13. mai. Medstudenter jeg snakket med som hadde hatt Løberg som eksaminator hadde derimot fått spørsmål som samsvarte med de forventninger og det faglige nivået som den siste gjennomgangen vi fikk med Farstad.

Dessuten vil jeg tilføye at jeg er kjent med at samme forhold har blitt klaget inn for fakultetet tidligere.

Litt variasjon mellom eksaminatorer er noe man bør regne med, men her blir spriket så stort at det får for mye å si for hvilket resultat man får på patologi-posten.

POST 8 M ETASJEN: ABCD HYPERKALEMI: Uheldig av vi ikke kunne få blodgass/blodprøver. Hvertfall når man er på sykehus! Hadde vært mye lettere å se at hyperkalemi skyldes ACE bivirkning. Dritt EKG. Vi har lært at Breddeøkt QRS = infarkt til det motsatte er bevist og da er det viktig med blodprøver, men fikk ikke det dessverre.

Skjønner ikke helt hvordan det kan være en fasit på legemiddelgjennomgang posten, da det er flere vurderinger så må vektes, og ikke nødvendigvis ETT riktig utfall. Fikk lite “hjelp”/tilbakemelding underveis, og det var vanskelig å skjønne hvor de ville hen.

Syntes også at en hel post viet til KLOK er spesielt. Kanskje ikke det viktigste for å sjekke om vi kan bli leger etter 6 års skolegang. Hadde skjønt om det var en del av en post, men en hel post….

Ble generelt litt overrasket over at det var lite praktiske prosedyrer, som jeg føler har vært fokus både i informasjonen om OSCE og prøve-OSCE. Kunne kanskje blitt spesifisert litt mer i undervisning at det faktisk stort sett er case-basert… og lite praktiske ferdigheter.

Konte eksamen OSKE:

1. HLR stasjon med maske der du skal vise hvordan du utfører kjeve grep, i tillegg til defibrillator
2. Radiologi stasjon med colles fraktur, dorsal vinkling, normal stilling er litt volar tilt, vurdere indikasjon for operasjon
3. Patologi: Prostatacarcinom, spørsmål om å identifisere hvor man finner normal og patologisk vev, hvor i snittet man finner perinevral vekst av tumoren, samt at man

ikke har basale celler ved prostata carcinom kjertler. Spm om forekomst av prostata carcinom i Norge, hva slags symptomer man har på prostata kreft - asymptomatisk.

4. Atferdsfag: snakke med skuspiller. Var snakk om å formidle beskjed om KLL, og du skal nok bruke spikes, men viktigste her var vel å formidle at dette kan være behandlingskrevende i noen tilfeller og at det derfor må følges opp hver 6 mnd, men at folk kan leve helt fint uten behandling, men at det må følges opp.
5. Undersøkelse av ankel og hånd ved atritt og tendinitt
6. medikament post: en gammel dame som faller om hjemme, tidligere sykehistorien hatt venstresidig ekstremitetsvikt, hodepine osv. Hva slags årsaker er det til tilstanden hennes? kan være subduralt hematom (grunnet fall), hjerneinnfarkt, hjerneblødning osv. Medikamenter hun går på og for hva? Marevann - for mekanisk hjerteklaff, kandasartan for hypertensjon og metformin for diabetes. Hva er det som må seponeres før en kirurgisk operasjon. Hvilke medikamenter vil du gi for å stoppe blødningen? protrombinkompleks og Vitamin K. Hvilken er mest effektiv? protrombinkompleks
7. Forest plot: fikk 10 spm i forhold til tolkning med heterogenitet, klinisk signifikant, hvor stor signifikans det var osv.
8. Svangerskaps undersøkelse uke 36: gjøre en leopåls manøver, jordmor stetoskop, symfyse fundus mål og svare på spm i forhold til hva man ville ha gjort dersom barnet var i sete leie: omveidnings forsøk, henvisning til gynekolog og evt vurdering av keisersnitt
9. Undersøke ankel etter en skade klinisk, ta rtg av høyre fot, RICE prinsippet samt behandling av overtråkk som gir ligamentskade
10. EKG med ventrikkel hypertrofi - Sokolows Leyons kriterier S1 og V5 og V6, ser strain på EKG, si litt om 4 kammer bildet, hvor du ville ha plasert proben og hva du hadde sett etter.

Gikk bra med oss, men vi strøk patologi stasjonen med Inger Nina…. hun kan være litt streng og er litt opptatt av at man vet hva man skal se etter. Hvis man tar utgangspunkt i det som står som kommentar på nettsiden på elæringssiden så føler jeg ikke det holder mål hos henne for hun forventer at man forklarer hvor disse patologiske forandringene faktisk er. Selv om man får inntrykk av at det har gått bra, så er det ikke sikkert at man består (trodde jeg bestod den posten på ordinær, men det gjorde jeg ikke). Så best å sats på forskningsposten. Dette vil de kunne fortsette med videre, så det vil alltid være en KLOK post. Lette poeng å hente inn ved å kunne forestplot og kunnskapshåndtering i praksis som man hadde i modul 7.