Felles avsluttende skriftlig deleksamen i medisin høst 2024
Eksamensdato: 2024-11-26

1
Du har legevakt i en kommune to timer kjøretid fra nærmeste sykehus. Ambulansen kommer til deg med en 29 år gammel bygningsarbeider som har falt ned en etasje fra et stillas og slått høyre side mot en stein. Han klager over smerter og økende tung pust, og er tiltagende urolig.
Han er smertepåvirket og klam med respirasjonsfrekvens 28 /min, SpO_2 79%, normal kapillærfylning, hjertefrekvens 128 /min, blodtrykk 110/72 mmHg, hypersonor perkusjonslyd og manglende respirasjonslyd høyre thorax, forøvrig normale funn. Det er ikke flyvær.
Du gir oksygen 10 L/min på maske og SpO_2 stiger til 82%.
Hvilket videre tiltak har høyest prioritet før ambulansetransport til sykehus?

A Intravenøs Ringer 1000 mL
B Intravenøs morfin 10 mg
C Trykkavlastning med nål
D CPAP 5 cmH_2O med 50% oksygen

0000267864010 47fa5

2
Du har kirurgisk vakt som LIS1. Kl. 22 får dere inn en alkoholpåvirket 21-åring som for få minutter siden falt og slo hodet. Ved undersøkelse har pasienten GCS 8, forøvrig ingen funn. Serum-etanol er 3‰. CT caput viser sparsomme kontusjonsblødninger i hjernen.
Pasient og CT-bilder konfereres med traumesenter, som ber dere observere pasienten og ta ny CT om 8 timer eller ved fallende bevissthet. Du legger pasienten på overvåkningsavdelingen med beskjed om at du skal kontaktes ved endret klinikk.
Du ser til pasienten kl. 04, dvs. 6 timer etter innkomst. Klinikk er uendret med GCS fortsatt 8.
Hva er det tryggeste tiltaket for denne pasienten?

A Ta CT caput umiddelbart pga. manglende stigning i GCS til tross for antatt fallende rus
B Kontrollere serum etanol, evt. fremskynde CT-kontroll avhengig av funn
C Ta CT-kontroll om to timer som anbefalt fra traumesenteret
D Ta prøver til utvidet intox-screening, evt. fremskynde CT-kontroll avhengig av funn

0000267864010 47fa5

3
Du er LIS1 i sykehus. En mor kommer direkte til akuttmottaket med sin tre år gamle datter, som for 20 minutter siden brått ble stiv i kroppen og mistet bevisstheten. Jenta hadde rykninger i kroppen noen få minutter og har ikke våknet etterpå. Hun er tidligere frisk, men har vært forkjølet siste uke.
Ved undersøkelse har pasienten frie luftveier, respirasjonsfrekvens 16 /min, SpO_2 97% i romluft, puls 115 /min, blodtrykk 117/65 mmHg, temperatur 39,8 °C, GCS 6 og ingen synlige kramper.
Hvilken undersøkelse haster det mest å få utført?

A CT caput
B Blodsukkermåling
C Spinalpunksjon
D Blodkultur

0000267864010 47fa5

4
Du er LIS1 i en kommune ca 90 min unna nærmeste akuttsykehus med traumefunksjon (traumesenter), mens reisetid til lokalsykehuset er 20 min. En sen høstkveld får du melding om at ambulansen er på vei til legevakten med en 22 år gammel kvinne som er funnet forkommen etter en fjelltur der hun sannsynligvis falt og pådro seg en ankelfraktur.
Ved ankomst legevakten er pasienten kald i huden og har våte klær, egenrespirasjon med respirasjonsfrekvens 9/min, BT 90/55 mmHg, carotispuls 58/min regelmessig. SpO_2 lar seg ikke måle grunnet kald hud. Hun har bevissthet bedømt med GCS på 10. Hun har hevelse, men ikke feilstilling i ankelen.
Ut over å fjerne vått tøy og gi O_2 på tett maske, hvordan skal denne pasienten best følges opp?

A Transportere pasienten til nærmeste lokalsykehus for å få målt kjernetemperaturen
B Legge venekanyle og starte rask infusjon med varm Ringer-acetat 1000 ml før transport til nærmeste lokalsykehus
C Tilføre mest mulig varme, samt starte rask infusjon med varm Ringer-acetat 1000 ml, og vurdere pasienten på ny hver halvtime
D Kontakte AMK for rask transport til nærmeste traumesenter

0000267864010 47fa5

5
Som LIS1 er du forvakt for kirurgisk avdeling i akuttmottaket. En 67 år gammel mann blir lagt inn med oppkast og sterke magesmerter. Han har avsluttet livsforlengende cellegift mot langtkommet tykktarmskreft med spredning til lever og bukhule for 3 måneder siden. Han bruker smertestillende tabletter morfin depot 60 mg x2, men har siste døgn kastet opp alt han har inntatt gjennom munnen.
Hva er viktigste tiltak for denne pasienten?

A Å titrere intravenøst injisert morfin frem til pasienten blir smertelindret
B Å ta CT abdomen for å avklare årsak til kvalme/oppkast og smerter
C Å melde pasienten til akutt eksplorativ laparatomi mot mistenkt adheranseileus
D Å gi intravenøs væske hos en pasient som trolig er dehydrert

0000267864010 47fa5

6
En tidligere frisk mann på 56 år ble tidligere på dagen operert med åpen operasjon for å fjerne en del av tykktarmen på grunn av kreft. Før operasjonen ble det anlagt epiduralkateter og man startet epidural smertebehandling mens operasjonen pågikk. Han er flyttet til kirurgisk sengepost og har fått økende smerter fra operasjonssåret. Du er LIS1 og når du undersøker pasienten ser du ingen holdepunkter for at smertene skyldes en komplikasjon eller en akutt tilstand.
Hva er førstevalget for behandlingen av smertene til denne pasienten?

A Når pasienten har smerter tross epidural, bør man drøfte med anestesilege om dosene på epidural kan økes for å utnytte epiduralen bedre
B Multimodal smertebehandling med paracet, NSAIDs og steroider må prøves før man eventuelt øker epiduralen eller gir morfin
C Man bør avvente å øke smertebehandlingen for å kunne observere om økt smerte skyldes en postoperativ komplikasjon
D Når den epidurale medikamentdosen som opprinnelig er startet av anestesilege er utilstrekkelig, skal man supplere med intravenøse injeksjoner med morfin

0000267864010 47fa5

7
En 36 år gammel kvinne kommer på legekontoret og ber deg skrive en legeattest på at den trådløse ruteren som er plassert nær hennes kontorarbeidsplass, må fjernes. En ruter sender ut radiosignaler. Når hun er i nærheten av slike kilder for elektromagnetiske felt (EMF) får hun hodepine, magesmerter og muskelsmerter.
Hvordan bør legen håndtere denne saken, og med hvilken begrunnelse ?

A Ikke skrive ut en legeattest fordi det ikke er vitenskapelig sannsynliggjort at EMF ved aktuelle nivå kan påvirke helsen negativt
B Skrive ut en legeattest fordi hun har mye opplevde helseplager som hun selv setter i sammenheng med EMF
C Ikke skrive ut en legeattest fordi symptomene tyder på at hun kan ha alvorlig somatisk sykdom og heller bør henvises til utredning hos nevrolog samt gastroskopi
D Skrive ut en legeattest fordi det er vitenskapelig sannsynliggjort at EMF ved aktuelle nivå kan påvirke helsen

0000267864010 47fa5

8
En 56 år gammel mann har nylig fått påvist en ikke-småcellet lungekreft, og er henvist av lungelege til strålebehandling. Han har inntil nylig vært i jobb som vaktmester. På 1980-tallet var han over lengere tid som bygningsarberier med på riving av gammel kledning i forbindelse med renovering av gamle bygg.
Hva er korrekt oppfølging av fastlege utover å kontinuere sykemeldingen?

A Spørre om eksponering for karsinogener, f.eks. asbest, sende meldig om mistenkt arbeidsrelatert sykdom og henvise arbeidsmedisinsk avdeling hvis eksponering foreligger.
B Spørre om eksponering for karsinogener, f.eks. asbest, dokumentere i pasientens journal og informere lungeavdelingen hvis eksponering foreligger.
C Be pasienten ta kontakt ved smerter eller andre symptomer, ellers ingen spesielle tiltak.
D Fastlegen skal ikke forholde seg til om pasienten kan ha vært eksponert for karsinogener, det er det lungelegen som skal vurdere.

0000267864010 47fa5

9
En 70 år gammel kvinne kommer til deg på ett-års kontroll etter å ha blitt operert med ventresidig brystbevarende kirurgi og vaktpostdiagnostikk for brystkreft.
Hvilken undersøkelse ut over mammografi skal gjøres i forbindelse med denne kontrollen?

A Klinisk undersøkelse
B Ultralyd bryst
C Skjelettscintografi
D Røntgen toraks

0000267864010047fa5

10
En 17 år gammel gutt kommer på legevakta med to kompiser. Han har sterke brystsmerter og fremstår rusmiddelpåvirket. Han har vært på russefest der han drakk sprit og etter hvert sniffet masse av et hvitt pulver han ikke visste hva var.
Ved klinisk undersøkelse finner du en agitert ungdom som vandrer rundt, holder seg til brystet og snakker fort. Han har bilateral mydriasis, blodtrykk 140/92 mmHg regelmessig puls 120/min, temperatur 38,2 ^{o}C. Normale funn ved klinisk undersøkelse av hjerte, lunger og abdomen.
Hvilken supplerende undersøkelse er det viktigst å prioritere i den akutte situasjonen?

A Blodprøve
B Røntgen toraks
C Urinprøve
D EKG

0000267864010047fa5

11
En 55 år gammel kvinne med kjent hypertensjon de siste fem år, har nettopp fått diagnosen primær hyperaldosteronisme. CT binyrer har vist en tumor i venstre binyre på 19 mm i diameter, med tetthet 8 HU (<10 HU: lipidrik, lav malignitetsmistanke). Hun har nylig gjennomført binyrevenekateterisering og har etter gjennomført prosedyre startet opp igjen på sin faste medikasjon med kalsiumblokker, angiotensin II-reseptorblokker og tiazid, som hun har brukt de siste 2 år. Blodtrykket er nå velregulert, BT 130/80 mmHg.
Du har som LIS1 på medisinsk avdeling akkurat fått svar på gjennomført binyrevenekateterisering, som ikke viser sideforskjell.
Hvordan bør pasienten behandles videre?

A Erstatte en av de nåværende blodtrykksmedisinene med spironolakton (mineralkortikoidantagonist)
B Henvise til adrenalektomi venstre binyre hvor CT viser tumor
C Beholde uendret antihypertensiv behandling siden blodtrykket nå er velregulert
D Henvise til bilateral adrenalektomi slik at hun blir biokjemisk kurert for sin hyperaldosteronisme

0000267864010047fa5

12
En 41 år gammel kvinne kommer til kontroll på fastlegekontoret da hun har følt seg slapp og trett siste tiden og har hatt økt søvnbehov.
Blodprøver viser:

Prøve	Verdi	Referanseverdi
fritt T4	10 pmol/L	10 - 22
TSH	11,0 mIE/L	0,3 - 4,5
Anti-TSH-reseptor (TRAS)	< 1,75 IE/L	<1,75 IE/L
anti-TPO	1223 IU/L	< 100

Prøver tatt for 1 år siden viste
- fritt T4 18 pmol/L
- TSH 2,0 mIE/L
Hvordan skal denne pasienten følges opp?

A Henvises endokrinolog
B Avvente; nye prøver om 3mnd
C Starte med tyreostatikum i form av karbimazol
D Starte med levotyroksin og ny kontroll om 6-8 uker

0000267864010 47fa5

13
En kvinne på 60 år er undersøkt med MR caput som ledd i utredning av tinnitus og det blir der påvist et makroadenom i hypofysen som når opp til og løfter chiasma opticum og vokser ut i venstre sinus cavernosus. Supplerende blodprøver påviser prolaktin 19 400 mIE/l (ref. 61-314). Synsfeltundersøkelse påviser lette bilaterale synsfeltutfall.
Hvilken behandling bør primært velges?

A Hypofysekirurgi innen 1 uke
B Hypofysekirurgi før postoperativ strålebehandling
C Behandling med dopaminagonist
D Behandling med dopaminantagonist

0000267864010 47fa5

14
En kvinne på 28 år oppsøker fastlegekontoret på grunn av økende slitenhet samt hjertebank og varme/svetting. Symptomene har kommet gradvis i løpet av et par måneders tid. Siste menstruasjon hadde hun for 10 uker siden. Det kan ikke palperes noe struma. Du tar orienterende blodprøver som viser TSH <0,01 mIE/L (ref. 0,5-4,0) og fritt T4 25,2 pmol/L (ref. 12,2-19,6).
Hvilken videre utredning bør gjøres nå?

A Ta nye tyreoidea funksjonsprøver, anti-TSH reseptor (TRAS) og anti-TPO
B Ta nye tyreoidea funksjonsprøver og anti-TSH reseptor (TRAS) samt tyreoideascintigrafi
C Ta nye tyreoidea funksjonsprøver, anti-TSH reseptor (TRAS) og hCG
D Ta nye tyreoidea funksjonsprøver og anti-TSH reseptor (TRAS) samt UL tyreoidea

0000267864010 47fa5

15
En 65 år gammel kvinne med type 2 diabetes siste 9 år og kroppsmasseindeks (BMI) på 32 kg/m^2 kommer til avtalt time på diabetespoliklinikken. Hun har ikke endret matvaner eller fysisk aktivitet, er ikke akutt syk. Hun har heller ikke startet med nye medikamenter de siste 3 månedene. Hennes HbA1c for 3 mnd. siden var på 69 mmol/mol (<42). Av blodglukosesenkende medikamenter bruker hun metformin 1000mg x 2 og GLP-1 analogen semaglutid 1mg/uke. Hennes HbA1c er nå 83 mmol/mol.
Hvilke tiltak bør legen på diabetespoliklinikken gjennomføre først?

A Seponere GLP-1 analog og starte opp med insulin
B Starte opp med insulin i tillegg til metformin og GLP-1 analog
C Måle HbA1c på nytt da det kan være en feilmåling
D Avklare etterlevelse av medikamentbruk og levevaner

0000267864010 47fa5

16
En 42 år gammel mann med type 1 diabetes i 30 år kommer til årskontroll ved diabetespoliklinikken. Han har fra tidligere en kjent bakgrunnsretinopati, men ingen andre senkomplikasjoner. Prøver nå viser HbA1c 64 mmol/mol (ref. <42), U-albumin/kreatinin 6,3 mg/mmol (ref. <3). Han har med prøvesvar fra fastlege for 4 uker siden som viser U-albumin/kreatinin på 4,3 mg/mmol. Gjennomsnittlig blodtrykk målt tre ganger er 130/75 mmHg.
Hvilket tiltak bør iverksettes?

A Bedring av HbA1c til under målområdet da dette i seg selv vil reversere hans albuminuri
B Han har persisterende moderat albuminuri og bør få en hemmer av renin-angiotensin-aldosteronsystemet (RAAS)
C Det bør gjøres en 24 timers blodtrykkmåling før behandling vurderes
D Han er normotensiv og bør derfor ikke få et medikament som senker blodtrykket

0000267864010 47fa5

17
Mann 43 år som er tidligere styrkeløfter kommer til deg som allmennlege, fordi han sliter med ereksjonen, synes han er blitt svakere i muskulaturen og har lite energi i hverdagen. Han har ingen kjent somatisk eller psykiatrisk sykdom og bruker ingen faste medisiner. Han bekrefter å ha brukt illegale anabole steroider tidligere.
Blodprøver viser:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
Testosteron	20,7 nmol/L	5,7-26,1
SHBG	45 nmol/L	15-95
Fri testosteron indeks (FTI)	4,6	1,5-7,3
LH	6,8 IU/L	<12
FSH	7,3 IU/L	<12

Hva er korrekt vurdering i dette tilfellet?

A Han må slutte å ta anabole steroider før man kan vurdere om han har hypogonadisme.
B Det er ikke indikasjon for substitusjon med testosteron, og man må lete etter annen årsak til hans plager.
C Han bør utredes for sykdom i binyre med overproduskjon av andre androgener enn testosteron.
D Symptomene er forenelige med hypogonadisme slik at det er fornuftig å gjøre et forsøk med testosteronsubstitusjon.

0000267864010047fa5

18
Kvinne 47 år har ved en helsesjekk fått påvist forhøyet kalsium og PTH. Hun kommer derfor for utredning av hyperparatyreoidisme. Hun har ingen spesielle plager.
Labprøver:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
Fritt-kalsium	1,56 mmol/L	1,10-1,34
PTH	9,8 pmol/L	1,1-7,5
Kreatinin	92 umol/L	45-90
Total Vitamin-D	46 nmol/L	50-150

Høy kalsiumutskillelse i urin.
Bentetthetsmåling viser T-score -2,7 i L1-L4 og -2,6 i gjennomsnitt begge hofter.
Hva er korrekt vurdering og videre håndtering av denne pasienten?

A Hun har primær hyperparatyreoidisme. Pga alder, høy kalsium og osteoporose er det indikasjon for behandling, og det startes peroral cinacalcet og bisfosfonat.
B Hun har primær hyperparatyreoidisme. Pga alder, høy kalsium og osteoporose er det indikasjon for behandling, og kirurgi er førstevalg
C Hun har kronisk nyresykdom, og det er umulig å vurdere om hun har primær eller tertiær hyperparatyreoidisme. Første tiltak er utredning/behandling av kronisk nyresykdom.
D Hun har sekundær hyperparatyreoidisme pga D-vitaminmangel. Hun settes på 2000 E D-vitamin daglig, og prøvene gjentas om 3 måneder

0000267864010047fa5

19
Du har legevakt som LIS1 i kommunehelsetjenesten. En 24 år gammel kvinne kommer inn med smerter i nedre del av magen. Smertene har vart i 3 timer. Hun har fast partner, bruker p-stav, men ingen faste medisiner. Hun har uregelmessige og små menstruasjoner.
Hun angir en VAS-skår på 8 og ligger i fosterstilling. Når hun beveger seg, forverres smertene. Hun forteller at smertene oppstod plutselig etter samleie. Blodtrykk er 120/75 mmHg, puls 85/min, temperatur 37,7 .
Ved gynekologisk undersøkelse finner du normal fluor i vagina og en normalt utseende cervix. Kvinnen tillater ikke vaginal palpasjon på grunn av smertene. Hun er ikke trykk- eller slippøm i øvre del av buken.
Hvilken kombinasjon av videre undersøkelser er mest riktig å gjøre på legevakten?

A Mikroskopi av vaginal fluor, måle CRP og leukocytter
B Måle CRP og leukocytter, ta urin-hCG og urinstiks
C Cytologisk prøve fra cervix, måle hemoglobin
D Prøver fra cervix for seksuelt overførbare sykdommer

0000267864010 47fa5

20
En 46 år gammel kvinne kommer til kontroll hos deg som fastlege på grunn av kraftige menstruasjonsblødninger. Hun har født tre barn og har ikke lenger barneønske. Ingen tidligere sykdommer.
Du startet behandling med å legge inn en hormonspiral for 6 måneder siden. Dette reduserte blødningene noe (varighet nå 6-8 dager), men hun blør fortsatt kraftig de to første dagene. Tross jerntabletter er hemoglobin ikke mer enn 11,5 g/dL (ref 11,7-15,5).
Gynekologisk undersøkelse har ikke avdekket noen patologi; livmoren er normalt stor, og du finner fortsatt spiraltråder på plass (spiralen er ikke blødd ut).
Hva er nå beste videre behandling?

A Fjerne spiral og gi kombinasjon p-pille
B Endometrieablasjon/-destruksjon
C Hysterektomi
D Progesteronmodulator (ulipristalacetat)

0000267864010 47fa5

21
Din pasient på fastlegekontorert er en 45 år gammel kvinne som pga. anemiserende menorrhagi (kraftige menstruasjonsblødninger) ble operert med laparoskopisk hysterektomi for tre uker siden. Hun kontakter deg nå fordi hun tre dager etter operasjonen utviklet en svær urinlekkasje. Hun må bruke store bind, og hun lekker både dag og natt. Ved undersøkelse er det negativ stresstest (ingen lekkasje ved hoste).
Hva er den mest sannsynlige årsak til lekkasjen?

A Overløpsinkontinens
B Urgeinkontinens
C Stressinkontinens
D Urinveisskade (vesikovaginal fistel)

0000267864010 47fa5

22
En 67 år gammel kvinne som har født tre barn er henvist til gastrokirurg pga. lekkasje av avføring. Hun kan fortelle om vanntynne tømminger, opp i 6-8 ganger daglig i de verste periodene. Hun har ikke magesmerter, og avføringen inneholder ikke synlig blod.
Fastlege har undersøkt henne og finner en svekket tonus i analsfinkter og enkelte hemoroider; ut over det er rektal undersøkelse normal. Rektoskopi er ikke gjort. Test på okkult gastrointestinal blødning (Hemofec) er negativ og kalprotektin i fæces er 45 mg/kg fæces (normal <50). C-reaktivt protein (CRP) er normal.
Gastrokirurg ber om koloskopi som ledd i utredningen da dette ikke er gjort tidligere.
Hva er mest sannsynlige funn ved koloskopien?

A Divertikler i kolon (divertikulose) med tegn til inflammasjon som ved divertikulitt
B Aftøse ulcerasjoner i terminale ileum (terminal ileitt) som ved Crohns sykdom
C Ingen synlig inflammasjon i terminale ileum eller kolon/rektum
D Hissigrøde slimhinner med pusspropper (kryptitt) i distale deler av kolon og rektum, som ved ulcerøs kolitt

0000267864010 47fa5

23
En 75 år gammel mann har i over 5 år hatt tiltakende dysfagi. Han føler noen ganger en klump på venstre side av halsen, og hører "gurglelyder" når han svelger. I blant kaster han opp ufordøyde matrester.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Øsofaguscancer
B Achalasi
C Sklerodermi
D Zenkers divertikkel

0000267864010 47fa5

24
En 26 år gammel mann har siste fire måneder hatt tre episoder der en kjøttbit har satt seg fast i spiserøret i opptil 20 minutter. Han har enten skylt ned matbiten med rikelig vann eller kastet den opp. Han har i noen år hatt lett halsbrann en gang pr måned. Han har allergi mot pollen og husdyr, bruker antihistamin tabletter i sommerhalvåret. Er ellers frisk, stabil vekt 75 kg og 182 cm høy.
Hvilken tilstand er den mest sannsynlige forklaring på symptomene?

A Eosinofil øsofagitt
B Barretts øsofagus
C Gastroøsofageal reflukssykdom med øsofagitt
D Achalasi

0000267864010 47fa5

25
En 26 år gammel student søker deg som fastlege. Han klager over løs avføring med 5-6 daglig tømninger de siste 2 måneder. Han må gjerne opp om natten et par ganger. Han har observert mye slim og også blod i avføringen. Han har lite smerter i magen, men tror han har hatt litt feber noen ganger. Han er betydelig stresset for studier og gruer seg til eksamener. Orienterende blodprøver viser

Prøver	Aktuell verdi	Referanseverdi
Hgb	11,4 g/dL	13,0 - 16,0
Leukocytter	12,4 10^{-9}/L	3,5 - 9,0
Nøytrofile	9,8 10^{-9}/L	1,5 - 7,0
CRP	28 mg/L	<5
Albumin	27 g/L	35-45
Kreatinin	76 umol/L	60-105
Bilirubin	17 umol/L	5-25

Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Cøliaki
B Ulcerøs colitt
C Irritabel tarm syndrom (IBS)
D Crohns sykdom

0000267864010 47fa5

26
Du mistenker leversykdom hos en 43 år gammel kvinne. Hun er lett overvektig med BMI (kroppsmasseindeks) på 27 kg/m^2. Blodtrykket er normalt etter oppstart av ACE-hemmer og tiazid. I blodprøver sees lett økning av alle lever- og galleveisenzymer med verdier på 1-2 ganger respektive normalområder i to prøver med 3 ukers mellomrom. Hun drikker 1-2 glass vin på helgedagene, men ikke ellers i uken.
Hvilken leversykdom er mest sannsynlig?

A Primær biliær kolangitt (PBC)
B Autoimmun hepatitt (AIH)
C Metabolsk dysfunksjon-assosiert steatotisk leversykdom (MASLD)
D Alkoholisk fettleversykdom

0000267864010 47fa5

27
En 29 år gammel kvinne har ofte smerter i øvre del av abdomen etter måltider. Hun er også ofte oppblåst, og har hatt disse plagene periodevis i flere år. Avføringen er stort sett normal. Blant blodprøver som er tatt nylig, er transglutaminase-antistoff og immunglobulin A (IgA) normale. Hun har forsøkt glutenfri kost for flere år siden og synes hun ble litt bedre av dette.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Kronisk pankreatitt
B Cøliaki med negativ serologi
C Gastritt eller gastroduodenitt
D Funksjonell dyspepsi

0000267864010 47fa5

28
En 55 år gammel kvinne har slitt med overvekt siden ungdomsalder og vekten har gradvis økt de siste 20 årene. Hun har forsøkt forskjellige typer dietter med kun beskjeden og forbigående vektreduksjon. Hun er nå henvist til senter for sykelig overvekt. På henvisningstidspunktet har hun fedme grad III med BMI 45 kg/m^2. Hun har diabetes mellitus type II og får behandling med GLP-1-analogen liraglutid. Hennes hypertensjon er vanskelig å regulere med medikamenter. Hun har artrose i hofteledd og er under utredning for operativ behandling, men før eventuell operasjon er det ønskelig med vektreduksjon med mål BMI 30-35 kg/m^2.
Hvilket tiltak er det beste nå?

A Behandling med naltrekson/bupropion
B Kostholdsveiledning og råd om økt fysisk aktivitet
C Henvisning til bariatrisk kirurgi
D Skifte til GLP-1-analogen semaglutid

0000267864010 47fa5

29
En mann i 20 årene møter på legevakten for en øm kul til venstre for anus. Han begynte å merke smerter i dette området for en uke siden. Fra før har han diabetes type 1.
Ved undersøkelsen finner legen en rød fluktuerende hevelse i huden i et område på ca. 4 cm i diameter.
Han har temperatur 37,8 ^{o}C, CRP 65 mg/L (ref. <5).
Hva er beste tiltak for denne mannen?

A Antibiotika i 7 dager
B Videreutredning med MR bekken
C Innleggelse på kirurgisk avdeling
D Videreutredning med ultralyd

0000267864010 47fa5

30
En 25 år gammel mann har hatt ulcerøs kolitt i 5 år. Han var sist koloskopert ambulant for to uker siden, da det ble påvist kolittforandringer i hele kolon. Han er nå innlagt ved gastromedisinsk avdeling. Han ble innlagt 4 dager tidligere på grunn av kraftig økende symptomer i form av økende diareer, delvis blodige, opptil 8-10 ganger daglig. Det er startet behandling med kortikosteroider og infliksimab. Siste døgn har han blitt dårligere, og ved morgenvisitten har han temperatur 38.5 ^{O}C, puls 105/min, BT 100/60 mmHg, respirasjonsfrekvens 25/min. Abdomen er noe oppblåst. CRP 145 mg/L (ref. <5).
Hvilken undersøkelse er viktigst å få utført nå?

A Koloskopi
B UL abdomen
C Røntgen toraks
D CT toraks-abdomen-bekken

0000267864010047fa5

31
70 år gammel mann, tidligere storrøyker. Koronar bypass-operert for 20 år siden pga aterosklerose. Moderat kols. Normal gastroskopi. Siste halvår økende postprandiale diffuse magesmerter. Smertene kommer 20-30 minutter etter matinntak og varer opptil flere timer. Har medført at han vergrer seg for å spise, og han har tapt seg 5 kg i vekt i denne tiden. Høyde 175 cm, nåværende vekt 88 kg. Han har vært til gastroskopi med normale funn. Som hans fastlege vil du utrede ham videre.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Zenker's divertikkel.
B Ulcus ventriculi
C Mesenteriell iskemi
D Cancer sigmoideum

0000267864010047fa5

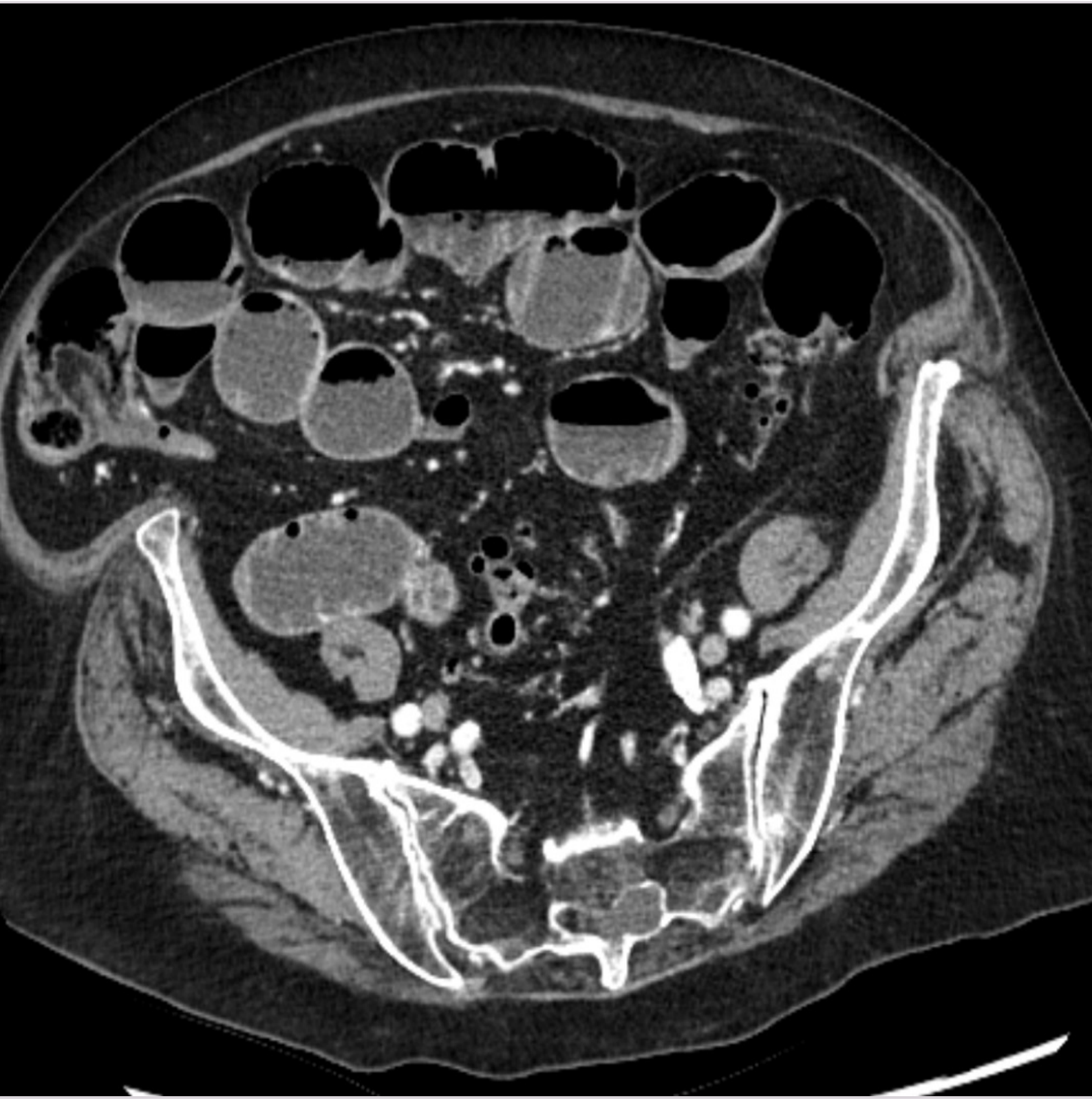
32
En 35 år gammel frisk kvinne har fått utført ultralyd abdomen som ledd i en generell helseundersøkelse på et privat røntgeninstitutt. Hun har normale blodprøver, inkludert lever- og galleprøver, og hun har ingen abdominale symptomer. Ultralydsvaret sendes til deg som er hennes fastlege; det er påvsit to konkrementer på 9 og 11 mm i diameter i galleblæra. Ellers normale funn.
Hvilket tiltak er riktig?

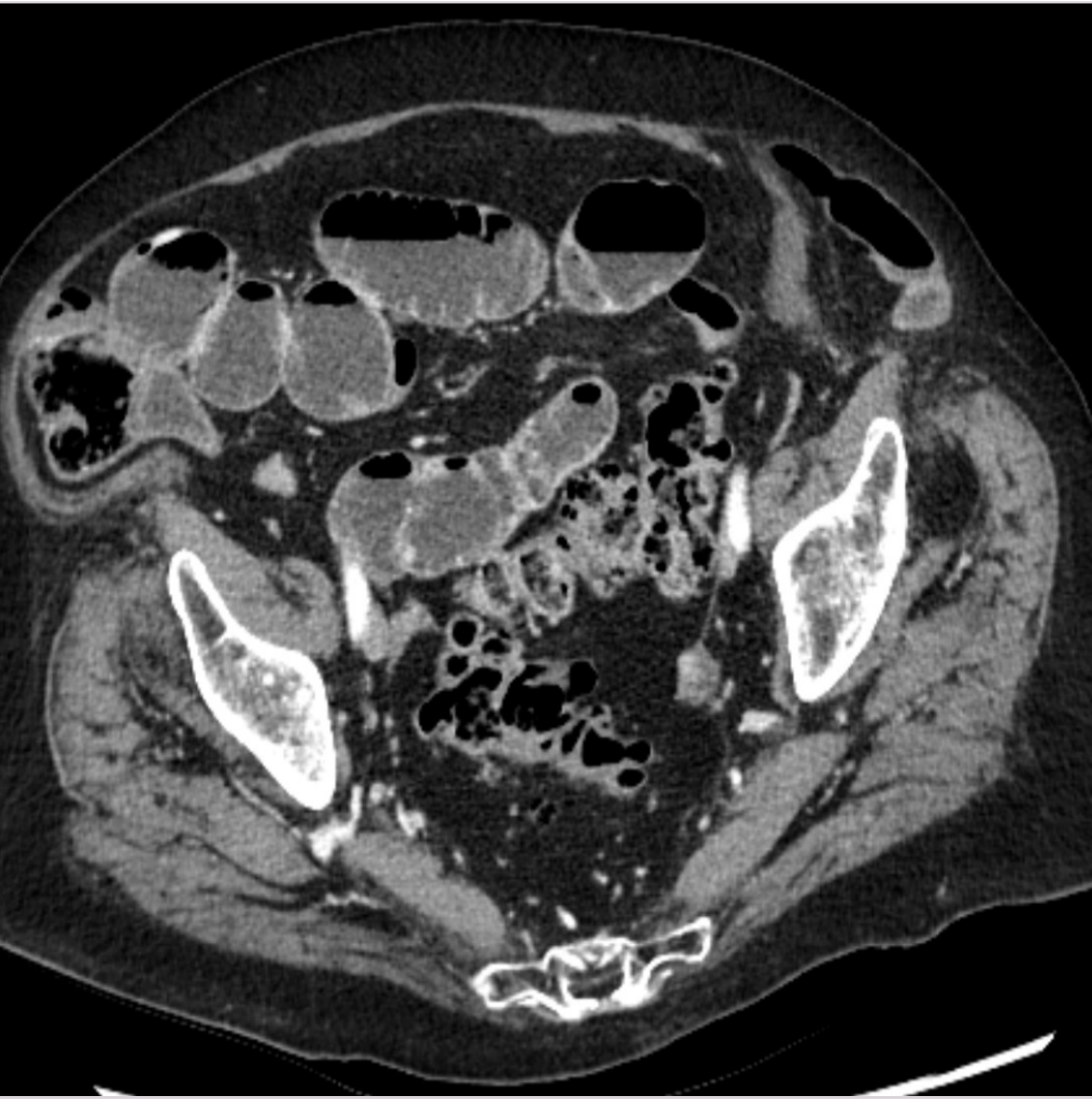
A Bestille MRCP for nærmere kartlegging av galleblæra og galleveiene.
B Anbefale operasjon med fjerning av galleblæra (kolecystektomi).
C Ingen spesielle tiltak, men informere om symptomer og tegn på gallestenssykdom.
D Starte behandling med kolesterolsenkende medikament fordi de fleste gallestener inneholder kolesterol.

0000267864010047fa5

33
82 år gammel dame innkommer med akutte magesmerter, kvalme og oppkast. Ved undersøkelse er hun diffust trykk- og slippøm i abdomen. Det er rikelig med tarmlyder. Hun har tidligere hatt flere episoder med divertikulitt. Hun undersøkes nå med CT abdomen.
Hvilken tilstand må man mistenke på grunnlag av sykehistorien og bildene?







A Akutt kolecystitt
B Kolonileus
C Obstipasjon
D Tynntarmsileus

0000267864010 47fa5

34
Pasienten er en 82 år gammel kvinne som siste 4 år har stått på behandling for mild depresjon. Hun har hatt god effekt av behandlingen og har det nå bra. Hun behandles også for hypertensjon og hypotyreose (har eutyreote blodprøver). Blodtrykket er 126/78 mmHg sittende, 98/60 mmHg stående etter et minutt, 110/70 mmHg etter 3 minutter. Hun opplevde svimmelhet da hun reiste seg opp.
Hun bruker følgende medisiner:
- Escitalopram 20 mg x1 daglig (selektiv serotoninreopptakshemmer, SSRI)
- Amlodipin 10 mg x1 daglig (kalsiumantagonist)
- Levotyroksin 100 µg x1 daglig

Fastlegen gjør en legemiddelgjennomgang for å sikre at pasienten får hensiktsmessig legemiddelbehandling.
Hvilken legemiddelbehandling bør foreslås nå?

A Pasienten står på få legemidler, hun har effekt av disse og har ingen plager. Ingen endringer
B Gradvis nedtrapping av escitalopram til 10 mg, eventuelt ytterligere nedtrapping og seponering. Seponere amlodipin, planlegge jevnlige blodtrykkskontroller
C Trappe ned og seponere escitalopram. Dersom hun får nye symptomer, er det tegn på terapisvikt; bør da bytte til et annet antidepressivum. Seponere amlodipin, planlegge jevnlige blodtrykkskontroller
D Dosen escitalopram er for høy for alderen. Redusere til 15 mg, deretter til 10 mg, og ta henne til kontroll

0000267864010 47fa5

35
En 85 år gammel kvinne med moderat demens legges inn i sykehus med tentativ diagnose delirium fordi hun er motorisk urolig og virker forvirret. Du tar imot henne i akuttmottaket.
Hvilke ytterligere symptomer er det viktig å kartlegge for å finne ut om hennes symptomer skyldes et delirium eller den kjente demenssykdommen?

A Om hun er utagerende mot personalet
B Om hun har kliniske tegn til infeksjon
C Om bevissthetsnivået er redusert, evt. vekslende
D Om hun er desorientert for tid og sted.

0000267864010 47fa5

36
En 81 år gammel enkemann med mild demens kommer til fastlegen i følge med sin datter. Datteren mener pasienten er deprimert og trenger medisin for det.
Hva kan tyde på at han har en behandlingstrengende depresjon i tillegg til demenssykdommen?

A Om han er plaget av tidlig oppvåkning
B Om han er langsom i bevegelsene
C Graden av kognitiv svikt
D Om han i den senere tid har utviklet en gjennomgripende nedstemthet

0000267864010 47fa5

37
En 84 år gammel mann fikk for tre år siden påvist demens av Alzheimers type. Nå legges han inn på sykehus på grunn av paranoide idéer og hallusinasjoner. Han er aggressiv og tror at personalet vil skade ham. Han er våken med normal oppmerksomhet. Bred somatisk kartlegging avdekker ikke noe galt, og han har ingen tidligere kjent psykiatrisk sykdom.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Demensrelaterte atferdsforstyrrelser.
B Schizofreniliknende psykose med meget sen debut.
C Delirium.
D Agitert depresjon.

0000267864010 47fa5

38
En kvinne på 84 år kommer til deg som fastlege etter et fall. Kvinnen har kjent Alzheimers sykdom og bruker kolinesterasehemmer som eneste medikament. Hun er ellers vurdert som fysisk sprek, går daglige turer med mannen. Du finner ingen sikker skjelettskade. Pasienten vet ikke helt hva som skjedde i fallet, men antar hun snublet i en dørstokk.
Hvilken undersøkelse bør prioriteres først i kartleggingen av pasientens fall?

A Blodsukkermåling, da kolinesterasehemmer kan gi hypoglykemi med falltendens
B EKG, da fallårsak er uklar og kardiell årsak må utelukkes
C Ortostatisk blodtrykksmåling, da kolinesterasehemmere kan gi uttalt ortostatisme
D En rask synstest, da pasienten snublet og svekket syn ofte er ikke-erkjent årsak til fall hos eldre

0000267864010047fa5

39
En mann på 78 år har vært innlagt i avdelingen i 5 dager på grunn av en alvorlig pneumoni. Han veier 121 kg, er 180 cm høy og har en BMI på 37 kg/m^2. Som LIS1 på fastlegekontor skal du gjøre en systematisk ernæringsscreening av pasienten.
Hva er korrekt vurdering av ernæringsmessig risiko?

A Pasienten har en høy BMI, og selv om han kan være i en ernæringsmessig risiko, vil dette ikke være et problem siden han er overvektig
B Det er nødvendig med opplysninger om vekttap for å kunne gjøre en god vurdering av ernæringsmessig risiko hos pasienten.
C Det er nødvendig med opplysninger om tidligere vekt og matinntak for å kunne gjøre en god vurdering av ernæringsmessig risiko hos pasienten.
D Pasienten har en høy BMI og er ikke i ernæringsmessig risiko.

0000267864010047fa5

40
En 90 år gammel kvinne med mild Alzheimers demens og type 2-diabetes bringes til akuttmottaket. Hun bruker glimepirid (sulfonylurea) mot diabetes, ellers ingen legemidler. En hjemmesykepleier forteller at pasienten falt om helt brått og uten forvarsel, var bevisstløs et par minutter, så begynte hun å våkne langsomt opp. Det ble ikke observert ufrivillige bevegelser eller lammelser. Ved ankomst er pasienten svært trett og forvirret, men hun kvikner til i løpet av et par timer uten spesifikk behandling. CT av hodet og EEG er begge normale.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Transitorisk iskemsik anfall (TIA)
B Epilepsi
C Hypoglykemi
D Kardial synkope

0000267864010047fa5

41
Du er fastlege for en 82 år gammel stort sett frisk kvinne. Over tre måneders tid har hun blitt tiltagende slapp og trøtt, og som ledd i utredningen av dette har du tatt en del blodprøver, blant annet vitamin B12, som var 368 pmol/L (ref. >350). Øvrige blodprøver var normale.
Hva bør gjøres videre på grunnlag av dette prøveresultatet?

A Vurdere andre årsaker til hennes tilstand
B Starte med tilskudd av vitamin B12
C Måle homocystein og metylmalonsyre
D Ny kontroll av vitamin B12 om en måned

0000267864010047fa5

42
En tidligere stort sett frisk 81 år kvinne blir innlagt i medisinsk avdeling på grunn av økende dyspne og ødem. Ved klinisk undersøkelse finner du noen mindre hematom under øynene bilateralt, krepitasjoner over lungene bilateralt og ødem i underekstremitetene til ankelnivå bilateralt. Vitalia: Blodtrykk 115/75 mmHg; puls 105 min$^{-1,}$ regelemssig. Blod- og urinprøver viser følgende verdier:

Blodprøve	Verdi	Referanse
Hemoglobin	11,7 g/dL	11,7-15,3
Kreatinin	89 µmol/L	45-90
Troponin T	134 ng/L	<15
NT-proBNP	2323 ng/L	<211
Albumin	32 g/L	39-48
Ferritin	456 µg/L	18 - 240 µg/L
IgG	4.77 g/L	6.0-15.3
IgA	0.33 g/L	0.8-4.0
IgM	1.5 g/L	0.3-2.3
Kappa lette kjeder	7,4 mg/L	6.7-22.4
Lambda lette kjeder	456 mg/L	8.3-27.0
Ratio kappa/lambda lette kjeder	0,016	0.31-1.56
Protein elektroforese/ immunfiksering	Ingen M-komponent	
Urinprøve	**Verdi**	**Referanse**
Protein/kreatinin	922 mg/mmol	<20,0
Albumin/kreatinin	626,4 mg/mmol	0,0-2,5

Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Myelomatose
B AL-amyloidose
C Hemokromatose
D Waldenstrøms makroglobulinemi

0000267864010047fa5

43
Du arbeider som lege ved medisinsk poliklinikk. Det kommer en kvinne på 35 år som for halvannen måned siden hadde én uke med forkjølelse, hoste og feber. De siste ukene har hun hatt en tendens til å få blå flekker i huden, uten at hun har slått seg. Hun har også hatt flere episoder med blødning i tannkjøtt og nese. Hun har ikke feber, smerter eller vekttap. Ved undersøkelse er hun ved god allmenntilstand. Det er mange petekkier og 6-7 ekkymoser (diameter 3-4 cm) på armer og ben. Du kan ikke palpere milten eller leveren, det er ikke forstørrede lymfeknuter.
Blodprøver viser:

	Aktuell verdi	Referanseverdi
Hb	12,5 g/dL	11,7-15,3
Leukocytter	7,8x10^9/L	3,5-11,0
Trombocytter	4x10^9/L	145-390

Normal differensialtelling og forøvrig normale blodprøver. Blodutstryk er normalt, bortsett fra en trombocytopeni.
Hva er beste tiltak?

A Observasjon med nye prøver om 1 måned
B Henvise til splenektomi
C Legge pasienten inn for trombocyttransfusjon
D Behandle med glukokortikoider

0000267864010047fa5

44
En 45 år gammel mann har oppsøkt fastlegen for å teste seg for seksuelt overførbare infeksjoner. Han har sex med menn og reiser 2-3 ganger i året til Berlin og London. Han sjekket seg sist for åtte måneder siden; det ble da tatt både blodprøver, urinprøve og pinneprøver fra hals og anus – alt var negativt. Han har ingen symptomer, og det er heller ingen kliniske funn. De samme prøvene blir gjentatt og denne gangen er syfilisserologien positiv, både ved screening og supplerende tester.
Hvilket stadium av syfilis har han?

A Primær syfilis
B Sen latent syfilis
C Sekundær syfilis
D Tidlig latent syfilis

0000267864010047fa5

45
Du er fastlege for en 84 år gammel kvinne. Hun har i et års tid hatt et sår på leggen som har vokst i størrelse. Det er litt ømt og kan blø litt, men er ellers tørt og gir henne lite plager. Hun har hatt psoriasis i hele voksenlivet, og fått mye lysbehandling både med PUVA og smalspektret UVB tidligere.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?



A Necrobiosis lipoidica
B Venøst sår
C Plateepitelkarsinom
D Arterielt sår

0000267864010047fa5

46
En 5 år gammel jente har hatt et utslett baktil høyre lår i mange uker. I det siste også tilkommet noe bak på venstre lår og på nates. Ved undersøkelse kjennes lesjonene faste å ta på, og de har en glatt overflate.
Hvilket virus skyldes disse hudforandringene?



A Humant papillomavirus
B Varicella-zoster virus
C Parvovirus
D Poxvirus

0000267864010 47fa5

47
En 14 år gammel jente er på legekontoret. Fra å ha vært noe overvektig i barneskolen har hun gått ned i vekt siste halvåret. Foreldrene er overbevist om at datteren har cøliaki. Hun har derfor de siste 3 måneder spist en strengt glutenfri kost. Du mistenker at hun har en spiseforstyrrelse, men vil gjerne utelukke cøliaki.
Hvilken test vil best kunne avklare om hun kan ha cøliaki eller ikke?

A HLA-DQ2/HLA-DQ8 vevstyping
B Anti-transglutaminase 2 (IgA)
C Anti-endomysium (IgA)
D Tynntarmsbiopsi

0000267864010 47fa5

48
En 52 år gammel mann i akuttmottaket føler seg uvel og har utviklet ankelødemer den siste uken. Urinundersøkelse viser kraftig proteinuri og lett hematuri. Det tas blodprøver, men mannen er engstelig for sykehus og reiser hjem før prøvesvarene foreligger.
Prøvene gir bl.a. følgende svar:
Anti-PR3 antistoff (C-ANCA*): negativ
Anti-MPO-antistoff (P-ANCA*): negativ
Antinukleære antistoffer (ANA): negativ
Anti-dsDNA antistoff: negativ
Anti-glomerulus basalmembran (anti-GBM) antistoff: positiv
(*ANCA: anti-nøytrofilt cytoplasmatisk antigen)
Hva er den beste måten å takle situasjonen på?

A Sende mannen en sms med beskjed om å avtale kontrolltime hos fastlegen om to dager
B Ringe mannen og be ham starte behandling med prednisolon, som det er skrevet resept på
C Ringe mannen og forklare viktigheten av akuttinnleggelse på nyreavdelingen
D Sende mannen et brev med beskjed om å avtale kontrolltime hos fastlegen om ca. 2 uker

0000267864010 47fa5

49
Sykepleier i sykehusavdelingen har tilkalt deg (LIS1) til en pasient som har blitt dårlig 10 minutter etter oppstart av en blodtransfusjon. Pasienten er engstelig og klager over varmefølelse, spesielt i arm, samt pustevansker/trykk for brystet. Blodposen som er hengt opp, er merket A RhD+.
Transfusjonsjournalen som følger med, er merket med pasientens riktige navn og fødselsnummer, samt blodtypen 0 RhD-.
Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens reaksjon?

A En hemolytisk transfusjonsreaksjon på grunn av AB0-uforlik
B En akutt allergisk transfusjonsreaksjon på grunn av tidligere transfusjoner
C En akutt febril transfusjonsreaksjon på grunn av antistoff mot leukocytter
D En hemolytisk transfusjonsreaksjon på grunn av RhD-uforlikelighet

0000267864010 47fa5

50
En 40 år gammel frisk kvinne kommer hjem etter en times tur i et område med mye mygg. Tre timer senere får hun sterke smerter i venstre overarm, og det tilkommer lett, diffust avgrenset rødme lateralt på armen. Paracetamol gir liten lindring. To timer senere har hun feber og uttalt sykdomsfølelse. Det røde partiet har blitt større, måler nå ca. 10 cm x 20 cm, fremdeles med diffus avgrensning; det er svært ømt ved palpasjon.
Hvilken tilstand bør mistenkes?

A Erysipelas
B Nekrotiserende fasciitt
C Allergisk reaksjon på insektsstikk
D Borreliainfeksjon

0000267864010 47fa5

51
En 70 år gammel kvinne uten kognitiv svikt innlegges fra hjemmet med klinisk mistanke om høyresidig basal pneumoni. Ved innkomst er BT 99/65 mmHg, respirasjonsfrekvensen 21/min. Hun er også moderat forvirret, og temperaturen måles til 39,5 °C.
Hvilken tolkning av resultatet er riktig?

A Mindre alvorlig samfunnservervet pneumoni, ikke sannsynlig sepsis
B Mindre alvorlig samfunnservervet pneumoni, men sepsisutvikling
C Alvorlig samfunnservervet pneumoni, sepsis vurderes
D Alvorlig samfunnsevervet pneumoni og sikker sepsis

0000267864010 47fa5

52
En norsk mann på 25 år har hatt vært på ferie i Thailand hvor han hadde ubeskyttet sex. 2 måneder etter hjemkomst blir pasienten gul i huden og han legges inn på sykehus med spørsmål om hepatitt. Ved ankomst til sykehuset er han nærmest komatøs. Blodprøver viser at han er infisert med hepatitt B virus (HBsAg positiv) og har høye verdier av ASAT, ALAT og bilirubin. Samtidig er INR betydelig forhøyet med verdier over 4.0.
Hvordan bør situasjonen best håndteres?

A Pasienten har en fulminant hepatitt og pasienten bør diskuteres med et transplantasjonssenter med tanke på overflytting dit
B Pasienten har en kronisk hepatitt B infeksjon med akutt dekompensasjon og det er indikasjon for oppstart med antiviral behandling med tenofovir
C Pasienten har en fulminant hepatitt og det er indikasjon for oppstart med antiviral behandling med pegylert interferon-α
D Pasienten har en kronisk hepatitt B infeksjon med forverring og det er indikasjon for leverbiopsi for å avgjøre graden av leverskade og videre behandling

0000267864010 47fa5

53
En 45 år gammel kvinne har fått hjertesvikt pga myokarditt. Hun behandles med betablokker, ACE-hemmer, SGLT2-hemmer og spironolakton. Hun har ved 3 mnd-kontroll fått bedring av EF fra 20% til 38% og har nå kun tungpust ved betydelige anstrengelser, for eksempel på fjelltur. Hun har ikke lengre hevelse rundt anklene og ligger flatt om natten. Hun plages ikke med hjertebank, brystsmerter og har ikke lenger svimmelhet når hun reiser seg. EKG viser sinusrytme 58/min og QRS bredde 110 ms. Blodprøver viser:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseområde
Na	138 mmol/L	137 - 145
K	5,3 mmol/L	3,6 - 4,6
Kreatinin	103 mikromol/L	45-90
ProBNP	255 ng/L	<249

Blodtrykket er 89/67 mmHg, og fastlegen ringer for å høre hvilket medikament hun skal seponere.

Hvordan bør dette blodtrykket behandles?

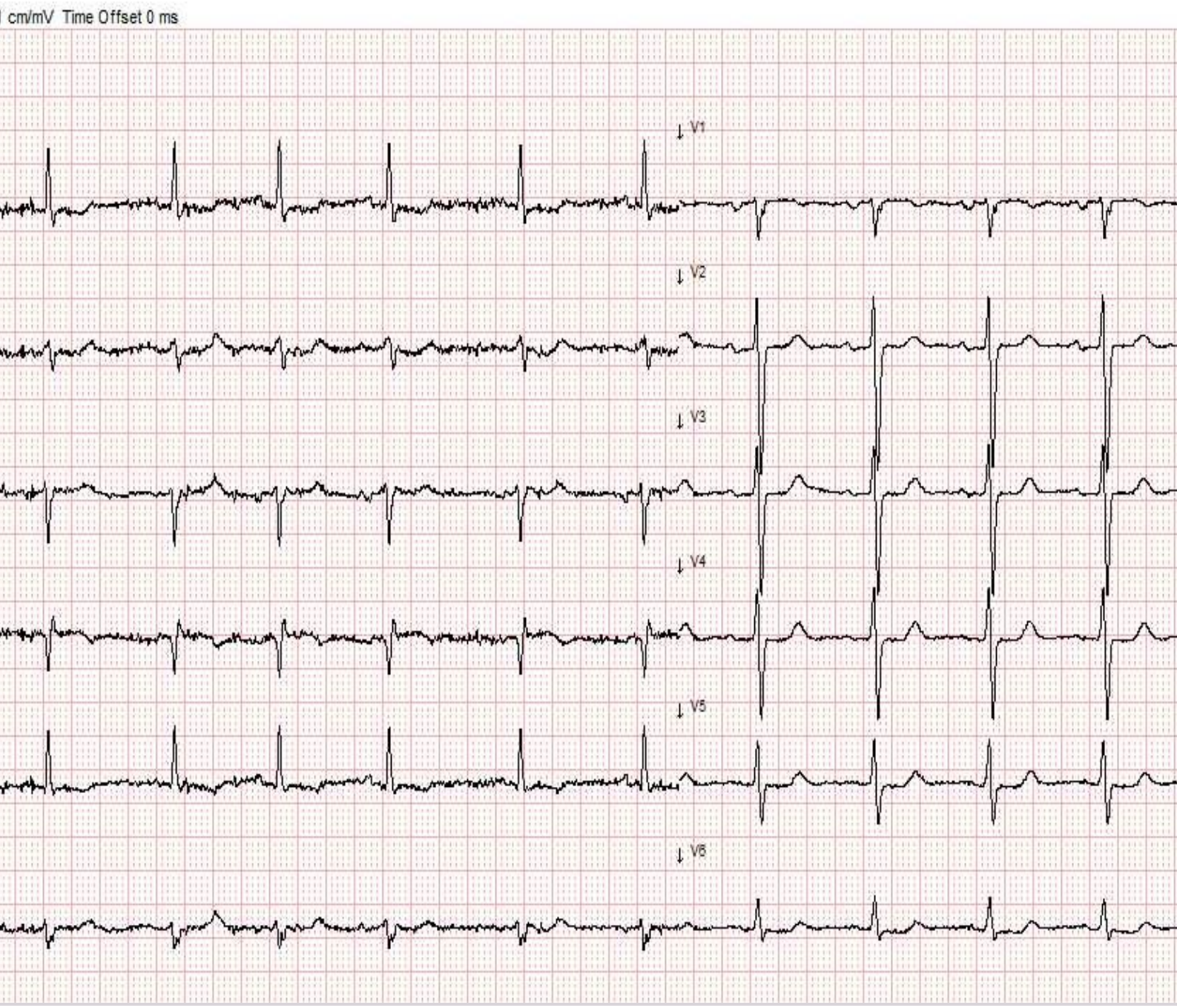
A Betablokker bør seponeres da hun har lav hvilepuls og dette også bidrar til det lave blodtrykket
B Spironolakton bør seponeres da både kreatinin og kalium er over øvre referanseområde
C ACE-hemmer bør reduseres da hun har kreatinin og kalium over øvre normalgrense
D Ingen tiltak nødvendige da hun ikke har symptomer på det lave blodtrykket

0000267864010 47fa5

54
En 75 år gammel mann legges inn i på lokalsykehuset fra lungepoliklinikken hvor han går til kontroll for asbestutløst lungefibrose. Han ble bypassoperert (ACB) i 2008, har hypertensjon og diabetes type 2. Han bruker acetylsalisylsyre, statin, betablokker og metformin som faste legemidler.
Han har hatt anstrengelsesutløst press i brystet i over et års tid, med økende plager de siste 3 ukene, og en klar forverring de siste 3 dagene.
Ved undersøkelsen er han smertefri og afebril. Blodtrykket er 134/79 mmHg, pulsen 88/minutt (regelmessig), SaO_2 88% (på romluft). Blodprøvene viser:

Labanalyse	Svar	Referanseområde
CRP	6,6 mg/L	<5
D-dimer	0,5 mg/L	0–0,5
Kreatinin	97 µmol/L	60–150
Troponin	351 ng/L	0–15
NT-proBNP	4251 ng/L	<376

EKG i akuttmottaket er normalt og viser sinusrytme:



Hvordan bør pasienten behandles?

A CT thorax for å avklare en eventuell forverring av lungefibrose
B Overflyttes til akutt koronar angiografi
C Ekkokardiografi for avklare hastegrad for koronar angiografi
D Avtale overflytting for koronar angiografi innen 24 timer

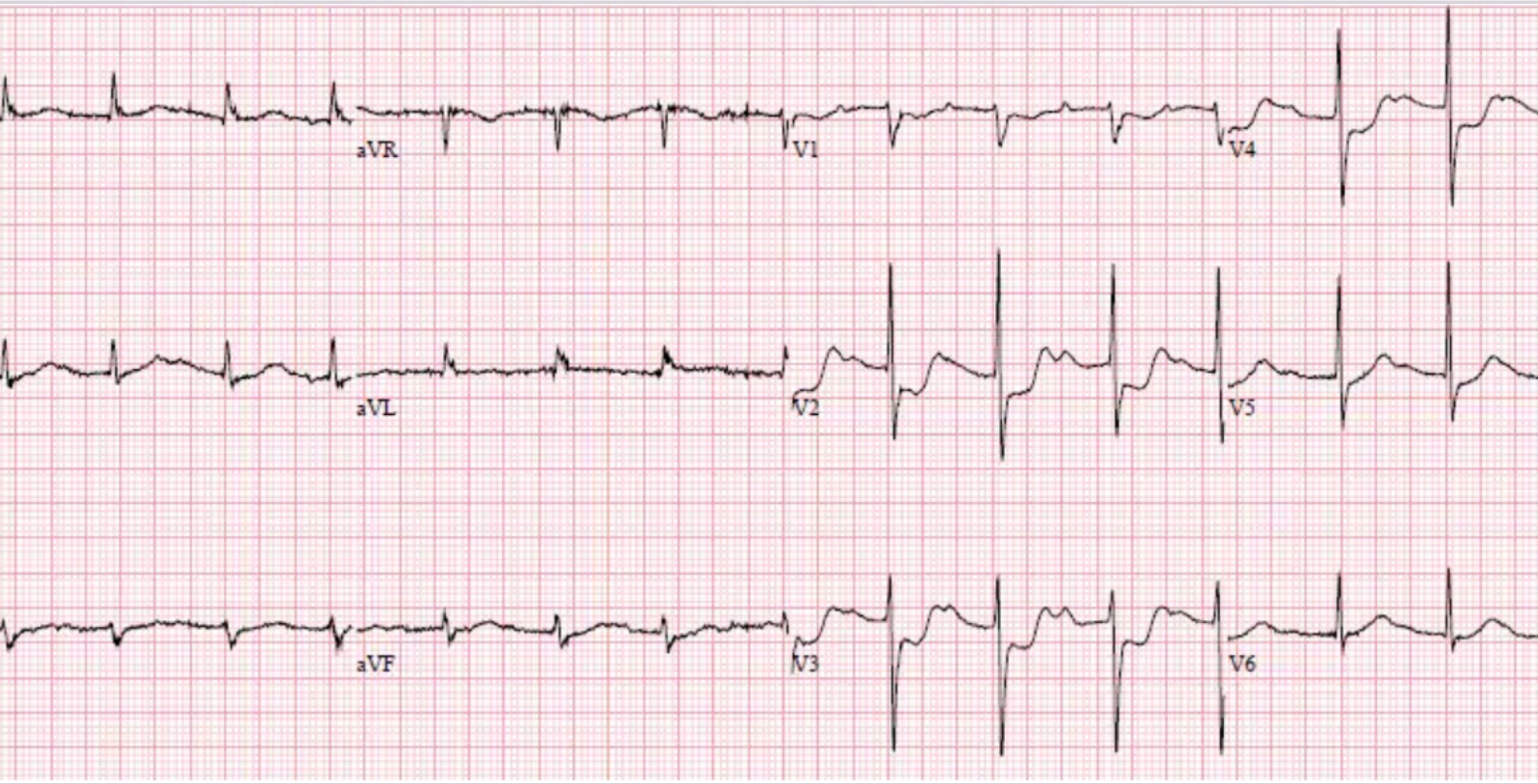
0000267864010 47fa5

55
En 72 år gammel kvinne innlegges lokalsykehus med akutte, klemmende brystsmerter av kort varighet. Sirkulatorisk stabil, lett ST-senkning i V3 - V6 på EKG. Det tas 3 troponinmålinger første døgn med verdiene 10 ng/L, 600 ng/L, 300 ng/L (grenseverdi 14 ng/L).
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Aortadisseksjon
B Lungeemboli
C Non ST-elevasjonsinfarkt (NSTEMI)
D Ustabil angina pectoris

0000267864010 47fa5

56
Du er LIS i akuttmottaket på et universitetssykehus og tilser en 60 år gammel kvinne med akutt dyspnoe og brystsmerter. Ingen kjente sykdommer. BT er 90/70 mmHg og puls 112/min regelmessig. Du gjør en orienterende ekko og finner at høyre ventrikkel er dilatert med nedsatte kontraksjoner og moderat trikuspidalinsuffisiens. EKG er vedlagt.

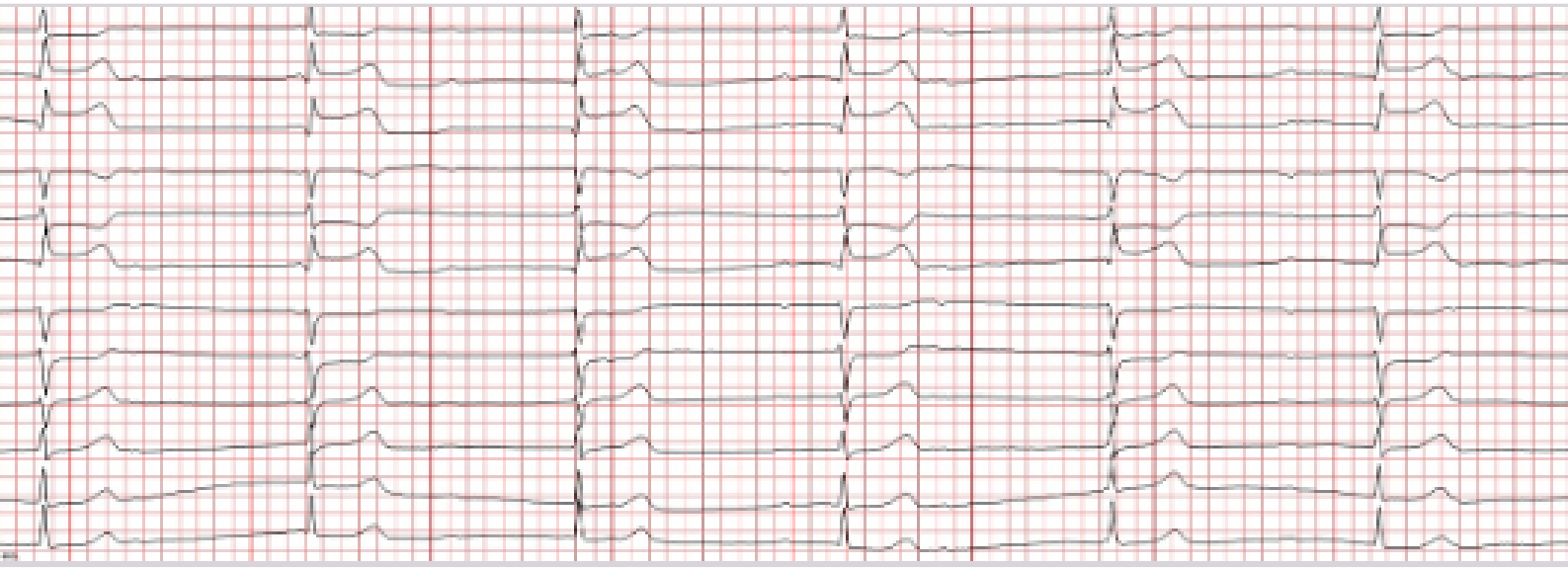


Hvilket tiltak er riktig?

A Akutt koronar angiografi
B Koronar CT
C CT toraks med lungeemboliprotokoll
D MR koronar

0000267864010 47fa5

57
Du har vakt som lege i spesialisering i akuttmottaket på et universitetssykehus. En 67 år gammel kvinne innlegges grunnet akutte brystsmerter. Ved ankomst er hun blek, kvalm, bradykard og lav i blodtrykk. EKG viser akutt hjerteinfarkt.
Avspillingshastighet er 50 mm/s og 1 mV er 10 mm. En rute er 5 mm.
Hvilken hjerterytme har hun?



A Sinusrytme
B Sinusarrest med regelmessig
C Atrietakykardi med ujevn overledning
D AV-blokk grad 3

0000267864010047fa5

58
En 55 år gammel mann oppsøker deg på legevakt da han de siste 2 månedene har hatt redusert anstrengelsesevne. Han greier nå ikke å holde følge med kona når de er ute og går tur. Det er lite plager i hvile. Han har kjent hypertensjon, men er godt behandlet med normalt blodtrykk ved kontroll de siste 2 årene. I tillegg har han kjent diabetes mellitus type II som også er godt regulert.
EKG viser atrieflimmer med ventrikkelfrekvens på 85/min.
Hva er mest riktig antitrombotisk behandling ut fra pasientens CHA_2DS_2-VASc skår?

A Behandling med direktevirkende oralt antikoagulasjonsmiddel (NOAK/DOAK)
B Ingen antitrombotisk behandling
C Behandling med oral vitamin K-antagonist
D Behandling med acetylsalisylsyre

0000267864010047fa5

59
En 21 år gammel mann oppsøker lege 1,5 timer etter villet inntak av en brukerdose amfetamin. Han fikk venstresidige brystetsmerter og dyspne som i vesentlig grad har klinget av når når han kommer frem til akuttmottaket på det lokale sykehuset. Det tas EKG: 50 mm/s.
Hvordan beskrives hans EKG best?



A Sinus-blokk med nodal erstatningsrytme og venstre ventrikkelhypertrofi
B Sinusbradykardi, Wolff-Parkinson-White-syndrom og venstre fremre hemiblokk
C Normalt EKG for en ung og frisk mann, symptomer som ved amfetamin-bruk og adrenerg aktivering
D Sinusbradykardi, anterolateralt STEMI svarende til 1,5 timers forløp etter amfetamin-indusert karspasme

0000267864010 47fa5

60
En pasient med gjennomgått hjerteinfarkt for 3 dager siden kjører bobil som krever førerkortgruppe II. Ved utskrivelse var EF 55 % og pasienten var symptomfri.
Hvordan angir forskriften at du som utskrivende lege skal forholde deg til dette?

A Gi ham muntlig kjøreforbud i 4 uker
B Informere statsforvalteren om at han har mistet førerkortet og henvise til hjertemedisinsk vurdering etter 6 uker.
C Gi muntlig kjøreforbud i 4 uker for førerkortgruppe I og henvise til hjertemedisinsk vurdering av utvidet førerkort
D Informere om at han selv må vurdere sin helsetilstand; om han kjenner seg bra, kan han kjøre

0000267864010 47fa5

61
En 75 år gammel mann med diabetes kommer til deg som fastlege fordi han har et sår på venstre stortå som ikke har grodd i løpet av 6 uker. Han føler seg i bra form. Han er er varm på føttene med rask kapillærfylning bilateralt. Venstre fot er rød og hoven. Såret er ca 1,5 cm i diameter, sitter medialt ytterst på stortåa og er ikke særlig dypt. Puls palperes i begge lysker, men ikke distalt. Ankel-arm-indeks (AAI) måles til 0,8 venstre side og 0,9 høyre side. Foten avblekes ved elevasjon. Han bruker platehemmer, statin og metformin.
Hvilke tiltak er viktigst å iverksette nå?

A Revidere såret, gi antibiotika og avtale kontroll om 4 uker, bestille MR av foten
B Seponere metformin og platehemmer, bestille CT angiografi
C Legge kompresjon på benet og avtale kontroll om 4 uker, bestille CT angiografi
D Henvise med hast til karkirurgisk poliklinikk for videre utredning

0000267864010 47fa5

62
En 62 år gammel kvinne var til PTA (perkutan transluminal angioplastikk) av høyre arteria iliaca communis i går. Inngrepet var ukomplisert, og hun reiste hjem etter noen timers observasjon. I dag kommer hun til fastlegekontoret da det har tilkommet ømhet og etter hvert raskt økende hevelse i høyre lyske. Hun har tatt antikoagulantia for atrieflimmer som normalt i dag. Hun føler at blodforsyningen til benet er bedre. Ved undersøkelse finner du en pulserende, øm kul i nærheten av innstikket i huden og blålig misfarging i området rundt.
Hva er beste tiltak videre?

A Kontakte vakthavende karkirurg på sykehuset grunnet mistanke om pseudoaneurisme
B Bestille en CT angiografi grunnet mistanke om pseudoaneurisme
C Se det an da det er normalt med noe hevelse etter et slikt inngrep
D Tilrå sengeleie i noen dager grunnet mistanke om hematom beliggende over karet

0000267864010 47fa5

63
Du er LIS1 på fastlegekontoret. En 65 år gammel kvinne har tilfeldig fått påvist et infrarenalt abdominalt aortaaneurisme på 45 mm i diameter ved MR-undersøkelse, og hun kommer nå til deg for informasjon og vurdering. Hun har røkt i mange år, men er ellers frisk og bruker ingen medisiner. Ingen andre i familien har hatt tilstanden. Du undersøker henne og finner BT 128/78 mmHg, puls 70/min regelmessig. Hun er uøm i magen. Du anbefaler røykeslutt og fysisk aktivitet.
Hva er riktig informasjon, behandling og oppfølgingsplan?

A Hun informeres om at hun ikke skal opereres nå og settes på ACE-hemmer. Kontroll på legekontoret og ultralyd av aorta om 6 mnd.
B Hun informeres om at hun ikke skal opereres nå og settes på ACE-hemmer og statin. Kontroll av blodtrykk og lipider om 6 uker.
C Hun informeres om at hun bør opereres snart og settes på statin. Henvises til karkirugisk avdeling for prioritert elektiv operasjon.
D Hun informeres om at hun ikke skal opereres nå og settes på acetylsalicylsyre (ASA) og statin. Kontroll på legekontoret og ultralyd av aorta om 6 mnd.

0000267864010 47fa5

64
En 59 år gammel mann forteller om smerter og tyngdefølelse i høyre legg de siste fire måneder. Han kan våkne om natten med smerter og kramper som blir litt bedre ved å gå, ved å massere leggen og ved å holde leggen høyt. Ved undersøkelse finner du synlige varicer, og et overfladisk sår med lite smerter et par fingerbredder over og bak høyre mediale malleol. Du finner også ødem uten pitting på leggen proksimalt for dette såret.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Claudicatio intermittens
B Symptomatiske overfladiske åreknuter
C Venøs insuffisiens
D Obstruksjon av lymfesystemet

0000267864010 47fa5

65
En mann, 72 år gammel, kommer til deg som LIS1 på fastlegekontor med smerter og hevelse baktil i høyre legg. Smertene har vært der i et par dager. Han er tidligere operert for et abdominalt aortaaneurisme, han bruker acetylsalisylsyre, atorvastatin og betablokker, og han røyker. Du undersøker ham. Han har svak fotpuls, ved hjelp av et doppler-apparat finner du en ankel-arm-indeks på 0,7. Han har intakt sensibilitet og du kjenner en hevelse på baksiden av knehasen.
Hva bør iverksettes nå?

A Bestille ultralydundersøkelse med tanke på Baker's cyste
B Starte med direktevirkende antikoagulantia (DOAK) og gjøre ultralyd med tanke på dyp venetrombose
C Starte røykeavvennning og gangtrening, og avtale kontroll om tre måneder
D Konferere med sykehus med tanke på rask avklaring av arteriell status

---

0000267864010471a5

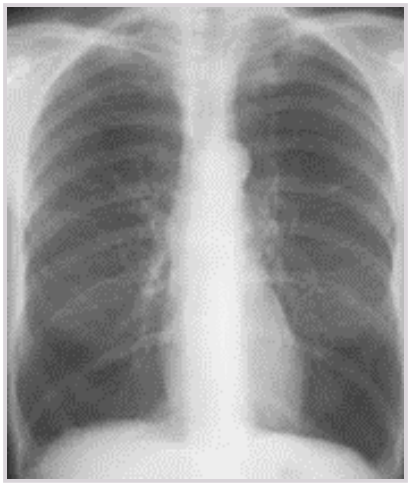
66
En 65 år gammel mann som har røykt i 40 år innlegges i akuttmottaket der du har vakt grunnet dyspne som har tilkommet siste døgnet. Han har brukt en inhalator med salbutamol (kortidsvikende beta2-agonist) ved behov siste 2 årene, og et ukjent blodtrykksmedikament.
Han veier 65 kg. Han har ved innkomst temperatur 37.4 ^{o}C, negativ Covid-19 hurtigtest, CRP er 11 mg/L (ref.<5), og leukocytter er 9.3 x10^{9}/L (ref. 4.0-9.8).
Han puster med en respirasjonsfrekvens (RF) på 24/min, muligens noe overfladisk, og du hører ingen helt sikre fremmedlyder ved auskultasjon. Det tas et røntgenbilde av lungene (vedlagt).
Hva er rett behandling nå?



A Benzylpenicillin intravenøst
B Dalteparin (lavmolekylært heparin) subkutant
C Aspirasjon av luft fra pleura eller drensinleggelse
D Non-invasiv ventilasjonsstøtte med BiPAP.

0000267864010 47fa5

67
En 68 år gammel mann, storrøyker, innlegges sykehus med økende obstruktiv tungpust og hvitt oppspytt over siste 4 døgn. Ved undersøkelse finner LIS i akuttmottaket BT 130/80 mmHg, puls 98/min, RF 24/min, temperatur 37.5°C rektalt og reduserte lungelyder ved auskultasjon. Lab.prøver avdekker CRP 38 mg/L (ref. <5) og normal NT-proBNP.
Det tas røtgen toraks (vedlagt).
Hvilken tilstand er mest sannsynlig?





A Akutt forverrelse av kols
B Lungeemboli
C Hjertesvikt
D Bakteriell pneumoni

0000267864010 47fa5

68
En 30 år gammel man med velregulert astma kommer til oppfølgingskontroll hos fastlegen. Ved forrige kontroll for tre måneder siden klaget han over heshet og sårhet i farynx. Oppfattet som sannsynlig bivirkning av kortikosteroid gitt i pulverinhalator. Man skiftet til inhalasjonsspray med kortikosteroid, og han ble instruert i å skylle munnen grundig etter bruk av sprayen. Dette har hjulpet en del, men han er fortsatt ikke fornøyd, føler seg fremdeles både hes og sår i halsen.
Hva er den beste tilnærmingen til denne pasienten?

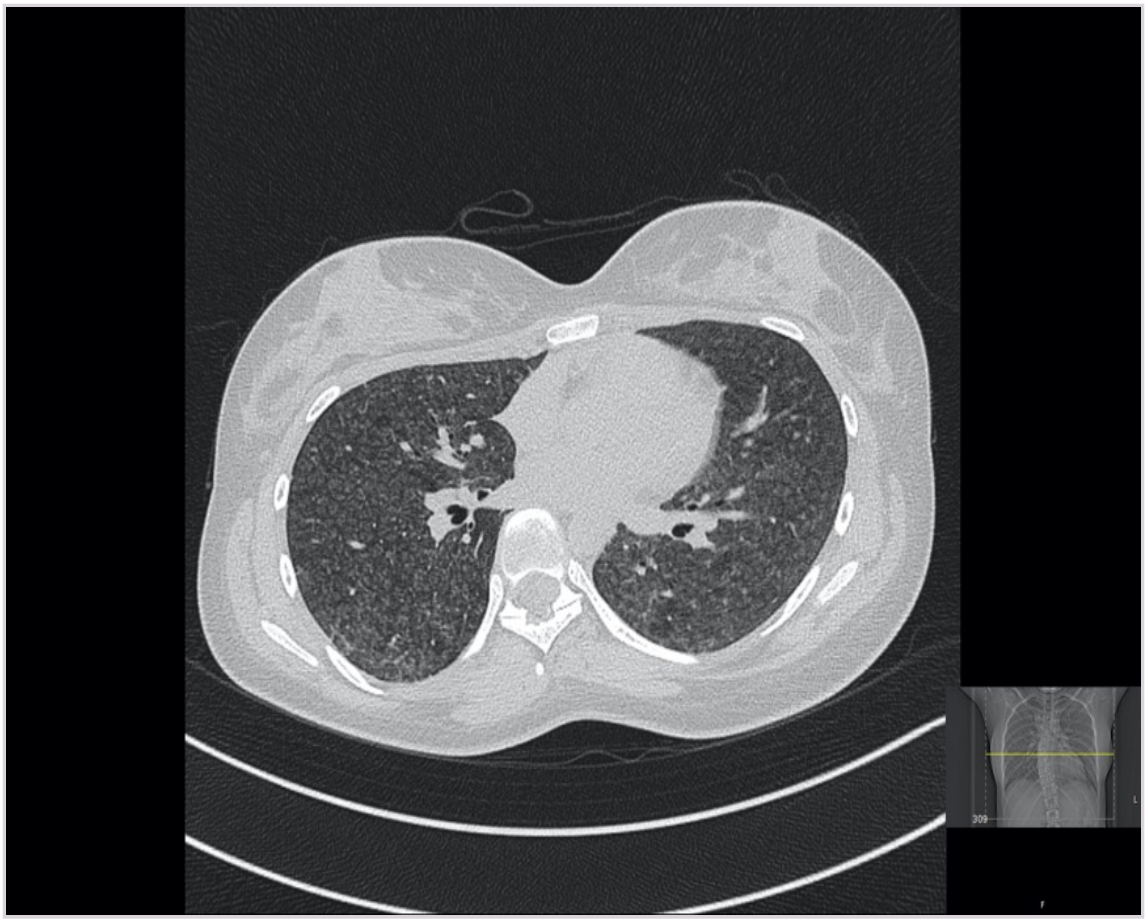
A Skifte til en annen pulverinhalator
B Forskrive et inhalasjonskammer til bruk med sprayen
C Be ham holde ut, vil bli bedre med tiden
D Skifte til spray med et annet kortikosteroid

0000267864010047fa5

69
En 19 år gammel jente blir innlagt på medisinsk avdeling grunnet økende tungpust over de siste 2 månedene. Hun er aldri-røyker, og allergisk mot bjørkepollen (kjent høysnue). Hun bruker ingen faste medisiner. Hun føler at symptomene startet samme dag som hun fikk første dose av vaksinen mot covid-19. Hun har to undulater, to nymfekakaduer og en papegøye som kjæledyr.
Hun våknet natt til innleggelsesdagen med følelse av hviledyspné og smerter ved dyp inspirasjon, og hun ble lagt inn med diagnosen hyperventilasjon. Hun puster med respirasjonsfrekvens på 20/min i akuttmottaket, er afebril og det er bibasale krepitasjoner ved auskultasjon.
Laboratorieprøver ved innkomst:

Labanalyse	**Funn**	**Referanseområde**
pH	7,42	7,35-7,45
pO_2	9,1 kPa	11,0-13,5
pCO_2	4,5 kPa	4,5-6,0
CRP	17 mg/L	<5
Hemoglobin	14,5 g/dL	11,7-15,3
Leukocytter	9,4 x 10^9/L	3,5-10,0
D-dimer	0,62 mg/L	<0,5

Det tas CT toraks snart etter innkomst (se bildet nedenfor).
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?



A Lungeemboli
B Hypersensitivitetspneumonitt
C Panikkangst
D Atypisk pneumoni

0000267864010 47fa5

70
En 60 år gammel mann med KOLS kommer til fastlegekontoret. Han bruker til vanlig et langtids antikolinergikum daglig for sin KOLS. Han har lett taledyspne, og det er pipelyder ved auskultasjon. Han forteller om 2 dager med hoste med grønt oppspytt, og feberfølelse. CRP er 75 mg/L (ref. <5 mg/L). Han er relativt kjekk klinisk, og fastlegen tenker det er naturlig å gjøre et behandlingsforsøk utenfor sykehus.
Hvilket behandlingsalternativ er mest riktig?

A Prednisolon i monoterapi i 5 dager
B Prednisolon i 5 dager og oseltamivir i 7 dager
C Amoksicillin i monoterapi i 7 dager
D Prednisolon i 5 dager og amoksicillin i 7 dager

0000267864010 47fa5

71
En 55 år gammel mann er henvist fra fastlegen til nyrepoliklinikken på grunn av økende kreatininverdier i blod og et blekrødt hudutslett. Han hadde normal nyrefunksjon for tre måneder siden. Han har brukt esomeprazol (protonpumpehemmer) og ibuprofen (NSAID) i noen uker.
Ved undersøkelsen er han i god allmenntilstand, blodtrykket er 135/85 mmHg, pulsen 72/min. Han har lette ankelødemer. Blodprøver viser:

Analyse	Svar	Referanseområde
Hemoglobin	14,5 g/dL	13,4-17,0
Leukocytter	11 $x10^9$/L	4,1-9,8
Eosinofile granulocytter	2,5 $x10^9$/L	≤0,5
Kreatinin	250 µmol/L	60-105
eGFR	24 mL/min/1,73m^2	>90
CRP	1 mg/L	<5

Urinstiks viser leukocytter ++, proteiner +, erytrocytter 0.
Hva er den mest sannsynlige årsaken til den akutte nyreskaden?

A Tubulointerstitiell nefritt
B Akutt tubulær nekrose
C Pyelonefritt
D Glomerulonefritt

0000267864010 47fa5

72
En 60 år gammel kvinne med kjent alvorlig kronisk nyresykdom har nylig klaget over tretthet og svekket konsentrasjonsevne. Ved fysisk undersøkelse er hun blek. Laboratorieresultatene viser følgende:
- Kreatinin: 200 umol/L (45-90 umol/L)
- eGFR (glomerulær filtrasjonsrate): 23 mL/min/1,73 m² (≥90 mL/min/1,73 m²)
- Haptoglobin 1.50 g/L (0.40-2.10)
- Hemoglobin: 9.0 g/L (11,7-15,3 g/L)
- Middel erytrocyttvolum (MCV): 85 fL (82-98 fL)
- Middel erytrocytt hemoglobinkonsentrasjon (MCHC): 34 g/dL (32-36 g/dL)

Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens anemi?

A Hemolytisk anemi
B Mangel på vitamin B12 og folsyre
C Renal anemi
D Jernmangelanemi

0000267864010 47fa5

73
En 60 år gammel kvinne har stabil kronisk nyresykdom på bakgrunn av hypertensjon og type 2 diabetes. Pasienten bruker en ACE-hemmer og en vanndrivende medisin. Blodtrykket er godt kontrollert, og blodsukkernivået ligger innenfor målområdet. Laboratorieresultatene viser følgende:
- Kreatinin: 235 umol/L (45-90 umol/L)
- eGFR: 19 mL/min/1,73 m² (≥90 mL/min/1,73 m²)
- Fosfat: 2,10 mmol/L (0,85-1,50 mmol/L)
- Kalsium: 2,20 mml/L (2,20-2,55 mmol/L)
- Kalium: 4.9 mmol/L (3.5-5.0 mmol/L))

Hva er det mest hensiktsmessige neste skrittet i behandlingen?

A Starte med fosfatbindemiddel
B Starte med kalsiumtilskudd
C Øke dosen av vanndrivende medisin
D Starte med kaliumbinder

0000267864010 47fa5

74
En 54 år gammel, fysisk aktiv mann med type 2 diabetes kommer til årskontroll hos deg, som er LIS1 i allmennpraksis. Han bruker metformin 500 mg x 2 samt GLP-1-reseptorantagonist i form av semaglutid 0.5mg x1 pr uke pga samtidig overvekt. Han trener reglmessig kondisjonstrening. Ved forrige kontroll for 1 mnd siden var blodtrykket 145/93 mmHg.
Nå er blodtrykket 147/92 mmHg. EKG er normalt.
Lab-prøver:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
HbA1c	43 mmol/mol	20 – 42
Kreatinin	75 µmol/L	60 - 105
eGFR	99 ml/min/1.73 m^2	
Kalium	4,1 mmol/L	3,6 - 4,6

Pga. gjentatte forhøyete blodtrykksmålinger velger du å starte behandling for hans blodtrykk .
Hvilket medikament bør forskrives?

A Betablokker
B ACE-hemmer
C Alfablokker
D Hydroklortiazid

0000267864010 47fa5

75
En 59 år gammel mann med kjent hypertensjon og diabetes ble for 5 dager siden innlagt på medisinsk avdeling ved et lite lokalsykehus grunnet gram negativ sepsis. Han var hemodynamisk ustabil ved ankomst sykehuset, men stabil 12 timer senere etter å ha fått mye væske, pressor og antibiotika inkludert aminoglykocid. Han har tatt CT med røntgenkontrast.
Siste to døgn har kreatinin steget fra 90 til 418 µmol/L (ref 60-105). Kalium er 5,7 mmol/L (ref 3,6-4,6). Pasienten er ødematøs og har blodtrykk 150/90 mmHg. Diuresen har avtatt, og de første to timene etter at han fikk furosemid 160 mg, kom det 25 mL urin.
Hva er riktig tiltak nå?

A Gi furosemid-infusjon i maksimal dose i ett døgn før evt. overflytting til sykehus med dialyseberedskap.
B Gi kombinasjon av væskeinfusjon, furosemid-infusjon og pressor.
C Kontakte nærmeste sykehus med dialyseberedskap for snarlig overflytting.
D Gi væskebolus 1 liter og deretter væskeinfusjon 150 mL per time.

0000267864010 47fa5

76
En 64 år gammel mann har kjent hypertensjon og behandles med ACE-hemmer, kalsium kanalblokker og tiazid. De siste årene har han hatt gradvis fallende GFR, nå kronisk nyresykdom stadium 3 med urin-albumin/kreatinin ratio på 20 mg/mmoL (ref. < 3). Fastlegen mistenker hypertensiv nefropati, særlig ettersom blodtrykket har vært suboptimalt regulert over lang tid.
Hva er riktig å informere pasienten om?

A Sannsynlighet for progresjon av nyreskade er relatert til grad av blodtrykkskontroll

B Nyresykdommen forventes å progrediere raskt de kommende årene
C Tillegg av angiotensin 2-blokkere til ACE-hemmeren er vist å bremse utviklingen av nyreskade
D Han bør legges inn til nyrebiopsi

0000267864010 47fa5

77
En 64 år gammel mann tar kontakt med legevakt grunnet intens svimmelhet og tap av hørsel på høyre øre som kom brått. Ved tilsyn har svimmelheten vart i to timer. Han er uttalt kvalm med gjentatte brekninger. Der observeres nystagmus når pasienten beveger øynene i horisontalplanet, både ved blikk mot høyre og til venstre. Rask fase er i begge tilfeller rettet temporalt (utad). Det er ingen vertikal nystagmus. Du mener hodeimpulstest er normal, altså greier pasienten å holde blikket fiksert på undersøkers nese ved raske rotasjonsbevegelser av hodet til begge sider. Han får ikke til å sitte stabilt på sengekanten. Når du undersøker etter NIH stroke scale (NIHSS) får pasienten 0 poeng.
Hvordan bør du som legevaktslege håndtere pasienten?

A Poliklinisk CT caput samme dag
B Antiemetika, prednisolonkur og kontroll om 1 uke
C Akuttinnleggelse på trombolyse-senter
D Akuttvurdering ved ØNH-lege

0000267864010 47fa5

78
En 75 år gammel mann har det siste året utviklet parkinsonisme og fungerer ikke like godt kognitivt som tidligere. I perioder virker han desorientert, men han kan også ha perioder der han er nesten som før. Han har fått levodopa for sin parkinsonisme, men til tross for doseøkning har han ikke blitt bedre. I tillegg har han den siste tiden fått regelmessige synshallusinasjoner på kvelden og natten.
Hva er beste tiltak?

A Starte kolinesterasehemmer
B Gi antipsykotika uten dopaminantagonistisk effekt
C Øke levodopa ytterligere
D Seponere levodopa

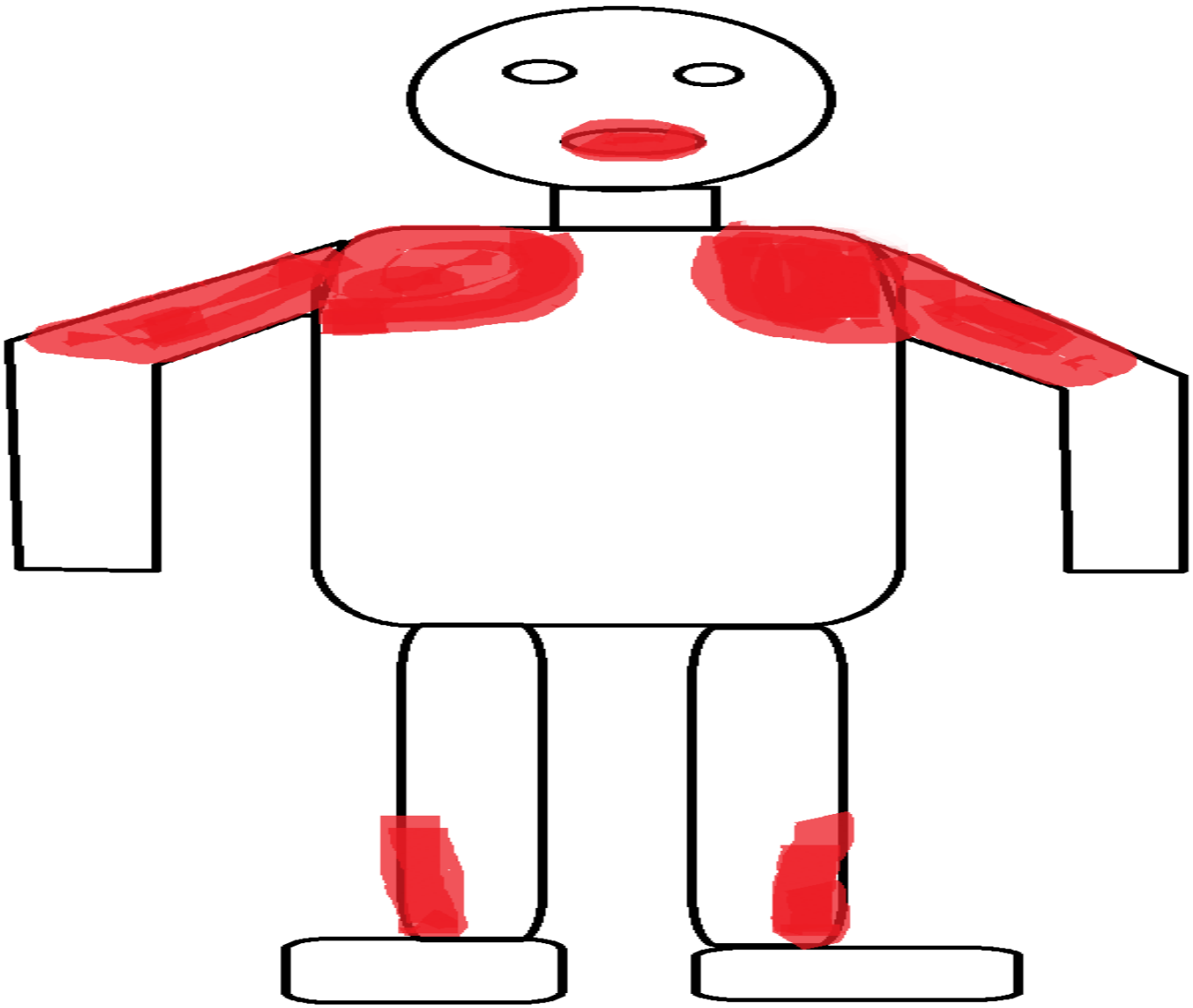
0000267864010 47fa5

79
En kvinne på 25 år tar kontakt med fastlegen på grunn av hodepine. Hun er gravid i uke 33, ukomplisert svangerskap. De senere år har hun vært fulgt av en kollega for hodepine; på bakgrunn av ananmese antatt spenningshodepine. Hun har brukt amitriptylin med effekt, men behandlingen ble avsluttet ved planlegging av svangerskap, og hun opplevde ikke økte hodepineplager da. Hodepinen som hun har nå, kjenner hun ikke helt igjen fra tidligere. Den har kommet gradvis og er er lokalisert cirkumferensielt frontotemporalt bilateralt. Den oppleves mest klemmende, men kan banke litt på det verste. Numeric Rating Scale (NRS) 3-4. Lett lysskyhet, ikke kvalme, ingen oppkast. Pasienten fremstår ved god allmenntilstand, klar og orientert, varm og tørr i huden. Ingen motstand mot passiv anterofleksjon i nakken.
Hvilket utredningsskritt bør man gjøre først?

A Gjøre en nevrologisk undersøkelse, og hvis negativ prøve behandling med paracetamol
B Ta blodtrykk og rekvirere urin stiks
C Henvise pasienten til MR caput med venografi som øyeblikkelig hjelp
D Rekvirere D-dimer

0000267864010 47fa5

80
En 21 år gammel mann kommer til legekontoret på grunn av gradvis økende kraftsvikt i armene de siste 3 årene. Kraftsvikten er mest uttalt på høyre side. Ved undersøkelse finner du bilateralt scapula alata, men mest uttalt på høyre side. Han klarer ikke å løfte høyre arm over skulderhøyde. Hjernenervene er normale, bortsett fra at han ikke klarer å forme munnen til å plystre. Ved krafttesting har han nedsatt kraft tilsvarende de røde områdene på figuren under. Det er ingen sensibilitetsutfall og refleksene er normale. Creatin kinase (CK) er 570 U/L (ref. 50-400). Pasientens far hadde mulig lignende muskelsvakhet, men ble ikke utredet og døde i en ulykke da han var i slutten av 20-årene. Du mistenker at han kan ha en arvelig muskelsykdom.
Hvilken arvelig muskelsykdom er mest sannsynlig?



A Facioscapulohumeral muskeldystrofi
B Dystrofia myotonica, type 1
C Limb-girdle muskeldystrofi 2
D Duchenne muskeldystrofi

0000267864010 47fa5

81
En 74 år gammel kvinne innkommer akuttmottaket med høyresidig facialiparese og afasi. Symptomene debuterte akutt for 1 time siden. Av journalen framgår det at hun behandles for hypertensjon og at hun 10 måneder tidligere var innlagt med et hjerneslag i venstre frontalregion. Ved undersøkelse observerer du rykninger i høyre arm samtidig som øynene dreies mot venstre, og hun greier ikke å snakke.
Hvilke(t) tiltak bør iverksettes først?

A Rekvirere CT caput og gi trombolytisk behandling hvis ingen kontraindikasjon
B Gi 10 mg diazepam i.v.
C Observere pasienten 1 time og se om symptomene går spontant tilbake
D Gi 200 mg levodopa

0000267864010 47fa5

82
En ung kvinne på 25 år har gjennom flere år hatt vansker med å holde seg våken på dagtid. Hun faller lett i søvn, også når hun er i møter eller når hun sitter på bussen hjem.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Periodevis hypersomni
B Restless legs syndrom
C REM-søvn atferdsforstyrrelse
D Idiopatisk hypersomni

0000267864010 47fa5

83
En 62 år gammel, tidligere frisk mann oppsøker akuttmottaket da han plutselig fikk så vondt i hodet sist uke. Han føler seg noe bedre nå, men kona har bedt ham ta kontakt da de har lagt merke til at den ene pupillen er blitt så stor, og han synes også at han ser dobbelt. CT caput er negativ.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Migrene accompagné (komplisert migrene)
B Warning leak eller subaraknoidalblødning fra aneurisme på arteria communicans posterior
C Warning leak eller subaraknoidalblødning fra aneurisme i sinus cavernosus
D Horners syndrom

0000267864010 47fa5

84
En 48 år gammel kvinne blir henvist akuttmottaket grunnet hodepine, magesmerter, svimmelhet og kvalme. Hodepinen oppsto akutt og har vart i 5 dager og hun føler nå at hun er nær å besvime og synes hun ser uklart. Blodtrykk er 75/45 mmHg og serum natrium er 132 mmol/L (ref. 137-145 mmol/L). CT caput viser en heterogen lesjon i sella turcica som har områder med høy attenuasjon (hvitt signal). Lesjonen løfter chiasma.
Hva er sannsynlig diagnose?

A Sirkulatorisk svikt - hypofyseinfarkt
B Omgangssyke og tilfeldig påvist hypofyseadenom
C Kraniopharyngeom med SIADH (Syndrome of Inappropriate ADH secretion)
D Pituitær apopleksi (blødning)

0000267864010 47fa5

85
En 29 år gammel kvinne ble for tre måneder siden henvist til lumbal MR p.g.a. smerter i ryggen med utstråling til hoften og baksiden av låret og leggen på høyre side. Undersøkelsen viste et lite prolaps som lå an mot høyre S1 rot.
Pasienten kommer nå til kontroll hos deg som LIS1 på fastlegekontor. Ryggsmertene er bedre og de utstrålende smertene borte, men huden føles vissen langs ytre fotrand på høyre side. Ved undersøkelsen finner du nedsatt sensibilitet for berøring langs ytre fotrand på høyre side, men ingen andre nevrologiske utfall.
Pasienten ønsker å begynne på jobb igjen, men ber også om henvisning til operasjon siden hun fortsatt har vondt i ryggen.
Hva er korrekt oppfølging?

A Henvise til kontroll MR
B Friskmelde pasienten
C Henvise til ryggkirurg for operasjon
D Henvise til manipulasjonsbehandling hos kiropraktor

0000267864010 47fa5

86
På legevakt blir du kontaktet av en 32 år gammel kvinne med hodepine. Hennes far har nylig hatt subaraknoidalblødning, og hun er nå bekymret for om hun kan ha fått samme tilstand.
Hvilke anamnestiske opplysninger skal vektlegges mest når man vurderer behovet for akutt utredning (CT/spinalpunksjon) av subaraknoidalblødning?

A Smertens lokalisasjon i hodet
B Nakkesmerter/nakkestivhet
C Aktivitet ved debut av smerte
D Hvor raskt smerten debuterte

0000267864010 47fa5

87
En 71 år gammel mann med småcellet lungekreft har kjente metastaser til begge lunger, lymfeknuter i mediastinum, binyrer og skjelett (corpus vertebrae Th 5-8 og costae 6 og 9 høyre side). Han har startet med kombinasjonen av kjemoterapi og immunterapi i palliativ intensjon, 2. kur gitt for 12 dager siden. Han oppsøker deg som fastlege fordi han siste uke har opplevd økende tungpust, hoste og heshet, smerter i brystet og hodepine. Han har hevelse og struttende vener på hals/øvre toraks og er hoven i ansiktet.
Undersøkelse: RF 24/min, puls 95/min regelmessig, blodtrykk 110/75 mmHg, oksygenmetning 92% og temperatur 37,4 ^{o}C rektalt.
Hvilken øyeblikkelig hjelp-tilstand er mest sannsynlig?

A Malign medullakompresjon
B Vena cava superior syndrom
C Pneumotoraks
D Nøytropen sepsis

0000267864010 47fa5

88
En 60 år gammel mann kommer til deg som fastlege. For omtrent 6 måneder siden fikk han feber med generelle influensasymptomer, og hurtigtest på covid-19 var positiv. Deretter vedvarende sårhet i hals. Han har siste par måneder merket en kul i venstre kjevevinkel. Ved undersøkelse finner du en fast, uøm kul på vel 2 cm i største diameter i venstre kjevevinkel. Ved forsøk på innsyn i pasientens svelg får du kun begrenset innsyn da han har uttalt brekningsrefleks.
Hvordan bør pasienten ivaretas videre?

A Henvises som pakkeforløp til nærmeste avdeling som utreder lymfom
B Henvises til en elektiv CT collum innen 2-4 uker for å utelukke malignitet
C Henvises som pakkeforløp til nærmeste øre-nese-hals-avdeling for utredning av kreft i svelget
D Ny konsultasjon om vel en uke for å vurdere om lymfeknuten er gått tilbake

0000267864010 47fa5

89
Du jobber som fastlege. Det kommer en 60 år gammel mann til konsultasjon. Faren hans døde av prostatakreft 59 år gammel, en bror fikk påvist prostatakreft 56 år gammel. Selv har pasienten de siste par årene hatt økende vannlatingsplager med startvansker, plutselig sterk vannlatingstrang, må nå opp for å tisse i snitt 3 ganger hver natt. Det er ikke holdepunkt for urinveisinfeksjon eller urinretensjon. Ved rektal eksplorasjon finner du en fast, elastisk, moderat forstørret prostata, men kan ikke palpere noen sikker tumor. PSA er 7ng/ml (ref. 0-4,0). Pasienten ønsker å få undersøkt om han kan ha prostatakreft.
Hvilket tiltak vil kunne stille en sikker diagnose av prostatakreft?

A Henvisning til MR prostata
B Henvisning til urolog for prostatabiopsi
C Kontrollmåling av PSA etter 1 måned for å se om verdien stiger
D Ta gentest for BRCA-2

0000267864010047fa5

90
Du er fastlege for en 55 år gammel kvinne som oppsøker deg fordi hun har hostet opp litt blod tre ganger den siste uken. Den siste måneden har hun daglig hatt litt tørrhoste. Hun har ikke feber eller smerter, kjenner seg i sin vanlige form og er ikke tungpusten. Hun er ellers frisk og bruker ingen medikamenter. Hun sluttet å røyke for 20 år siden etter å ha røykt i 10 år. Hun er i god allmenntilstand, puster ubesværet med en respirasjonsfrekvens på 14/min, har SpO_2 97%, puls 76/min, og er afebril. Det er normale lungefunn ved auskultasjon. CRP er 17 mg/L (ref.< 5).
Hvilken tilstand er det riktigst å rette videre undersøkelser mot først?

A Lungeemboli
B KOLS
C Lungebetennelse
D Lungekreft

0000267864010047fa5

91
En 63 år gammel mann kommer til deg som fastlege fordi han i noen dager har vært gul i huden. I samme tidsrom har han kjent seg litt uvel, men har ikke kastet opp. Han har ikke smerter og har ikke hatt feber. Urinen har vært mørk disse dagene, og avføringen har vært blek og med normal konsistens. Ved undersøkelse har han normale vitaltegn. Abdomen er myk og uten oppfylninger. Det er lett trykkømhet opp mot høyre costalbue og i epigastriet, men ingen slippømhet.
Hvilken tilstand er det riktigst å rette utredningen mot først?

A Viral hepatitt
B Pankreatitt
C Gallestein
D Pankreaskreft

0000267864010047fa5

92
En 72 år gammel mann med kjent prostatacancer med metastaser til skjelettet innlegges ved lokalsykehuset pga. smerter i nedre del av ryggen og litt svakhetsfølelse i den ene foten. Som LIS får du i oppgave å ta opp journal og å iverksette videre utredning. Undersøkelsen din bekrefter at det foreligger lett nedsatt kraft i den ene underekstremiteten.
Hvilken undersøkelse vil det være mest korrekt å rekvirere i første omgang?

A MR columna
B Røntgen LS-columna for å se om det foreligger progresjon
C PSA
D Skjelettscintigrafi

0000267864010047fa5

93
En 68 år gammel mann kommer til fastlegen sin pga. redusert matlyst og vekttap 6 kg siste 2 måneder. Normalt veier pasienten 75 kg. Han føler seg slapp og har smerter i øvre del av ryggen. Blodprøver viser normal Hb, lett forhøyet CRP og normale leverprøver. Allmenntilstanden er nedsatt. WHO ECOG 2.
Hva vil være det mest korrekte tiltaket?

A Bestille røntgenundersøkelse av ryggen
B Starte behandling med smertestillende og ta pasienten til ny vurdering om 1 uke
C Kostregistrere over 2 døgn
D Henvise til nærmeste sykehus for utredning med mistanke om kreftsykdom (pakkeforløp)

0000267864010047fa5

94
En 36 år gammel mann drar til legevakten pga smerter i korsryggen i litt over et døgn. Han våknet med smertene morgenen før, og klarte nesten ikke komme seg ut av sengen. Dagen før hadde han spilt frisbee-golf, men ble ikke skadet. Han synes ikke paracetamol har hjulpet noe særlig. Ved klinisk undersøkelse er han palpasjonsøm lateralt til venstre for spina L2-L5. Han har god ekstensjon og fleksjon av ryggsøylen, men noe plager ved sidebøy pga smerter på venstre side. Han har ingen sensoriske utfall, og kan gå på tå og hæl. Han benekter vannlating- eller avføringsproblemer.
Hva er beste tiltak?

A MR av LS columna
B CT av LS-columna
C Tilby pasienten NSAIDs
D Sengeleie og varme omslag

0000267864010047fa5

95
Du er LIS1 på fastlegekontor og undersøker en mann på 55 år som har en kul på låret. Han sier den ikke har vokst siste året. Den er ikke øm. Du husker fra undervisningen at videre utredning vil være avhengig av om en slik kul er overfladisk (subkutan) eller dyp (subfasciell).
Hvordan kan dette avgjøres klinisk i dette tilfellet?

A Kulen har fast konsistens ved palpasjon, og det betyr at svulsten ligger dypt for muskelfascien
B Det er ikke nødvendig å undersøke pasienten fordi kulen er uøm og ikke vokser og derfor med sikkerhet er godartet
C Kulen har bløt konsistens ved palpasjon, og det betyr at den ligger overfladisk/subkutant
D Pasienten bes spenne underliggende muskel. Dersom kulen er bevegelig, ligger det overfladisk; dersom den ikke kan beveges, ligger den dypt.

0000267864010047fa5

96
En 50 år gammel mann kommer til legen på grunn av konstante smerter og ubehag på innsiden av albuen. I tillegg har han prikkinger og nummenhet tilsvarende til lillefinger og halve ringfinger ulnart. Tilstanden oppstod etter tungt fysisk arbeid for 4 måneder siden og har ikke blitt bedre til tross for hvile.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Kubitaltunnelsyndrom
B Karpaltunnelsyndrom
C Tennisalbue
D Golfalbue

0000267864010047fa5

97
En 47 år gammel mann falt og slo høyre skulder. Det oppstod hevelse og smerter i skulderen. Det tas røntgenbilder (vedlagt)
Hva er mest sannsynlige diagnose?


H
H



A Lateral claviculafraktur
B Ingen skjelettskade
C Luksasjon i acromio-clavicularleddet
D Fremre skulderluksasjon

0000267864010 47fa5

98
En 40 år gammel mann tar kontakt på legevakt. Mens han splite fotball opplevde han under et løp at det plutselig
smalt til i høyre legg/ankel. Han er moderat smertepåvirket, men halter. Det er ingen hevelse eller ømhet over malleoler eller fotrotsknokler.

Hva bør være første tiltak?

A Nevrologisk undersøkelse
B Røntgen av distale legg og ankel
C Kjøle ned ankelen og holde denne hevet, legge på elastisk støttebandasje
D Undersøkelse av leggmuskulatur/akillessene

0000267864010 47fa5

99
En tre år gammel gutt bringes til legevakta der du jobber, på grunn av vondt i halsen og feber. Han har vært syk i tre dager. Han synes det er vondt å svelge, og det siste døgnet har han ikke villet spise, tross at han har fått adekvate doser paracetamol og NSAIDs. Han får i seg litt drikke. Han har hostet litt og er tett i nesen.
Ved undersøkelse er han tydelig slapp, men i god allmenntilstand, våken og gir god kontakt. Han puster ubesværet med respirasjonsfrekvens 36/min (25–35), regelmessig puls 140/min (90–130), temperatur 38.7 °C. I svelget ser du hovne og røde tonsiller. Det er hovne og ømme lymfeknuter ved kjevevinklene.
Hvilket tiltak anbefales i tillegg til fortsatt smertelindring?

A Ta streptokokkantigentest og la resultatet styre behandlingen
B Berolige med at dette går over av seg selv
C Måle CRP og la resultatet styre behandlingen
D Behandle med penicillin

0000267864010 47fa5

100
En 3 uker gammel tidligere frisk gutt bringes til akuttmottak med 2-3 dagers historie med økende, kraftig sprutende oppkast etter amming. Han har vært trøtt siste døgn og er nå vanskelig å vekke; den siste våte bleien var i går. Du finner innsunket fremre fontanell, tørre slimhinner i munn, kjølige ekstremiteter, marmorert hud, og kapillærfyllingstid ca. 5 sekunder. Vekten er 4 kg, noe som er 0,8 kg mindre enn siste vekt tatt få dager tilbake. Temperatur er 36,8 ^{o}C, hjertefrekvens 192/min, blodtrykk 60/29 mmHg og respirasjonsfrekvens ca 60/min. I øvre høyre kvadrant av magen kjenner du en olivenformet oppfylling, og du klarer å etablere en definitiv diagnose med abdominal ultralyd.
Hva er det beste første trinn i behandlingen av denne pasienten?

A Start IV antibiotika i henhold til avdelingens rutine for empirisk behandling av neonatal sepsis
B Legg en nasogastrisk sonde og start oral rehydrering
C Etabler IV tilgang og administrer 20 ml/kg isoton væskebolus
D Etabler IV tilgang og start isoton vedlikeholdsvæske, 16 ml/time

0000267864010 47fa5

101
En 13 år gammel tidligere frisk gutt kommer til vurdering hos deg som LIS1 på fastlegekontor da han 2-3 måneder tilbake oppdaget en kul under høyre bryst, nå også på venstre side. Kulene kan være litt ømme når han kjenner mye på dem, og han synes det er litt pinlig da det ser litt ut som pupper. På timen får du ikke frem andre symptomer, det er normale naturlige funksjoner. Vekt og lengde rundt 75 percentilen. Ingen lokal eller generell glandelsvulst, normal hudstatus. Du palperer en 3x3cm stor kul rett under mamillen på høyre side og en noe mindre kul på 2x2 cm på venstre side. Begge virker som kjertelvev og er beveglige i forhold til underlaget. Normal organstatus i øvrig. Det er såvidt begynnende pubesbehåring, og du finner testikkel på vel 8 ml bilateralt, normal konsistens.
Hva er riktigste tiltak?

A Ta genetisk prøve med tanke på Klinefelter syndrom
B Henvise til ultralyd av testikler og binyrer
C Berolige om at dette er en normalvariant
D Rekvirere biokjemisk kjønnshormonstatus inkludert hCG og AFP

0000267864010 47fa5

102
Et foreldrepar kommer til deg som legevaktslege med sin snart 4 måneder gamle datter. Hun spiser bare litt om gangen, og nå er de bekymret fordi hun er slapp og utilpass. De begynte å gi tillegg etter 3-mnd-kontrollen på Helsestasjonen, men hun har likevel lagt på seg mindre enn ønsket. De syns at hun også har pustet fort siste 2-3 uker, særlig de siste dagene.
Ved undersøkelse er barnet i relativt god allmenntilstand og gir god kontakt. Hun er blek, men ikke cyanotisk. Respirasjonen er ubesværet men påskyndet (RF 56/min, ref <50). Leveren palperes ca 2 cm under kostalbuen. Lyskepulsene er til stede, men hender og føtter er kjølige. Hun har en systolisk bilyd grad 4 over hele prekordiet.
Du mistenker at barnet har hjertefeil.
Hvilken type er mest sannsynlig?

A Venstre til-høyre-shunt
B Høyresidig stenose
C Venstresidig stenose
D Høyre-til -venstre-shunt

0000267864010 47fa5

103
Du er LIS1 på en barnavdeling og tilkalles til fødeavdelingen for å vurdere en to timer gammel baby. Barnet er født vaginalt til termin med fødselsvekt 3720 gram. Jordmor forteller at hun observerte svært mye fostervann i forbindelse med fødselen. Det var kjent at symfyse-fundus målet til moren hadde vært høyt og at man i siste trimester hadde påvist polyhydramnion.
Barnet har etter fødselen hatt intermitterende pustebesvær. Spesielt har jordmor bemerket at det kommer mye skummende spytt ut av munnen til barnet, og enda mer etter første forsøk på amming. I tillegg har barnet hatt flere episoder med hoste der han også er blitt cyanotisk.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Pancreas annulare og duodenal stenose
B Neonatalt åndenødsyndrom hos et barn født til termin
C Øsofagusatresi og trakeoøsofagal fistel
D Alvorlig gastroøsofagal refluks

0000267864010 47fa5

104
En 15 år gammel jente oppsøker lege fordi hun ikke har fått menarke. Brystutviklingen startet ved 12 års alder. Ved undersøkelse har hun høyde 167 cm, vekt 55 kg og er i Tanner stadium 2. Klinisk somatisk status for øvrig er uten anmerkning.
Hvilken vurdering av hennes pubertetsstatus er riktigst?

A Menarke forventes ved Tanner stadium 4 og ligger noe fram i tid
B Anamnese og klinisk undersøkelse tilsier at menarke er snart forestående
C Pubertetsutviklingen har gått for sakte og tilgrunnliggende sykdom kan foreligge
D Ved så sen pubertetsstart vil pubertetsviklingen ta lengre tid

0000267864010 47fa5

105
Ei 15 år gammel jente har på flere håndballtreninger blitt akutt tung i pusten. Hun vurderer nå å slutte med sporten. Tungpusten kommer når hun anstrenger seg. Hun har prøvd inhalasjon med korttidsvirkende beta-2-agonist i forbindelse med plagene, uten at dette hjalp noe. Lege som tilfeldigvis var til stede under ei treningsøkt, bemerket at hun hadde stridor.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Pseudokrupp/akutt laryngitt
B Psykogene hyperventilasjonsanfall
C Anstrengelsesutløst asthma bronchiale
D Anstrengelsesutløst larynksobstruksjon (EILO)

0000267864010 47fa5

106
En 2 måneder gammel gutt blir brakt til deg som fastlege av sin mor, hun virker nervøs og litt sliten. Hun er alenemor og har med seg barnets to søsken på 3 og 5 år. Gutten har feber (38.2 ^{o}C), preges av hoste og surkling, virker nesetett, og du ser nesevingespill. Når du kler av ham, ser du inndragninger interkostalt og supraklavikulært. Ved auskultasjon hører du utbredte knatrelyder (krepitasjoner) og spredte pipelyder på både innpust og utpust over alle lungeflater. Du syns han puster litt ujevnt og at han strever.
Hva er beste tiltak nå?

A Roe ned moren, og gi systemiske kortikosteroider for pseudokrupp.
B Legge inn på sykehus uten nærmere undersøkelser.
C Forskrive astmamedisiner, og be moren ta kontakt om barnet ikke blir bedre.
D Ta CRP og røntgen toraks (privat røntgeninstitutt i bygget); beslutte tiltak når svarene foreligger.

0000267864010 47fa5

107
Du jobber på legevakt og får inn en kvinne på 34 år. Pasienten forteller at hun er svært følsom for elektrisk strøm, og har de siste seks månedene forsøkt å kutte ned strømforbruket til et minimum fordi hun mener signalene påvirker henne. Det framkommer etter hvert at hun føler seg forfulgt av politiet, synes dette har blitt mer plagsomt den siste uka, og hun har isolert seg fra all kontakt med omverdenen.
Du vurderer at både følsomheten for elektriske signaler og hennes beskrivelse av at politiet forfølger henne, er mest forenlig med psykotiske opplevelser, men finner ikke at det er noen umiddelbar fare for eget eller andres liv eller helse. Hun har aldri tidligere vært innlagt i psykiatri, men du mener det er et helt klart grunnlag for å iverksette utredning og behandling. Hun er ambivalent til innleggelse. Du vurderer henne psykotisk og behandlingstrengende.
Hva er riktig bruk av psykisk helsevernloven i denne situasjonen?

A Fordi du ikke kjenner henne fra før, må hun legges inn til tvungen observasjon i henhold til §3-2 i Lov om psykisk helsevern
B Frivillig tilnærming må forsøkes, psykiatrisk akutteam kontaktes og det avtales ny konsultasjon dagen etter
C Du varsler politiet, som kan begjære innleggelse til tvungent psykisk helsevern i henhold til §3-3 i Lov om psykisk helsevern
D Hun må legges inn til tvungent psykisk helsevern i henhold til §3-3 i Lov om psykisk helsevern

0000267864010 47fa5

108
En 21 år gammel student har etter 2 år på universitetet ikke bestått en eneste eksamen. Hun har i utgangspunktet vært veldig flink på skolen, men fra ungdomsskolen av har hun slitt med bl.a. å huske skolesaker, bli ferdig med prøver og gjøre ferdig innleveringer. Dette til tross for veldig strukturerte foreldre. Hun greide seg gjennom videregående, men gjorde det dårligere enn lærer og foreldre mente hun hadde evner til. Hun synes dette er leit, for hun har virkelig forsøkt å gjøre det bra. Siden hun var 13 år har hun hatt gjentatte depresjoner. Hun har alltid slitt med å sovne om kvelden. Venner irriterer seg over at hun ikke følger med i samtaler, alltid kommer for sent til avtaler. Hun kjenner på konstant indre uro og "tankekjør", men greier ikke å slappe av. Hun har det siste året kjent på økende utmattelse, er veldig ukonsentrert og har mye smerter i nakkemusklene.
Hva er mest sannsylige diagnose?

A Angst
B Depresjon
C ME (kronisk utmattelsessyndrom, CFS)
D ADHD

0000267864010 47fa5

109
Du er fastlege for en 57 år gammel kvinne som du vurderer har utviklet en depresjon over de siste 4-5 ukene. Hun startet behandling med antidepressiva (SSRI) for en uke siden. I dag kommer pasienten til ny time sammen med sin mann. Hun har ikke blitt bedre, tvert imot er hun nå mye dårligere enn noen gang tidligere. Hun har sovet minimalt den siste uka, ektefelle beskriver at hun de siste par dagene har framstått fortvilet og nærmest desperat. Pasienten bekrefter dette. Hun fremstår ekstremt urolig, vandrer hvileløst rundt, er gråtlabil. På direkte spørsmål om hun har tanker om å ta sitt liv eller skade seg selv svarer hun litt vagt, men beskriver ikke tydelige planer.
Hvilket tiltak er riktigst nå?

A Henvise pasienten til poliklinisk oppfølging med beskjed om at hun må få time i løpet av en uke
B Legge til et sovemiddel i form av zopiklon 7,5 mg til kvelden og gi henne ny time i morgen
C Seponere antidepressiva og gi henne en ny time i morgen
D Legge pasienten inn på sykehus akutt pga suicidfare

0000267864010 47fa5

110
En 23 år gammel mann kommer sammen med mor, som forteller at familien har vært svært bekymret for ham de siste tre månedene. Han har isolert seg hjemme, har snudd døgnet og har store problemer med å sove. Han har siden videregående jobbet i et byggefirma, men har vært sykmeldt de siste månedene grunnet økende nedstemthet og angst. Han har dårlig matlyst og har gått mye ned i vekt. Han svarer med enstavelsesord, framstår uttalt mistenksom. Han bekrefter at han fortsatt føler seg trist og nedstemt, engstelig og «underlig» de siste månedene. Etter hvert framkommer suicidaltanker. Han har store problemer med å konsentrere seg om vanlige gjøremål.
Hvilke symptomer gir mest grunnlag for å mistenke schizofreni?

A Angst, tilbaketrekning og selvmordstanker
B Nedsatt energi, nedstemthet og søvnproblemer
C Tilbaketrekning, undring rundt egen person og mistenksomhet
D Konsentrasjonsvansker, redusert matlyst og søvnproblemer

0000267864010 47fa5

111
En 79 år gammel enkemann med bipolar lidelse har over mange år stått på litium. Pga redusert nyrefunksjon med eGFR 40 ml/min/1,73m^2 (ref >90) sluttet han på dette for et år siden og det har gått bra. Han er ellers frisk. Nå kommer han til legekontoret og tar opp at han de siste ukene har mistet all energi. Dette er et stort problem ettersom han skulle hjelpe sønnen med oppussing av huset. Han blir bare sittende og kommer ikke igang med noe. Han våkner nå tidlig (klokka 04:00) og ligger og bekymrer seg over oppussingen hver morgen. Siste to uker har han ikke hatt ro til å sitte stille, han vandrer rastløst rundt. Han orker ikke å spise og klærne "slenger på ham",
Hva er riktig håndtering av pasienten nå?

A Kontakte psykiater umiddelbart for å diskutere håndtering
B Henvise ham til kardiolog pga den plutselig nedsatte arbeidskapasiteten/utholdenheten
C Starte opp litium da det kan stabilisere søvnen
D Ta en samtale om at man har mindre energi som 79 åring enn som yngre

0000267864010 47fa5

112
Du er LIS1 hos fastlege, og en mannlig LIS-kollega av deg virker stresset, sliten og svært bekymret. Han har fått brev fra Statsforvalteren om at det er åpnet tilsynssak mot ham da apoteket har varslet stort uttak av B-preparater. Han medgir økende forbruk av benzodiazepiner siste år for å roe seg ned, og han er nå oppe i døgndoser på 80-100 mg diazepam i tillegg til 200 mg oksazepam om kvelden.
Hva er riktig av kollegaen nå?

A Sakte nedtrapping av benzodiazepin-dosen med 10% hver uke, fortsette i jobb
B Sykmelding og behandling hos spesialist i psykiatri eller rus- og avhengighetsmedisin
C Fortsette som lege med støtte fra kommuneoverlege
D Sakte nedtrapping av benzodiazepin-dosen med 10% hver uke og ta regelmessige rusprøver

0000267864010 47fa5

113
Du jobber som LIS1 hos fastlege. En kvinne på 30 år kommer til deg på kontoret og klager over smerter i rygg og overarmer som har holdt seg uendret de siste årene. Hun er nøye utredet av deg, revmatolog og spesialist i fysikalsk medisin, uten at det er funnet organiske årsaker til hennes muskelsmerter. Hun virker nedfor og lite fornøyd med tilværelsen. Hun har hatt flere kortvarige kjæresteforhold de siste årene, har stadig skiftet arbeid. Hun får fort nye bekjentskaper, men kommer lett på kant med andre. Du opplever at hun ofte irriterer deg. Hun oppleves svært ustabil: På den ene siden er hun svært selvkritisk, på den andre siden verdsettes hun ikke høyt nok av andre.
Hvilken tilstand er dette?

A Personlighetsforstyrrelse
B Tvangslidelse (OCD)
C Fibromyalgi
D Depresjon

0000267864010 47fa5

114
Du er fastlege for en 42 år gammel kvinne som jobber som økonom i bank. Hun beskriver at hun i flere år har vært svært plaget med generell engstelse og uro, med hjertebank, svetting og muskelspenninger. Det kan dukke opp når som helst, men er spesielt ille når oppmerksomheten rettes mot henne, både på jobb og privat. Hun oppsøker hjelp nå fordi hun synes det i økende grad er vanskelig å fungere på jobben, plagene har blitt verre de siste tre årene. Hun klarer ikke snakke til flere kunder samtidig i mindre forsamlinger, noe som er en nødvendighet for å kunne fylle oppgaven i stillingen. Hun har også problemer med lunsjpausene, får anfall med høy puls, skjelving på hendene, intens angstfølelse, klarer da ikke å spise.
Hva er mest riktig behandling?

A Henvise til kognitiv atferdsterapi med eksponering og følge opp med støttesamtaler i påvente av behandling
B Forskrive et benzodiazepin som kan brukes for å greie å gjennomføre viktige møter
C Igangsette behandling med et antidepressivum (SSRI)
D Ukentlige støttesamtaler hos fastlege er tilstrekkelig

0000267864010 47fa5

115
En 44 årig mann legges inn på akuttpsykiatrisk avdeling. Han har forandret seg med mulig depresjon de siste par måneder. Han bor for seg selv, og da familien ikke hadde fått kontakt de siste tre uker, dro de på besøk. De fant ham konfus, forvirret og uklar. Han hadde utviklet gangvansker slik at de måtte støtte ham når han gikk over gulvet. Han hadde åpenbart hatt et betydelig vekttap over kort tid. I undersøkelsen gir han noe kontakt, øynene beveger seg hakkete. Han fremstår forvirret. Familien avkrefter helt mulighet for rusmiddelbruk av noe slag.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Alvorlig depressiv episode. Denne er nå forverret med katatone trekk.
B Akutt tiaminmangel tilstand (Mb Wernicke).
C Cerebralt insult (blødnig eller iskemi).
D Alvorlig depressiv episode. Denne er nå forverret, og pasienten har utviklet depressive, psykotiske trekk.

0000267864010 47fa5

116
Du er LIS på et større akuttmottak. Det kommer inn tre menn i 20-årene fra samme vennegjeng. Ambulanser har hentet dem fra samme sted. De har sammen misbrukt rusmidler over flere dager. Ambulansepersonell fant flere typer rusmidler inkludert noe som sannsynligvis var GHB i leiligheten. Alle er ekstremt agiterte og forvirrede. De er alle hypertensive. Den ene pasienten har CK på 764 U/L (ref <400). Agitasjon og uro må reduseres umiddelbart. Du gir diazepam 15 mg. Dette har svært liten effekt. Du må intensivere farmakologisk behandling.
Hva er beste medikamentelle behandling nå i den akutte fase?

A Benzodiazepiner.
B Stemningsstabiliserende antiepileptika.
C Annengenerasjons antipsykotika.
D Førstegenerasjons antipsykotika (for eksempel haloperidol).

0000267864010 47fa5

117
Mann 23 år kommer til fastlegekontoret med hoven og smertefull høyre ankel. Han har hatt smerter og hevelse i ankelen i ca. 1 uke. Allmenntilstanden er god, men han er litt slapp og han har hatt litt tørrhoste de siste ukene. Du finner betydelig hevelse og rubor rundt høyre ankel. Du finner også noen 2-5 cm store røde, ømme knuter på fremsiden av leggene. CRP er 35 mg/L (ref. <5). Urat er 490 mikromol/L (ref. 230-480). Ellers er det ikke noe spesielt å merke seg i blodprøvene.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Løfgrens syndrom (akutt sarkoidose).
B Enteropatisk artritt med artritt i ankelleddet.
C Akutt arthritis urica-anfall.
D Reaktiv artritt på bakgrunn av luftveisinfeksjon.

0000267864010047fa5

118
En tidligere frisk, 43 år gammel bilmekaniker kontakter deg på fastlegekontoret fordi han har hatt smerter, stivhet og hevelse i begge knær og i høyre håndledd i cirka 3 uker. Smertene i knærne øker ved gange, og i høyre håndledd når han skrur. De siste 2 ukene har han hatt et utslett under begge føttene (se bilde). CRP er 8 mg/L (ref. <5). Du gir han resept på steroidsalve og NSAID.
Hva bør neste skritt i utredningen være?



A Rekvirere anti-Borrelia IgM/IgG og henvise pasienten til dermatolog
B Rekvirere klamydiatest og henvise pasienten til revmatolog
C Rekvirere anti-CCP (anti-cyclic citrullinated peptide) og sette pasienten opp til kontroll
D Rekvirere ANA-test (antinukleære antistoffer) og sette pasienten opp til kontroll

0000267864010047fa5

119
En 34 år gammel mann kontakter fastlegen fordi han har hatt et utslett i ansiktet i flere uker (se foto). Han har også hatt feber på ca 38,5°C og føler seg dårligere når han er i solen. Blodprøver viser lave leukocytter på 3,2 10^9/L (ref. 4.0-11.0), men CRP, trombocytter, erytrocytter og hemoglobin normale.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?



A Soleksem og allergi.
B Discoid lupus erythematosus ved systemisk lupus erythematosus (SLE).
C Sommerfugleksantem ved systemisk lupus erythematosus (SLE).
D Seboreisk eksem ved systemisk lupus erythematosus (SLE).

0000267864010 47fa5

120
En mann på 67 år kommer i følge med samboer til deg som LIS1 på fastlegekontor. Han har to ukers sykehistorie med smerter og stivhet i nakke og hofter, kommer seg ikke ut av senga uten bistand og må ha hjelp med å kle på seg.
Ved undersøkelse har han problemer med å reise seg opp fra stolen uten hjelp, samt å få armene over hodet, mens øvrig leddstatus er normal. Ingen utslett. Øvrig klinisk us er uten anmerkning
Blodprøver:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdier
Hb	10.6 g/dL	11.5-15.5
Leukocytter	10.7 x 10^9/L	3.7-10.0
Trombocytter	500x 109/L	150-400
SR	52 mm/time	1-21
CRP	34 mg/L	< 5
ALAT	40 U/L	10-45
Kreatinin	92 µmol/L	60-105

Urinstiks : normal
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Ankyloserende spondylitt
B Systemisk lupus erythematosus
C Polymyalgia revmatika
D Revmatoid artritt

0000267864010 47fa5

121
En 63 år gammel mann kommer til fastlegen med smerter og hevelser i hender/fingre (se bilde), og dette har gradvis økt på de siste to månedene. Han har ikke skadet hendene og har god allmenntilstand.
Hva bør fastlegen gjøre?



A Starte med NSAID, ta blodprøver og kontrollere om 2 uker
B Henvise til revmatolog
C Henvise til ortoped
D Starte med NSAID og be pasienten ta kontakt ved manglende bedring

0000267864010047fa5

122
En 44 år gammel kvinne med kjent Sjøgrens syndrom oppsøker deg fordi hun har fått en hevelse ved venstre kinn som har vedvart over flere uker. Hun fikk diagnosen Sjøgrens syndrom for 10 år siden, basert på tørre øyne, tørr munn, fatigue og positiv test for antinuklære antistoffer (ANA) med anti-SSA og anti-SSB. Siccaproblemene er ikke blitt verre, og hun har ikke smerter når spiser.
Ved undersøkelsen finner du en fast, uøm forstørrelse av glandula parotis. Det er ingen forstørrede lymfeknuter på halsen, i aksillene eller i lyskene. Laboratorieprøvene viser:

Analyse	Svar	Referanseområde
Senkningsreaksjon (SR)	25 mm/time	<24
CRP	6 mg/L	<5
ACE (angiotensin converting enzyme)	25 U/L	14-61
Kalsium	2,45 mmol/L	2,15-2,51
Monospot	Negativ	Negativ

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Lymfom
B Mononukleose
C Sarkoidose
D Kusma

0000267864010 47fa5

123
Pasientmedvirkning er både et ideal og en rettighet. En pasient kommer til fastlegen for å diskutere utfordringer med knesmerter på grunn av kneartrose. Hun har hatt tilstanden i mer enn 10 år, og nå synes hun smertene er blitt verre. Hun lurer på hvilke behandlingsvalg som finnes og hva som kan gjøres for at hun kan få det bedre.
Hvordan håndterer fastlegen denne situasjonen riktigst?

A Tar utdypende smerteanamnese og henviser til fysioterapeut.
B Øker NSAID doseringen og gir pasienten skriftlig informasjon om behandlingsformer.
C Gjennomgår ulike mulige behandlingsformer før videre beslutning.
D Henviser til spesialist i ortopedi.

0000267864010 47fa5

124
Som LIS1 i allmennpraksis møter du en 42 år gammel frisør med akutt bursitt i høyre skulder. Etter en funksjonsvurdering konkluderer du med at hun trenger sykmelding. Arbeidsgiver klarer ikke tilrettelegge arbeidsplassen eller gi henne alternative arbeidsoppgaver som hun kunne klart.
Hva må pasienten gjøre for å oppfylle aktivitetskravet ved sykmelding?

A Begynne i arbeid igjen, helt eller delvis, så snart tilstanden og behandlingen tillater det
B Gjennomføre behandling hos fysioterapeut med hensikt å bedre arbeidsevnen
C Starte arbeidsrettede tiltak hvis sykmeldingen varer over åtte uker
D Fylle ut egenerklæring om hvilke arbeidsaktiviteter hun ikke klarer og utarbeide oppfølgingsplan sammen med NAV

0000267864010 47fa5

125
Du er fastlege til en kvinne på 66 år som ringer deg en onsdag morgen. Kvelden før ble hun febersyk og fikk positivt utslag på en covid-19 hjemmetest. Nå er hun bekymret for om hun kan ha smittet en skrøpelig venninne som hun var på besøk hos i helgen. Du vet at inkubasjonstiden er opptil 2 uker, men er usikker på om latenstiden er det samme.
Hva er definisjonen på latenstid for en infeksjon?

A Fra symptomstart til gjennomgått behandling og smittefrihet
B Fra smittetidspunktet til symptomer
C Fra smittetidspunktet til smittsomhet oppstår
D Fra smittetidspunktet til infeksjonen kan påvises med en laboratorietest

0000267864010 47fa5

126
Som fastlege har du legevakt. Du har nå to pasienter du vil legge inn for å avklare videre forløp. Den ene er en 92 år gammel mann som bor alene, med halsinfeksjon og dårlig allmenntilstand, medisinsk avklart, men greier ikke å ivareta seg selv. Den andre er en 32 år gammel gravid med høyt blodtrykk og hodepine.
Hva er riktig prioritering vedrørende innleggelse av disse pasientene?

A Mannen innlegges på sykehus og kvinnen på kommunalt døgnopphold
B Begge innlegges på kommunalt døgnopphold
C Mannen innlegges på kommunalt døgnopphold og kvinnen innlegges på sykehuset
D Begge innlegges på sykehuset

0000267864010047fa5

127
En 49 år gammel mann med mekanisk aortaventil har fått gastrointestinale symptomer med oppkast og diaré i 10 dager. Han oppsøker lege for økende tungpust. Ved klinisk undersøkelse er pasienten afebril og legen hører ingen klikkelyd, men en svak systolisk bilyd.
Hvilken laboratorieundersøkelse er mest relevant å gjennomføre ?

A APTT (Aktivert partiell tromboplastintid)
B PT-INR (Protrombintid-Internasjonalt normalisert ratio)
C Hb (Hemoglobin)
D CRP (C-reaktiv protein)

0000267864010047fa5

128
Du er fastlege for en 85 år gammel dame som har en signifikant aortaklaffestenose. Hun klarer ikke helt å forklare selv om hun har noen plager, men pårørende sier at hun kan virke tyngre i pusten, men bare når hun går. Hun har en moderat demenssykdom med MMS (mini mental status) på 17/30 poeng og bor alene med tilsyn av hjemmesykepleier 4 ganger daglig til stell, påkledning og assistanse i måltid. Hun kommer i dag med sin datter for å diskutere behandlingsalternativer. Datteren ønsker at moren henvises for operasjon.
Hvilken informasjon er riktigst å gi i denne situasjonen?

A At pasienten pga lite plager og moderat demens anbefales en konservativ strategi og kan følges videre på fastlegekontoret
B At de fleste pasienter i denne aldersgruppen får åpen hjertekirurgi med innsetting av biologisk ventil fordi man da slipper antikoagulasjon
C At dette ikke er noe en fastlege kan ta stilling til, slik at pasienten bør henvises til torakskirurg for vurdering med tanke på klaffekirurgi
D At pasienten har en økt operasjonsrisiko ved åpen kirurgi, men transkateter aortaklaffeoperasjon (TAVI) er et godt og trygt behandlingsalternativ

0000267864010047fa5

129
Du har på vakt på legevakta da en 43 år gammel mann kommer inn. Fra tidligere har han en lettgradig astma, og for flere år siden ble han operert for en aortastenose. Han kommer nå på grunn av økende tungpust siste dager. Han forteller at han hadde et mindre fall på sparkesykkel for ca 1 uke siden, men har ikke hatt særlig vondt.
Hvilken årsak til pasientens økende dyspne er nå viktigst å utelukke?

A Hemotoraks
B Pneumotoraks
C Forverring av astma
D Begynnende luftveisinfeksjon

0000267864010047fa5

130
Du tilkalles som kirurgisk primærvakt til intensivavdelingen. En 25 år gammel mann med type 1 diabetes behandles med respirator på grunn av sepsis med respirasjonssvikt. Han ble intubert klokka 18 i dag og fikk anlagt sentralvenøstkateter (CVK) klokka 20. Røntgen toraks tatt klokka 22:30 viser venstresidig pneumotoraks med apikal kappe på ca 1,8 cm.
Hva er riktig tiltak nå?

A Be om nytt røntgen toraks påfølgende dag fordi pneumotoraks er liten
B Eksuflere/aspirere pneumotoraks fordi dette kan være tilstrekkelig ved en liten pneumotoraks
C Be om CT toraks fordi pneumotoraks kan se mindre ut på et liggende bilde enn på et stående bilde.
D Legge toraksdren fordi det er risiko for progresjon til tensjonspneumothorax hos intuberte pasienter

0000267864010047fa5

131
En 65 år gammel mann med opphopning av prostatakreft i familien blir henvist for utredning med spørsmål om prostatakreft. Pasienten har fått målt en PSA på 4,3 mg/L (ref. <4.0) for tre uker siden. Den dagen pasienten kommer til time på kirurgisk poliklinikk, har PSA falt til 3,1 mg/L. Ved klinisk undersøkelse palperes en sannsynlig tumor i høyre prostatalapp som klinisk vurderes som T2.
Hvilken undersøkelse bør utføres som neste steg i utredningen?

A Skjelettscintigrafi
B Prostatabiopsier
C MR prostata
D Ultralyd av prostata

0000267864010047fa5

132
En 86 år gammel kvinne innlegges i ortopedisk avdeling med hoftebrudd. Hun bruker følgende legemidler:
- Metoprolol depot 100 mg x 1 (en betablokker)
- Kandesartan 16 mg x 1 (en angiotensin-2-blokker)
- Metformin 500 mg x 2 (et antidiabetikum)
- Zopiklon 7,5 mg om kvelden (et benzodiazepinliknende sovemiddel)
- Dapagliflozin 10 mg x 1 (en SGLT2-hemmer)
- Simvastatin 20 mg x 1 (et kolesterolsenkende statin)
Hvilke av legemidlene bør pauses («nulles») preoperativt?

A Zopiklon, kandesartan og metoprolol.
B Metformin, zopiklon og simvastatin.
C Kandesartan og metformin.
D Kandesartan, metformin og dapagliflozin

0000267864010047fa5

133
En 47 år gammel kvinne oppsøker deg på fastlegekontoret der du er LIS1 pga anfallsvis svimmelhet. Ved utspørring kommer det frem at anfallene kommer i ganske korte atakker når hun snur seg til den ene siden, og at plagene har pågått i 3-4 uker. Hun har blitt engstelig og har vært borte fra jobben i barnehagen de siste dagene. Hun er redd farlige situasjoner kan oppstå hvis hun får anfall mens hun løfter eller bærer på et lite barn. Pasienten har ikke merket endringer i hørsel, og bortsett fra anfallene med svimmelhet kjenner hun seg frisk.
Hvilken undersøkelse har størst sjanse for å avdekke diagnosen?

A Dix-Hallpikes test
B Audiometri
C CT eller MR med tinningbensprotokoll
D Kalorisk prøve

0000267864010047fa5

134
20 år gammel tidligere frisk mann oppsøker legevakta. De siste dagene har han fått en kul nesten i midtlinja fortil på halsen, i overkant av adamseplet. Kulen er ca. 2 cm i diameter. Huden er hoven, rød, øm og spent. CRP 19 mg/L (ref. <5), leukocytter 8,9 x10^9/L)(ref. 3,5-10) og temperatur 37,3 ^oC i øret. God allmenntilstand.
Da du undersøker kulen, går det hull på huden og det tømmer seg puss. Du skyller forsiktig, legger på bandasje og mistenker en median halscyste med infeksjon.
Hva er riktigste fremgangsmåte videre?

A Ta dyrkningsprøve fra pusset, starte empirisk peroral antibiotikabehandling og henvise pasienten til ultralyd av halsen
B Legge inn pasienten ved medisinsk avdeling for intravenøs antibiotikabehandling
C Starte empirisk intravenøs antibiotikabehandling og melde pasient som øyeblikkelig hjelp til nærmeste øre-nese-halsavdeling
D Ta dyrkningsprøve fra pusset, starte empirisk peroral antibiotikabehandling og henvise pasienten elektivt til øre-nese-halslege

0000267864010 47fa5

135
Ei jente på 4 år kommer til fastlegen to måneder etter en ørebetennelse på venstre side. Foreldrene synes hun hører dårligere på dette øret. Ved otoskopi ses funn forenlig med sekretorisk otitt på venstre side. På høyre øret har hun normal hørsel og normal otoskopi. Du gjør Weber og Rinnes prøve.
Hva er resultatet ved Weber og Rinne?

A Webers prøve går til høyre og Rinnes prøve er positiv på begge sider
B Webers prøve går til venstre og Rinnes prøve er positiv (høres best foran øret) på begge sider
C Webers prøve i midtlinjen/uten lateralisering og Rinnes prøve er positiv på begge sider
D Webers prøve går til venstre og Rinnes prøve er negativ (høres best bak øret) på venstre øre

0000267864010 47fa5

136
En 70 år gammel kvinne innlagt på kirurgisk avdeling, gjennomgikk en langvarig operasjon i narkose tidligere i dag. Hun angir betydelig ruskfølelse og problemer med å holde høyre øye åpent. Plagene har vært der siden hun våknet fra anestesien. Ved undersøkelse angir hun mer tåkete syn på høyre øye, og det er tydelig blefarospasme, uttalt tåreflod og ciliær injeksjon på høyre side.
Hvilken undersøkelse bør gjøres først for å bekrefte den overveiende sannsynlige diagnosen?

A Vurdering av pupilleform og -reaksjon
B Måling av øyetrykk
C Måling av CRP
D Fluoresceinfarging av hornhinnen

0000267864010 47fa5

137
En mor forteller på helsestasjonen at hennes 6 måneder gamle datter i flere måneder har hatt tårerenning og periodevis puss venstre øye. De har forsøkt å holde øyelokkene rene, og massere over tåresekken uten at dette har hatt tilstrekkelig effekt. Ved undersøkelse er venstre øye blekt. Ved lokalt trykk over tåresekken tømmer det seg lett pusstilblandet sekret.
Hva bør helsestasjonslegen gjøre videre?

A Henvise til vurdering hos øyelege
B Avvente videre tiltak utover massasje
C Henvise til tåreveissondering i narkose
D Starte behandling med topikal antibiotika

0000267864010 47fa5

138
En mann i 60-årene har hatt vertikalt, binokulært dobbeltsyn etter at han falt på isen og slo bakhodet for to dager siden. Ved undersøkelse på fastlegekontoret finner du at pasienten sitter med hodet tiltet mot høyre side, og at venstre øye skjeler oppover. Skjelingen øker ved adduksjon av venstre øye. Venstre øye har også svekket evne til abduksjon og depresjon. Høyre øye er rettstilt og har normal motilitet.
Hvilken tilstand foreligger mest sannsynlig?

A Oculomotoriusparese
B Trochlearisparese
C Orbitafraktur
D Horner syndrom

0000267864010047fa5

139
En 70 år gammel dame kommer på legekontoret og forteller at hun de siste ukene har merket at rette linjer er blitt krokete. Hun merker det når hun har begge øyne åpne, men ikke når hun lukker venstre øye. Hun er blitt mer ustø, men kjenner seg ellers frisk.
Hva er mest sannsynlig diagnose, og hva er riktig tiltak?

A Aldersrelatert makula degenerasjon. Pasienten bør henvises til øyelege.
B Hjerneslag. Pasienten bør innlegges akutt på sykehuset.
C Katarakt. Pasienten bør henvises til øyelege.
D Skjev hornhinne. Pasienten bør henvises til optiker.

0000267864010047fa5

140
En 60 år gammel mann kommer til deg på legekontoret for å få testet øynene med tanke på glaukom da han har kjent glaukom i familien. Han lurer på hvilken skade glaukom kan forårsake og om man kan merke dette selv eller må på kontroller.
Hva er det riktig å svare?

A Synsstyrken (visus) reduseres og dette vil pasientene merke selv. Pasientene bes derfor om å ta kontakt ved symptomer.
B Sentralsynet skades først. Pasientene vil merke dette om de tester ett øye av gangen, hvilket anbefales, med samtidig beskjed om å ta kontakt ved symptomer.
C Fargesynet påvirkes slik at alt blir gråere på det affiserte øyet. Pasientene bes om å ta kontakt ved symptomer.
D Sidesynet skades, men dette gir vanligvis ingen symptomer. Pasientene bør derfor møte til jevnlige kontroller.

0000267864010047fa5