Felles avsluttende skriftlig deleksamen i medisin vår 2025
Eksamensdato: 2025-05-27

1
Du er LIS-1 på kirurgisk avdeling og tar imot en ung mann med skulderluksasjon. Legen på lokal legevakt har forsøkt å reponere etter å ha gitt morfin og diazepam IV, men fikk ikke til pga sterke smerter. Du gir ytterligere opioid og benzodiazepin og skal reponere. Du blir bekymret for bivirkninger av de høye dosene.
Når er risikoen for respirasjonsdepresjon størst hos denne pasienten?

A Risikoen er størst når skulderen er reponert dersom serumkonsentrasjonen fortsatt er høy
B Risikoen er størst etter 10-20 minutter når opioid har maksimal effekt
C Risikoen er størst 1 minutt etter siste IV injeksjon når serumkonsentrasjonen er høyest
D Risikoen er størst etter to timer på grunn av akkumulering

000026835a4777e906

2
En 48 år gammel pasient med pneumoni har med nesekateter med oksygen 4 L/min en pO_2 på 7,2 kPa (ref. 12-14). CO_2 er normal. Røntgen toraks viser pneumoni og atelektase.
Hvordan kan man mest effektivt øke arterielt oksygennivå hos denne pasienten?

A BiPAP med maske
B Oksygen (7 L/min) på enkelt nesekateter
C Oksygen (6 L/min) på maske uten reservoir
D CPAP (kontinuerlig positivt luftveistrykk) med maske

000026835a4777e906

3
Du er LIS1 i kommunal legevakt og får inn en 23 år gammel tidligere frisk pasient med økende konfusjon, hodepine, oppkast og sterk sykdomsfølelse. Symptomene har kommet i løpet av få timer. Ved undersøkelse ligger pasienten med øynene lukket og følgende funn:

	Verdi	Referanseverdi
Respirasjonsfrekvens	18 /min	
SpO_2	97%	
Puls	84 /min	
Blodtrykk	107/49 mmHg	
Temperatur	37,8 ^oC	
Leukocytter	6,0 $x10^9$/L	3,5-10
CRP	23 mg/L	< 5

Hvilke funn kan brukes til å utelukke sepsis hos denne pasienten?

A Alle
B Leukocytter og temperatur
C Respirasjonsfrekvens og systolisk blodtrykk
D Ingen

000026835a4777e906

4
Som LIS1 i kommunen har du legevakt og rykker ut til en trafikkhendelse der en bil kjørte av veien og rullet rundt for ca 20 min siden. Ambulansen er allerede på skadestedet og har tatt føreren inn i ambulansen.
Du finner en våken og orientert, tidligere frisk mann på 28 år. Han har tørr, varm hud, regelmessig puls 88/min, RF 15/min, SpO2 98% uten oksygen. Ellers ingen åpenbare skader sett bort fra et kutt i pannen.
Hvordan skal denne pasienten håndteres?

A Iverksette oksygenbehandling, legge venekanyle og sakte infusjon med Ringeracetat, og be ambulansen kjøre pasienten til sykehus for traumemottak
B Melde til AMK om pasient som har vært utsatt for høyenergi-traume og be om at han transporteres med luftambulanse til sykehus for traumemottak
C Gjøre en systematisk traumeundersøkelse og dersom det ikke avdekkes noe annet, be ambulansen kjøre pasienten til legevakten for en grundigere undersøkelse
D Iverksette oksygenbehandling, legge venekanyle og sakte infusjon med Ringeracetat, og be ambulansen kjøre pasienten til sykehus for traumemottak med legefølge

000026835a4777e906

5
Du er LIS1 på et fastlegekontor. En tidligere frisk 48 år gammel kvinne har blitt kurativt behandlet for kreft. I etterkant har hun utviklet intense brennende og lynende smerter i begge underekstremiteter.
Hvordan skal denne smerten behandles?

A Med medikamenter mot nevropatisk smerte
B Pasienten må få grundig informasjon om at smerten trolig ikke kan lindres, men er prisen hun må betale for kurativ behandling av kreft
C Med sterke opioider
D Ved å følge WHOs smertetrapp for kreftsmerter til pasienten oppnår smertelindring

000026835a4777e906

6
En kvinne på 33 år kommer til fastlegen med feber, hoste uten oppspytt, dyspné og muskelverk de siste 7 dagene. Hun har tidligere hatt liknende episoder, uten effekt av antibiotika (penicillin og erytromycin er prøvd). Hun er tidligere frisk, har aldri røkt, har ingen kljente allergier og BMI er innenfor normalområdet. Hun har brukt egenmelding de siste dagene men er i full jobb i produksjonen på et sagbruk. Spirometri viser et blandet obstruktivt/restriktivt bilde. Fastlegen bestiller blodprøver. Du finner svar på disse under.

Analyse	Svar	Referanseområde
CRP	15 mg/L	< 5
Hb	12,3 g/dl	11,7 - 15,3
Leucocytter	5,9 10^9/L	3.5 -10.0

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Pasienten har mest sannsynlig en vanlig forkjølelse
B Pasienten har mest sannsylig en hypersensitivitetspneumonitt
C Pasienten har mest sannsynlig influensa
D Pasienten har mest sannsynlig bakteriell pneumoni

000026835a4777e906

7
En 55 år gammel mann fra Portugal har jobbet i Norge i to år, og kommer til deg som fastlege etter at han for fire uker siden fikk plutselig innsettende kvalme, oppkast, svimmelhet og synsforstyrrelser. Han er industrimekaniker og hadde i tre dager arbeidet mye med et polyuretanholdig lim som inneholder isocyanater og løsemidler. Han benyttet ikke åndedrettsvern under arbeidet. Han har vært utredet ved legevakten og hos nevrolog ved lokalt sykehus, og MR cerebrum er tatt og funnet normal. Det eneste som er påvist, er abducensparese høyre øye.
Han mener selv dette skyldes eksponering for løsemiddel i limet, og han ønsker å søke løsemiddelskade godkjent som yrkessykdom. Han har ikke vært undersøkt av bedriftshelsetjenesten.
Hvilken informasjon bør fastlegen gi pasienten i dette tilfellet?

A Akutt, fokal skade på en enkelt nerve kan vanskelig forklares ut fra eksponering for løsemiddel
B Han benyttet ikke åndedrettsvern og kan da ikke få sin sykdom godkjent som yrkessykdom
C Han er ikke norsk statsborger og har dermed ikke yrkesskaderettigheter i Norge
D Han må undersøkes av bedriftshelsetjenesten før han søker om godkjenning av yrkessykdom

000026835a4777e906

8
En 19 årig kvinne som jobber som lærling på en sementfabrikk fikk etter ca 3 måneders arbeid i produksjonen en irritativ dermatitt på begge hender. Utslettet er avgrenset i hanskeform på overekstremitetene og det framkommer at hun også har liknende utslett i ansiktet i perioder.
Hva er det mest relevant at fastlegen spør om for å avklare om pasienten kan ha en arbeidsrelatert tilstand?

A Har pasienten sterke rengjøringsmidler, kremer eller andre produkter som hun bruker på hendene hjemme?
B Har mor, far eller søsken hatt liknende utslett på hender og i ansiktet?
C Hvilke arbeidsoppgaver gir forverring, og blir pasienten bedre ved fravær fra arbeidsplassen?
D Har pasienten hatt atopi, og hadde hun et liknende utslett som barn?

000026835a4777e906

9
Ved de aller fleste brystkreftoperasjoner opereres både bryst og aksille. Operasjonen i brystet har til hensikt å fjerne påvist malign lesjon. Oftest er det ikke påvist metastaser i aksillære lymfeknuter før operasjonen, men likevel gjøres det et aksilleinngrep i samme operasjon.
Hva slags operasjon gjøres i aksillen der det ikke er påvist metastaser, og hva er hensikten med dette inngrepet?

A Det gjøres vaktpostdiagnostikk der man fjerner de første lymfeknutene det dreneres til i aksillen. Formålet er å diagnostisere evt. lymfeknutemetastaser.
B Det gjøres aksilledisseksjon der alle lymfeknuter i nivå 1 og 2 i aksillen fjernes. Formålet er å diagnostisere evt. lymfeknutemetastaser.
C Det gjøres aksilledisseksjon der alle lymfeknuter i nivå 1 og 2 i aksillen fjernes. Formålet er å hindre metastasering til aksillære lymfeknuter.
D Det gjøres vaktpostdiagnostikk der man fjerner de første lymfeknutene det dreneres til i aksillen. Formålet er å hindre metastasering til aksillære lymfeknuter.

000026835a4777e906

10
Du er fastlege. En av pasientene dine har vært på en MR-undersøkelse av nakken etter at hun i lengre tid har vært plaget med nakkesmerter. Det ble ikke funnet noe galt i nakken, men det kommenteres at hun har en 3 cm stor lesjon i venstre tyreoidealapp. Kulen er ikke beskrevet nærmere. Pasienten er 47 år. Bortsett fra nakkeplagene har hun ingen plager.
Hvordan bør pasienten informeres om funnet og videre håndtering?

A Et tilfeldig funn i tyreoidea er oftest godartet, men siden det i noen få tilfeller er kreft, skal hun henvises for utredning hos endokrinkirurg
B Kuler i tyreoidea forekommer sjelden. Kulen kan være godartet eller ondartet, og hun skal henvises for videre utredning hos endokrinkirurg
C Dette er et tilfeldig funn og har ingen klinisk betydning. Det er ikke nødvendig med videre utredning av tyreoidea
D Det er sannsynligvis kreft i tyreoidea, og hun skal derfor henvises for videre utredning av tyreoidea i pakkeforløp

000026835a4777e906

11
En 42 år gammel mann gjennomgikk total tyreoidektomi for Graves' sykdom. Dagen etter klager han over prikking i fingrene og leppene. Ved undersøkelse finnes ingen andre unormale funn. Serumkalsium er 1,9 mmol/L (ref. 2,1–2,55).
Hva er den mest sannsynlige årsaken til symptomene hans?

A Dehydrering etter operasjonen
B Infeksjon i operasjonssåret
C Postoperativ hypoparatyreoidisme
D Nerveskade under operasjonen

000026835a4777e906

12
En 9 år gammel jente som har flyktet til Norge fra et land i krig for 3 måneder siden har endret seg de siste 2 månedene. Før var hun glad og lekte mye. Nå er hun sur, irritabel og trekker seg unna andre barn. Hun sover mye, spiser lite og klarer ikke å konsentrere seg på skolen. Familien er ellers godt integrert i lokalsamfunnet. Somatiske lidelser er utelukket.
Hva er mest sannsynlige tilstand?

A Post-traumatisk stresslidelse (PTSD)
B Atferdsforstyrrelse
C Depressiv episode
D Tilpasningsforstyrrelse

000026835a4777e906

13
Som LIS på BUP møter du foreldrene til en gutt på 9 år. De beskriver at gutten er snill, empatisk og en god venn. Han tar imidlertid "stor plass" og det er mye uro og rundt ham. Han får ikke med seg beskjeder. Han har søvnvansker og uro, og store sinneutbrudd. Man har siden første klasse på skolen iverksatt omfattende tilrettelegging i skolesammenheng så vel som hjemme.
Hvilken ytterligere behandling bør foreldrene forespeiles?

A Metylfenidat
B Sertralin
C Dialektisk atferdsterapi
D Psykoedukativt familiesamarbeid

000026835a4777e906

14
En 70 år gammel mann med diabetes type 2 og hypertensjon kommer på legevakt da han over 2 dager har hatt feber med høyeste temperatur 38.4^{o}C, oppkast og symptomer fra øvre luftveier. Som fast medisinering har han en ACE-hemmer, metformin og langtidsvirkende insulin.
Lab på legevakt: kapillær CRP 10 mmol/L (ref. <5), kapillær glukose 8.4 mmol/L (ref. 4.2-6.3), urinstiks negativ (inkl. glukose og ketoner).
Tilstanden oppfattes som en viral luftveisinfeksjon.
Hvilke tiltak bør iverksettes?

A Ingen tiltak så lenge blodsukkeret er normalt
B Øke basaldosen med langtidsvirkende insulin
C Anbefale rikelig med drikke og hyppig blodsukkermåling, nulle metformin og ACE-hemmer så lenge han har oppkast
D Anbefale rikelig med drikke og hyppig blodsukkermåling

000026835a4777e906

15
En 35 år gammel mann kommer til deg med halsbetennelse. Han føler seg elendig og temperatur rektalt er 39,5^{o}C. Ved klinisk undersøkelse finner du hissig injeksjon i farynks og belegg på tonsiller. Han har hypertensjon og fikk påvist Graves' sykdom for 2 måneder siden.
Han bruker følgende medisiner fast:
- karbimazol 5 mg, 3 tabletter x 2
- levotyroksin 100 µg 1 tablett x 1
- losartan 50 mg 1 tablett x 1.

Du tar en halsprøve som påviser Strep A.
Hva er beste strategi videre?

A Starte behandling med fenoksymetylpenicillin tabletter, ingen andre tiltak
B Måle leukocytter og neutrofile granulocytter før videre tiltak besluttes
C Avvente tiltak, avtale kontroll om en uke, men kontakt hvis forverring
D Nulle karbimazol i 1 uke, starte behandling med fenoksymetylpenicillin tabletter

000026835a4777e906

16
Du er fastlege og møter en 70 år gammel kvinne du henviste til bentetthetsmåling for noen uker siden. Hun hadde falt på isen og brukket venstre håndledd, og nå viser målingen at hennes T-skår i rygg L1-L4 er -2,7. Hennes T-skår i hofter er -2,6.
Hva er anbefalt behandlingsstrategi, i tillegg til å vurdere tilskudd av kalsium og vitamin D?

A Oppstart subkutane injeksjoner med denosumab to ganger årlig
B Oppstart daglige subkutane injeksjoner med teriparatide
C Ingen bruddforebyggende medikamentell behandling
D Oppstart alendronat 70 mg ukentlig

000026835a4777e906

17
En 40 år gammel kvinne med fire barn under 12 år kommer til fastlegen sin og klager over redusert kapasitet. Hun er utslitt, hun har gått opp 2 kg i vekt (høyde 172 cm, vekt nå 91 kg), og hun opplever at hun har fått tørt hår og tykkere hud.
Fastlegen tar blodprøver og får til svar at TSH er 4,0 mIE/L (0,5-3,6), og FT4 er 12 pmol/L (12,0 – 22,0).
Hva er forventet klinisk effekt om hun starter behandling med levotyroksin?

A Redusert fysisk og mental kapasitet
B Økt fysisk og mental kapasitet
C Ingen endring
D Vektnedgang

000026835a4777e906

18
En 46 år gammel, tidligere frisk kvinne kommer til fastlegen fordi hun de siste ukene ofte har fått plager med hjertebank, svetting og uro. Plagene går over etter matinntak, - og hun har måttet stå opp om natten og spise pga. plagene. Hun har fått låne et måleapparat og målt blodglukose til 1,9 mmol/L (4,0-6,0) mens hun hadde plagene.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Feokromocytom
B VIP-om (Vasoactive Intestinal Peptide-secreting tumor)
C Type 1 diabetes
D Insulinom

000026835a4777e906

19
En 25 år gammel kvinne legges inn akutt med symptomer på gastroenteritt, dvs. diare og diffuse magesmerter. Hun er tidligere frisk, men har ikke følt seg bra de siste månedene. Hun har gått ned 5 kg i vekt, følt seg trøtt og kraftløs, og blir svimmel i oppreist stilling. Matlysten har vært redusert, og hun har vært kvalm. Normale menstruasjoner. Hun har spist en god del salt mat da hun synes det lindrer kvalmen. Fastlegen har undersøkt henne uten å finne noe galt. Blodprøvene er normale bortsett fra s-natrium på 130 mmol/L (137-147).
Ved undersøkelse har hun kraftig nedsatt allmentilstand, Blodtrykk 100/70 mmHg og puls 98 regelmessig. Blodgassundersøkelse viser b-natrium 129 mmol/L, b-kalium 4,9 mmol/L (3,5-5,0) og b-glukose 3,5 mmol/L (4,0-6,0)
Hvilken diagnose er den mest sannsynlige forklaringen på sykdomsbildet?

A Cushings syndrom
B Primær binyrebarksvikt
C Diabetes mellitus
D Hypofysesvikt

000026835a4777e906

20
En 52 år gammel mann kommer til deg som LIS1 på fastlegekontor fordi han i 2 uker har hatt sterke smerter sentralt i nakken uten utstråling. Paracetamol har lite effekt, og smertene gir dårlig søvn og dårlig konsentrasjon på jobben. Ved klinisk undersøkelse finner du redusert aktiv og passiv bevegelighet ved rotasjon og palpasjonsømhet i paravertebral muskulatur i nedre del av nakken.
Hvilket tiltak bør iverksettes?

A Resept på svake opioider (paracetamol/kodein eller tramadol)
B Råd om fysisk aktivitet/øvelser
C Henvisning til MR cervikalcolumna
D Myk nakkekrave i én uke

000026835a4777e906

21
En kvinne på 50 år, som i 6 måneder har hatt gradvis økende smerter på utsiden av venstre hofte, kommer til deg som fastlege. Smertene stråler ned på utsiden av låret og inn i setet. Hun blir verre av å sitte lenge og får smerter når hun reiser seg. Hun halter, men smertene blir mindre når hun har gått litt. Smertene provoseres også av gange opp en trapp eller bakke, og de øker når hun ligger på affisert side.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Gluteal tendinopati
B Trokanterbursitt
C Hofteartrose
D Lumbal radikulopati

000026835a4777e906

22
Du er fastlegevikar for en kvinne på 32 år som har fast plass i en omsorgsbolig i en stor by. Hun fikk en hjerneskade etter en drukningsulykke for to år siden og var den gangen et halvt år på rehabilitering på universitetssykehuset. Hun er bedre nå, men er frustrert over sine funksjonsvansker, og hun ønsker flere tilbud om aktiviteter utenfor boligen. Hun har en spastisk tetraplegi, men kan nå gå med hjelpemidler. Hun har synsproblemer som du ikke forstår, siden hun kan lese bokstaver på synstavla, men likevel ikke klarer å se TV eller bevege seg trygt i omgivelsene. Du er også i tvil om hennes kognitive funksjon.
Hva vil være viktigste strategi for best mulig å ivareta pasienten nå?

A Å henvise henne til rehabilitering på den spesialiserte rehabiliteringsavdelingen på universitetssykehuset
B Å samarbeide med psykiatrisk sykepleier og sosionom i kommunen for å se på mulighetene for et mer sosialt aktivt liv
C Å henvise henne til en periode med rehabilitering på et kommunalt rehabiliteringssenter
D Å henvise henne til øyelege, ortoped og nevropsykolog for å få en oversikt over hennes funksjonsvansker

000026835a4777e906

23
En 62 år gammel kvinne kommer på fastlegekontorert på grunn av økende abdominalomfang og følelse av oppfylthet. Til tross for at hun ikke har prøvd å slanke seg, har hun gått 8 kg ned i vekt siste halvår, men det har ikke resultert i mindre klesstørrelser. Føler seg fysisk redusert. Siste måned har hun også følt økt press på blæren, må tisse oftere. Samtidig er det blitt tregere avføring. Menopause for 10 år siden. Gynekologisk undersøkelse med cervixcytologi var normal for 2,5 år siden. Bruker ingen medikamenter. Ved abdominal og gynekologisk undersøkelse palperer du en tumor som fyller ut det meste av det lille bekken.
Hva er mest sannsynlig diagnose?

A Myoma uteri
B Ovarialcancer
C Godartet ovarialcyste
D Sarcoma uteri

000026835a4777e906

24
En 65 år gammel pensjonert kvinne oppsøker deg som fastlege fordi hun klager over økende tyngdefølelse i underlivet og hyppige vannlatinger. Hun har født to barn og er overvektig. Hun hadde menopause 51 år gammel og bruker ikke hormoner. Ved abdominal og bimanuell palpasjon kjenner du ingen tumor i buken eller bekkenet.
Ved gynekologisk inspeksjon ser du et vaginalt fremfall med såre og lettblødende slimhinner, som du tolker til å være et fremreveggsprolaps (cystocele) grad 2 og et bakreveggsprolaps grad 2.
Hva er beste tiltak for kvinnen?

A Tilby snarlig kirurgi for å forhindre videreutvikling av prolapset og hennes pollakisuri
B Tilby lokal østrogenbehandling et par uker og innsetting av pessarring etterpå. Opplyse om mulighet for gynekologhenvisning for vurdering av kirurgi
C Ingen behandling nå. Tilby ny kontroll om ett år, da hun ikke er i jobb.
D Henvisning til CT/MR-bekken for å utelukke tumor som årsak til et nyoppstått prolaps

000026835a4777e906

25
Du er allmennlege. En frisk førstegangsgravid og normalvektig kvinne på 27 år kommer til svangerskapskontroll i uke 32. Du måler blodtrykket etter hvile til 140/90 mmHg, mens hun tidligere har hatt rundt 120/85 mmHg. Urinstiks er positiv på proteiner (2+). Hun kjenner godt med liv og føler seg helt frisk.
Hva er beste tiltak videre for kvinnen?

A Henvisning til snarlig spesialistvurdering på sykehus av hennes og fosterets helsetilstand
B Oppstart med antihypertensiva for å redusere risiko for maternell hjerneblødning
C Blodtrykkskontroll om to uker, da kvinnen er klinisk kjekk og ikke har et faretruende høyt trykk
D Oppstart med lavdose acetylsalicylsyre for å forebygge utvikling til alvorlig preeklampsi

000026835a4777e906

26
En 51 år gammel kvinne kommer til deg som fastlege på grunn av store og uregelmessige menstruasjonsblødninger. Hun er gravida 5, para 3 med to spontanaborter og tre normale fødsler. Hun har tidligere fjernet høyre adneks på grunn av en stor ovarialcyste på 10 cm. Hun forteller at menstruasjonen alltid har vært stor. Det siste halve året har blødningene vært uregelmessige. Hun har blødd nesten hver dag de siste tre månedene, ofte gjennom undertøyet. Siste celleprøve ble tatt for ett år siden og var normal. Ved gynekologisk undersøkelse finner du litt brunlig utflod i vagina og en normalt utseende cervix.Ved vaginal palpasjon kjenner du en forstørret struktur over symfysen, og du kan ikke kjenne venstre adneks sikkert. Du tar Hb og finner anemi med Hb 9.4 g/dL (ref. 11.5-16.0)
Hva er riktigst å gjøre videre?

A Henvise kvinnen videre til gynekolog for nærmere undersøkelse ned transvaginal ultralyd
B Ta cytologisk prøve fra livmorhalsen. Be henne føre blødningskalender over 3 måneder og gi henne ny time for å diskutere oppstart av hormontilskudd i overgangsalderen
C Henvise henne direkte til gynekolog under pakkeforløp fordi du mistenker kreft i livmoren som krever rask diagnostikk og behandling
D Avtale at hun kommer tilbake en dag hun ikke har blødning fordi du vil ta celleprøve og prøvesvaret får høyere kvalitet når det ikke er blødning

000026835a4777e906

27
Du har legevakt, og det er 2 timers kjøring til nærmeste akuttsykehus. En 31 år gammel kvinne som fødte sitt første barn for 6 dager siden kommer inn om kvelden med rektaltemperatur 39.2ºC og nedsatt allmenntilstand. Det høyre brystet er hardt, rødt, varmt og smertefullt. Hun følte seg helt frisk på formiddagen og har hatt raskt fallende allmenntilstand utover ettermiddagen/kvelden. Du registrerer BT 120/78 mmHg, puls 97/min, RF 24/min.
Hva er riktig tiltak på legevakten?

A Arrangere rask transport til sykehus, legge inn perifer venekanyle og ta blodkultur som følger med til sykehuset, starte sepsisbehandling med antibiotika og væske intravenøst. Vurdere O_2-tilførsel på nesekateter underveis
B Legge inn perifer venekanyle og starte intravenøs væskebehandling. Gi paracetamol i påvente av ambulansetransport til sykehus
C Legge henne inn på kommunal akutt døgnseng, starte antibiotika peroralt og be sykepleier måle blodtrykk, puls, temperatur, RF og O_2-saturasjon hver time. Observasjon over natten
D Ta dyrkning fra morsmelken, starte med antibiotika peroralt og anbefale paracetamol og høyt væskeinntak når hun kommer hjem

000026835a4777e906

28
27 år gammel andregangsgravid kvinne, 8 ukers amenore, som har fått øyeblikkelig hjelpstime på fastlegekontoret der du jobber pga uttalt svangerskapskvalme. Hun har sist uke prøvd antihistamintablett som hun også brukte i forrige svangerskap. Hun har brukt en app som beregner svangerskapsutløst kvalme kvantifisering-skår (SUKK). Hun har SUKK-skår på 13: gradert som alvorlig svangerskapskvalme, ikke bedret ved antihistaminbruk. Hun angir sparsom, mørk urin ved sist vannlatning for 5 timer siden. Føler seg svært slapp og har ikke klart å gå på jobb siste tre dager. Vektnedgang 3 kg i svangerskapet. Urinstiks negativ.
Hva er riktigst å iverksette nå?

A Henvise til gynekologisk avdeling for ytterligere antiemetika og intravenøs væskebehandling
B Skifte til antihistamin godkjent ved svangerskapskvalme, som doksylamin-pyridoksin
C Sykemelding, råd om små måltider, spise og drikke hver for seg
D Innlegge ved gynekologisk avdeling for oppstart parenteral ernæring via sentralvenøst kateter

000026835a4777e906

29
En 74 år gammel kvinne har blitt gul i huden og fått mørkere urin, det påvises bilrubin 154 µmol/L (ref. 5-25). Hun legges inn på sykehus, og som LIS1 tar du imot pasienten i mottakelsen. Hun er i god allmennntilstand, afebril, BT 134/67 mmHg, puls 75/min. Bløt og uøm i abdomen. Du gjør en orienterende ultralyd og ser dilaterte intrahepatiske galleganger, ingen konkrementer i galleblæren, ikke innsyn til dype gallveier.
Hvilken undersøkelse bør bestilles nå?

A CT abdomen
B MRCP
C MR abdomen
D ERCP

000026835a4777e906

30
En 49 år gammel mann har i ti år hatt diagnosen primær skleroserende kolangitt (PSC). Nå har han økende hudkløe, han er blitt ikterisk og blodprøvene viser forhøyet verdi av bilirubin, ALP og GT. MR-undersøkelse av galleveiene (MRCP) viser en tilkommet gallegangsstriktur.
Hva er riktigste tiltak nå?

A Kontroll MRCP etter 6 uker med tanke på endring
B ERCP med børstecytologi
C Behandling med ursodeoksykolsyre
D Behandling med kortikosteroider

000026835a4777e906

31
En 65 år gammel kvinne kommer på fastlegekontoret og forteller om hyppige, vanntynne tømminger med lekkasje av avføring. Problemet har vart et års tid, det kommer og går, men synes å ha blitt verre den siste tiden. Det hemmer henne sosialt da hun alltid må være i nærheten av et toalett. Hun har ingen magesmerter, ingen feber, nattesvette eller vekttap. Avføringen er uten synlig blod.
Hva er riktigste tiltak nå?

A Gallesyremalabsorpsjonstest (75Se-HCAT)
B Koloskopi
C Utredning ved inkontinenspoliklinikk
D Gastroskopi med duodenalbiopsier

000026835a4777e906

32
Du er fastlegevikar for en 38 år gammel kvinne som oppsøker deg fordi hun har hatt krampaktige smerter i abdomen i alle fall en dag i uken de siste 10 årene. Smertene blir bedre når hun har avføring. Hun har følelsen av ikke å ha fått tømt seg ordentlig etter defekasjon. Hun beskriver vekslende avføring, noen dager løs, andre ganger fast. Noen dager kommer det ingen avføring i det hele tatt. Hun har ikke sett blod eller slim i avføringen. Du ser at orienterende blodprøver, samt kalprotektin og test for okkult blod i feces ble tatt i fjor, og alle prøvene var normale. Hun fremstår ellers som frisk. Du mistenker irritabel tarmsyndrom.
Hva bør gjøres nå?

A Bestille utredning med CT abdomen og kapselendoskopi for å utelukke cøliaki

B Bruke Roma IV-kriteriene for å stille diagnosen irritabel tarm, informere pasienten om tilstanden og tilby livsstils- og kostveiledning

C Henvise til koloskopi for å utelukke kolorektal kreft eller annen patologi.

D Henvise til gastroskopi for å utelukke ulcus duodeni

000026835a4777e906

33
En 29 år gammel kvinne forteller om 6 måneder med postprandiale smerter lokalisert periumbilikalt, og økende hyppighet av løs, mørkebrun avføring uten synlig blod. Hun er slapp, og blodprøver avdekker jernmangelanemi. Analyse av kalprotektin i en avføringsprøve er 1500 mg/kg fæces (ref<50). Undersøkelse med gastroskopi og koloskopi er normale.
Hvilket er det beste tiltaket nå?

A Kostholdsråd (lav FODMAP diett)
B CT abdomen med intravenøs kontrast
C MR tynntarm
D Kapselendoskopi

000026835a4777e906

34
En 59 år gammel mann med akutte smerter i venstre fossa iliaca og leukocytter 18 $x10^9$ (ref 3,5-8,0) og CRP 167 mg/L (ref < 5) blir innlagt på avdelingen. CT abdomen viser funn forenlig med akutt divertikulitt, som blir adekvat behandlet med intravenøs antibiotika. Som bifunn på CT påvises flere gallestener i galleblæra. Pasienten har normale lever- og galleprøver, og han har ingen gallestenssymptomer. Han spør om videre utredning og behandling av hans påviste gallestener før planlagt utreise.
Hva er riktig tiltak?

A Henvise til poliklinisk MRCP for nærmere kartlegging av galleveiene.
B Ingen videre utredning eller behandling er nødvendig
C Henvise til ERCP for sikkert å utelukke gallestener i ductus choledochus
D Henvise til dagkirurgisk laparoskopisk kolecystektomi

000026835a4777e906

35
En 11 år gammel gutt innlegges med øvre abdominalsmerter etter en sykkelulykke hvor han fikk sykkelstyret i magen. CT abdomen viser et stort lavattenuerende område uten perfusjon forenlig med hematom i et organ i bukhulen. CT viser ingen tegn til fri luft utenfor hulorgan.



Hvilken skade foreligger?

A Perforasjon av magesekk
B Leverskade
C Miltskade
D Skade venstre nyre

000026835a4777e906

36
En kvinne på 30 år ankommer legevakten med sterke smerter av 1 times varighet. Smertene sitter subkostalt høyre side med utstråling til rygg og skulder. Palpasjonsømhet i samme område. Ingen feber. CRP er 15 mg/L (ref. <5). Hun forteller at hun har hatt gjentatte tilfeller med lignende, men mindre intense smerter siste halve året. De siste ukene har hun hatt flere anfall per uke. Du mistenker at pasienten kan ha gallestein, noe ultralyd også bekrefter. Du gir et NSAID intramuskulært med god effekt.
Hvordan håndteres pasienten best videre?

A Gi NSAID suppositorium, samt henvise pasienten til kirurgisk avdeling for vurdering med tanke på kolecystectomi
B Legge inn pasienten akutt på sykehus
C Forskrive NSAID og sende pasienten hjem. Be pasienten ta kontakt ved nye anfall
D Forskrive antibiotika og sende pasienten hjem

000026835a4777e906

37
Du er LIS1 og har vakt på kirurgisk avdeling hvor en kvinne på 41 år blir innlagt med «akutt abdomen». Hun har de siste 8 timer hatt magesmerter sentralt i magen. Hun har ikke følt seg syk før det aktuelle. Pasienten er tidligere frisk bortsett fra astma og periodevis gallestensanfall. Bortsett fra magesmertene er hun klinisk kjekk og har normale vitalparametre.
Hun har disse blodprøvene:

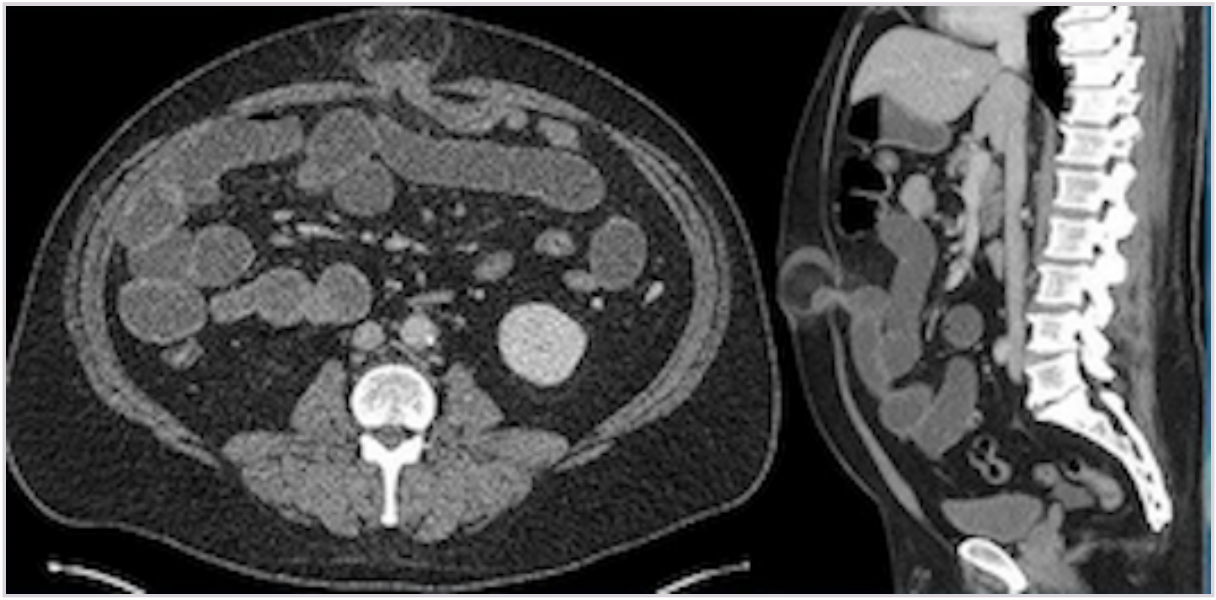
Blodprøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
Hb	14,7 g/dL	11,7-15,3
LPK	14,6 x10^9/L	3,5-11,0
CRP	11 mg/L	<5
ALAT	80 IU/L	10-45
ALP	130 IU/L	35-105
gGT	481 IU/L	10-75
Bilirubin	30 umol/L	<21
Amylase	1881 IU/L	25-120

Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Pankreatitt
B Kolecystitt
C Kolangitt
D Appendisitt

000026835a4777e906

38
En 54 år gammel mann ble for 3 uker siden operert med laparoskopisk appendektomi. Han startet i arbeid som snekker for 2 dager siden. I forbindelse med et tungt løft på jobb fikk han smerter og en øm kul i magen. Han innlegges på sykehus hvor blodprøver viser normal hemoglobin, leukocytter og CRP. CT abdomen viser et patologisk funn.



Hvilken diagnose foreligger?

A Bukveggsabscess
B Blødning i bukveggen
C Inneklemt arrbrokk i navlen
D Divertikulitt

000026835a4777e906

39
89 år gammel mann som bor hjemme med kjent kronisk nyresykdom stadium 3, reumatoid artritt, kongestiv hjertesvikt og diabetes mellitus type 2. Han bruker acetylsalisylsyre 75 mg x 1, amlodipin 10 mg x 1 (kalsiumkanalblokker), enalapril 5 mg x 1 (ACE-hemmer), empfagliflozin 10 mg x 1 (SGLT2-hemmer), metformin 500 mg x 2, metotreksat 7,5 mg x 1/uke, folsyre 1 mg 6 dager per uke.
Du er LIS1 i akuttmottaket, hvor han innlegges med redusert allmenntilstand, dyspne, purulent hoste, minimalt inntak av mat og drikke siste dager. Ved undersøkelse har han temp. 39,4 rektalt, RF 24/min., BT 110/69 mmHg.
Urinstiks viser ketoner 3+, glukose 4+, ellers negativ.
Røntgen toraks viser infiltrat høyre lungefelt.

Analyse	Svar	Referanseområde
pH	6,69	7,35 – 7,45
PaO_2	10,2 kPa	10,0 – 14,0 kPa
$PaCO_2$	1,3 kPa	4,7 – 6,0 kPa
Bikarbonat (HCO_3)	1,1 mmol/L	22 – 26 mmol/L
Base excess (BE)	-31 mmol/L	-3 – +3 mmol/L
Laktat	1,2 mmol/L	0,4 – 1,8 mmol/L
O_2-metning	93%	97,5 – 99,9%
Glukose	7 mmol/L	4,2-6,3 mmol/L

Hva er den mest sannsynlige forklaringen på pasientens acidose?

A SGLT2-hemmer-indusert euglykemisk diabetisk ketoacidose
B Respiratorisk acidose grunnet alvorlig pneumoni
C Kombinert respiratorisk acidose og laktacidose grunnet sepsis
D Metforminindusert laktacidose

000026835a4777e906

40
Du er LIS1 i allmennpraksis. Du har en pensjonert 76 år gammel mann med universitetsutdanning på kontoret. Han synes selv at han husker dårligere enn tidligere, og kona bekrefter det. Samtidig sier både han og kona, også når du snakker med kona alene, at alt han gjør i hverdagen går som før. Han klarer fint å fylle ut selvangivelsen sin – han har et enkeltmannsforetak hvor han selger ved og administrerer dette fint, han kjører bil som før og reiste nylig alene til utlandet. Det har blitt gjort kognitive tester, hvor han skårer noe dårligere enn forventet på noen tester (ca. - 1.5 standardavvik under gjennomsnittet justert for alder og utdanning). Det er tatt blodprøver og MR av hodet med "normale aldersforandringer".
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Subjektiv kognitiv svikt
B Begynnende demens
C Mild kognitiv svikt
D Normal aldring

000026835a4777e906

41
Du er lege på kommunal akutt døgnenhet (KAD). Du tilser en 86 år gammel mann som nylig ble overflyttet fra sykehuset etter 3 døgns behandling for urosepsis. I forløpet så langt hadde han vært svært urolig. På sykehuset ble det startet behandling med cefotaksim 2 g x 3 intravenøst, haloperidol tabletter 2 mg x 2, haloperidol 1 mg injeksjon inntil x 4, klometiazol (sedativum) kapsler 600 mg til kvelds samt paracetamol tabletter 1 g x 4. På dag 5 i forløpet får pasienten igjen feber, blir stiv og får rykninger i kroppen. Han er vedvarende forvirret, men har ikke bevissthetstap. Fra tidligere har han hatt mild blandingsdemens og bodd hjemme uten faste medisiner.
Hva er mest sannsynlig årsak til hans symptomer 5 dager ut i sykdomsforløpet?

A Psykose
B Epilepsi
C Behandlingssvikt av urosepsis
D Malignt nevroleptikasyndrom

000026835a4777e906

42
En 84 år gammel kvinne som er hjemmeboende, selvhjulpen og uten større begrensninger i funksjon, er innlagt i slagenheten med et mindre høyrehemisfærisk hjerneinfarkt. Hun har ingen kjent kardiovaskulær sykdom fra før, men nå avdekkes det at hun har en 40-50% stenose proksimalt i høyre arteria carotis interna. Det er generelt mye aterosklerose i halskar, og LDL-kolesterol er 4,5 mmol/L (målområde etter hjerneslag <1,8 mmol/L).
Hvilken lipidsenkende behandling er mest hensiktsmessig i lys av funnene ved utredning?

A Start med lavdose atorvastatin 10 mg daglig
B Start med atorvastatin 20-40 mg
C Kolesterolsenkende behandling bør unngås hos pasienter over 80 år
D Start med omega-3-tilskudd som alternativ til statin

000026835a4777e906

43
En 87 år gammel kvinne med mild kognitiv svikt ble for halvannen uke siden innlagt på en akuttplass i sykehjem med funksjonssvikt relatert til en urinveisinfeksjon. I hjemmet trenger hun vanligvis hjelp fra hjemmesykepleien flere ganger daglig; de hjelper med støttestrømper, matlaging og administrasjon av medisiner. En morgen under frokost ved sykehjemmet får hun akutt høyresidig hemiparese i ansikt, arm og ben, og uttalt afasi. Hun er inne i akuttmottaket en knapp time etter symptomdebut. Det er nyoppdaget atrieflimmer på innkomst-EKG. CT caput viser ingen blødning eller infarktdemarkering, men det er en okklusjon proksimalt i arteria cerebri media på venstre side.
Hvilken akutt antitrombotisk og/eller rekanaliserende behandling er aktuell for denne pasienten?

A Trombolysebehandling
B Trombolysebehandling etterfulgt av trombektomi
C Standard akuttbehandling med acetylsalisylsyre 300 mg
D Behandling med trombektomi

000026835a4777e906

44
En 82 år gammel kvinne med alvorlig demens legges inn på sykehjemmet der du er lege. Hun er sengeliggende og avmagret. Hun har atrieflimmer, hjertesvikt og type 2-diabetes, og har hatt flere hjerneinfarkter.
Målinger / blodprøver:

Hjertefrekvens	103 slag/minutt
HbA1c	51 mmol/mol (ref 20-42)
Kreatinin	165 µmol/L (ref 45-90)
Kroppsmasseindeks (BMI)	19,1 kg/m^2

Legemidler:
- Warfarin styrt etter INR (antikoagulasjonsmiddel)
- Metoprolol depot 50 mg x 1 (betablokker)
- Metformin 500 mg x 2 (antidiabetikum)
- Furosemid 40 mg x 1 (slyngediuretikum)

Hvilket av legemidlene er det riktig å seponere nå?

A Metformin
B Furosemid
C Metoprolol
D Warfarin

000026835a4777e906

45
En 67 år gammel mann kommer til deg på fastlegekontoret grunnet ryggsmerter som har vart i flere måneder. Ryggsmertene er konstante, og pasienten beskriver dem som dype og verst om natten, men de forverres også ved aktivitet. Smertene gir ingen utstråling til bena. Han har også opplevd tretthet den siste tiden, men ellers ingen tydelige symptomer som feber, nattsvette, eller vekttap. Du bestiller en CT av columna, samt blodprøver.
CT viser:



Blodprøver viser:

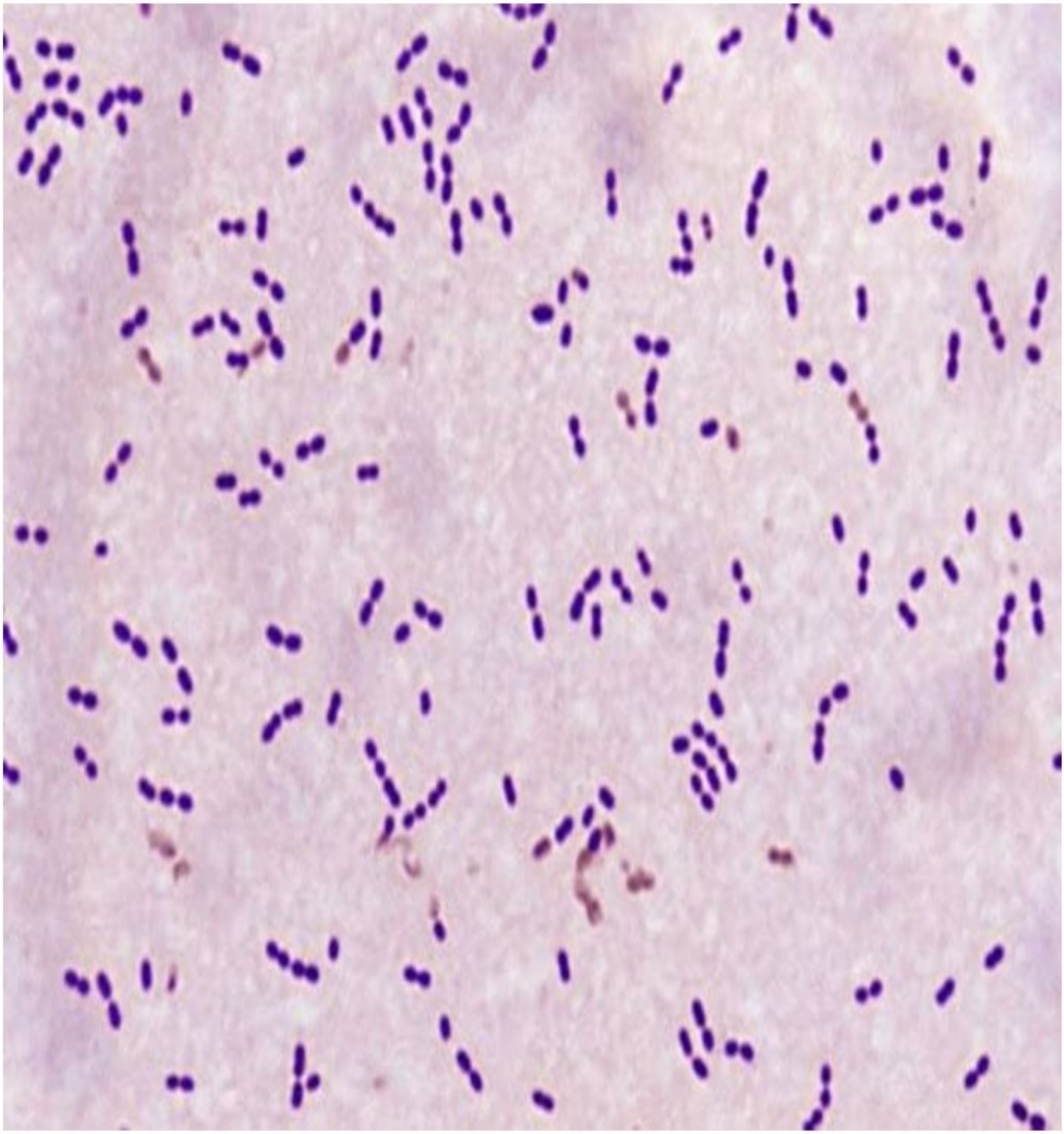
Laboratorieparameter	Svarverdi	Referanse
Hemoglobin, g/dL	9,7	13,4-17,0
MCV, fL	97	82-98
Leukocytter, 10^9/L	5,8	3,5-11,0
Nøytrofile granulocytter, 10^9/L	3,8	1,7-8,3
Lymfocytter, 10^9/L	1,1	0,8-5,0
Trombocytter, 10^9/L	211	145-390
CRP, mg/L	12	<5
Kreatinin, µmol/L	141	60-105
Ioinisert kalsium, mmol/L	1,76	1,13-1,28

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Metastaser fra solitær primær kreftsykdom
B Osteoporose med frakturer
C Primær myelofibrose
D Myelomatose

000026835a4777e906

46
En 71 år gammel mann har kjent behandlingstrengende myelomatose. Han blir innlagt høyfebril og med purulent ekspektorat og hoste. Som LIS1 i akuttmottak tar du blodkulturer,og senere blir du ringt etter av vakthavende bioingeniør for å se på et grampreparat. Du ser følgende:



Hva er det som mest sannsynlig disponerer pasienten for denne alvorlige komplikasjonen?

A Graft mot vert sykdom (GVHD)
B Nøytropeni
C Cytostatikaindusert ciliær dysfunksjon
D Hypogammaglobulinemi

000026835a4777e906

47
En 68 år gammel mann kommer til deg som LIS1 på fastlegekontoret med slapphet, svimmelhet og dyspné ved anstrengelser. Ved undersøkelsen er han litt gul på sklera. Miltdempningen går fram til midtre aksillære linje, og du hører en systolisk bilyd grad 2 over hjertet med punktum maksimum over 2. høyre interkostalrom. Blodprøvene viser:

Blodprøve	Verdi	Referanseverdi
Hemoglobin	8.8 g/dL	14.4-17.0
Hvite	5.8 $x10^9$/L	4.1-9.8
Trombocytter	332 $x10^9$/L	164-370
MCH	34 pg	27-33

Hvilket tiltak er riktigst nå?

A Henviser til ekkokardiografi
B Ta utvidede blodprøver med hemolysestatus, blodutstryk og direkte antiglobulintest (DAT)
C Rekvirerer CT toraks/abdomen/bekken
D Henvise til kolonoskopi

000026835a4777e906

48
En 81 år gammel kvinne står på apiksaban etter lungeemboli tre år tidligere. Fordi lungeemboli-episoden var uten identifiserbar årsak, var behandlingen tenkt å være livslang. Hun har det siste året hatt to episoder med okkult gastrointestinal blødning og anemi, men endoskopisk utredning har ikke lyktes i å identifisere blødningskilde. Hun har nå normal hemoglobin etter jerninfusjon.
Hvilken antikoagulasjonsbehandling bør hun få fremover?

A Bytte til et annet direktevirkende oralt koagulasjonsmiddel (DOAK) som gir lavere risiko for gastrointestinal blødning
B Bytte til warfarin
C Ingen antikoagulasjon
D Bytte til lavmolekylært heparin

000026835a4777e906

49
En 17 år gammel kvinne kommer med ambulanse til akuttmottak ved et større sykehus etter en bevitnet synkope. Hun er tidligere frisk, bruker p-piller, men ingen andre medikamenter. Ved ankomst er hun bevisst, men fremstår blek og kaldsvett.
Vitale parametre registrert i ambulansen er som følger:

Puls	135/min, regelmessig
Blodtrykk	81/50 mmHg
Respirasjonsfrekvens	25/min
Oksygenmetning	93% med 10 L oksygen på maske
Rektaltemperatur	37.1 grader C

Hvilken undersøkelse vil raskest kunne sannsynliggjøre en diagnose?

A Blodprøve med D-dimer og troponin
B Orienterende ekkokardiografi
C EKG
D CT toraks med intravenøs kontrast

000026835a4777e906

50
En 23 år gammel mann kommer til deg på fastlegekontoret. Han forteller at han hadde atopisk eksem som barn, og var da også allergisk mot melk og egg. I tenårene ble han bra av eksemet, men det siste halvåret har det kommet tilbake. Han ønsker nå å få vite hva han skal gjøre for å bli bra, og han vil gjerne ta en allergitest.
Hvordan bør denne problemstillingen håndteres videre?

A Først bestille spesifikk IgE på diverse matvarer inklusive egg og melk. På bakgrunn av svaret informere pasienten om hvilke matvarer han bør holde seg unna
B Henvise pasienten til hudlege for å få utført en epikutantest (lappetest)
C Informere om at matvareallergi sjelden har betydning for eksem hos voksne, og at man i første omgang bør forsøke å behandle eksemet
D Råde pasienten til å først forsøke å unngå egg og melk siden han vet at han er allergisk mot dette

000026835a4777e906

51
Du er fastlege. En 21 år gammel mann uten tidligere hudsykdommer har i en uke vært plaget med et sterkt kløende utslett på begge ankler og legger (se bilde). Utslettet kom to dager etter han hadde tilbrakt to dager sammen med noen venner på påskeferie på en fjellhytte. Utslettet har kløddd intenst i tre dager, men noe mindre siste døgn.



Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Veggdyrbitt
B Skabbinfestasjon
C Fugleloppebitt
D Småkarsvaskulitt

000026835a4777e908

52
Du er LIS1 og har fjernet en «mistenkelig» føflekk fra ryggen til en eldre mann. I patologibeskrivelsen står det: «Malignt melanom av superfisielt spredende type, Breslow tykkelse 2,1 mm, vertikal vekstfase ».
Hva menes med vertikal vekstfase?

A Tumor vokser som en polypp over hudens nivå
B Tumor er en blanding av superfisielt spredende og nodulært melanom
C Tumor vokser med invasiv front nedover i dermis
D Tumor har oppstått i en dyp dermal nevus

000026835a4777e906

53
Du er fastlege for en 28 år gammel kvinne, som er gravid i andre trimester. Hun oppsøker deg for vurdering av en nyoppstått utvekst på lillefingeren (se bilde). Hun forteller at hun for et par måneder siden fikk en liten klemskade på samme sted. Hun er plaget av stadig blødning fra lesjonen.



Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Amelanotisk melanom
B Hemangiom
C Keratoakantom
D Pyogent granulom

000026835a4777e906

54
En 45 år gammel mann med aplastisk anemi får en poliklinisk trombocyttransfusjon. Han har fått trombocyttkonsentrater jevnlig det siste året. Pasienten har blodtype A, og får et bestrålt trombocyttkonsentrat med blodtype O. Transfusjonen stanses etter 20 minutter på grunn av frysninger og hodepine. Han har ikke øvrige symptomer.
Vitalia før og etter transfusjon:

	Før transfusjon	Etter transfusjon
BT	122/88 mmHg	130/87 mmHg
Puls	74/min	82/min
SpO_2	98%	96%
Temperatur	36,8° C	38,7°C

Hva er den mest sannsynlige forklaringen på pasientens klinikk?

A HLA-antistoffer hos pasienten
B Transplantat mot vert sykdom (graft versus host disease/ GVHD)
C Allergisk straksreaksjon
D Hemolytisk reaksjon

000026835a4777e906

55
En 22 år gammel kvinne kommer til fastlegen med tørrhoste, mild feber og tretthet som har vart i to uker. Hun har ingen kjent allergi eller kroniske sykdommer. Fysisk undersøkelse viser ingen unormale funn i lungene, men røntgen toraks viser diffuse infiltrater. Blodprøver viser lett forhøyet CRP og leukocytose.
Hvilket medikament anbefales for behandling av denne pasienten?

A Amoksicillin
B Oseltamivir
C Isoniazid
D Doksysyklin

000026835a4777e906

56
En 73 år gammel mann er høyfebril og legges inn med mistanke om urosepsis. I akuttmottaket blir det startet intravenøs cefotaksim (3. generasjons cefalosporin). Neste dag kommer det beskjed fra mikrobiologisk avdeling om at det er vekst av Enterococcus faecalis i renkultur 10^5 CFU/mL.
Hvilken strategi for videre antibiotikabehandling anbefales, og med hvilken begrunnelse?

A Endre til cefuroksim som gir bedre dekning mot Gram positive mikrober
B Fortsette med cefotaksim fordi cefalosporiner oppkonsentreres i urinveier
C Fortsette med cefotaksim fordi medikamentet gir tilstrekkelig dekning inntil resistenssvar foreligger
D Endre behandling til ampicillin fordi effekt av cefalosporin ikke kan forventes

000026835a4777e906

57
60 år gammel mann med mekanisk aortaventil som han har hatt i 3 år, innlegges akutt i sykehus. En uke tidligere hadde han puss-sekresjon fra en inngrodd tånegl, og for et par dager siden tilkom plutselig innsettende feber, frostanfall, hodepine, magesmerter og dyspné. Temperatur 39,0^{o}C, puls 95/min, BT 145/90 mmHg.
Hva er riktig empirisk antibiotikabehandling i denne situasjonen?

A Cefotaksim 2 g x 3 iv
B Benzylpenicillin 1,2 g x 6 iv + gentamicin 3 mg/kg x 1 iv
C Kloksacillin 2 g x 6 iv + gentamicin 3 mg/kg x 1 iv + vankomycin 15 mg/kg x 2 iv
D Kloksacillin 2 g x 6 iv

000026835a4777e906

58
Du er LIS1 i akuttmottaket. Klokken er 03:15, og du tar imot en 34 år gammel kvinne som jobber i barnehage. Hun har hatt feber med rektaltemperatur opp mot 39,3 °C, frysninger, myalgi og sår hals i ett døgn. CRP 79 mg/L (ref. <5). Hun har ingen kjent komorbiditet, men er 20 uker gravid. Hun tar ingen faste medisiner. Influensasesongen er i gang, PCR er positiv for Influensa A, og det er flere innlagte på avdelingen med influensakomplikasjoner.
Hva er mest riktig videre håndtering i henhold til gjeldende retningslinjer?

A Råd om symptomlindring hjemme, oppstart oseltamivir kun hvis symptomene vedvarer etter 48 timer.
B Starte oseltamivir og sende pasienten hjem med råd om videre kontakt ved forverring
C Starte oseltamivir og antibiotika og legge inn pasienten til observasjon pga. graviditet og høy feber
D Gi influensavaksine og starte oseltamivir for sikkerhets skyld

000026835a4777e906

59
En 72 år gammel mann innlegges med feber og et hovent, rødt og varmt kne. Det mistenkes septisk artritt. Leddet punkteres for prøvetaking, og deretter startes empirisk behandling med antibiotika.
Hvilken mikrobe vil man mest sannsynlig finne, og hva er riktig førstevalg av antibiotika i denne situasjonen?

A Gruppe A streptokokker, som i Norge behandles empirisk med benzylpenicillin
B Gruppe A streptokokker, som i Norge behandles empirisk med klindamycin
C Gule stafylokokker, som i Norge behandles empirisk med benzylpenicillin
D Gule stafylokokker, som i Norge behandles empirisk med kloksacillin

000026835a4777e906

60
En 23 år gammel kvinne med mistenkt nedre urinveisinfeksjon har utslag på leukocytter (2+) og nitritt (+) på urinstiks.
Hvilken informasjon gir dette om sannsynlig mikrobe?

A Sannsynlig gramnegativ mikrobe som *Pseudomonas aeruginosa*
B Sannsynlig *Chlamydia trachomatis*
C Sannsynlig grampositiv mikrobe som enterokokk eller *Staphylococcus saprophyticus*
D Sannsynlig gramnegativ mikrobe som *E. coli*

000026835a4777e906

61
En 75 år gammel mann med feber (over 39 grader om kveldene) over 3-4 uker legges inn til videre utredning. Han har hatt nattesvette og 6 kg vekttap. Ut over det har han ingen symptomer eller funn. Han har ingen implanterte fremmedlegemer. Han har ikke vært i utlandet. Blodprøver viser Hb: 9,8 g/dl (normalområde 13,4 - 17,0 g/dl), SR: 70 mm/time (normalområde ≤ 17 mm/time), CRP: 210 mg/L (normalområde < 5 mg/L).
Hvilken billedundersøkelse bestiller du først i utredningen av denne pasienten?

A CT-abdomen for å se etter intraabdominal abscess eller malignitet.
B MR-columna for å se etter spondylodiskitt.
C Ekkokardiografi for å se etter endokarditt.
D PET-scan for å se etter lymfom.

000026835a4777e906

62
Tre uker etter sommerferie på hytta langt sør i Norge oppdager en 49 år gammel, tidligere frisk kvinne et utslett bak på leggen (se bilde). Hun har ingen smerter eller feber. Hun tegner rundt ytterkantene, og neste dag ser hun at det er økt utbredelse av varme og rødme. Hun kontakter derfor fastlegen.



Hva er mest sannsynlige diagnose, og hvilket tiltak er riktig?

A Diagnosen er sannsynligvis erythema nodusum, og riktig behandling er prednisolon
B Diagnosen er sannsynligvis borreliose, men den må bekreftes med serologisk testing før behandling
C Diagnosen er sannsynligvis erythema migrans, og riktig behandling er penicillin
D Diagnosen er sannsynligvis erysipelas, og riktig behandling er penicillin

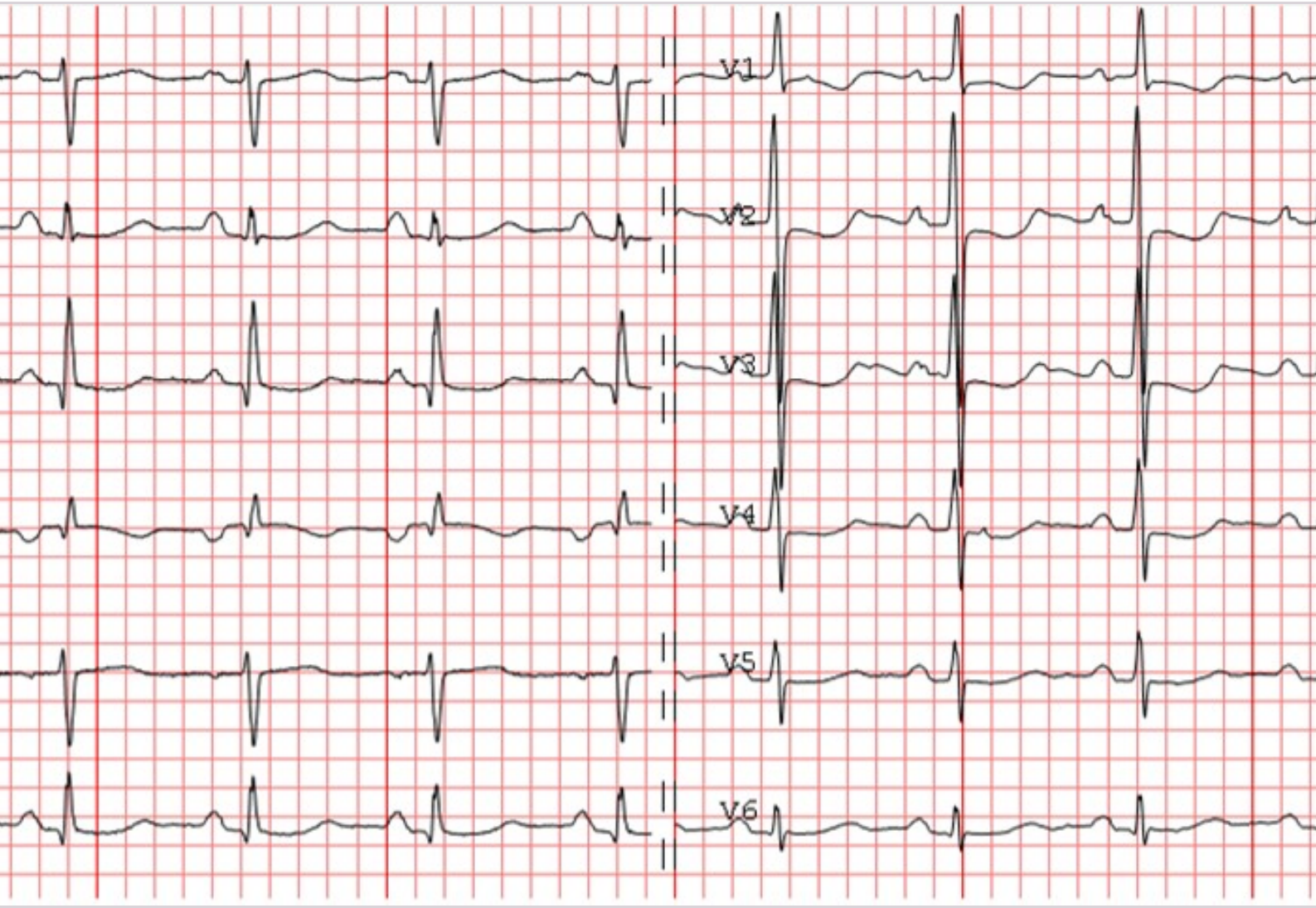
000026835a4777e908

63
En 71 år gammel mann kommer til kontroll ved fastlegekontoret etter at han gjennomgikk et NSTEMI for 5 uker siden. Det ble utført perkutan koronar intervensjon (PCI) med stent i venstre koronararterie (LAD). Han ble skrevet ut med to ulike blodplatehemmere (acetylsalisylsyre og tikagrelor) og statinbehandling i form av atorvastatin 80 mg.
Blodprøver viser LDL-kolesterol på 2,5 mmol/L (ref. 2.0-5.0), ALAT 101 U/L (ref. 10-70), CK 125 U/L (ref. 40-280).
For et år siden hadde pasienten LDL-kolesterol på 4,7 mmol/L og ALAT på 55 U/L. Du måler et blodtrykk på 121/80 mmHg. Pasienten har ingen symptomer.
Hvilket tiltak bør iverksettes nå?

A Ingen endringer
B Legge til ezetemib 10 mg fordi LDL-kolesterolet er over behandlingsmålet, og avtale ny kontroll av lipid- og leverprøvene
C Atorvastatin reduseres til 20 mg fordi pasienten har økte leverprøver
D Henvise pasienten til ultralyd lever pga økte leverprøver

000026835a4777e906

64
En 24 år gammel kvinne kommer til deg som hennes nye fastlege. Hun har vært utredet for økende dyspné de siste tre årene, med normalt røntgen toraks og normal spirometri. Du tar et EKG. Dette vises under. Som du ser, er det blant annet høye R-takker i QRS i V1. Avspillingshastighet er 50 mm/s.

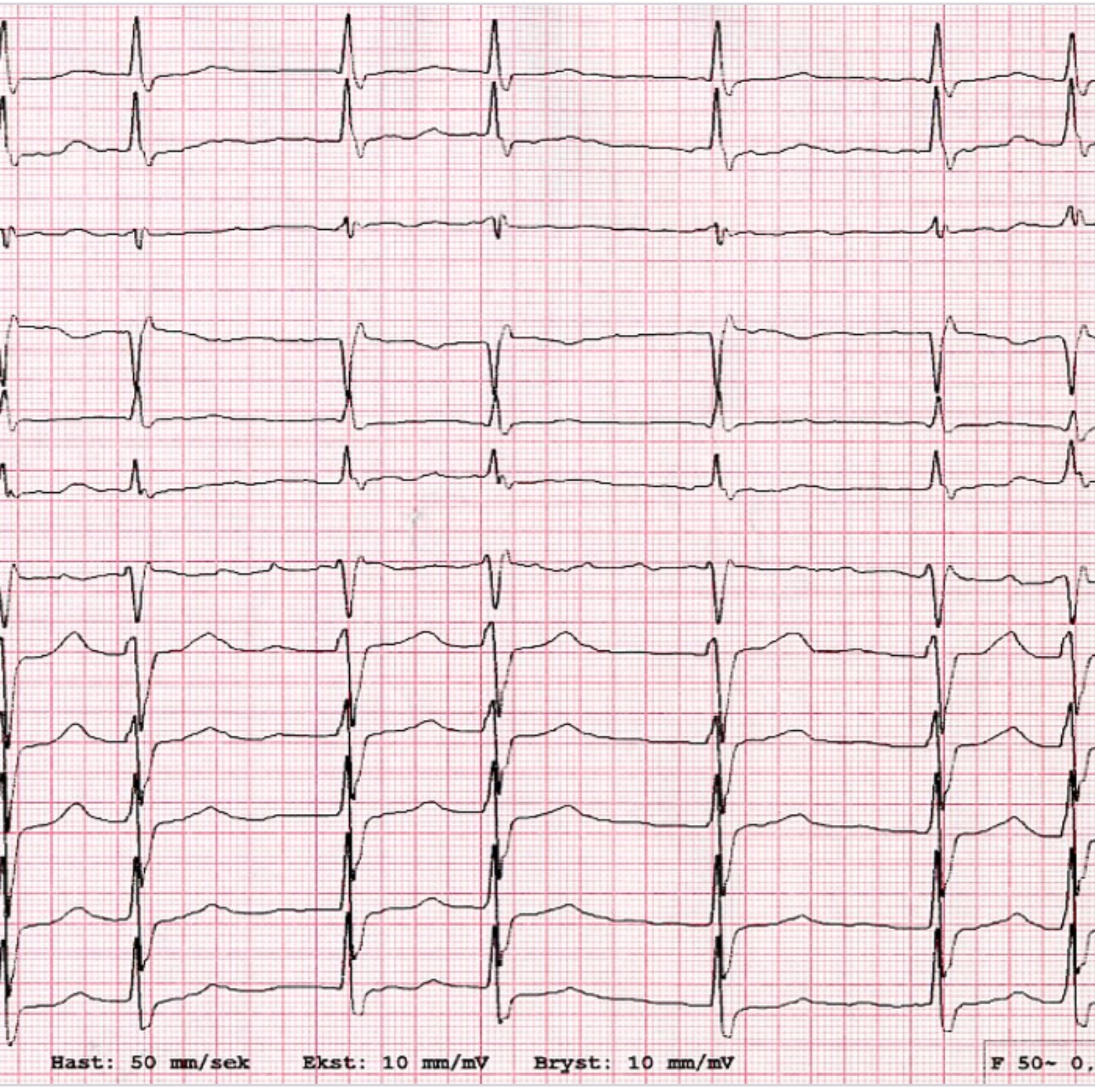


Hva er mest sannsynlige årsak til hennes unormale EKG?

A Venstre grenblokk
B Høyre ventrikkelhypertrofi
C Preeksitasjon på grunn av en aksessorisk bane
D Høyre grenblokk

000026835a4777e906

65
En 68 år gammel mann oppsøker deg som fastlege da han den siste måneden har hatt redusert anstrengelsesevne. I hvile har han lite plager. Fra før er han behandlet for hypertensjon med normale blodtrykk ved de siste kontrollene. Du tar et EKG som vises under.



Hva er arytmidiagnosen, og er det indikasjon for oral antikoagulasjon ut fra de opplysningene du har?

A Han har atrieflimmer uten indikasjon for oral antikoagulasjon
B Han har atrieflutter uten indikasjon for oral antikoagulasjon
C Han har atrieflimmer med indikasjon for oral antikoagulasjon
D Han har atrieflutter med indikasjon for oral antikoagulasjon

000026835a4777e906

66
En 76 år gammel kvinne behandles for diabetes mellitus og hypertensjon. Det siste året har hun fått dyspné når hun går i trapper eller lengre motbakker, og hevelser i begge bein. Fastlegen mistenker hjertesvikt og henviser henne til hjertemedisinsk poliklinikk. Her gjøres det ekkokardiografi som viser en lett dilatert venstre ventrikkel med systolisk ejeksjonsfraksjon (EF) på 38% og tegn til økte fylningstrykk.
Hvordan vil du klassifisere foreliggende hjertesvikt basert på disse opplysningene, og i hvilken funksjonsklasse er pasienten?

A Pasienten har hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon (HFpEF) og er i funksjonsklasse NYHA II.
B Pasienten har hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon (HFrEF) og er i funksjonsklasse NYHA II.
C Pasienten har hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon (HFpEF) og er i funksjonsklasse NYHA III.
D Pasienten har hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon (HFrEF) og er i funksjonsklasse NYHA III.

000026835a4777e906

67
En 54 år gammel mann kommer til akuttmottaket på grunn av akutte brystsmerter som debuterte for 8 timer siden. Han har en kjent bikuspid aortaklaff. EKG viser globale ST-depresjoner. BT 105/30 mmHg. Troponin T 23 ng/L (ref. 0-14).
Hvilken undersøkelse bør bestilles nå?

A Fullstendig ekkokardiografi
B CT-angiografi av aorta
C Invasiv koronar angiografi
D NT-proBNP

000026835a4777e906

68
En 82 år gammel dame oppsøker deg på legekontoret med anginasymptomer ved moderat anstrengelse som har vart i noen måneder. Hun har kjent koronarsykdom og er tidligere behandlet med perkutan koronar intervensjon (PCI). EKG ser uforandret ut fra i fjor. Hun står på metoprolol og enalapril på grunn av hypertensjon. Blodtrykket hennes i dag er på 142/80 mmHg.
Hvilket medikamentelt tiltak anbefales nå?

A Legge til amlodipin
B Erstatte metoprolol med hydroklortiazid
C Legge til GLP-1 analog
D Legge til SGLT-2 hemmer

000026835a4777e906

69
92 år gammel kvinne med atrieflimmer påvist for 4 år siden og lett hjertesvikt (EF 45%) får betydelig vektoppgang og dyspné siste uker. Fastlege finner betydelige ødemer i begge underekstremitetene, ingen bilyder, proBNP 4575 ng/L (ref. <738), BT 130/80 mmHg og EKG viser atrieflimmer 86/min. Bruker fra før metoprolol depot, spironolakton og direktevirkende antikoagulantia (DOAK). Etter at fastlege starter ACE-hemmer og loop diuretikum/sløyfediuretikum har pasienten gått ned 4 kg.
Hvordan kan pasienten best hjelpes til å bli bedre?

A Henvise til koronar angiografi
B Henvise til ekkokardiografi
C Øke betablokade
D Starte SGLT2-hemmer

000026835a4777e906

70
Du er i akuttmottaket på sykehuset og tilser en 40 år gammel mann med febrilia og nattesvette siste 3 uker. Han er kaldsvett, har BT 100/40 mmHg og puls 120/min regelmessig. Febril med rektaltemperatur 38°C. Kreatinin 130 µmol/L (ref 60-105). CRP 300 mg/L (ref. <5). EKG viser sinustakycardi med AV-blokk grad I.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Myokarditt
B Lungeemboli
C Pneumoni
D Endokarditt på aortaklaffen

000026835a4777e906

71
Du er i akuttmottaket og tilser en 25 år gammel mann som falt om under fotballtrening. Hjertestarter var tilgjengelig, og første rytme viste ventrikkelflimmer. Det ble gitt flere sjokk, og han konverterte til sinusrytme og er våken ved ankomst til sykehuset. Blodtrykket er 140/90 mmHg og puls 100/minutt regelmessig. EKG i akuttmottaket viser sinusrytme og lette ST-depresjoner globalt.
Hvilken undersøkelse skal gjøres først?

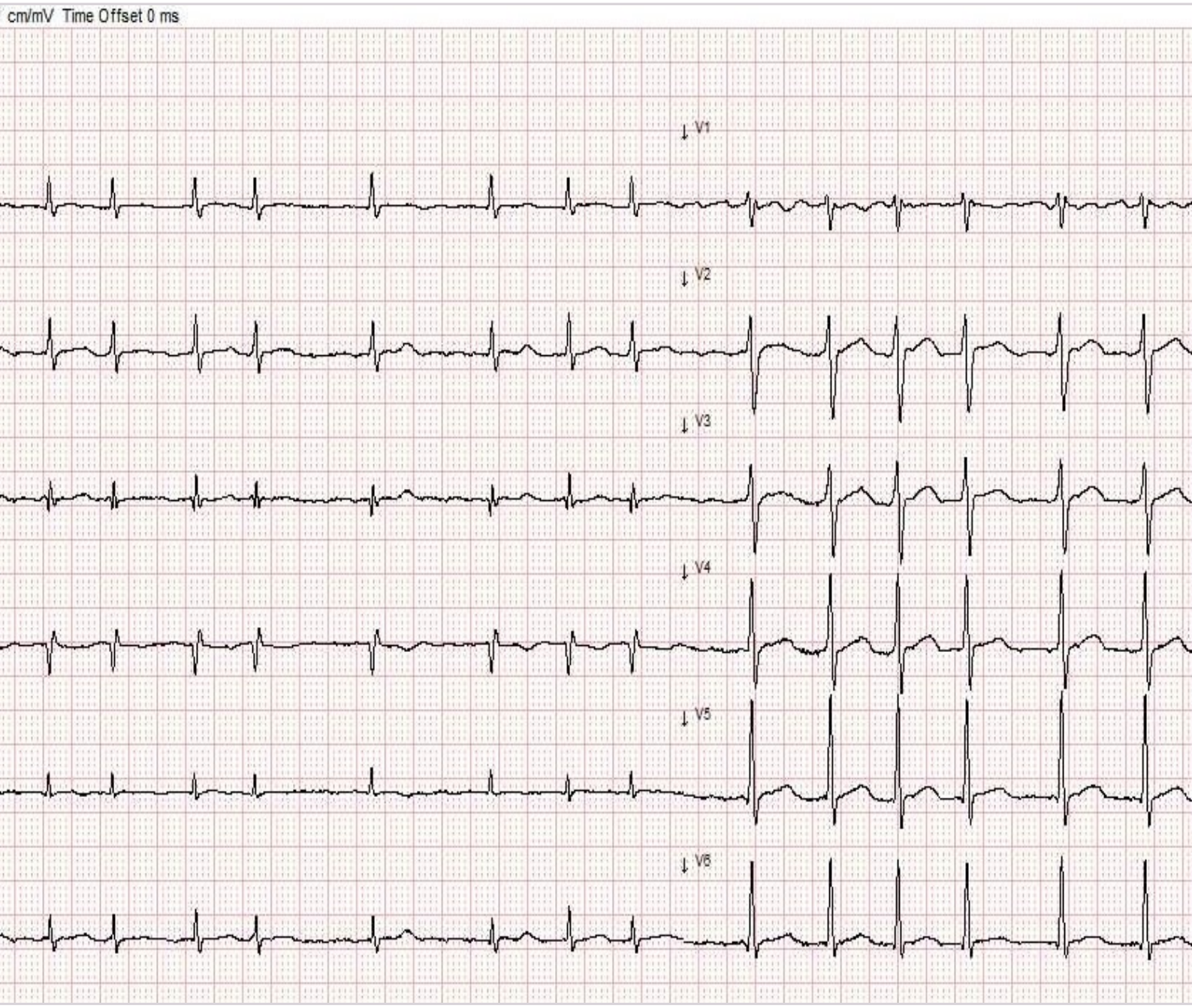
A Koronar angiografi
B Ekkokardiografi
C CT toraks med lungeemboliprotokoll
D MR cor

000026835a4777e906

72
En 74 år gammel mann ble forkjølet med influensasymptomer og kraftig hoste for 14 dager siden. Hurtigtest for COVID19 er negativ og han er afebril, men har fått en gradvis økende anstrengelsesdyspné (nå kun 20 meter gangdistanse). Han har ikke opplevd hjertebank, brystsmerter, eller synkopert. Fra tidligere bruker han DOAK (direktevirkende antikoagulantia), en kalsiumantagonist og en angiotensinreseptorblokker for hypertensjon.
I akuttmottaket har han blodtrykk på 124/94 mmHg, puls 111/minutt (uregelmessig), SaO_2 93% på romluft, og temperatur 36,5°C.

Labanalyse	**Svar**	**Referanseområde**
Hemoglobin	12,5 g/dL	13.4–17,0
Leukocytter	7,4 10^9/L	3,5–8,8
CRP	4,2 mg/L	<5
D-dimer	1,7 mg/L	0–0,5
Natrium	139 mmol/L	137-145
Kalium	4,1 mmol/L	3,6–5,0
Kreatinin	83 µmol/L	60–150
Troponin	23 - 20 ng/L	0–15
NT-proBNP	1202 ng/L	<376
Blodgass	**Svar**	**Referanseområde**
pH	7,43	7,35–7,45
pO_2	10,1 kPa	11,1–14,4
pCO_2	4,2 kPa	4,7–5,9
Laktat	1,1 mmol/L	0–2,5

EKG i akuttmottak:



Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens økende anstrengelsesdyspné?

A Lungeemboli
B Pneumoni
C Hjertesvikt
D Gjennomgått hjerteinfarkt

000026835a4777e906

73
En 32 år gammel kvinne hadde for en uke siden smerter i en overfladisk varice i legg. Hun lå et par dager hjemme med beina høyt til hun følte seg bedre. Hun kommer til deg på legevakten fordi at etter at hun begynte å gå, fikk hun en tyngdefølelse i leggen, og antydning til brystsmerter på høyre side. Du finner rødme og hevelse på affisert legg.
Hvilken utredning og eventuell behandling bør iverksettes?

A Måle CRP og leukocytter, og dersom disse er normale, starte med Hirudoid (mukopolysakkaridpolysulfat) salve
B Sørge for en rask venografi på sykehus
C Dersom det ikke er smerter ved dorsalflesksjon i ankelen, kan hun betrygges siden negativt Homanns tegn utelukker DVT
D Sammenlikne leggene for hevelse og smerter, måle omkretser og gjøre en Doppler ultralydundersøkelse

000026835a4777e906

74
En 55 år frisk kvinne ble innlagt sykehus med TIA (transitorisk iskemisk attakk) og feber. Pga. covid-19-infeksjon ble hun raskt dårligere og krevde respirator i 3 uker. Utskrevet med bl.a. ACE-hemmer, klopidogrel (platehemmer) og statin. Seks måneder etter utskrivelsen innkommer hun med lammelser i ve. hånd og ve. underekstremitet i bedring. BT 140/85 mmHg. Puls 85/min regelmessig. CT/CT angio viser ingen blødninger og >70% stenose hø. a.carotis interna og 40% på a.carotis ve. side, og et mindre hjerneinfarkt. Trombolyse er ikke aktuelt. Hun får acetylsalicylsyre i tillegg.
Hvilken behandling er best for henne nå?

A Seponere klopidogrel og starte lavmolekylært heparin
B Opptrening på slagenhet/nevrorehabiliterings avdeling
C Øke antihypertensive behandling til systolisk blodtrykk under 120 mmHg
D Operasjon med TEA (trombendarterektomi) av hø. arteria carotis interna innen 14 dager.

000026835a4777e906

75
En 65 år gammel sprek mann kommer til karpoliklinikken på grunn av hofte-og lårsmerter ved gange. I tillegg har han den siste måneden fått smerter i beina om natta og et smertefullt sår på høyre stortå. Han har ingen lyskepuls, og har kjølige føtter og forsinket kapillærfyllning. Ankel-armindeks 0,4 på høyre side og 0,55 på venstre side. Videre utredning med CT angiografi viser okkludert aorta fra 3 cm nedenfor nyrearteriene og distalt, samt 10 cm lang okklusjon av a. iliaca communis bilateralt. Dessuten 25 cm lang okklusjon i arteria femoralis superficialis høyre side, men åpne kar distalt for det.
Hvilket nivå av kartreet er riktigst å behandle først?

A Blokking (PTA) av a.femoralis superficialis høyre side.
B Operere med anleggelse av femoropopliteal bypass bilateralt
C Operere åpent med Y-graft fra aorta rett nedenfor nyrearteriene til a. femoralis communis bilateralt.
D Blokking (PTA) og stenting av arteria iliaca communis bilateralt

000026835a4777e906

76
En 70 år gammel kvinne har bestilt seg time på fastlegekontoret på grunn av gangrelaterte smerter i venstre legg. Hun røyker og har en tablettbehandlet hypertensjon. Hun bruker ingen andre medisiner og har ingen annen kjent sykdom. Smertene kommer etter cirka 300 meters gange på flat mark, noe raskere i motbakke, og går over etter få minutter i hvile. Ved undersøkelse finner du gode lyskepulser bilateralt, og palpable pulser i tibialis posterior og dorsalis pedis på høyre side, men ikke på venstre. Du måler ankel-arm indeks til 1 på høyre side og 0,8 på venstre side.
Hva er mest sannsynlige diagnose, og hva er beste tiltak?

A Mest sannsynlig vaskulær claudicatio som bør utredes videre med MR-angiografi for å se om det finnes lesjoner som ligger til rette for behandling
B Mest sannsynlig vaskulær claudicatio. Pasienten får beskjed om røykeslutt og gangtrening, settes på platehemmer og statin, kontroll om tre måneder

C Mest sannsynlig claudicatio intermittens. Pasienten får beskjed om gangtrening og kontroll om tre måneder

D Mest sannsynlig spinal claudicatio pga. spinalstenose. Bør utredes med CT LS-columna

000026835a4777e906

77
En 33 år gammel kvinne har fått diagnosen asthma bronchiale. Hun har startet med inhalasjonsbehandling med en bronkodilatator og et steroid gitt via en spray. Ved tremåneders kontrollen er hun nesten kvitt sine astmasymptomer men hun klager over sårhet i munnen. Ved inspeksjon finner du flekkvis rødme og et hvitlig belegg i farynks. Hun framviser en god inhalasjonsteknikk og bedyrer at hun skyller munnen grundig.
Hva er viktigste tiltaket hos denne pasienten?

A Bytte til spray påsatt inhalasjonskammer
B Bytte til pulverinhalator
C Bytte til et annet inhalasjonssteroid
D Bytte til perorale steroider

000026835a4777e906

78
En 63 år gammel mann innlegges medisinsk avdeling grunnet økende dyspne siste døgnet. Ved undersøkelsen er han takypneisk og hoster innimellom, han er febril og har stedvis svekkete respirasjonslyder samt litt knatrelyder basalt på venstre side. Det tas et røntgen toraks som vist.


H



Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Pneumoni
B Pleuravæske
C Pneumotoraks
D Lungeemboli

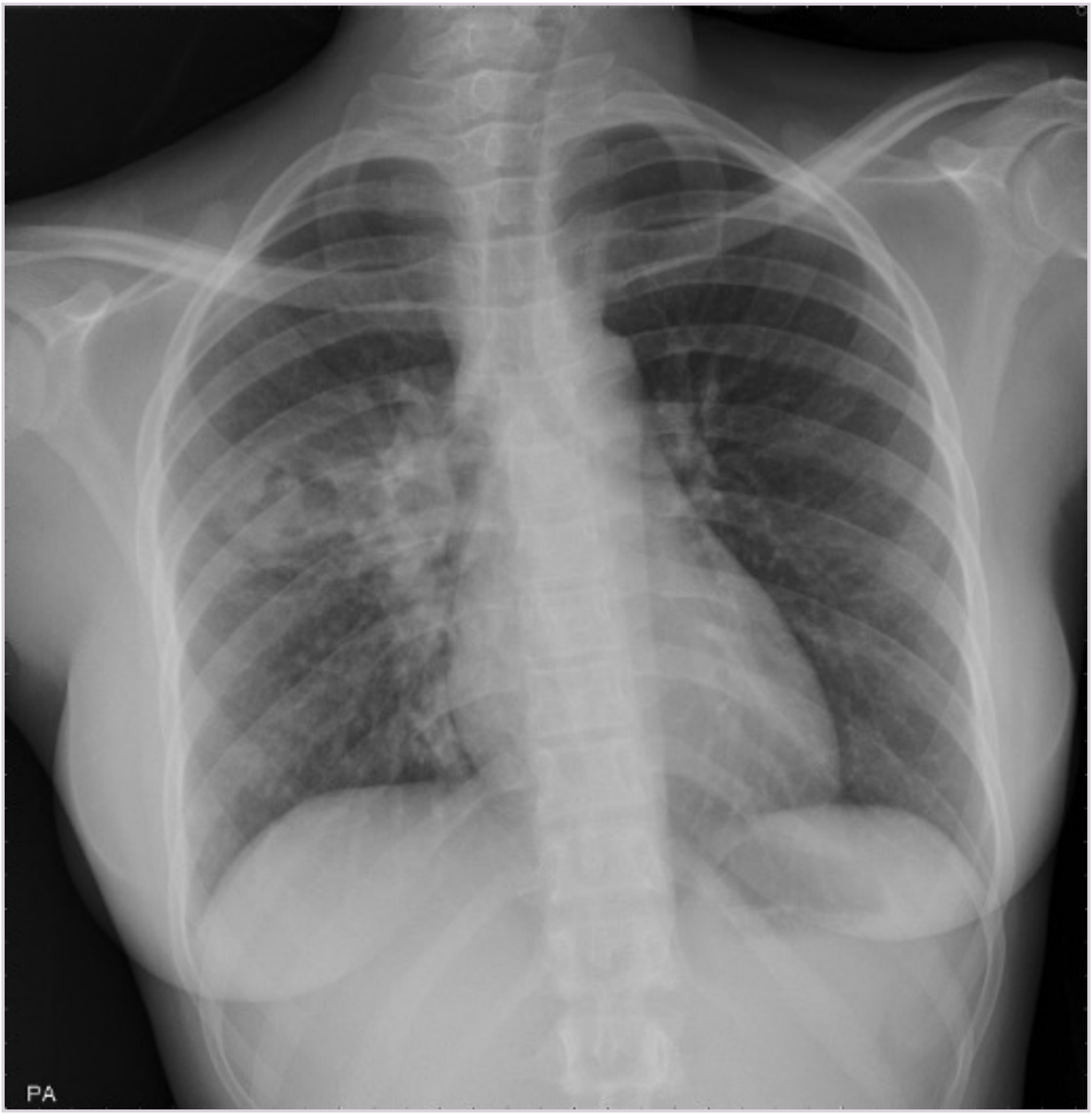
000026835a4777e906

79
En 65 år gammel kvinne med KOLS grad 3 i henhold til GOLD-klassifiseringen kommer til fastlegen på grunn av betydelig pustebesvær og hoste de siste 3 dagene. Ved undersøkelse finner du at hun har en respirasjonsfrekvens på 30/min, hjertefrekvens 98/min, pipelyder ved auskultasjon, oksygensaturasjon på 88%, og CRP 16 mg/L (ref. <5).
Hva er det mest hensiktsmessige første tiltaket?

A Henvise til akuttmottak.
B Øke dosen av hennes vanlige inhalasjonsmedisin
C Starte behandling med perorale kortikosteroider
D Gi antibiotika for mulig infeksjon

000026835a4777e906

80
En 44 år gammel kvinne fra Eritrea har hatt feberfølelse og hemoptyse i 2 uker. Hun har gått ned 5 kg i vekt, og har tidvis svettetokter. Hun kom til Norge som flyktning 19 år gammel, og har røykt i tilsammen 16 år før hun sluttet endelig for 10 år siden. Hun bruker ingen faste medisiner. Det er tatt et rtg toraks som vist på bildet.



Hvilken sykdom er mest sannsynlig?

A Lungekreft
B Pneumoni
C Tuberkulose
D Schistosomiasis

000026835a4777e906

81
En 69 år gammel mann kommer til deg på legevakt grunnet økende tungpust over noen dager. Du undersøker mannen og finner dempning ved perkusjon og nedsatt respirasjonsslyd basalt høyre lunge over ca halve lungeflaten.
Hva er den mest sannsynlige årsaken?

A Lungeemboli
B Emfysem
C Pleuravæske
D Pneumotoraks

000026835a4777e906

82
En 46 år gammel mann er henvist til medisinsk poliklinikk med spørsmål om astma. Han har hatt lett tungpust ved anstrengelser og tørrhoste i noen måneder. Fastlegen har gjort en spirometri som viste lett obstruktivitet (FEV_1/FVC = 0.68, FVC 90% av forventet). Pasienten har brukt inhalasjonssteroider kombinert med langtidsvirkende beta2-agonister daglig i 2 måneder uten å føle bedring. Han er aldri-røyker, i 100% arbeid som tømrer, og i relativt fin form ellers.
Rett før konsultasjonen er det tatt et rtg toraks.



Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Kryptogen organiserende pneumoni
B Lungekreft
C Non-Hodgkins lymfom
D Sarkoidose

000026835a4777e906

83
En 62 år gammel kvinne med diabetes og hypertensjon har over år hatt langsomt fallende GFR, nå eGFR 28 mL/min/1.73 m^2 (ref. ≥ 60). I tillegg har hun Hb på 8 g/dL (ref. 11,7-15,3). Hun bruker ACE-hemmer og insulin. Blodtrykket og blodsukker er velregulert. Fastlegen henviser henne til nefrolog.
Hva bør fastlegen gjøre i påvente av at pasienten får time hos nefrolog?

A Utrede hennes anemi
B Forberede henne på snarlig dialyse
C Starte erytropoietin
D Seponere ACE-hemmeren

000026835a4777e906

84
En 72 år gammel kvinne med mangeårig hypertensjon behandlet med ACE-hemmer og kalsiumantagonist kommer til fastlegen pga slapphet og lette ødem. Hun har de siste ukene vært plaget med smerter i en skulder, og har hatt god effekt av behandling med paracetamol og ibuprofen. Orienterende lab. viser kreatinin 329 µmol/L (ref. 45-90) , karbamid 23 mmol/ (ref. 3,1-7,9), K 4,6 mmol/L (ref. 3,5-4,4). Nyrefunksjonen har tidligere vært normal.
Hva er mest sannsynlige årsak til nedsatt nyrefunksjon?

A Kombinasjon av ACE-hemmer og NSAID som reduserer intraglomerulært trykk
B Hjertesvikt og lavt blodtrykk
C Kombinasjon av ACE-hemmer og NSAID som øker intraglomerulært trykk
D Nefrosklerose som følge av hypertensjon

000026835a4777e906

85
En 27 år gammel mann kontakter fastlegen da han for tredje gang på to år har observert blod i urinen. Urologisk utredning for to år siden var negativ. Nå har han hatt halsbetennelse med litt feber 4-5 dager, og siden i går lett ubehag i flankene og rød urin. Blodtrykket er 128/79 mmHg. Lab-prøver: U-stiks blod 3+, protein 2+ ellers neg. Urin-albumin-kreatinin ratio 39 mg/mmol (ref. <3). Serum-kreatinin 103 µmol/L (ref. 60-105), eGFR 85 mL/min/1.73 m^2 (ref. >90).
Hva bør fastlegen gjøre nå?

A Henvise til ny urologisk utredning
B Forklare at det er normalt med utslag på blod og protein ved febersykdom
C Legge pasienten inn akutt ved medisinsk avdeling
D Henvise til utredning hos nefrolog

000026835a4777e906

86
En 45 år gammel mann kommer til akuttmottaket med hodepine, hjertebank og episodisk svetting. Blodtrykket er 200/110 mmHg.
Blodprøver:

	Prøvesvar	Referanseverdi
Kreatinin	80 µmol/L	60-105
Kalium	4.5 mmol/L	3,5-5,0
Renin	55 mIU/L	4,5-46
Aldosteron	750 pmol/L	20-620
Metanefrin	5 nmol/L	< 0,46
Normetanefrin	10 nmol/L	< 0,74

Kortisolmengden i spytt og urin ikke forhøyet.
Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens sekundære hypertensjon?

A Primær hyperaldosteronisme
B Stenose i nyrearterien
C Cushings syndrom
D Feokromocytom

000026835a4777e906

87
En 72 år gammel, rimelig sprek mann har ukontrollert hypertensjon (BT gjentatte målinger omkring 150/85 mmHg) til tross for bruk av flere blodtrykkssenkende medisiner i maksdoser, inkludert en ACE-hemmer, en kalsiumkanalblokker og hydroklortiazid. Han har også kronisk nyresykdom med eGFR på 45 mL/min/1,73 m² (ref. >90). Han har vært innlagt på sykehus med plutselig innsettende lungeødem uten at man fant tegn til hjerteinfarkt eller kronisk hjertesvikt. CT angiografi av nyrearteriene viser 80 % stenose i høyre nyrearterie.
Hvilken behandlingsstrategi er mest hensiktsmessig for denne pasienten?

A Øke dosen av hydroklortiazid
B Utblokking/stenting av høyre nyrearterie
C Legge til en betablokker
D Seponere ACE-hemmeren

000026835a4777e906

88
En 50 år gammel kvinne som ble nyretransplantert for 1 år siden, oppsøker legevakten på grunn av hyppig vannlating, feber, slapphet og smerter i nedre del av magen. Hun bruker immundempende medisiner i form av prednisolon, takrolimus og mykofenolatmofetil. Hun har tatt alle medikamentene som forskrevet, og ved siste kontroll for 3 uker siden var takrolimuskonsentrasjonen i terapeutisk nivå. Ved undersøkelse har hun temperatur på 38,5°C, blodtrykk 135/85 mmHg, og hun er øm ved palpasjon over transplantatnyren. Laboratorieprøver viser en økning i kreatinin fra hennes vanlige verdi på 120 µmol/L til 160 µmol/L. Urin stiks er positiv på leukocytter og nitritt.
Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens sykdomsbilde?

A Akutt avstøtning
B Dehydrering
C Urinveisinfeksjon i transplantatnyren
D Takrolimus-toksisitet

000026835a4777e906

89
En 21 år gammel, frisk mann som ikke har trent på lenge, blir med på en hard cross-fit-økt. Tre dager senere er han temmelig øm i overarmsmusklene, men har normal funksjon og følelse i hendene. Han føler seg i god form og spiser og drikker som normalt. Han er likevel litt engstelig for at det kan ha skjedd noe galt og kontakter derfor fastlegen, som finner normale forhold ved klinisk undersøkelse. Det tas blodprøver som viser kreatin kinase (CK) 9 538 U/L (ref 50-400), kreatinin 83 µmol/L (ref 60-105) og normal kalium. Det er ingen utslag på urinstiks.
Hvilket tiltak bør fastlegen iverksette nå?

A Legge pasienten direkte inn på sykehus med dialyseberedskap.
B Legge pasienten inn som ø-hjelp ved lokalsykehuset for forsert diurese uten alkalisering.
C Sende pasienten hjem med beskjed om å drikke minst 3 liter daglig, ny kontroll om 2-3 dager.
D Legge pasienten inn som ø-hjelp ved lokalsykehuset for forsert alkalisk diurese.

000026835a4777e906

90
Du er fastlege for en 56 år gammel kvinne som kommer fordi hun har merket gradvis dårligere syn på venstre øye over noen måneder og nå har hun også begynt å få uklart syn på høyre øye. Du gjør en grundig undersøkelse og finner ved fundoskopi en avbleket papille på venstre side og en ødematøs papille på høyre side.
Hva kan best forklare pasientens plager?

A Et glioblastom som vokser i nærheten av synsbanene i høyre hemisfære
B Et stort frontalt meningiom som komprimerer høyre nervus opticus og gir forhøyet intrakranialt trykk
C Et stort hypofyseadenom som komprimerer chiasma opticum
D Et stort frontalt meningiom som komprimerer venstre nervus opticus og gir forhøyet intrakranialt trykk

000026835a4777e906

91
En 37 år gammel mann innlegges med intense smerter i korsryggen som stråler til venstre seteregion og til fremsiden av venstre lår.
Ved klinisk undersøkelse finner du: Lasegues test negativ, normal kraft, normal sensibilitet, normale reflekser og normal vannlating.
Du mistenker radikulopati.
Hvilken nerverot på venstre side er mest sannsynlig affisert?

A S1
B L5
C L4
D S2-5

000026835a4777e906

92
67 år gammel mann innlegges med hodetraume etter fall fra stige. GCS 12 (Ø3, V3, M6). Skrubbsår i bakhodet venstre side. Det påvises ingen andre skader enn hodeskaden. Grunnet atrieflimmer er han antikoagulert med warfarin. Cerebral-CT viser et stort akutt subduralt hematom (ASDH) på venstre side. Det skal gjøres øyeblikkelig hjelp kraniotomi med evakuering av ASDH, og i den forbindelse må antikoagulasjonseffekten av warfarin reverseres så raskt som mulig.
Hvordan reverseres antikoagulasjonseffekten best hos denne pasienten?

A Med idarusizumab intravenøst.
B Med trombocyttransfusjon
C Med aktivert protrombinkompleks intravenøst.
D Med traneksamsyre intravenøst

000026835a4777e906

93
En 52 år gammel mann kommer til deg som LIS1 på fastlegekontor fordi han i 4 uker har hatt sterke smerter i nakken, den siste uken med utstråling til høyre hånd. Han føler seg nummen i huden og har nedsatt kraft ved enkelte bevegelser. Etter en grundig klinisk undersøkelse mener du dette dreier seg om en C6-radikulopati.
Hvilket tiltak bør iverksettes?

A Henvise til smerteklinikk
B Sette opp kontroll om 2 uker for videre oppfølging
C Henvise til fysioterapeut for veiledning i øvelser
D Henvise til MR cervikalcolumna

000026835a4777e906

94
Kvinne 42 år henvist ortopedisk poliklinikk med spørsmål om cervikal radikulopati, noen ukers sykehistorie med episodevise smerter i venstre skulder som kan stråle ut i venstre overekstremitet helt ut til tommel. Hun kan da føle seg litt nummen i arm. Smertene er ikke tilstede i søvn. Smerter bl.a. ved høyintens trening på ergometersykkel. Hun har kjent diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner og bruker insulin. Far døde av prostatacancer 72 år gammel. Både mor og mormor hadde diabetes mellitus type 1 og døde tidlig. Pasienten fremstår slank, sprek og ved god almentilstand. Ortopeden undersøker nakke og skulder uten sikre kliniske funn, herunder fremprovoseres ingen smerte.
Hvilken utredning bør prioriteres først?

A MR cervikalcolumna
B S-troponiner og EKG
C CT angiografi av torakolumbalaorta
D Diagnostisk subakromial blokade

000026835a4777e906

95
En pasient med cancer mammae er i et kurativt behandlingsløp med kjemoterapi etter vellykket mastektomi med glandeltoilette. Hun har hatt kvalme og oppkast i 3 måneder. Hun har hatt et begrenset næringsinntak. Siste dagene er hun blitt forvirret, særlig i dag. Pårørende har tatt henne med til deg i akuttmottaket. Hun går bredbent og må ha støtte for å gå. BT 120/80 mmHg, puls 80/min, rektaltemperatur 37,4 ^{o}C. I mottaket tar du en arteriell blodgass som viser normal glukose og lettgradig metabolsk alkalose.
Hva er rimelig første tiltak?

A Oppstart bredspektret antibiotika
B Tiamin intravenøst
C Lumbal spinalpunksjon
D MR caput

000026835a4777e906

96
En 20 år gammel kvinne innlegges på gastromedisinsk avdeling på grunn av økende problemer med kvalme og oppkast og følelse av oppblåsthet i magen. Hun har problemer med å spise og brekker seg hver gang hun skal ta til seg fast føde. Etter anfallene med oppkast, får hun et hikkeanfall. På gastromedisinsk avdeling blir det gjort en bred utredning, med både gatroskopi, koloskopi, CT abdomen/bekken, røntgen tarmpassasje og utvidede blodprøver, uten at man påviser noen sikker forklaring på plagene hennes. Hun får under oppholdet økende problemer med å spise og må få total parenteral ernæring (TPN) for å få i seg næring.
Hvilken sykdom mistenkes?

A Gastrointestinal infeksjon
B Sykdom i hjernestammen
C Kompleks spiseforstyrrelse
D Forgiftning

000026835a4777e906

97
En 18 år gammel jente kontakter fastlegen. Hun er somatisk frisk og uten psykiske vansker har de siste par årene blitt merkbart mer trøtt på dagen. Hun klarer seg fint på skolen, men sovner nå daglig i timene. Hun forsover seg også og ligger an til å få problemer med fraværsgrense. Foreldrene har lagt merke til at hun ofte sover når hun kommer hjem fra skolen og frem til middag, noe de har tenkt at er vanlig for alderen. Hun forteller at hun av og til ikke kan røre på kroppen når hun våkner og føler samtidig trykk for brystet og tungt for å puste. Hun scorer litt høyt på skjema om dagtretthet (12 på Epworth tretthetsskala). Somatisk undersøkelse og blodprøver er normale.
Hva er beste håndtering av problemstillingen videre?

A Det bør tas utfyllende søvnanamnese inkludert søvndagbok, der man får frem døgnrytmen, før man tar stilling til videre utredning for søvnproblemet
B Hun trenger ingen videre undersøkelse, men bør få råd om god søvnhygiene.
C Hun bør henvises til nevrolog for hypocretinmåling i spinalvæske og til søvnutredning med polysomnografi og MSLT pga mistenkt narkolepsi
D Hun bør henvises til respiratorisk polygrafi for undersøkelse av søvnapne pga. økt dagtretthet

000026835a4777e906

98
Du jobber som fastlege. Du har tilbudt en hjemmetest for Humant Papillomavirus (HPV) til en 34 år gammel kvinne som aldri har klart å gjennomføre en gynekologisk undersøkelse for livmorhalsprøve på grunn av et tidligere seksuelt traume. Nå viser det seg at laboratoriet har påvist HPV på denne hjemmetesten. Pasienten har ingen gynekologiske symptomer.
Hvilket tiltak bør fastlegen anbefale?

A Pasienten bør ta en livmorhalsprøve ved gynekologisk undersøkelse
B Pasienten bør ta en ny hjemmetest etter 3 måneder
C Pasienten bør ta en ny hjemmetest etter 12 måneder
D Pasienten bør få utført biopsi innen 2 uker

000026835a4777e906

99
Du er LIS1 ved ortopedisk poliklinikk og undersøker en 50-årig kvinne med et par måneders sykehistorier med utstrålende smerter og nummenhet i de tre radiale fingre på høyre hånd. Hun kan våkne av dette på natten, på dagtid merkes det best når hun kjører bil. Hun har intakt muskelfylde og styrke i hånden. Du finner positiv Phalen og Tinells tegn.
Hva er anbefalt første tiltak for denne pasienten?

A Henvise til dekompresjon av nervus ulnaris
B Avlastende gips i to uker
C Henvisning til fysioterapi
D Avlastende nattskinne

000026835a4777e906

100
Du er LIS1 og har vakt i akuttmottaket. Du undersøker en 24-årig mann som har spilt fotball og fått et kraftig spark mot høyre kne fra lateralt. Han har smerter i mediale leddspalte og over mediale femurkondyle. Lateralsiden er stabil på strakt og 30 grader flektert kne. Medialsiden er instabil på strakt og 30 grader flektert kne. Kneet er hovent, og det er vanskelig å bedømme om ACL (fremre korsbånd) er stabil.
Hvilket skadebilde er mest sannsynlig ut ifra dine funn?

A MCL- og PCL- (bakre korsbånd-) skade
B Isolert MCL- (mediale sideleddbånd-)skade
C Isolert ACL-skade
D MCL- og ACL-skade

000026835a4777e906

101
Du er LIS1 og har nattevakt på sykehus. Du blir oppringt fra ortopedisk avdeling angående en 85-årig kvinne som ble operert for hoftebrudd for 4-dager siden, og som nå har økende dyspné. Du undersøker pasienten og finner normale respirasjonslyder, puls 95/min, RF 25/min, blodtrykk 160/90 mmHg. Hun har fått lavmolekylært heparin i profylaksedose, ingen tidligere venøs tromboemboli (VTE). Arteriell blodgass viser at pasienten er lett hypoksisk og har pCO_2 rett under nedre normalområde.
Hva er mest sannsylige diagnose?

A Costafraktur
B Lungeødem
C Lungeemboli
D Pneumoni

000026835a4777e906

102
Du er LIS1 i ortopedisk poliklinkk, og neste pasient er en 64-årig kvinne som er henvist på grunn av akutt innsettende subakromiale smerter i høyre skulder. Hun har ikke noe traume i anamnesen. Smertene har oppstått etter å ha vasket taket for et par uker siden. Hun har bevart kraft ved isometriske tester av rotatormansjetten, smerter ved aktiv og passiv abduksjon rundt 80-120 grader. Hun har ingen smerter over AC-leddet.
Hva er anbefalt behandling ved denne tilstanden?

A Anbefale trening
B Anbefale en kur med NSAIDs
C Anbefale trykkbølgebehandling
D Henvise til artroskopisk dekompresjon

000026835a4777e906

103
Du er lege på helsestasjon og undersøker en 5-årig gutt med bilateralt inntåing. Ved undersøkelse har han normal rotasjon i legg og ankel, men økt innadrotasjon i hofte, så du mistenker at inntåing kommer pga økt anteversjon i collum femoris. Han har ingen smerter, er i normal aktivitet, men har kanskje noe økt snubletendes sammenliknet med jevnaldrende.
Hva er anbefalt første tiltak hos denne gutten?

A Henvise til røntgen
B Henvise til ortoped for deroterende osteotomi
C Henvise til ortoped for ortosebehandling
D Avvente og eventuelt få aktivitetsråd fra fysioterapeut

000026835a4777e906

104
En 25 år gammel mann kommer til deg på fastlegekontoret. Han skulle skifte sengeklær for et par dager siden da ringfingeren hektet seg opp på et vis. Han fikk påfølgende smerter i ytterleddet og klarer ikke strekke dette leddet helt ut. Du mistenker Mallet-finger (droppfinger).
Hva er riktig behandling?

A Ekstenderende skinne som skal være på døgnkontinuerlig
B Droppfinger i ytterleddet tilheler av seg selv uten sekvele og trenger ingen behandling
C Ekstenderende skinne som må tas av innimellom for å trene ekstensjon i fingeren
D Dynamisk skinne som tillater aktiv fleksjon i PIP- og DIP-ledd, men ikke aktiv ekstensjon

000026835a4777e906

105
Du jobber på en skadepoliklinikk og får inn en frisk 50 år gammel mann med smerter i venstre ankel etter et overtråkk (supinasjonstraume) for 4 dager siden. Han har belastet benet, men har betydelige smerter som ikke gir seg. Røntgen av ankelen viser et ikke-dislosert brudd i mediale malleol. Du ser ingen fraktur i laterale malleol. Pasienten er lett hoven i leggen, men ikke spent. Han er øm langs lateralsiden av leggen helt opp mot kneet.
Hva er det første som bør gjøres videre?

A Gjennomlyse ankelen for å teste syndesmosen
B Rekvirere ultralyd med tanke på DVT
C Rekvirere røntgen av hele leggen med tanke på proksimal fibulafraktur
D Legge pasienten inn for akutt operasjon

000026835a4777e906

106
Like etter midnatt blir en 2 år gammel jente brakt til akuttmottaket, der du er LIS-1. Hennes far forteller at hun har hatt feber noen dager, og er blitt økende slapp. Hun har drukket litt, men ikke villet spise. I dag har hun kun ligget i sengen og ikke villet belaste eller bevege høyre ben, vært grinete og fremstått smertepåvirket. Ved undersøkelse er hun febril med rektaltemperatur 38.9 gr C, virker uinteressert og passiv, og gir ikke god øyekontakt. Hun beveger venstre underekstremitet, men du ser ingen spontane bevegelser i høyre underekstremitet, som i stedet ligger lett flektert og utad-rotert. Hun skriker kraftig til når du prøver å strekke eller rotere høyre underekstremitet.
Hva er den mest hensiktsmessige planen?

A Forordne blodkulturer og blodprøver og ta en avgjørelse om behandling når resultatene foreligger
B Forordne smertestillende og febernedsettende, avtale å konsultere barnelege neste morgen for videre planlegging
C Sende far og barn hjem med beskjed om å ta kontakt dersom jenta blir verre
D Kontakte bakvakt og be om hjelp til å vurdere barnet før natten

000026835a4777e906

107
En tidligere frisk 3 år gammel gutt ble syk med feber for 2 dager siden. Moren kommer til deg med ham på allmennlegekontoret i dag. Gutten har nå også har utviklet et utslett rundt munnen, i hendene og under føttene (se bilder). Utslettet er rødt, med små blemmer (2-3 mm i diameter), men synes ikke å klø. I munnen ser du at han har små smertefulle blemmer på tunge og innsiden av kinnet. Allmenntilstanden er kun lett redusert.



Hvilket virus har mest sannsynlig forårsaket dette symptombildet?

A Varicella zoster virus
B Coxsackievirus
C Cytomegalovirus
D Humant herpesvirus type 6

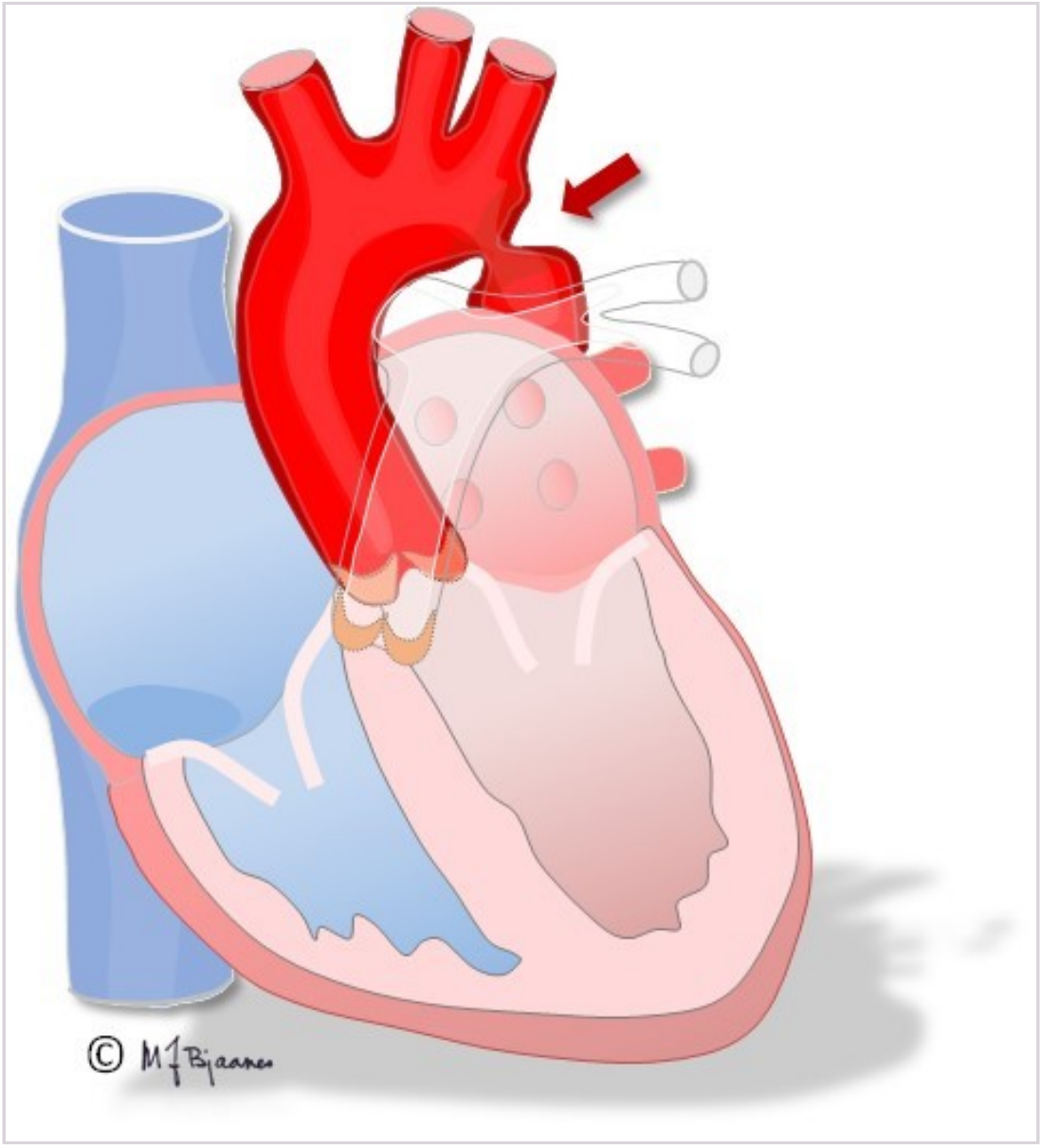
000026835a4777e906

108
En 14 år gammel tidligere frisk jente kommer til deg på allmennlegekontoret. Hun forteller at hun siste 10 dager har hatt økende tørrhoste, moderat feber (38 til 39 °C), slapphet og økende dyspné. Hun har vært hjemme fra skolen siste 4 dager.
Ved undersøkelser er hun blek og i moderat redusert allmenntilstand.
Respirasjonsfrekvens er 21/min (ref. for alder < 15/min). Hun har normalt blodtrykk og kun lett økt hjertefrekvens på 100/min (ref. for alder < 90). Rektal temperatur målt på morgenen var 38,7 °C.
Ved auskultasjon av lungene hører du knatrelyder over basale lungeavsnitt på begge sider. Det er ingen dempning ved perkusjon. CRP er 41 mg/L (ref: <5 mg/L). SpO2 er 91% (ref. > 95%
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Astma bronkiale, sannsynligvis utløst av et luftveisvirus
B Pneumoni, antagelig med Mycoplasma pneumoniae
C Pneumoni, antagelig med Streptococcus pneumoniae
D Influensa som sekundært har medført en pneumoni

000026835a4777e906

109
Bildet illustrerer koarktasjon av aorta, en vanlig hjertefeil.



Hvilken undersøkelse er best egnet til å gi informasjon som støtter opp om diagnosen hos en 3-åring?

A EKG
B Oksygenmetninger
C Blodtrykk
D Auskultasjon

000026835a4777e906

110
En tre år gammel gutt bringes til legevakt på grunn av vondt i halsen og feber. Han har vært syk i tre dager. Han synes det er vondt å svelge, men klarer å spise og drikke. Han har litt hoste og er tett i nesen.
Ved undersøkelse er han litt slapp, men i god allmenntilstand, våken og gir god kontakt. Han puster ubesværet med respirasjonsfrekvens 32/min (25–35), regelmessig puls 136/min (90–130), temperatur 38.7 °C. I svelget ser du hovne og røde tonsiller og rødhet på bakre svelgvegg. Det er lett hovne, uømme lymfeknuter ved kjevevinklene, og normale forhold ved auskultasjon av lungene.
Hva er riktigste tiltak, i tillegg til smertelindring?

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

000026835a4777e906

111
Du undersøker et nyfødt barn etter langvarig fødsel som endte med vacuumekstraksjon. Ett minutt etter forløsning registrerer du hjertefrekvens 90/min, lett flekterte armer og bein, rosa hudfarge men blå hender og føtter, gispende respirasjon og nærmest ingen reaksjon på stimuli.
Hvilket tiltak er mest adekvat?

A Ventilering med maske og hjertekompresjoner
B Ekstra oksygentilførsel
C Tørk/stimuler barnet med faste stryk langs ryggen
D Ventilering med maske

000026835a4777e906

112
Du kjører legevakt og blir tilkalt til en 38 år gammel kvinne etter henvendelse fra psykiatrisk akutteam. Pasienten fødte tvillinger for tre uker siden, hun har de siste par dagene utviklet ekstrem uro, forvirring og angst, beskriver hørsels- og synshallusinasjoner. Hun har forsøkt å kutte seg selv med kniv. Hun bor sammen med mannen, har i tillegg til tvillingene en datter på tre år. Du ønsker å legge henne inn på psykiatrisk akuttavdeling, men hun motsetter seg dette.
Hva er riktigste oppfølging og hvorfor?

A Akutt henvisning til poliklinisk oppfølging innen ett døgn. Hun har ansvar for små barn, ammer og bør derfor ikke legges inn
B Innleggelse i psykiatrisk avdeling. Hun er psykotisk og sannsynligvis til fare for eget liv og andres liv/helse
C Hun er psykotisk, men symptomene har vart for kort til at diagnose kan settes. Frivillighet må derfor forsøkes
D Tett oppfølging av fastlege og akutteam. Hun er psykotisk, men sannsynligvis samtykkekompetent og kan derfor ikke legges inn

000026835a4777e906

113
Du har legevakt på lørdag kveld og får inn en kvinne på 25 år, som kommer sammen med kjæresten. Kjæresten fikk tidligere på kvelden telefon fra pasienten som sa at hun ville dø, og at hun hadde planer om å kjøre bilen inn i en fjellvegg. I samtale får du lite informasjon fra pasienten; hun virker beruset og bekrefter med et nikk at hun har drukket noen glass vin og røkt noe hasj. Hun ønsker ikke å snakke, er helt taus. Du får vite av kjæresten at pasienten har hatt et alvorlig suicidalforsøk for et års tid siden, hun ble da stoppet i siste liten. Han forteller også at de har hatt problemer i forholdet og at han ønsker å gjøre det slutt, hun har virket svært nedstemt på grunn av dette.
Hvordan, og med hvilken begrunnelse, bør du vurdere suicidalfaren?

A Suicidalfaren er høy, mest på grunn av potensiell tapsopplevelse (brudd med kjæresten)
B Suicidalfaren kan ikke vurderes før du har fått snakket med pasienten om eventuelle suicidaltanker
C Suicidalfaren er høy, mest på grunn av ruspåvirkning og tidligere alvorlig suicidforsøk
D Suicidfaren er lav, trusler tydelig relatert til konflikt med kjæresten framstår mest som appell og et rop om hjelp

000026835a4777e906

114
En 38 år gammel kvinne uten rusproblematikk eller somatisk sykdom og som ikke bruker noen medisin, har gått til deg som faslege i 7 år nå med tilbakevendende depresjoner. Hun er i perioder på noen måneder årlig ikke i form til å stelle seg eller gå på jobb på grunn av nedstemthet. Hun har forsøkt både kognitiv og psykodynamisk korttidsterapi hos psykologer uten at mønsteret er snudd. Hun har nå en ny sykdomsperiode, behøver sykmelding og ber om henvisning til ny psykolog. Hun skårer i dag 30 på MADRS (moderat - alvorlig deprimert).
Hva er riktig behandlingstilnærming nå?

A Benzodiazepiner
B Litium
C Metakognitiv psykoterapi
D SSRI (selektive serotoninreopptakshemmere)

000026835a4777e906

115
En 19 år gammel kvinne kommer sammen med mor til fastlegen. Hun er tidligere frisk, men har nå hatt angstanfall på skolen flere ganger siste måneder. Hun ber om henvisning til psykolog.
Hva er riktig håndtering av denne saken?

A Gi henne oksazepam (et benzodiazepin) til bruk ved anfall
B Starte SSRI (selektive serotoninreopptakshemmere)
C Gi psykoedukasjon vedrørende angst
D Henvise til DPS

000026835a4777e906

116
En 48 år gammel mann er igjen sykmeldt for utbrenthet. Han har opp gjennom livet vært i jobb, og i perioder jobber han svært mye, før han igjen blir utbrent/deprimert. Han fullførte aldri utdanning som lærer, men jobber likevel i skole og SFO og driver med klatring og sykling på fritiden. Han er enslig etter 3 ekteskap, der han har god relasjon til alle ekskoner. Bortsett fra stadige skader på muskler og skjelett inkl. noen frakturer innimellom, er han aldri til lege annet enn hver gang han er utbrent. Du har lagt merke til at han alltid er svært motorisk urolig; føttene "går som trommestikker", og du blir nærmest andpusten av å være i samme rom som han. Han har gått til psykolog for angstmestring pga konstant indre uro, men har funnet ut at trening er det eneste som hjelper.
Hva er mest sannsynlige tilstand her?

A Bipolar lidelse type 2
B ADHD
C Angst
D Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

000026835a4777e906

117
23 år gammel fulltidsstudent kommer til lege. Hun er aktiv i en dansestudentforening og har et stort sosialt nettverk. Bor sammen med tre andre studenter som hun har kjent siden videregående. Hun oppsøker nå deg som sin fastlege fordi hun har følt seg overveldet den siste uken. Hun har skal snart levere inn protokoll til sin masteroppgave, hennes bestemor har fått påvist Alzheimers sykdom, og hun har kranglet med sin bror om bruk av familiehytten. Alt dette har medført at hun føler seg stresset, har fått tankekjør, sover dårligere enn vanlig og er trist. Hun tenker selv at hun har en depresjon og ønsker tiltak.
Hva er riktig tiltak?

A Innhente komparentopplysninger
B Trygge henne og ha en avventende holdning
C Tilby lav dose SSRI
D Sette opp ukentlige samtaler hos deg

000026835a4777e906

118
En 37 år gammel mann med kjent bipolar lidelse type I har nå en pågående manisk episode og fremviser på ingen måte innsikt i egen sykdom, den skade han påfører seg og behandlingsbehov. Det er ikke klare psykosesymptomer. Han samarbeider om å bli med til legevakt, men anser ikke seg selv syk eller i behov av behandling. Det er åpenbart at han trenger akuttinnleggelse.
Hva er riktig bruk av lovverket i denne situasjonen?

A Legevaktslege bør henvise til frivillig psykiatrisk akuttavdeling, så kan vakthavende på psykiatrisk avdeling vurdere om det bør etableres tvungen behandling
B Hovedvilkåret for tvungen innleggelse er ikke til stede siden han ikke har åpenbare psykotiske symptomer
C Legevaktslege kan henvise til tvungen innleggelse
D Siden det er en kjent tilstand, vil det ikke være riktig å henvise på tvungen observasjon

000026835a4777e906

119
Du kjører legevakt og er på hjemmebesøk hos en mann på 43 år som bor sammen med sin mor. Han har en kjent schizofrenidiagnose og har tidligere vært underlagt tvungent psykisk helsevern, dette ble opphevet for tre år siden. De siste par ukene har mor merket at han har blitt økende mistenksom, irritabel og sint, han spiser ikke sammen med henne slik han pleier og låser døra til soverommet hver natt. Når du snakker med ham, finner du at han har hørselshallusinasjoner i form av kommanderende stemmer, og han forteller at han tror at mora ikke er hans egentlige mor. Du diskuterer muligheten for innleggelse med pasienten, men dette ønsker han ikke. Han skjønner at syke må legges inn, men han er ikke selv syk nå mener han. Du vurderer at han er redd, men ikke farlig.
Hvilke elementer i samtykkekompetansevurderingen gjør at han kan legges inn på tvang?

A Han anerkjenner ikke at kunnskapen omhandler ham selv
B Han forstår ikke hva sykdommen innebærer
C Han er psykotisk og kan ikke uttrykke et fornuftig valg
D Han er ikke farlig og kan da ikke tvangsinnlegges

000026835a4777e906

120
Kvinne 27 år har fått diagnosen SLE og følges av deg som fastlege med kontroll av blodprøver og urinprøve hver 3. måned i tillegg til halvårlige kontroller hos revmatolog. Hun får behandling med hydroksyklorokin 400 mg daglig og prednisolon 5 mg daglig. Ved en 3-måneders kontroll viser urinstiks 3+ på protein (nytilkommet). Ellers ingen utslag.
Hva er det riktigst å gjøre nå?

A Måle blodtrykket og vurdere oppstart med en ACE-hemmer eller angiotensin II reseptorblokker (ARB) dersom blodtrykket er >140/90 mmHg da hypertensjon er en vanlig komplikasjon ved SLE
B Kontakte spesialist snarest for å avtale videre utredning av nyreaffeksjon ved SLE
C Sende urinprøve til dyrkning og gi en antibiotikakur da hun mest sannsynlig har en urinveisinfeksjon
D Øke prednisolon-dosen til 60 mg daglig for raskt å dempe betennelse og sende henvisning til revmatolog

000026835a4777e906

121
En 75 år gammel kvinne kommer til lokalsykehuset der du jobber, med hodepine, kjeveclaudicatio, synsforstyrrelser og skalpømhet. Blodprøver viser SR 80 mm/h (ref. 1-20) og CRP 55 mg/L (ref. <5), men hun har ellers normale verdier. Du prøver å ringe revmatolog eller øyelege, men får ikke tak i noen av dem.
Hva vil være det beste tiltaket?

A Starte behandling med høydose kortikosteroider
B Bestille en MR av hodet
C Lumbalpunksjon for å utelukke infeksjon
D Avente til du får kontakt med en spesialist

000026835a4777e906

122
En 55 år gammel mann presenterer seg med plutselig oppstått, intens smerte, hevelse og rødhet i stortåens grunnledd. Han har kjent kardiovaskulær sykdom og bruker en liten dose acetylsylsyre og tiaziddiuretika daglig. Serum-urinsyrenivået hans blir målt til 390 µmol/L (ref. 230-480).
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Kalsiumpyrofosfatkrystallartritt
B Urinsyregikt
C Septisk artritt
D Osteomyelitt

000026835a4777e906

123
En kvinne på 53 år oppsøker deg som fastlege da hun har smerter i muskler og ledd. Hun har hatt dette i mer enn 5 år, men plagene har blitt verre og hun har problemer med å utføre sitt arbeid som lærer. Hun føler seg ikke uthvilt når hun våkner. Hun har tørr munn og tørre øyne.
Ved undersøkelse har hun ingen utslett og ingen tegn til artritt. Hun har normal tåreproduksjon ved Schirmers test. Spyttproduksjon er i nedre normalområde.
Senkningsreaksjon (SR) er 16 mm/time (ref. <20), CRP er <5 mg/L (ref. <5). Nyre-, lever- og stoffskifteprøver er i normalområdet. Antinukleære antistoffer (ANA) med alle undergrupper og Anti-Cykliske Citrullinerte Peptider (Anti-CCP) er negative.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Revmatoid artritt
B Systemisk lupus erythematosus (SLE)
C Fibromyalgi
D Sjøgrens syndrom

000026835a4777e906

124
Noen av kollegaene dine på sykehuset der du er LIS1, har utført en kasus-kontroll studie. På internundervisningen blir arbeidet presentert. Du ser at 10% av deltagerne i studien ikke har fulgt anbefalt behandlingsprotokoll. Man antar at manglende oppslutning fordeler seg likt i alle studiegrupper (friske ueksponerte, friske eksponerte, syke ueksponerte, syke eksponerte).
Hvordan vil odds ratio bli påvirket av manglende oppslutning i dette tilfellet?

A Det er ikke mulig å si
B Høyere
C Lavere
D Uendret

000026835a4777e906

125
Som fastlege får du en 72 år gammel mann inn på kontoret ditt. Han er pensjonist og jobber som eksamensvakt i videregående skole og er ansatt av fylkeskommunen. Han har nå en uke med arbeid foran seg. Han er forkjølet og hoster og vil gjerne ha en sykmelding.
Hva er korrekt å gjøre vedrørende hans fravær fra arbeid?

A Legeerklæring på at han er syk, men ikke fylle ut sykmelding
B Sykmelding i 2 dager for at forkjølelsen skal gå raskere over
C Gradert sykmelding da han trolig kan delta i noe av arbeidet tross forkjølelse
D Sykmelding for 1 uke og angi fylkeskommunen som arbeidsgiver

000026835a4777e906

126
En gravid kvinne i uke 17 er på skadepoliklinikk etter overtråkk. Ankelfraktur utelukkes, men det er mistanke om alkoholbruk. Hun går med på å ta blodprøver, som viser:

Etanol i serum: 21,7 mmol/L (ref. <2,2)
PEth (Fosfatidyletanol 16:0/18:1) 0,25 µmol/L (ref. <0,03)
Når prøveresultatet foreligger, vil hun ikke lenger diskutere alkoholinntaket.
Hva gjelder juridisk for melding om alkoholbruken i dette tilfellet?

A Taushetsplikt gjelder, og dette skal ikke meldes videre
B Dette skal meldes helse- og omsorgstjenesten i pasientens bokommune
C Dette skal meldes statsforvalteren i regionen
D Dette skal meldes fødeavdelingen på sykehuset hvor hun kommer til å føde

000026835a4777e906

127
En pårørende til en pasient med nydiagnostisert Alzheimers sykdom viser deg en artikkel fra New England Journal of Medicine.
Det primære endepunktet i den randomiserte kontrollerte studien var endring i en klinisk demensskår: CDR-SB (min 0- maks 18). Høyere verdier indikerer dårligere funksjon.
Begge grupper hadde CDR-SB på 3,2 ved start av studien. Ved 18 måneder hadde skåren i lecanemab-gruppen økt med 1,21 poeng, og i kontrollgruppen med 1,66 poeng. (Differansen: -0,45. 95% Konfidensintervall: -0,67-til -0,23; P <0,001).
Hun lurer på hva resultatene betyr for pasientene som var med i studien.
Hva er korrekt informasjon å gi?

A Pasientene fikk en redusert demensskår på -0,67 i lecanemab-gruppen og -0,23 i kontrollgruppen
B Begge grupper hadde økende demensskår, men økningen i demensskår i lecanemab-gruppen var 0,45 poeng lavere enn i kontrollgruppen i oppfølgingsperioden
C Det var en statistisk signifikant (p < 0,001) økning i kontrollgruppens demensskår, men ikke i gruppen som fikk medisin
D Lecanemab-gruppen fikk en reduksjon i demensskår på -0,45, mens kontrollgruppen økte sin demensskår

000026835a4777e906

128
Som LIS1 på legekontor blir du oppsøkt av et par med et 6 måneder gammelt barn. Fødsel og nyfødtperiode var ukomplisert. Barnet har episoder med blåfarget hud når det gråter. Du oppfatter at barnet har episoder med cyanose, og tenker på medfødt hjertefeil.
Hvilken medfødt hjertefeil kan forårsake slike symptomer som hos dette barnet?

A Fallots tetrade
B Trikuspidal atresi
C Hypoplastisk venstre hjertesyndrom
D Ventrikkelseptumdefekt (VSD)

000026835a4777e906

129
Du er LIS1 i allmennpraksis, og har en pasient som er kommer på grunn av betydelig, økende dyspné siste måneder. Det er en kvinne på 72 år som har kjent KOLS, osteoporose og ble operert for cancer coli for noen år siden. Du bestemmer deg for å ta en CT. Du får svar tilbake at det ikke er mistanke om metastaser i lungene, men mulige emfysematiske forandringer i lungene. Dilatert aorta ascendens 43 mm.
Hvilket tiltak bør iverksettes nå?

A Sette henne på astmamedisin og planlegge kontroll om 3 mnd for å vurdere effekten
B Henvise til kardiolg for vurdering av klaff og kontroll av aorta ascendens
C Anbefale treningsgruppe for eldre og fortelle om viktigheten av aktivitet i hennes alder. Om dette ikke hjelper, kan hun henvises til lungeavdelingen
D Henvise til torakskirurgisk avdeling for vurdering av operasjon av aorta ascendens

000026835a4777e906

130
Du er LIS på lungeavdelingen og har en pasient på poliklinikken, han er 77 år, har kjent KOLS, diabetesog claudiactio intermittens.
Han har nylig fått påvist en 15 mm tumor perifert i ve. lunges overlapp. Biopsi viser adenokarsinom, ikke sett forstørrede lymfeknuter. Han har FEV 40 % og DLCO (diffusjonskapasitet) 35%.
Hvilken behandling anbefales?

A Stereotaktisk strålebehandling
B Konvensjonell stråling
C Cellegift
D Kirurgi

000026835a4777e906

131
En 65 år gammel mann med diabetes mellitus blir henvist til hjertemedisin etter å ha vært plaget med angina pectoris ved belastning og dyspne i flere år. CT koronarkar viste mistanke om stenoser. Ved koronar angiografi finner man en stenotisk venstre hovedstamme (70%), en langstrakt stenose i LAD (75%) og en subtotal okklusjon i høyre kransarterie.
Hvilken behandling bør denne pasienten anbefales?

A Medikamentell behandling med betablokker, statiner, acetylsalisylsyreog nitro ved behov
B Livsstilintervensjon
C Koronarkirurgi
D PCI med innsetting av stent

000026835a4777e906

132
I din allmennlegepraksis har du en 56 år gammel kvinne. Hun har tidligere vært frisk, men etter en lengre periode med dyspne har hun nå fått påvist en alvorlig aortastenose. Hun har lest om at det finnes flere typer behandling for aortastenose , og vil gjerne høre din anbefaling.
Hvilken informasjon/anbefaling er det riktigst å gi i dette tilfellet?

A Anbefale klaffeoperasjon med innsetting av mekanisk klaff
B Anbefaler kateterbasert implantasjon av aortaklaff (TAVI-klaff) for å slippe åpen operasjon
C Anbefale klaffeoperasjon med innsetting av biologisk klaff
D Anbefale medisinsk behandling med betablokker og statin for å utsette en hjerteoperasjon lengst mulig

000026835a4777e906

133
Du er LIS1 på kirurgisk avdeling på lokalsykehuset. En 35 år gammel kvinne legges inn grunnet sterke kolikksmerter i venstre flanke. CT viser et knapt 5 mm stort konkrement i nedre tredjedel av venstre ureter. Det ses lettgradig dilatasjon av ureter og nyrebekkenet på venstre side. Blodprøver viser at kreatinin er normal. Hun har ikke feber.
Hva bør skje med pasienten?

A Pasienten meldes til operasjon for ureteroskopisk steinfjerning
B Pasienten må få antibiotika for å hindre utvikling av pyelonefritt
C Innlegges for smertelindring med NSAIDs og/eller opiater
D Pasienten bør få nefrostomi

000026835a4777e906

134
En 14 år gammel gutt kommer til akuttmottaket grunnet sterke smerter i venstre skrotalhalvdel. Ved klinisk undersøkelse er venstre testikkel svært palpasjonsøm. Cremaster-refleksen på venstre side er utslukket.
Hva er det neste som bør gjøres?

A Starte med antibiotika for mistenkt epididymitt
B Planlegge umiddelbar kirurgisk eksplorasjon av skrotum
C Gi smertestillende og rekvirere blodprøver inkludert hvite og CRP
D Rekvirere ultralyd av skrotum

000026835a4777e906

135
En 60 år gammel mann får ved en ultralyd abdomen grunnet magesmerter tilfeldig påvist en tumor i urinblæren. Det blir utført en transurethral reseksjon. Den histologiske undersøkelsen viser høygradig urotelialt karsinom, begrenset til slimhinnen og kreftceller i flat slimhinne, stadium pTa pTis.
Hvordan bør denne pasienten håndteres videre?

A Radikal cystektomi
B Behandling med BCG-instillasjoner i blæren
C Kontroll med cystoskopi hver 3. mnd
D Behandling med mitomycin-instillasjoner i blæren

000026835a4777e906

136
En 65 år gammel mann blir akutt innlagt med smerter i korsryggen og paralyse av underekstremitetene. For 9 måneder siden ble det påvist metastatisk nyrekreft. Han er under systemisk behandling med immunterapi. Den siste CT-undersøkelsen for 3 måneder siden viste osteolytiske metastaser i pedikklene i L4 og L5, som var uendret sammenlignet med CT ved behandlingstart.
Hva er riktig første tiltak i denne situasjonen?

A Kontakte nærmeste stråleavdeling for akutt strålebehandling av metastasene
B Gi 10 mg deksametason intravenøst
C Kontakte nærmeste nevrokirurg for umiddelbar kirurgisk dekompresjon av spinalkanalen
D Kontakte onkolog for endring av immunterapien til andrelinjes onkologisk behandling

000026835a4777e906

137
En 85 år gammel mann blir innlagt med hjerneslag og urinretensjon. Urinblæren blir avlastet med transurethralt blærekateter, og det tømmer seg klar urin på kateteret. Til tross for rehabilitering over flere uker vedvarer lammelse i venstre munnvik, venstre arm og venstre underekstremitet. Ved seponering av kateteret måles det resturin på 500 ml etter at pasienten har gjort forsøk på spontan miksjon, og kateteret blir satt inn pånytt. I forbindelse med at man forsøker å avvenne denne pasienten fra permanent kateter, blir PSA rekvirert. PSA måles til 8,5 µg/L (ref. 0-4,0).
Hvordan bør dette prøvesvaret følges opp?

A PSA bør kontrolleres om 2-3 uker, og dersom prøvesvaret fortsatt er patologisk forhøyet, skal det sendes henvisning til urolog merket pakkeforløp prostatakreft
B PSA bør måles på nytt om 3 måneder, dersom pasienten har klart å avvikle urinkateteret
C PSA trenger ikke kontrolleres ettersom pasienten ikke er kandidat for radikalbehandling av prostatakreft
D PSA bør måles på nytt om 3 måneder uavhengig av om pasienten har kommet i gang med spontan vannlating eller ikke

000026835a4777e906

138
En 64 år gammel mann kommer til deg som LIS i akuttmottaket med redusert syn og periodevis hodepine. Ved synsfeltundersøkelse ad modum Donders finner du et homonymt utfall i begge de høyre delene av synsfeltet.
Hvilken supplerende undersøkelse bør prioriteres i den videre utredningen av sannsynlig diagnose?

A OCT (optisk coherens tomografi) av makula
B Perimetri (databasert synsfeltundersøkelse)
C MR caput
D Netthinnefotografi

000026835a4777e906

139
En 32 år gammel mann har falt ned en skrent og pådratt seg et traume mot høyre side av ansiktet. Han har normalt syn på venstre øye, men på høyre øye har han ikke lyssans. Du finner at pupillen i høyre øye er utvidet. Høyre øye er dreid litt lateralt og han har vansker med å addusere høyre øye.
Hva kan de kliniske funnene forklare?

A Skade av synsnerven og parese av n. oculomotorius høyre side
B Forhøyet intraokulært trykk og parese av n. trochlearis høyre side
C Skade av synsnerven og parese av n. abduscens på høyre side
D Blødning i glasslegemet og okulomotoriusparese høyre side

000026835a4777e906

140
Du tilser en 65 år gammel mann som i en uke har hatt lysglimt og flytere, og fra i går en økende skygge ned nasalt på det venstre øyet. Du mistenker netthinneløsning.
Hvilke funn styrker mistanken om diagnosen ved undersøkelse av synsfelt ad modum Donders og rød refleks venstre øye hos denne pasienten?

A Innskrenket synsfelt ned nasalt og svekket rød refleks opp nasalt
B Innskrenket synsfelt ned nasalt og svekket rød refleks ned nasalt
C Innskrenket synsfelt ned nasalt og svekket rød refleks ned temporalt
D Innskrenket synsfelt ned nasalt og svekket rød refleks opp temporalt

000026835a4777e906