2021 - IIC - MD4042 - Eksamen 2
Eksamensdato: 2021-12-10

1
Hvilken type demens er hyppigst?

A X Alzheimer demens
Riktig svar. Seks av ti demente pasienter har Alzheimer.
B Frontotemporal demens
C Vaskulær demens
D Demens med lewy legemer

0000161add1dc1cb6a

2
En kvinne på 25 år kommer til deg i allmennpraksis. Hun har vært stabilt behandlet for bipolar lidelse de siste 2 årene. Hun ber om sykemelding fra butikkjobben sin fordi hun gjennom det siste året har slitt mer og mer med angst. Hun drikker alltid et par glass vin på forhånd hvis hun skal møte venner om kveldene. Hun kjenner seg sliten av all angsten og gruer seg til hver ny dag på jobb.
Hva er mest sannsynlige årsak til de symptomene hun har fått det siste året?

A Skadelig bruk av alkohol
Hun drikker for å håndtere sosial angst. Uten behandling for angsten har hun forhøyet risiko for å utvikle alkoholavhengighet.
B Bipolar depresjon
Angst (også sosial angst) kan være symptomer ved en depresjon, men her utelukkes det i og med at pasienten beskrives som stabil av sin bipolare lidelse de siste årene.
C X Sosial fobi
Angst og unnvikelsesatferd for sosiale sammenhenger slik som møte med venner og kunder i butikkjobb. Debut i ung voksenalder, hyppig komorbid til bipolar lidelse, risiko for alkoholavhengighet.
D Unnvikende personlighetsforstyrrelse
Personlighetsforstyrrelsesdiagnoser kjennetegnes ved stabile symptomer/trekk fra sen ungdom/ tidlig voksenliv. Her debuterer angstsymptomer ved 24 år, noe som taler imot en slik diagnose.

0000161add1dc1cb6a

3
En enslig mann på 36 år er funnet å fylle hovedkriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Han oppfatter ofte uskyldige bemerkninger og hendelser som fornærmende. Han har "hakk i platen" når han forteller om episoder han har opplevd som krenkende. Det tar svært lang tid, om i det hele tatt, før han tilgir krenkelser. Under utredning kommer det fram flere episoder som har medført relasjonsbrudd eller endret relasjon etter at han har følt seg avvist. I tilfeller hvor han blir fornærmet reagerer han med sterkt sinne.
Hvilken type personlighetsforstyrrelse samsvarer dette best med?

A X Paranoid personlighetsforsyrrelse
Minst tre av følgende trekk: a)uvanlig stor følsomhet overfor nederlag og avvisning, b)tendens til å bære nag, dvs nekte å tilgi fornærmelser, urett eller forbigåelse, c)mistenksomhet og vedvarende tendens til å forvrenge opplevelser ved å feiltolke andre personers nøytrale eller vennlige handlinger som noe fiendtlig eller hånlig, d)kamppreget og vedholdende oppfatning av personlige rettigheter som ikke er i samsvar med den aktuelle situasjonen, e)tilbakevendende og ubegrunnede mistanker om partner's seksuelle troskap, f)tendens til å overdrive egen betydning som kommer til uttrykk i en vedvarende, selvhenførende holdning, g)opptatthet av ubekreftede, « konspiratoriske» forklaringer på hendelser som både angår pasienten direkte og verden generelt.
B Bordeline personlighetsforstyrrelse
C Antisosial personlighetsforstyrrelse
D Narsissistisk personlighetsforstyrrelse
Kodes i DSMV men ikke i ICD-10, overlapper mye med paranoid personlighetsforsyrrelse

0000161add1dc1cb6a

4
For å stille diagnosen mani må følgende kriterie være til stede (i henhold til ICD 10):

A X fire tilleggssymptomer hvis stemningsleiet er preget av irritasjon
Ved mani er stemningsleiet overveiende økt, ekspansivt eller irritabelt i en grad som definitivt er unormalt for personen selv. I tillegg kommer minst tre tilleggsymptomer, men det kreves fire ved irritasjon som stemningsleie.
B hyperaktivitet
Dette er svært vanlig, men er et av flere mulige tilleggssymptomer
C nedsatt søvnbehov
Dette er svært vanlig, men er et av flere mulige tilleggssymptomer
D økt selvfølelse eller andre former for grandiositet
Dette er svært vanlig, men er et av flere mulige tilleggssymptomer

0000161add1dc1cb6a

5
En 50 år gammel mann kommer til fastlegen som oppfølging av depresjonsbehandling. Han har fått kognitiv terapi og behandling med Zoloft (sertralin, et SSRI/ selektiv serotonin reopptakshemmer) i 3 måneder med god effekt.
I løpet av samtalen nevner han at han har mistet evnen til ereksjon de siste månederog plages med dette. Hva er mest sannsynlige årsak til dette?

A X Bivirkning av sertralin
Vanlig bivirkning av SSRI
Se feks Modell et al 1997: "SSRI-induced adverse sexual effects appear to be the rule rather than the exception" og finner det hos 67 % som bruker sertralin. Tallene varierer men viktig å være klar over at det er svært vanlig
B Tilfeldig da både depresjon og impotens er vanlig hos eldre menn
Ikke så vanlig og han er ikke gammel
C Redusert libido pga depresjon
Også vanlig men bivirkning er mer sannsynlig. Han har dessuten effekt sertralin slik at depresjon som årsak til forsatt seksuelle problemer skulle ha blitt bedre
D Lavt testosteron som kan være årsak til både depresjon og impotens
Mindre sannsynlig enn bivirkning

0000161add1dc1cb6a

6
En kvinne på 50 år kommer til deg som fastlege pga stikkende og verkende smerter i nedre del av magen som går baktil mot ryggen og ned til hoftene. Plagene startet for 5-10 år siden og varierer men har vært verre de siste ukene. Hun ble sykemeldt på legevakten for to uker siden men det har bare blitt verre. Den forrige fastlegen hadde bestilt UL abdomen og røntgen LS columna og hofter i fjor, og det ble funnet noe degenerative forandringer ved L5/S1, ellers normalt. Du har vært bekymret for hennes psykiske helse pga mange belastninger over tid. Men pasienten avviser å snakke om psykiske forhold og mener at det bør gjøres flere undersøkelser. Hun har ellers hypotyreose behandlet med levaxin og hypertensjon behandlet med en angiotensin II hemmer. Gjentatte blodprøver inkl infesjonsparametre har vært normale bortsett fra vedvarende lav natrium på ca 130-132 (137-145). Tidligere forsøk med antiflogistika og paracetamol hadde kortvarig effekt men hun sluttet med antiflogistika pga svimmelhet og paracetamol pga kvalme.
Hva er mest sannsynlige årsak til hennes plager?

A Degenerasjon i columna
B Hypokondri
Helseangst, ikke primært smerter
C Hyponatremi
Stabil lav natrium over 130 gir vanligvis ikke symptomer og kan ikke forklare plagee. Det kan være idiopatisk eller evt pga blodtrykksmedisin.
D X Somatoform lidelse
Kriterier:
Somatoforme lidelser: Hovedkjennetegnet er gjentatt presentasjon av somatiske symptomer ledsaget av stadige anmodninger om medisinske utredninger, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra leger om at symptomene ikke har somatisk grunnlag.
Vedvarende somatoform smertelidelse: Den dominerende plagen er en vedvarende, alvorlig og plagsom smerte, som ikke kan forklares fullstendig med en fysiologisk prosess eller en somatisk lidelse.

0000161add1dc1cb6a

7
En 18 år gammel kvinne oppsøker helsesøster i skolehelsetjenesten og klager på at hun fryser lett og er kald. Inne på skolen må hun ha på seg jakke eller tykk genser, mens andre kun har på seg T-skjorte eller lignende. I samtalen fremkommer det at hun de siste 10 månedene har gått ned 14 kilo i vekt for at hun skal kunne løpe raskere når hun konkurrerer i mellomdistanse. Hun opplever frykt for å legge på seg, og benekter at vekttapet er alvorlig. Hun bruker ikke noe fast prevensjonsmiddel og sier at hun har hatt amenore siste 6 måneder. BMI er 15 *kg*/m2.
Hvilken somatisk sykdom eller tilstand er hyppig forekommende sammen med den beskrevne lidelsen?

A Hypertensjon
Pasienthistorien er forenlig med diagnosen anorexia nervosa. Hypotensjon og ortostatisk hypotensjon er betydelig vanligere problem enn hypertensjon hos de med anorexia nervosa.
Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review.
Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ
Int J Eat Disord. 2016 Mar;49(3):238-48. Epub 2015 Dec 29.

B Cøliaki
Det er en liten økning av cøliaki hos de med anorexia nervosa, men cøliaki er ikke så hyppig forekommende som osteoporose.
Anorexia nervosa of the restrictive type and celiac disease in adolescence. Nacinovich et al. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017 May 4;13:1211-1214.

C X Osteoporose
Studier har vist at osteoporose er en vanlig komplikasjon hos de med anorexia nervosa. Rundt 35% av pasienter med anorexia nervosa har osteoporose definiert som T-skåre på – 2,5 eller lavere. Dette er også tematisert på forelesningen om spiseforstyrrelser.
Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nervosa. Grinspoon S, Thomas E, Pitts S, Gross E, Mickley D, Miller K, Herzog D, Klibanski A. Ann Intern Med. 2000;133(10):790.
Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. Arch Intern Med. 2005;165(5):561.

D Levercirrhose
Permanente leverskader er ikke vanlig ved anorexia nervosa.

0000161add1dc1cb6a

8
Ei kvinne i 40 årene kommer til deg som fastlege og ber om hjelp. Hun jobber som sekretær i private næringsliv. Nylig skiftet arbeidssted på grunn av omorganisering og har i etterkant av dette blitt mer engstelig. Hun har alltid vært stille, beskjeden og hatet å prate foran andre i store forsamling. Dette har nå blitt verre. Merker at hun får hjertebank, blir kaldsvett og nervøs bare hun blir spurt om noe i lunsjen. Dette har gjort at hun har følt seg mer nedstemt den siste uka. Hun ber om sykmelding da hun synes det er uutholdelig å gå på jobb pga. disse symptomene.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A X Sosial fobi
Pasienten beskriver angstsymptomer som synes å være avgrenset til sosiale situasjoner. Dette er typisk for sosial angst. Det at hun har fått en forverring etter å ha skiftet jobb med nytt sosialt miljø understøtter også diagnosen. Det er mulig at pasienten holder på å utvikle en samtidig depresjon da det er vanlig som en komorbid diagnose til sosial angst. Hun har imidlertid ikke vært nedstemt lenger enn 1 uke og det beskrives ikke andre spesifikke symptomer ved depresjon, slik at hun da ikke oppfyller diagnosekriteriene for depresjon og sosial fobi er uansett mer sannsynlig med de opplysninger som er gitt.

B Depresjon
C Panikklidelse
D Agorafobi

0000161add1dc1cb6a

9
En kvinne på 32 år har nylig vært gjennom et konfliktfylt samlivsbrudd. I tillegg til den psykiske smerten av selve bruddet har økonomien blitt veldig vanskelig. Det er vanskelig å få endene til å møtes og hun bruker mye energi på å bekymre seg over dette. Hun føler seg sliten, trist og engstelig. Samtidig har hun plutselig fått forverring av atopisk eksem som hun ikke har hatt på mange år.
Hvilke mekanismer kan forklare denne sammenhengende mellom psykisk belastning og eksem?

A Mer aktivitet i det sympatiske nervesystem gir økt frigjøring av kortisol i kroppen. Dette gjør at immuncellene blir mer aktive og kan starte betennelse.
B Mer aktivitet i det sympatiske nervesystem gjør at immuncellene som filtreres gjennom milten får binding av Acetylkolin. Immuncellene kan da bli aktivert og starte betennelse.
C Mer aktivitet i vagusnerven (parasympatisk nervesystem) gjør at immunceller som filtreres gjennom milten får mindre binding av Acetylkolin. Immuncellene kan da bli aktivert og starte betennelse.
D X Mindre aktivitet i vagusnerven (parasympatisk nervesystem) gjør at immunceller som filtreres gjennom milten får mindre binding av Acetylkolin. Immuncellene kan da bli aktivert og starte betennelse.
Ved psykisk stress vil det parasympatiske nervesystemet blir mindre aktivt. Samtidig er det sympatiske nervesystemet mer aktivt og man får høyere nivåer av kortisol i kroppen. Kortisol har også en innvirkning på immuncellene, men mekanismen her er at immunsystemet blir mer dempet. Vagusnerven innerverer bl.a. milten og når den skiller ut Acetylkolin vil det kunne binde til immunceller i blod og gjøre dem mindre aktiverte slik at de ikke i like stor grad skiller ut inflammasjonsfremmende cytokiner. Når vagusnerven som en del av det parasympatiske nervesystemet blir mindre aktiv, vil fraværet av Acetylkolin bli en stimulus til immuncellene som gjør at de kan starte betennelse (f.eks. ved å gi eksem).

0000161add1dc1cb6a

10
Pasienten er en 55 årig kvinne som innlegges psykiatrisk avdeling med symptomer på depresjon. Hun har tidligere hatt alvorlig depresjon med suicidforsøk. Hun er gift, arbeidsufør og har tre barn. Hun er somatisk frisk bortsett fra hypertensjon. Hun forteller at hun overhodet ikke har fått sove på tre døgn. Hun nekter for å ha suicidale tanker eller planer i innkomstsamtalen.
Hvilke av opplysningene predikerer best aktuell suicidfare?

A Tilbakevennende depresjon
Dette er ikke en prediktor for umiddelbar suicidfare hvis det ikke samtidig forkommer andre prediktorer for umiddelbare fare.
B Tidligere suicidforsøk.
Predikerer noe fare for å gjennomføre suicid "lifetime", men itidligere forsøk predikerer ikke umiddelbar fare.
C Arbeidsuførhet
Dette er ikke en prediktor for umiddelbar fare for suicid. Det er også en usikker prediktor for suicide "lifetime".
D X Global insomni.
Global insomni er et svært alvorlig varselssignal om umiddelbar fare for suicid hos pasienter med alvorlig depresjon.

0000161add1dc1cb6a

11
En familie kommer til en klinikk i Cambodia med et familiemedlem som tydelig lider av schizofreni.
Hva er sannsynligvis familiens hovedformaål med besøket?

A Få psykoterapi
Intet tilbud om dette bortsett fra de svært rike.
B Få pasienten fri for stemmehøring
Det er vanligvis noe som overhodet ikke prioriteres.
C Innleggelse
Tilbudet finnes i praksis ikke.
D X Bedre pasientens funksjon
Dette er det familier og omgivelser er opptatt av. Pas kan bidra i samfunnet. De blir til minst mulig byrde. De skaper minst mulig usikkerhet.

0000161add1dc1cb6a

12
Pårørende ringer legevakt og uttrykker bekymring om en kvinne i 40-årene. I hjemmet finner du henne relativt ustelt. Hun virker svært depressiv. Hun gir dårlig emosjonell kontakt. Hun er avvisende til samtale og undersøkelse. Hun fremstår mistenksom og noe fjern. Hun benekter hjelpebehov. Du spør om suicidtanker uten at hun svarer. Hun er avvisende til somatisk undersøkelse. Du blir bekymret for ernæring og væskebalanse.
Trenger denne pasienten spesielle vitaminer eller sporstoffer?

A Pasienten trenger vitamin B1 tabletter.
B Pasienten er i behov av rask tilføsel av vitamin C.
C X Pasienten trenger primært parenteral tiamintilførsel.
Tiaminmangeltilstander kan komme relativt raskt. Denne pas er i fare for utvikling av komplkasjoner når ernæring gjenopptas.
D Pasienten trenger tilføsel av sporstoffer, primært magnesium og kalsium.

0000161add1dc1cb6a

13
På legevakt tilser du en ung mann kl 12 dagtid. Han behandles for kompleks partiell epilepsi, ellers tidligere frisk. Han bruker antiepileptika fast, ellers ingen medisiner. Pårørende forteller at han var på fest med venner i går kveld. Han hadde drukket en ukjent mengde akohol og sovet lite. Pårørende observerte at han hadde et epileptisk anfall i morges ca kl 0800. Kl 10 kom så pasienten ut fra sitt rom. Han var helt forandret. Han hadde fluktuerende psykiatriske symptomer med frykt, sinne, depresjon og irrtasjon hvor det ene symptomet brått ble skiftet ut med et annet. Han virket også å være i betydlig grad kognitivt påvirket. Du tenker at pasienten har en reaksjon på det epileptiske anfallet.
Hvordan bør du starte den farmakologiske behandlingen?

A Pas har en sannsynlg post-ictal epileptisk tilstand. Dette er del av det epileptiske anfall. Det er essensielt å stoppe anfallet. Den primære farmakologiske behandling er å legge til et antiepileptikum i tillegg til det han bruker fast.
Dette er i teorien riktig. Det tar imidlertid for lang tid før det virker.
B Pasienten er urolig og agitert. Det er viktig å få agitasjonen ned umiddelbart. Derfor er antipsykotika det viktigste å gi umiddelbart.
Det kan i teorien dempe agitasjon. Det vil imidlertid senkekrampeterskel enda mer + gi andre bivirkninger. Derfor feil.
C Pasienten har en psykisk reaksjon på det epileptiske anfall. Dette behandles best med antidepressiva, fortrinns vis et SSRI-preparat.
Dette er ikke en psykogon reaksjon. SSRI kan forverre.
D X Pas har en sannsynlig post-ictal epileptisk tilstand. Dette er del av det epileptiske anfallet. Det er essensielt å stoppe anfallet. Benzodiazepiner er effektivt og trygt.
Vil virke raskt. Senker agitasjon og øker krampeterskel.

0000161add1dc1cb6a

14
Du er fastlege for en kvinne på 62 år. Hun oppsøker deg på grunn av store problemer i forholdet til hennes 4 år eldre mann. Han har alltid hatt tendens til å være sjalu, men det siste året er det blitt helt ille. Han beskylder henne for å være utro og ha andre menn på besøk når han er på jobb. Han går rundt å sjekker huset når han kommer hjem og mener at han finner spor etter menn som har vært på besøk. I det siste har han også kommet med antydninger om at hun selger kroppen til til andre menn. Hun har bedt mannen gå til lege, men han mener ikke at han er syk og at det er henne som er problemet. Han har ikke tidligere vært i kontakt med psykisk helsevern men behandles med en liten dose prednisolon for polymyalgia rheumatica.
Hva er mest sannsynlige diagnose og hvordan vil du avklare dette nærmere?

A X Paranoid psykose. Kalle mannen inn, ta MR caput, grunnleggende somatisk sjekk, innhente supplerende komparentopplysninger.
Riktig: mannens forestillinger har et slik innhold at det må oppfattes som vrangforestillinger. Han har ikke sykdomsinnsikt og liten behandlingsmotivasjon

B Psykose med bakgrunn i behandling med steroider for hans Polymyalgia Rheumatica. Kalle inn mannen, ta grunnleggende somatisk sjekk, sjekke blodspeil av medikamenter, innhente supplerende komparentopplysninger.
Feil for dosen han behandles med er for liten til å utløse en psykotisk tilstand

C Begynnende demens. Kalle mannen inn og ta MR caput, grunnleggende somatisk sjekk, Mini Mental State test, innhente supplerende komparentopplysninger.
Feil fordi mannen fungerer ok på jobb og har ikke tegn på kognitiv svekkelse

D Mulig hjernetumor. Kalle mannen inn, ta MR caput, grunnleggende somatisk sjekk, se etter andre tegn på forstyrret hjernefunksjon, innhente supplerende komparentopplysninger.
Feil for mannen ville selv ha merket at noe var forandret med ham hvis han hadde en organisk hjernelidelse

---

0000161add1dc1cb6a

15
Mann, 52 år kommer på time på ettermiddagen til deg på fastlegekontoret. Han har flere risikofaktorer for hjertesykdom, og du har tidligere gitt ham råd om å kutte ned på røyk og alkohol. Han er uflidd, skjelver litt, klam i huden, ser nedfor ut, men gir blikkontakt og er høflig. Mye stress på jobb og krangling med kona det siste året. Han har over flere år drukket et par øl til kvelden fredag og lørdag. De siste 3 månedene har han drukket hver dag, men vil ikke si hvor mye. Har klart å stå i jobb, men har de siste dagene benyttet seg av egenmelding. Han føler seg nedfor, finner lite glede i livet. Han sier han ikke klarer å slutte å drikke pga at han da får så mye angst, i tillegg til hodepine. Du gjør en klinisk undersøkelse og måler et blodtrykk på 165/95, puls 78, temp 36,8 og promille 0,5. Normal klinisk undersøkelse for øvrig inkludert nevrologisk status.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A X Alkoholavhengighetssyndrom
Pasineten fyller kriteriene for et alkoholavhengighetssyndrom pga:
-Ukontrollert inntak (klarer ikke å stoppe, møter på ettermiddagen med 0,5 i promille noe som kan indikere alkoholinntak på dagtid)
-Abstinensutvikling (pasineten er tydelig abstinent der han sitter på kontoret. Skjelver, klam i huden, hypertensiv og takykard, engstelig)
-Fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser (jobb, risiko for somatisk sykdom)
-Sannsynlig toleranseutvikling i og med at han drikker daglig, og kan ha symptomer på abstinens med en promille på 0,5

B Alkoholisk abstinens
Kan også ha alkoholabstinens men for lite opplysninger til å fastslå, så avhengighet er mer sannsynlig

C Wernickes encephalopati
Ikke beskrevet ataksi, nystagmus eller besvissthetsforstyrrelse, men kan være i risiko for å få og må derfor få tiamin

D Skadelig bruk av alkohol
Mulig men passer bedre med avhengighet

0000161add1dc1cb6a

16
Du er fastlege for en kvinne på 23 år som er sykepleierstudent. Hun ble deprimert for ett år siden. Hun ble klart bedre av depresjonen etter oppstart med et SSRI-preparat (selektiv serotonin reopptakshemmer) for 11 måneder siden, men hun har fortsatt milde depresjonssymptomer. Hun kommer til deg nå fordi hun har vansker med å komme seg til studiene pga grubling og gruer seg til å møte studievenner. Hun synes også det er svært ubehagelig å spise eller gjøre noe når andre ser på. Hun har hatt mye fravær fra studiene og tror ikke hun får gå opp til eksamen hvis det fortsetter slik. Hvordan forklarer du at har hun det slik nå?

A X Hun har utviklet sosial fobi
Gruer seg til sammenkomster med flere andre, bekymringstanker og unngåelsesatferd. Hyppig komorbid ved depresjon.
B Angstsymptomene er mest sannsynlig bivirkning av SSRI
Sosialfobiske symptomer er ikke typisk bivirkning av SSRI
C Angstsymptomene er tegn til underbehandlet depresjon
Sosialfobiske symptomer regnes ikke som del av depresjonssyndromet
D Hun har bedre kontakt med følelsene sine nå som depresjonen er i bedring

---

0000161add1dc1cb6a

17
Du har legevakt fredag kveld. En mann, Anders, på 32 år blir brakt inn kl 01:30 av sine kollegaer etter å ha vært på en firmafest fordi han har vært oppfarende overfor sjefen og vært motorisk hyperaktiv. På vei inn på legekontoret kommer han med svært upassende seksuelle uttalelser overfor sykepleier. Han er svett, dressen er i uorden og skjorta har mange flekker. Stemningsleiet er svingende og han har tydelig talepress. Etter anmodning setter han seg ned i stolen på legekontoret. Han prater fort, men er mulig å avbryte. Innrømmer at kveldens inntak av alkohol hadde vært overdrevet. Anders forteller så om en lengre konflikt med ledelsen, og sier uoppfordret at han burde ha tatt opp dette i edru tilstand på kontoret. Du spør om den beskrevne hyperaktiviteten, han ler dette bort med at han vet han ikke er den beste på dansegulvet, men at det ikke skulle være nødvendig å ta ham med til lege av den grunn. Videre viser du til upassende kommentarer av seksuell art, han blir irritert og slenger utav seg at «Me too» har gjort det fryktelig vanskelig å flørte. Han sitter etter hvert rolig i stolen, forklarer seg noe springende, men det er mulig å følge tråden i det han sier. Anders benekter noe som helst ubehag og uttrykker at han syns det er helt på grensen at han må sitte her og forklare seg til en ung spirrevipp av en lege. Han vil bare hjem og sove. Han bor alene, han har ingen barn. Hva bør du gjøre?

A La ham dra hjem med benzodiazepiner slik at han får sove, siden du vet at manglende søvn vil kunne forverre tilstanden.
B X La ham dra hjem, og avtal at du sender et notat til fastlegen slik at legen hans er orientert om nattens hendelser
Det er store muligheter for at dette er starten på en episode og det vil være viktig å sikre god informasjonsflyt. I denne situasjonen fremstår dette som mest riktig selv om Anders ikke fremstår med normalt stemningsleie.
C Forsøke å overtale ham til å ta imot en frivillig vurderingssamtale på akuttpsykiatrisk sengepost etter §2-1
Kan være hensiktsmessig med en vurdering, men du har lite å gå på. Han ser ikke selv at det foreligger noen som helst utfordringer.
D Henvise ham til akuttpsykiatrisk sengepost på tvunge observasjon, §3-2 psykisk helsevernloven, på grunn av mistanke om mani
Vilkårene for tvungent psykisk helsevern er ikke til stede

0000161add1dc1cb6a

18
En mor kommer til deg som fastlege med datteren på 11 år. Hun er svært plaget med sosial angst og panikkanfall, og får kognitiv atferdsterapi hos privat psykolog. Likevel er hun nesten ikke på skolen, har daglige magesmerter, svimmelhet og svettetokter. Hun er lite ute med venner, og har sluttet med fritidsaktiviteter. Familien kommer seg ikke noe sted, og er mer eller mindre bundet til hjemmet. Dersom de forsøker å overtale henne, får hun som regel et anfall med hyling, skriking, skjelving og hyperventilering. Du finner at det er indikasjon for medikamentell behandling. Hvilket av alternativene er mest aktuelt?

A X Sertralin (SSRI)
Indikasjon for behandling med Sertralin i Felleskatalogen: Depressive episoder. Forebygging av tilbakefall av nye depressive episoder. Panikklidelse, med eller uten agorafobi. Tvangslidelse (OCD) hos voksne samt hos barn og ungdom i alderen 6-17 år. Sosial angstlidelse. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Sertralin er førstevalg ved medikamentell behandling av angst hos barn de fleste steder i landet.
B Fluoxetin (SSRI)
Fluoxetin har som godkjent indikasjon behandling av depresjon hos barn over 8 år. Det brukes en del ved behandling av angst, men vil som regel ikke være førstevalg, da det kun har depresjon som godkjent indikasjon.
C Diazepam (benzodiazepin)
Benzodiazepiner skal unngås ved angstbehandling hos barn, og er ikke anbefalt.
D Risperidon (antipsykotikum)
Risperidon har som godkjent indikasjon alvorlig atferdsforstyrrelse og aggresjon hos barn over 5 år, men er ikke førstevalg ved behandling av angst.

0000161add1dc1cb6a

19
Hva er den best dokumenterte behandlingen for tvangslidelse hos barn og unge?

A Hos barn og unge er OCD som regel forbigående og trenger sjelden behandling
B X Kognitiv atferdsterapi med eksponering
Flere metaanalyser beskriver CBT som mer effektiv enn medikasjon for OCD behandling (CBT in pediatric OCD has larger effect size than SSRI (Ivarsson, 2014), CBT has large treatment effects, SRIs have moderate treatment effects (McGuire, 2015)
C Medikasjon med lav dose antipsykotika
D Medikasjon med SSRI

0000161add1dc1cb6a

20
Barnevernet ber deg som lege å vurdere den psykiske helsetilstand til en mindreårig (16 år) asylsøker uten ledsager fra Afghanistan. Han kan opptre aggressivt mot voksne og jevnaldrende, men virker stort sett kontrollert og «har glimt i øyet». Du får en god lege-pasient relasjon til gutten. Han forteller at han liker å slåss fordi han ikke er noen svekling. Han forteller litt stolt at han har vært involvert i mange krigshandlinger, og i en periode var han tilknyttet en militant opprørsgruppe i hjemlandet. I en ny samtale med deg blir Sarwar trist når han betror seg til deg om at han som 13 åring ved en anledning drepte en jevnaldrende gutt. Ifølge din diagnostiske vurdering framstår gutten hverken som deprimert eller engstelig, og etter en nøye kartlegging finner du heller ikke tegn på et post-traumatisk stress-syndrom (PTSD) hos han. Han er opptatt av å få oppholdstillatelse, bolig og penger til å starte et nytt liv i Norge.
Hva er det beste tiltak som du kan anbefale barnevernet?

A En god omsorg, og en stabil økonomisk livssituasjon kombinert med skolegang er det beste tiltaket det norske hjelpeapparatet kan tilbyr gutten for å fremme en fortest mulig integrering i det norske samfunnet.
Det er riktig at en god omsorg og en stabil økonomisk livssituasjon og skolegang er et viktig tiltak som kan fremme integreringen i det norske samfunnet. Men så lenge ubearbeidede alvorlige traumeopplevelser fører til aggresjon mot andre kan integreringen lett avspore og føre til ny voldsutøvelse i det norske samfunnet.

B X Gutten har vært utsatt for alvorlige traumer i sin oppvekst og at du anbefaler sterkt psykologisk utredning og traumespesifikk terapi, i tett samarbeid med barnevernstiltak.
Gutten har opplevd alvorlige traumer, både i rollen som overgriper og som offer. Det at han i vignetten uttaler «at han liker å slåss fordi han ikke vil være en svekling» kan bety at han kan ha endret sin aggresjonsregulering i en uheldig retning: «Å være jegeren» (å være aggressoren) skaper spenning og kan i enkelte tilfeller til og med være en psykologisk beskyttende faktor mot å utvikle PTSD eller depresjon. Legen ser ut til å ha skapt et så bra tillitsforhold at gutten til og med betror et mord. Derfor er det helt riktig å sende han til psykologspesialist for nærmere utredning og behandling. I de senere årene er det utviklet traumespesifikke terapitilnærminger også for overgripere, og han kunne profitere av en slik tilnærming når han nå oppholder seg i et fredelig land. Han kan også profitere på en slik behandling selv om hans livssituasjon er midlertidig ustabil, f.eks. m.h.t spørsmål om asylsøknaden, hvor foreldrene befinner seg, etc

C Gutten viser ingen symptomer på post-traumatisk stress syndrom og trenger derfor heller ingen traumeterapi. Viktigst er å tilrettelegge det juridiske rundt gutten, dvs. finne en verge, innvilge asylsøknaden, etc.
Det er absolutt viktig å tilrettelegge det juridiske (verge for mindreårige, asylsøknaden, etc.) rundt gutten, men i lys av kommentarene under det rette svaret er det andre tiltak i regi av helsevesenet som også skal være på plass. Dessuten er det en feilslutning å anta at fravær av PTSD symptomer utelukker tidligere traumer.

D Gutten viser ingen symptomer på hverken depresjon, angst eller post-traumatisk stress syndrom. Han trenger stabilisering av hele sin livssituasjon og skal regelmessig følges opp av fastlegen.
Det er riktig at vignetten ikke inneholder mye informasjon som kan tyde på depresjon, angst eller PTSD. Men derifra å konkludere med at han bare har behov for stabilisering og oppfølging hos fastlegen når han som 13 åring har drept et annet menneske er en stor feiltagelse. Oppveksten hans i et ekstremt konflikt- og krigsområde kan ha endret hans aggresjonsregulering på en veldig farlig måte som vi ikke er vant til i vårt samfunn.

0000161add1dc1cb6a

21
Du jobber som lege i BUP, og møter en gutt på 15 år med begge foreldre. Gutten er henvist for mistanke om spiseforstyrrelse, type anorexia nervosa. Han veier 45 kg, høyde 170 cm, BMI 15,6, har BT 90/50 og puls 45, bløt, regelmessig. Normale blodprøver. Gutten forteller at han er mye trist, spesielt etter at han ble mobbet pga overvekt/fedme i starten av 7. klasse. Han avkrefter pågående mobbing, og har ikke fått kommentarer etter at han gikk ned 20 kg i vekt det siste 1,5 året. Foreldrene og pasienten ønsker at han skal få prate med en psykolog pga reaksjoner etter mobbing.
Hvilken type behandling vurderer du som mest riktig å tilby fra BUP?

A Pasienten er åpenbart traumatisert etter mobbing. Du tenker at traumebehandling er indisert. Siden det er hensiktsmessig at pasienten er motivert, for å ha best mulig utbytte av terapien, tenker du at det er lurt å utnytte pasientens motivasjon, og komme i gang raskt.
B Du tar pasienten og foreldrene på alvor, og er enige med dem i at han fremstår trist, og starter medikamentell behandling med SSRI.
C X Du tilbyr familien Familiebasert terapi (FBT), der hele familien (husstanden) inviteres til samtaler. Hensikten er i første omgang å redusere pasientens undervekt, redusere spiseforstyrret atferd og etter hvert normalisere guttens forhold til mat, kropp og vekt.
Ifølge nasjonale retningslinjer i behandling av spiseforstyrrelser hos barn og ungdom, skal FBT tilbys som behandling, dersom det ikke avdekkes informasjon om at FBT er kontraindisert, eks ved omsorgssvikt i hjemmet, vold, SO, ol.l. Pasientens somatiske helsetilstand fremstår som marginal, og det bør vurderes dit hen at den somatiske helsetilstanden må ivaretas først, inkl forhindre ytterligere vekttap og stabilisere sirkulatorisk status. Selv om traumebehandling kan være hensiktsmessig og indisert, bør ikke traumebehandling prioriteres først i dette tilfellet. Både psykologsamtaler og traumebehandling kan være hensiktsmessig etter hvert, men ikke anbefalt som første behandlingstiltak ved alvorlig undervekt.
Medikamentell behandling med SSRI kan være indisert, men ikke førstevalg i behandling av spiseforstyrrelse, eller før samtaleterapi er forsøkt.
D Siden pasienter skal medvirke i egen utredning og behandling, lover du at pasienten skal få samtale med psykolog. Du følger selvsagt opp vekt og sirkulatorisk status.

0000161add1dc1cb6a

22
En 6 år gammel jente har nylig fått diagnosen autistismespekterforstyrrelse. Hun er det første barnet i familien, og begge foreldrene er veldig bekymret. De har allerede søkt på internett om autisme, men ønsker å lære mer om behandling av autisme.
Hvilket av alternativene er evidensbasert behandlingsalternativ for autisme?

A Sekretin
Det er ikke evidensbasert kunnskap å bruke psykodynamisk terapi, sekretin, HBOT hos barn med autisme, men atferdsterapi er evidensbasert intervensjon for autisme.
B X Atferdsterapi
Det er ikke evidensbasert kunnskap å bruke psykodynamisk terapi, sekretin, HBOT hos barn med autisme, men atferdsterapi er evidensbasert intervensjon for autisme.
C Hyperbar oksygenbehandling (*HBOT*)
Det er ikke evidensbasert kunnskap å bruke psykodynamisk terapi, sekretin, HBOT hos barn med autisme, men atferdsterapi er evidensbasert intervensjon for autisme.
D Psykodynamisk terapi
Det er ikke evidensbasert kunnskap å bruke psykodynamisk terapi, sekretin, HBOT hos barn med autisme, men atferdsterapi er evidensbasert intervensjon for autisme.

0000161add1dc1cb6a

23
Hvilken periode i barnets liv er regnet som en sensitiv periode for tilknytning?

A Fra barnet er 8 uker til 8/9 måneder
Fra 8 uker til 8/9 måneder regnes for å være fase 2 i den normative utviklingen av tillknytning, som ikke er den mest sensitive fasen. I denne fasen begynner barnet å skille mellom kjente og ukjente, og retter sin tilknytningsatferd mot kjente omsorgspersoner.
B Fra barnet er 0 til ca 8-12 uker
Perioden fra 0-8/12 uker regnes for å være fase 1 i den normative utviklingen av tilknytning. I denne fasen orienterer barnet seg mot sosiale signaler, men dette er ikke den meste sensitive fasen for tilknytning.
C Fra barnet er mellom 8/9 måneder til ca 3 år
Fra 8/9 måneder til ca 3 år er fase 3 i den normative utviklingen av tilknytning, der barnet får større grad av autonomi, selvkontroll og sosialisering. Tilknytningen aktiveres ved fare, men barnet har større evne til å regulere seg selv.
D X Fra barnet er mellom 6 og 18-24 måneder
Fra 6 til 18-24 måneder regnes for å være den sensitive perioden for tilknytning der barnets tilknytningsmønster konsolideres. Barn former tilknytning også etter 2-årsalderen, men er mindre adaptive enn før.

0000161add1dc1cb6a

24
Hvorfor kan det ofte være vanskeligere å diagnostisere psykoselidelser hos barn og unge enn hos voksne?

A X Fordi symptomene ofte er mindre spesifikke hos barn og ungdom
Psykoseutviklingen er ofte mer uspesifikk tidlig i utviklingen som ofte er i ungdomsårene. Symptomene blir mer tydelige og fremtredene senere i sykdomsutvikling, som ofte er i voksen alder. Samtidig er barn og unge i utvikling, og mange av symptomene kommer snikende og samtidig med normal utvikling/ endring. Denne endringen blir mer tydelig hos en voksen.
B Fordi barn og ungdom ikke forteller like åpent om sine symptomer som voksne
Psykoseutviklingen er ofte mer uspesifikk tidlig i utviklingen som ofte er i ungdomsårene. Symptomene blir mer tydelige og fremtredene senere i sykdomsutvikling, som ofte er i voksen alder. Samtidig er barn og unge i utvikling, og mange av symptomene kommer snikende og samtidig med normal utvikling/ endring. Denne endringen blir mer tydelig hos en voksen.
C Fordi fantasier og realitetsbrist er en del av normalfungering hos barn og ungdom
Psykoseutviklingen er ofte mer uspesifikk tidlig i utviklingen som ofte er i ungdomsårene. Symptomene blir mer tydelige og fremtredene senere i sykdomsutvikling, som ofte er i voksen alder. Samtidig er barn og unge i utvikling, og mange av symptomene kommer snikende og samtidig med normal utvikling/ endring. Denne endringen blir mer tydelig hos en voksen.
D Barn og unge har ikke psykoselidelser
Psykoseutviklingen er ofte mer uspesifikk tidlig i utviklingen som ofte er i ungdomsårene. Symptomene blir mer tydelige og fremtredene senere i sykdomsutvikling, som ofte er i voksen alder. Samtidig er barn og unge i utvikling, og mange av symptomene kommer snikende og samtidig med normal utvikling/ endring. Denne endringen blir mer tydelig hos en voksen.

0000161add1dc1cb6a

25
Ungdommer med den psykiatriske diagnosen «alvorlig atferdsforstyrrelse» viser ofte en veldig aggressiv atferd.
Har alle ungdommer med slik atferd en psykiatrisk lidelse?

A Nei, ikke nødvendigvis, men det er kun ytterst sjeldent at en psykisk frisk ungdom viser denne type atferd.
Det er riktig at alle som utøver alvorlig aggressiv atferd ikke har en psykisk lidelse, men det er ikke kun ytterst sjeldent. Hvis vi vender blikket utover Norge og i en internasjonal sammenheng ser vi dessverre i mange krise- og krigsrammede land at ungdom aktivt deltar i voldsspiraler. Når samfunnsnormer og verdier oppløses slippes mer primitive aggressive krefter fram, også hos barn og unge.

B X Nei, det finnes mange eksempler på at en psykisk frisk ungdom kan utøve denne type atferd.
Det mange eksempler på ungdom/unge voksne som har positive følelser når de utøver vold, f. eks. "Hooligans" eller ungdomsgjenger. Barnesoldater i krigsrammede land er et annet eksempel. Opplæringen til å utøve vold er en viktig faktor her, slik at individet etter hvert til og med kan få en «kick» ved voldsutøvelsen/drap (noen forskere kaller dette også for «appetitive aggression»; jmf. Elbert et al., 2017). Å ty til «voldsideologier» og å utøve terrorhandlinger er også aktuelt i denne sammenhengen. Alle disse ungdommer/unge voksne er ikke nødvendigvis psykisk syke!

C Ja, når ungdom viser denne type atferd ligger det alltid en psykiatrisk lidelse bak.
Menneskelig aggresjon bunner ikke alltid i en psykisk lidelse. Friske personer kan oppføre seg svært aggressive, som eksempel vises det til «Hooligans» på footballbanen eller til gjengkriminalitet i storbyer.

D Ja, men kun hvis ungdommen har selv blitt alvorlig traumatisert.
Det er riktig at traumatisering i barne- og ungdomsalder bidrar til at en selv kan utøve vold og annen aggressiv atferd. I enkelte afrikanske land dreper ungdomsgjenger hverandre, og forskning derifra har vist at det finnes en negativ spiral mellom å bli traumatisert og det å utøve vold mot andre. Allikevel er det ikke sant at ungdom utøver alvorlig aggresjon KUN hvis de selv har blitt traumatisert. Noen forskningsresultater tyder tvert imot på at når man får positive følelser ved å utføre aggressiv atferd så beskytter dette til dels mot post-traumatisk stresssyndrom (PTSD).

0000161add1dc1cb6a

26
Mor og en 5 år gammel gutt kommer til legekontoret på grunn av endring i guttens atferd de siste to månedene. Du vet fra tidligere at foreldre gjennomgår en separasjon med høyt konfliktnivå. Mor hadde en fødselsdepresjon. Mor forteller at gutten spiser dårlig, klager over magesmerter, protesterer høylytt mot å være i barnehagen, framstår generelt veldig irritabel. Du observerer gutten som stille og alvorlig og mor som sliten. I tillegg til nærmere kartlegging av sykehistorie, hvilke tiltak vil du starte med?

A Henviser foreldre til familiekontoret for å redusere konfliktnivå
Depresjon kan være sekundær til uoppdaget somatisk lidelse. Etter somatisk avklaring og generell kartlegging av depresjon bør individuelle tiltak iverksetter. I dette innebærer det psykoeduasjon, avhjelpe stressituasjon i hjemmet, kartlegge og evt behandle mors depresjon, sikre søvn, fysisk aktivitet, matinntak.

B Henviser BUP for behandling av depresjon
Depresjon kan være sekundær til uoppdaget somatisk lidelse. Etter somatisk avklaring og generell kartlegging av depresjon bør individuelle tiltak iverksetter. I dette innebærer det psykoeduasjon, avhjelpe stressituasjon i hjemmet, kartlegge og evt behandle mors depresjon, sikre søvn, fysisk aktivitet, matinntak.

C X Somatisk kartlegging
Depresjon kan være sekundær til uoppdaget somatisk lidelse. Etter somatisk avklaring og generell kartlegging av depresjon bør individuelle tiltak iverksetter. I dette innebærer det psykoeduasjon, avhjelpe stressituasjon i hjemmet, kartlegge og evt behandle mors depresjon, sikre søvn, fysisk aktivitet, matinntak.

D Henviser BFT for behandling av atferdsvansker
Depresjon kan være sekundær til uoppdaget somatisk lidelse. Etter somatisk avklaring og generell kartlegging av depresjon bør individuelle tiltak iverksetter. I dette innebærer det psykoeduasjon, avhjelpe stressituasjon i hjemmet, kartlegge og evt behandle mors depresjon, sikre søvn, fysisk aktivitet, matinntak.

0000161add1dc1cb6a

27
Du blir bekymret for et barn du treffer som helsestasjonslege, da det fremviser symptomer på alvorlig mistrivsel og ikke utvikler seg slik det skal. Det er kommet fram opplysninger om mulige dårlige og alvorlige omsorgsforhold. Du vurderer det nødvendig å koble på barnevernstjenesten for at de kan undersøke saken og finne riktige hjelpetiltak. Du tar en samtale med foreldrene med utgangspunkt i din bekymring for utviklingen til barnet, men de virker ikke å forstå alvorlighetsgraden i situasjonen og ønsker ikke kontakt med barnevernstjenesten. Hva blir mest riktig å gjøre ut i fra lovverket?

A Du må ha gjentatte samtaler med foreldrene, for at de skal forstå bakgrunnen til din bekymring, siden du trenger deres samtykke til å kontakte barnevernstjenesten. Dette med bakgrunn i Lov om Helsepersonell § 21 om taushetsplikt, som beskriver nødvendigheten av samtykke for å bryte tausheten.
I Lov om Helsepersonell § 33 står følgende:
Opplysninger til barneverntjenesten
Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.

I alternativ A beskrives det at man må ha samtykke fra foreldrene for å kunne gi opplysninger til barnevernstjenesten, noe man er fritatt fra ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt.
I alternativ B står det at det legen har et ansvar sammen med helsesøster om å håndtere saken videre, noe som ikke er riktig ut i fra § 33, hvor det presiseres at den som yter helsehjelp skal av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten.
I alternativ C står det at man må anonymisere opplysningene på grunn av manglende samtykke, noe som ikke er riktig, da man kan bryte tausheten som beskrevet ovenfor.

B Du må snakke med helsesøster for å få han/henne til å følge opp saken sammen med deg siden du får tilgang til disse opplysningene på helsestasjonen, og dere sammen har ansvar å følge opp dette videre.
I Lov om Helsepersonell § 33 står følgende:
Opplysninger til barneverntjenesten
Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.

I alternativ A beskrives det at man må ha samtykke fra foreldrene for å kunne gi opplysninger til barnevernstjenesten, noe man er fritatt fra ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt.
I alternativ B står det at det legen har et ansvar sammen med helsesøster om å håndtere saken videre, noe som ikke er riktig ut i fra § 33, hvor det presiseres at den som yter helsehjelp skal av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten.
I alternativ C står det at man må anonymisere opplysningene på grunn av manglende samtykke, noe som ikke er riktig, da man kan bryte tausheten som beskrevet ovenfor.

C Du kan kontakte barnevernstjenesten og melde din bekymring, men må da gjøre det anonymisert siden du ikke har foreldrenes samtykke. Dette med bakgrunn i Lov om Helsepersonell § 33 som beskriver opplysningsplikten til barnevernstjenesten.
I Lov om Helsepersonell § 33 står følgende:
Opplysninger til barneverntjenesten
Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.

I alternativ A beskrives det at man må ha samtykke fra foreldrene for å kunne gi opplysninger til barnevernstjenesten, noe man er fritatt fra ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt.
I alternativ B står det at det legen har et ansvar sammen med helsesøster om å håndtere saken videre, noe som ikke er riktig ut i fra § 33, hvor det presiseres at den som yter helsehjelp skal av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten.
I alternativ C står det at man må anonymisere opplysningene på grunn av manglende samtykke, noe som ikke er riktig, da man kan bryte tausheten som beskrevet ovenfor.

D X Du kan kontakte barnevernstjenesten uten foreldrenes samtykke og melde din bekymring gjennom en bekymringsmelding. Dette med bakgrunn i Lov om Helsepersonell § 33 som beskriver opplysningsplikten til barnevernstjenesten.
I Lov om Helsepersonell § 33 står følgende:
Opplysninger til barneverntjenesten
Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet

eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.

I alternativ A beskrives det at man må ha samtykke fra foreldrene for å kunne gi opplysninger til barnevernstjenesten, noe man er fritatt fra ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt.
I alternativ B står det at det legen har et ansvar sammen med helsesøster om å håndtere saken videre, noe som ikke er riktig ut i fra § 33, hvor det presiseres at den som yter helsehjelp skal av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten.
I alternativ C står det at man må anonymisere opplysningene på grunn av manglende samtykke, noe som ikke er riktig, da man kan bryte tausheten som beskrevet ovenfor.

0000161add1dc1cb6a

28
Hvor i ansiktet bør man være forsiktig med hudreseksjon for å unngå ektropion?

A X Nedre øyelokk
Ektropion er utadvrenging av øyelokket, nesten utelukkende nedre øyelokk. Eldre pasienter har størst risiko for å utvikle ektropion ved hudreseksjon på kinnet og i nærheten av nedre øyelokk.
B Mediale eller laterale øyevinkel
C Leppe
D Panne

0000161add1dc1cb6a

29
En 65 år gammel mann oppsøker deg på fastlegekontoret på grunn av kløende rødt utslett lokalisert på høyre legg (se foto). Han er tidligere variceoperert venstre underekstremitet, ellers frisk. Bruker ingen faste medisiner. Føler seg i grei form.
Hvilket tiltak er mest riktig å iverksette for å behandle utslettet?

A Steroider (systemisk)
Kortisontabletter brukes sjelden i behandling av stasedermatitt.
B Antibiotika-kur (topikalt)
Liten mistanke om at infeksjon har forårsaket utslettet på leggen. Grunnet resistensutvikling bør man unngå bruk av topikale antibiotikasalver.
C Antibiotika-kur (systemisk)
Kan være et av flere tiltak, men ikke det viktigste da det er liten mistanke om at infeksjon har forårsaket utslettet på leggen.
D X Steroider (topikalt)
Pasienten har mest sannsynlig stasedermatitt sekundært til kronisk venøs insuffisiens og da er kortisonkrem det riktigste behandlingstiltaket.

0000161add1dc1cb6a

30
Ved hvilke av følgende infeksjoner gir smittevernloven rett til gratis undersøkelse og behandling?

A X Syfilis og gonoré
Riktig. Begge omfattes av smittevernloven
B Mycoplasma genitalium og Chlamydia trachomatis
Feil. Bare Chlamydia omfattes av smittevernloven
C Herpes simplex type II og HIV
Feil. Bare HIV omfattes av smittevernloven
D Alle seksuelt overførbare infeksjoner
Feil. Det er flere seksuelt overførbare infeksjoner som ikke omfattes av smittevernloven

---

0000161add1dc1cb6a

31
Du er LIS på barneavdelingen. Et nyfødt barn har fått løsning av hud, og det er sterk mistanke om smitte med toxinproduserende gule stafylokokker fra barseavdelingen. Det ser nå ut til å gå rett vei med allmenntilstanden etter rask oppstart med antibiotika, men det ser fortsatt ille ut i huden og foreldrene er engstelige for arrdannelsen.
Hvilken informasjon gir du?

A Toxisk epidermal nekrolyse er som en brannskade og det er dessverre vanlig med arrdannelse
Det er beskrever i ingressen at man mistenker toxinproduserende gule stafylokokker som utløsende agens. TEN er derfor ikke sannsynlig diagnose, det er en immunologisk reaksjon
B X Ved SSSS sees vanligvis ikke arrdannelse
Ved SSSS som er den sannsynlige diagnosen skjer løsningen over basalmembranen og det vil derfor ikke bli arrdannelse.
C SSSS er som en brannskade og det er dessverre vanlig med arrdannelse
Se over
D Det er umulig å forutsi prognosen for tilheling på lang sikt
Se riktig svar

0000161add1dc1cb6a

32
En 50 år gammel kvinne kommer til deg på fastlegekontoret grunnet smertefulle byller som har kommet og gått siden 20-årsalder. Hun har tidligere hatt det mest i aksiller, men det har nå også begynt å komme i lyskeområdene. Hun får disse byllene ca annenhver måned, og de blir ømme før de sprekker og tømmer seg for puss. De kan bli opptil 2 cm store. Hun har nå akkurat hatt et utbrudd hvor det gikk hull på en kul i forrige uke. Ved undersøkelse ser du noen få komedoner i aksiller, ellers ingen forandringer nå. I lyskeområdet ser du et par arrdannelser pluss en lett erytematøs nodulus som du tolker som restforandring etter en betent byll.
Hvilke tiltak bør du starte med?

A Be henne bestille seg time neste gang hun får utbrudd slik at du kan stikke hull på en betent byll og ta dyrkningsprøve
Feil. Sykehistorie med kronisk residiverende utbrudd taler for hidrosadenitt og mot infeksjon. Dyrkning kan være positiv for staph aureus i noen tilfeller, men det viktige her er å forsøke å forebygge nye utbrudd.

B Skrive resept på en krem som inneholder benzoylperoksid og et retinoid som hun skal bruke fast forebyggende samt fucidin salve som hun skal bruke ved oppbluss
Feil. Dette er en blanding av akne-behandling og lokal antibiotisk behandling.

C X Skrive resept på azelainsyre krem som hun skal bruke fast forebyggende pluss dalacin liniment som hun skal bruke ved oppbluss
Riktig. Typisk sykehistorie som ved hidrosadenitt. Dette er førstevalg ved hidrosadenitt. Dekkes av forelesningen.

D Skrive resept på en ti-dagerskur med dicloxacillin som hun kan starte med neste gang hun får et utbrudd
Feil. Dersom man velger systemisk behandling, er tetrasykliner i lengre perioder førstevalg

0000161add1dc1cb6a

33
En 82 år gammel mann behandles ved medisinsk avdeling. Det ble ved innleggelsen startet antibiotikabehandling med amoxicillin intravensøst mot pneumoni. Du er hudlege ved sykehuset og kontaktes da det de siste 24 timer har tilkommet utslett som initialt startet på trunkus, og har bredt seg videre til ekstremiteter og hodebunn. Pasienten angir kun lett kløe. Du undersøker pasienten og finner et makulopapuløst utslett på trunkus og proksimale ekstremiteter samt lettgradig i hodebunnen. Du finner ikke utslett i ansikt eller genitalia. Hva er din tentative diagnose og hva vil du anbefale til behandlende lege?

A Du tror pasienten kan ha fått medikamentindusert psoriasis og anbefaler skifte av antibiotika og lokalbehandling med kortisonkrem
psorisis kan debutere postinfeksiøst men har da typiske guttate skjellende plakk som ofte er kløende. Det tar lengre tid enn 24 timer før debut av psoriasis til generalisering

B Du tror pasienten kan ha fått erytema multiforme og anbefaler skifte av antibiotika og lokalbehandling med kortisonkrem
Erytema multiforme en en sjeldent form for legemiddelutslett med typiske konkarde/targetoide lesjoner på kropp og ekstremiteter og kan ramme slimhinner.

C X Du tror pasienten kan ha fått et eksantematisk legemiddelutslett og anbefaler skifte av antibiotika, oppstart antihistamin og smøring med kortisonkrem
De aller fleste tilfeller av legemiddelutslett er generalisert makulopapuløst/morbiliformt utslett som også kalles eksantematisk legemiddelutslett. Gir typisk makulopapuløst utslett på kropp og ekstremiteter. Ofte med milde eller fraværende allmennsymptomer og ev lettgradig kløe.

D Du tror pasienten kan ha fått et urticarielt legemiddelutslett og anbefler skifte av antibiotika og oppstart antihistamin.
Ved et urticarielt legemiddelutslett vil man forvente å finne dermle papler og plak. Urticaria er ofte intenst kløende.

0000161add1dc1cb6a

34
En 22 år gammel mann med kjent epilepsi. Han bruker antiepileptika fast, for øvrig ingen andre medisiner. Det ble skiftet type antiepileptika for 4 uker siden. For 2 dager siden tilkom et makulopapuløst eksantem med affeksjon trunkus og etter hvert ekstremiteter. Siste 6 timer har det tilkommet ødematøse og såre slimhinner oralt. Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Eksantematisk legemiddelreaksjon
Eksantematisk legemiddelreaksjon kan presentere seg som makulopapuløst ekstantem men gir ikke sår på slimhinner
B Angioødem
Angioødem kan gi ødem i lepper men gir ikke sårdannelser. Pasienter med angioødem kan ha urticarielle elementer i hud samtidig.
C Herpes simplexvirus- infeksjon
Herpes simplexvirus- infeksjon på lepper kan gi sårdannelser men gir ikke utslett på kropp og ekstremiteter
D X Steven-Johnsons syndrom
Steven-Johnson syndrom er en alvorlig og potensielt livstruende legemiddelreaksjon som i tidlig fase ofte presenterer seg som makulopapuløst utslett på kropp og ekstremiteter. Slimhinneaffeksjon tilkommer i forløpet.

0000161add1dc1cb6a

35
Din pasient, en kvinne på 52 år, viser deg en hudforandring på ytterside av venstre overarm. Hun har hatt den i minst 1 år. Du undersøker forandringen klinisk. Den fremstår noe diffust avgrenset, ca. 1,0 x 0,7 cm stor, lett erythematøs på farge med noe skjelling. Din kliniske diagnose er aktinsk keratose av lett til moderat atypi. Du vurdere å behandle den med kryokirurgi.
Hva er en av fordelene ved bruk av kryokirurgi?

A X Kryokirurgi er raskt å gjennomføre
Behandlingen utføres på legekontorest og tar kort tid å utføre. Behandlingen er forbundet med varierende grad av smerte. Sårtilheling tar vanligvis 1-2 uker og gir hypopigmentering.
B Kryokirurgi gir et veldig pent kosmetisk resultat
C Kryokirurgi gir rask sårtilheling
D Kryokirurgi er en smertefri behandling

0000161add1dc1cb6a

36
17 år gammel jente oppsøker deg på fastlegekontoret grunnet et nyoppstått utslett på begge håndbaker og ankler. Hun er tidligere hudfrisk, ikke plaget med særlig kløe, men lurer veldig hva dette er.
Du ser et erythematøst utslett lokalisert dorsum hender og omkring achillesregion bestående av annulære lesjoner på 1-3 cm i diameter med hevede kanter uten tegn til deskvamasjon. Upåfallende negler. (se foto)
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Rosacea
Feil,det er en ansiktsdermatose som vanligvis opptrer hos voksne kvinner.
B Erythema migrans
Feil, vokser sentrifugalt, vanligvis unilateralt, men har randsoneaktivitet.
C Tinea manum
Feil, soppinfeksjon gir ofte kløe, gir fin skjelling i randsonen og opptrer vanligvis unilateralt.
D X Granuloma annulare
Riktig, typisk lokalisajon, utseende og har vanligvis ingen symptomer.

0000161add1dc1cb6a

37
Du jobber som fastlege og oppsøkes av kvinnelig student. Hun bor sammen med Holger. Siste halvåret har de begge hatt gjentatte episoder med kviseliknende lesjoner på nates som kan være litt ømme. Holger har ved en anledning fått antibiotika for dette, de har ikke forsøkt noen annen behandling. Ved undersøkelse ser du et par store pustler med omgivende erytem i nevnte lokalisasjon, og arr etter tidligere lesjoner. Det er litt ømt ved undersøkelse.
Hvilken supplerende undersøkelse vil du utføre?

A Soppdyrkning fra pustel, nese og perineum
Se kommentar alternativ A
B Bakteriedyrkning fra pustel
Ved furunkulose med gjentatte episoder er det anbefalt bærerprøver i tillegg
C X Bakteriedyrkning fra pustel, nese og perineum
Typisk klinikk for furunkulose, anbefalt kartlegging av agens fra både lesjon(er) og bærerprøver. Bør også tas av partner
D Soppdyrking fra pustel
Ikke typisk lokalisasjon som ved pityrosporumfollikulitt og partner har også symptomer. Satelittpustler ved candida er mye mer diskret.

0000161add1dc1cb6a

38
Atopisk eksem er en vanlig forekommende hudsykdom, spesielt i tidlig barneår. Eksemet er blant annet kjennetegnet med at det typisk forekommer på bestemte lokalisasjoner som er ulikt for ulike aldersgrupper.
Hvilket av følgende utsagn om atopisk eksem i spedbarnsalder er mest riktig?

A Affiserer typisk hodebunn, panne, øyenbryn, bak ører og rundt nesen
B X Affiserer typisk ansikt/hode/hals, truncus, samt strekkesider på ekstremiteter
Dette er typisk lokalisasjon i spedbarnsalder
C Affiserer typisk albuebøyer, knehaser, fortil på ankler, rundt øyne og fortil/lateralt på hals
D Affiserer typisk hode/hals, øvre del av truncus, og hender

39
En ung mann på 21 år har vært på hyttetur i helgen. Du er hans fastlege og han kommer til deg med et kløende utslett på høyre arm to dager etter hytteturen. Han er ellers frisk, bruker ingen faste medisiner og har ingen kjente allergier.
Ved undersøkelse finner du 5 erythematøse papler samlet i en gruppe på dorsal-siden av høyre arm med enkelte ekskoriasjoner. Det er ingen vesikler eller pustler. Normal hudstatus ellers.
Hva er mest hensiktsmessig behandling?

A Smøring med antiparasittær krem (permetrin)
Det er ikke mistanke om skabb i henhold til klinikk
B Peroral 3-dagers behandling med prednisolon
Som regel ikke nødvendig ved loppestikk. Det blir overbehandling.
C X Ingen tiltak
Ja, han har mest sannsynlig loppestikk
D Peroral antibiotika i form av penicillin
Det er ikke mistanke om borrelia infeksjon eller annen hudinfeksjon utifra klinikk

---

40
En kvinne på 65 år er plaget med et sårt, kløende utslett genitalt. Du tar en biopsi som viser lichen sclerosus.
Hvilken behandling bør man velge?

A X Topikale steroider gruppe 4
Kilde: Weller, Clinical dermatology, 5th edition
B Grensestrålebehandling
C UVB-behandling
D Topikale steroider gruppe 2

41
En pasient bruker levotyroksin på indikasjon primær hypotyreose og er godt regulert med normalt fritt tyroksin i serum (s-fT4) og normalt tyroideastimulerende hormon i serum (s-TSH). Hun utvikler så epilepsi og må begynne med karbamazepin. Du vet at det er en mulig interaksjon mellom disse to legemidlene og tar pasienten inn til en kontroll etter 6 uker for å måle s-fT4 og s-TSH. Hvordan vil prøvesvarene mest sannsynlig være?

A Økt s-fT4 og økt s-TSH
B X Nedsatt s-fT4 og økt s-TSH
https://tidsskriftet.no/2002/09/legemidler-i-praksis/medikamenter-og-thyreoideafunksjon
C Nedsatt s-fT4 og nedsatt s-TSH
D Økt s-fT4 og nedsatt s-TSH

42
En pasient har en generalisert angstlidelse og har i et års tid brukt 10 mg escitalopram, 10 mg oksazepam, 60 mg klorprotiksen og 300 mg pregabalin i døgnet. For en uke siden leste pasienten i VG at en kunne bli avhengig av legemidler, og ble så redd at han bråseponerte alle disse fire legemidlene. Han kommer nå fordi han de siste dagene har opplevd ubehagelige, strømstøtlignende fornemmelser i armer og bein. Hva er den mest sannsynlige forklaringen på dette?

A X Seponeringsreaksjon etter seponering av escitalopram
https://relis.no/sporsmal_og_svar/relisdb/3-3652#:~:text=De%20vanligste%20seponeringssymptomene%20assosiert%20med,%2C%20kvalme%2C%20uro%20og%20s%C3%B8vnforstyrrelser.
B Seponeringsreaksjon etter seponering av klorprotiksen
C Abstinensreaksjon etter seponering av pregabalin
D Abstinensreaksjon etter seponering av oksazepam

0000161add1dc1cb6a

43
Legemidlet atomoksetin (Strattera) er en selektiv noradrenalinreopptakshemmer og brukes i behandling av ADHD. Metabolismen av atomoksetin er sterkt avhengig av enzymet CYP2D6, som er gjenstand for både genetisk variasjon og potensielle interaksjoner med andre legemidler.
Hva blir konsekvensen hvis brukeren har en genvariant som medfører redusert enzymkapasitet?

A Redusert konsentrasjon av atomoksetin og økt risiko for terapisvikt
B X Økt konsentrasjon av atomoksetin og økt risiko for bivirkninger
Eneste riktige svaralternativ.
C Redusert konsentrasjon av atomoksetin og økt risiko for bivirkninger
D Økt konsentrasjon av atomoksetin og økt risiko for terapisvikt

0000161add1dc1cb6a

44
En 29-årig kvinne som bruker p-piller av kombinasjonstype, debuterer med bipolar sykdom. Aktuelle legemidler i en slik situasjon er bl.a. karbamazepin, kvetiapin, litium og olanzapin.
Hvilket av disse legemidlene bør unngås hos denne pasienten?

A X Karbamazepin
Karbamazepin er kraftig enzyminduserende og vil øke metabolismen av både østrogen- og progestogen-komponenten i kombinasjons-p-piller. Dermed vil den graviditetsbeskyttende effekten bli kraftig redusert.
B Kvetiapin
C Olanzapin
D Litium

0000161add1dc1cb6a

45
Enkelte antipsykotiske og antidepressive legemidler har relativt sterk antikolinerg effekt.
Hvilke perifere bivirkninger vil du (blant annet) forvente ved å gi et slikt legemiddel?

A Urinretensjon, bradykardi
B X Urinretensjon, takykardi
Urinretensjon og takykardi er typiske antikolinerge bivirkninger.
C Inkontinens, takykardi
D Inkontinens, bradykardi
Inkontinens og takykardi er typiske kolinerge bivirkninger.

0000161add1dc1cb6a

46
Legemidlene aripiprazol, haloperidol, olanzapin og risperidon er alle antipsykotika, men de har forskjellig bivirkningsprofil. Hvilket av disse midlene er i størst grad forbundet med økning av kolesterolnivået?

A Aripiprazol
B Haloperidol
C Risperidon
D X Olanzapin
Studier viser at av de alternativene som er nevnt i oppgaven, er det olanzapin som gir den største økningen i kolesterolnivået.

0000161add1dc1cb6a

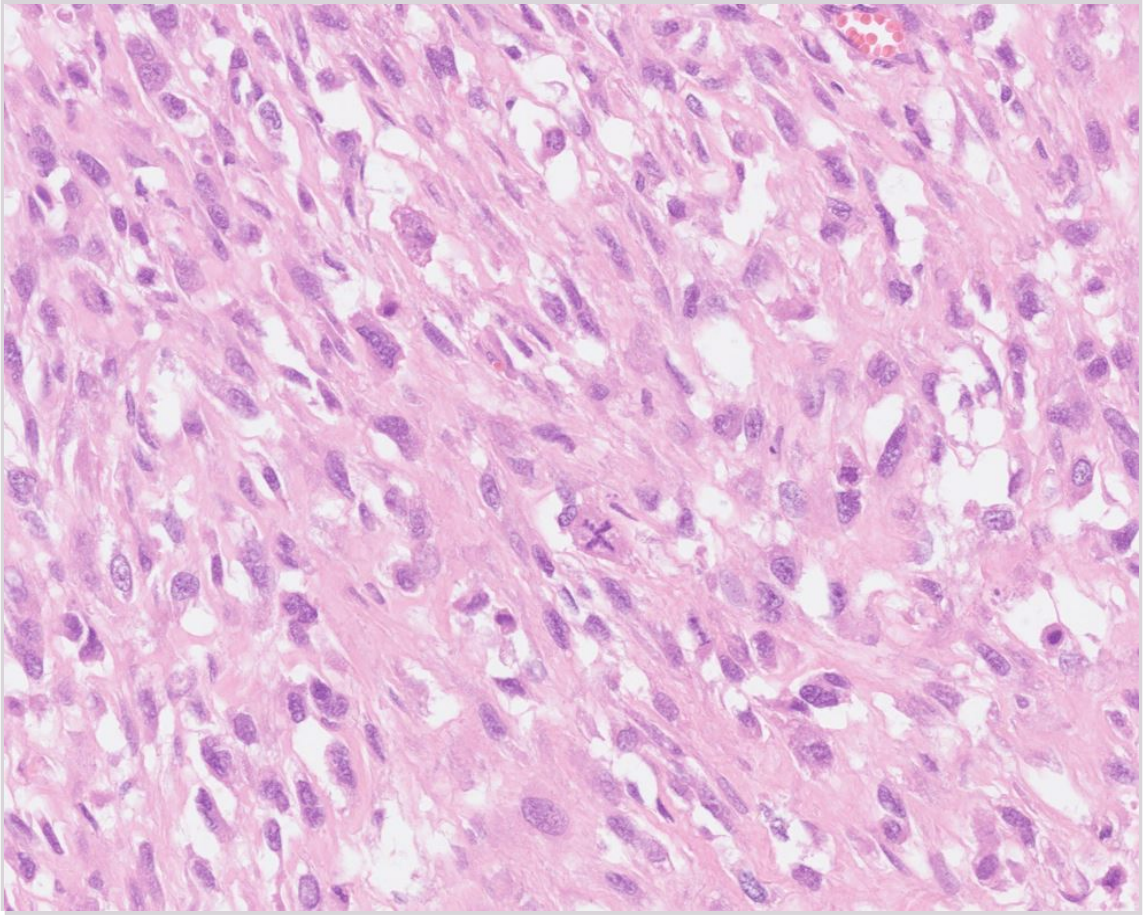
47
Helsedirektoratet har kliniske kriterier for å henvise pasienter med bløtdelssvulster til sarkomsenter som sier:

A X Alle store (over 5 cm) bløtdelssvulster skal henvises urørt til sarkomsenter. Før henvisning bør en ta MR da blant annet subkutant lipom kan behandles på lokalsykehus.
Helsedirektoratet 2014:
2.6 Svulster i bein og bløtdeler:
Vi har kliniske kriterier for å henvise pasienter med bløtdelssvulster til sarkomsenter:
Alle store (over 5 cm), alle dype (dypt for overfladiske muskelfascie) og alle kreftsuspekte bløtdelssvulster (rask vekst, sterke smerter, tilbakefall etter tidligere lokal fjerning) skal henvises urørt til sarkomsenter.

Før henvisning bør en ta MR. Dersom MR viser subkutant lipom, kan svulsten behandles på lokalsykehus uten ytterligere diagnostikk og uten å involvere noe sarkomsenter.
B Alle store (over 1 cm) bløtdelssvulster skal henvises urørt til sarkomsenter. En bør ikke utføre noen form for bildediagnostikk før henvisning.
C Alle store (over 1 cm) bløtdelssvulster skal henvises urørt til sarkomsenter. Før henvisning bør en ta MR da blant annet subkutant lipom kan behandles på lokalsykehus.
D Alle store (over 5 cm) bløtdelssvulster skal henvises urørt til sarkomsenter. En bør ikke utføre noen form for bildediagnostikk før henvisning.

0000161add1dc1cb6a

48
Dette er et bilde av distale del av femur delt sagitalt. I tillegg et mikroskopibilde (400 x forstørrelse) fra sentrale deler av benet. Hvilken av følgende beskrivelser/tolkning passer best?



A Det foreligger en normal femur.
Feil svar, makroskopisk foreligger klart patologiske forandringer i avgrensede områder. Mikroskopisk ses atypiske celler inkludert en atypisk mitose.

B Det foreligger en ekstraosseøs tumorsuspekt lesjon, sannsynlig metastase fra karsinom.
Feil svar, det er tydelige intraosseøse patologiske forandringer. Mikroskopik kan man ikke utelukke lite differensiert karsinom, men atypiske spolformede celler gir i første rekke mistanke om sarkom.

C X Det foreligger en overveiende intraosseøs tumorsuspekt lesjon med destruksjon av kortikalt bein, sannsynligvis et primært bensarkom.
Det foreligger klart patologisk lesjon i femur med tydelig gjennombrudd av cortex og bløtvevskomponent. Preparatet er et amputat etter primært bensarkom. Mikroskopisk ses atypiske spolformede celler som godt kan passe med variant av sarkom.

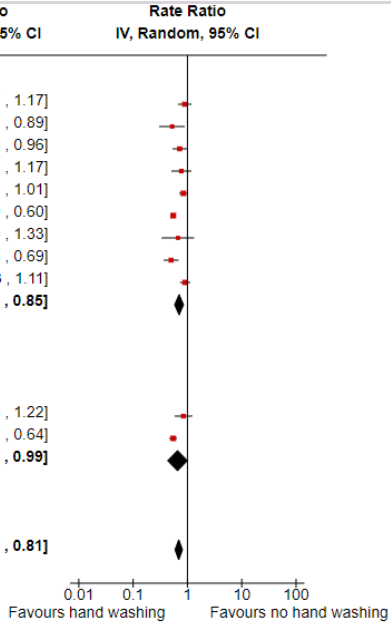
D Det foreligger benvev med puss og blødning typisk for osteomyelitt
Mikroskopisk ville man ikke forvente atypiske celler ved osteomyelitt. Typisk ville man se ansamlinger av nøytrofile granulocytter.

0000161add1dc1cb6a

49

Diare er vanlig i barnepopulasjonen og bidrar til betydelig sykelighet både på individ- og samfunnsnivå. Tilstanden er i stor grad forebyggbar ettersom den stort sett er forårsaket av virale eller bakterielle gastroenteritter. I en ny Cochrane gjennomgang var målet å finne ut om tiltak for å fremme håndvask kunne redusere forekomsten av diare. Flere ulike settinger og aldersgrupper ble undersøkt. Under ser dere resultatene fra sammenligningen av intervensjon (stimulere håndvask) vs. ingen intervensjon i barnehager og skoler. Det er skilt mellom studier fra høyinntektsland (1.1.1) og lavinntektsland (1.1.2). Hvilken tolkning av meta-analysen(e) er mest korrekt?

Study or Subgroup	log[Rate Ratio]	SE	Handwashing Total	Control Total	Weight	Rate Ratio IV, Random, 95% CI
1.1.1 High-income countries						
Bartlett 1984 USA	-0.12	0.14	196	178	9.7%	0.89 [0.67 , 1.17]
Black 1977 USA	-0.65	0.27	62	54	5.4%	0.52 [0.31 , 0.89]
Butz 1990 USA	-0.33	0.15	58	50	9.3%	0.72 [0.54 , 0.96]
Carabin 1997 CAN (1)	-0.2613	0.214	865	864	7.0%	0.77 [0.51 , 1.17]
Kotch 1989 USA (2)	-0.17	0.09	185	186	11.8%	0.84 [0.71 , 1.01]
Kotch 2003 USA (3)	-0.601	0.05	194	194	13.1%	0.55 [0.50 , 0.60]
Ladegaard 1999 DEN	-0.4	0.35	212	263	3.8%	0.67 [0.34 , 1.33]
Roberts 1996 AUS	-0.6931	0.1622	299	259	8.8%	0.50 [0.36 , 0.69]
Zomer 2015 NED	-0.1054	0.1068	278	267	11.1%	0.90 [0.73 , 1.11]
Subtotal (95% CI)			**2349**	**2315**	**80.0%**	**0.70 [0.58 , 0.85]**
Heterogeneity: Tau² = 0.06; Chi² = 38.54, df = 8 (P < 0.00001); I² = 79%						
Test for overall effect: Z = 3.70 (P = 0.0002)						
1.1.2 Low- or middle-income countries						
Pickering 2013 KEN	-0.1729	0.1897	460	469	7.8%	0.84 [0.58 , 1.22]
Talaat 2008 EGY	-0.601	0.08	20882	23569	12.2%	0.55 [0.47 , 0.64]
Subtotal (95% CI)			**21342**	**24038**	**20.0%**	**0.66 [0.43 , 0.99]**
Heterogeneity: Tau² = 0.07; Chi² = 4.32, df = 1 (P = 0.04); I² = 77%						
Test for overall effect: Z = 2.00 (P = 0.05)						
Total (95% CI)			**23691**	**26353**	**100.0%**	**0.69 [0.59 , 0.81]**
Heterogeneity: Tau² = 0.05; Chi² = 44.69, df = 10 (P < 0.00001); I² = 78%						
Test for overall effect: Z = 4.62 (P < 0.00001)						
Test for subgroup differences: Chi² = 0.08, df = 1 (P = 0.77), I² = 0%						



A Alt i alt er studiene for gamle, for små og for få til at meta-analysen kan tolkes.
Resultatet fra en meta-anayse kan uansett tolkes. Vi må anta at det er gjort en kvalitativ vurdering i hvilke studier som er inkludert og hva som kan aksepteres ift hvor gamle de er. Meta-analyse egner seg kanskje spesielt godt der hvor det er mange små studier, ettersom en liten enkeltstudie alene må vurderes med forsiktighet, men hvor flere samlet kan gi større styrke.

B Intervensjon med promotering av håndvask reduserer risiko for diare med 77-79% sammenlignet med ingen intervensjon, og selv om funnene fra enkeltstudiene er noe sprikende (høy heterogenitet) peker alle mot en beskyttende effekt av intervensjon.

C X Intervensjon med promotering av håndvask reduserer risiko for diare med omtrent 30% sammenlignet med ingen intervensjon, og selv om funnene fra enkeltstudiene er noe sprikende (høy heterogenitet) peker alle mot en beskyttende effekt av intervensjon.
Her vises et forest plot, som er en vanlig måte å fremstille resultatene fra en meta-analyse på. Totalt sett vises tre meta-analyser (som alle er indikert med diamanter og i fet skrift). Estimatene angis som Rate ratio (samme tolkning som relativ risiko) – hvor 1 indikerer ingen forskjell mellom gruppene (vist med en linje i diagrammet til høyre). Her er alle tre estimater fra meta-analysene (for høyinntekt, lavinntekt og samlet) på 0,7 for intervensjon sammenlignet med ingen intervensjon – dvs 30% lavere risiko. Funnene fra enkeltstudiene er noe sprikende (ikke alle konfidensintervallene overlapper og I2 er høy – dette indikerer høy heterogenitet), men alle peker alle mot en sannsynlig beskyttende effekt av intervensjon.

D Intervensjon med promotering av håndvask reduserer risiko for diare med omtrent 70% sammenlignet med ingen intervensjon, og selv om funnene fra enkeltstudiene er noe sprikende (høy heterogenitet) peker alle mot en beskyttende effekt av intervensjon.

0000161add1dc1cb6a

50
Anta at alkoholforbruk er assosiert med røyking, og at høyt alkoholforbruk ikke fører til røyking. En studie undersøkte sammenhengen mellom alkoholforbruk og risiko for lungekreft. I aldersjusterte analyser var relativ risiko 2,0 (95% konfidensintervall 1,8-2,3) for lungekreft blant personer med høyt sammenliknet med lavt alkoholforbruk. Blant røykerne i studien var relativ risiko for lungekreft 1,1 (95% konfidensintervall 0,7-1,6) blant personer med høyt sammenliknet med lavt alkoholforbruk. Blant ikke-røykerne var den tilsvarende relative risikoen 1,0 (95% konfidensintervall 0,5-1,7).
Hvilken rolle tyder dette på at røyking har for sammenhengen mellom alkoholforbruk og risiko for lungekreft?

A Røyking er en mediator
Nei, det er allerede oppgitt som antakelse for fortolkningen at alkohol ikke påvirker røyking - dermed kan ikke røyking være enn mediator

B Det er en interaksjon mellom røyking og alkoholforbruk
Nei, relativ risiko var tilnærmet 1 både blant røykere og blant ikke-røykere

C X Røyking er en konfunder
Det stemmer. Vi finner en sammenheng mellom alkoholforbruk og lungekreft når vi ikke tar hensyn til røyking, men når vi kontrollerer for røykingens betydning ved å stratifisere på røykestatus, er det tilnærmet ingen sammenheng mellom alkoholforbruk og lungekreftrisiko.

D Røyking påvirker ikke sammenhengen mellom alkoholforbruk og lungekreft

---

0000161add1dc1cb6a

51
Et risikoskåringsverktøy er utviklet for å beregne framtidig risiko for diabetes. En forhøyet risikoskår forutsier utvikling av diabetes i løpet av de neste 10 årene med en sensitivitet på 40% og en spesifisitet på 70%.
Hva betyr det at sensitiviteten er 40%?

A 40% av personer med normal risikoskår utvikler diabetes i løpet av de neste 10 årene

B X 40% av dem som utvikler diabetes i løpet av de neste 10 årene, har forhøyet risikoskår
Riktig. Sensitiviten er andelen med unormalt testrestultat (her: forhøyet risikoskår) blant dem som har/utvikler sykdommen (her: dem som utvikler diabetes i løpet av de neste 10 årene)

C 60% av dem som utvikler diabetes i løpet av de neste 10 årene, har forhøyet risikoskår

D 40% av personer med forhøyet risikoskår utvikler diabetes i løpet av de neste 10 årene

---

0000161add1dc1cb6a

52
Frank studerer fysikk ved NTNU og skal forske på radioaktive kilder. Når han jobber med det ene stoffet har han på seg en maske for å unngå inhalasjon. Hvilke(n) radioaktiv stråling kan stoffet sende ut?

A Alfastråling
Det er riktig at det kan være alfastråling, men svaralternativet med "alfa- eller betastråling" er et mer korrekt svar fordi det også kan være betastråling.

B X Alfa- eller betastråling
Både alfa- og betastråling har kort rekkevidde når det er utenfor kroppen, men kan være skadelig når det kommer inn i kroppen, som for eksempel ved en inhalasjon.
Kilde: https://www.mn.uio.no/fysikk/tjenester/kunnskap/straling/#k2.6

C Gamma- eller betastråling
Dersom det radioaktive stoffet hadde sendt ut gammastråling ville han ha brukt mer beskyttelse enn en maske, som for eksempel en blyfrakk.

D Gammastråling
Dersom det radioaktive stoffet hadde sendt ut gammastråling ville han ha brukt mer beskyttelse enn en maske, som for eksempel en blyfrakk.

0000161add1dc1cb6a

53
Gutt på 11 år som hoppet på trampoline i dag. Vrikket høyre ankel innover. Nå betydelige smerter og hevelse.
Obj. Høyre ankel: Betydelig hevelse over og rundt laterale malleol, samt sterke smerter ved palpasjon over mediale malleol.
Hva er den mest sannsynlige skaden vurdert ut fra anamnese, klinikk og foreliggende røntgenbilder?

St. Olavs Hospital
C: 2048,0, W: 4096,0
TRRG09G
Side
R
HØ
08.08.2019, 15:43:48
Side
5

St. Olavs Hospital
C: 2048,0, W: 4096,0
TRRG09G
Skrå AP lat mall
R
HØ
L
08.08.2019, 15:42:24
F
3

A En udislokert fraktur i dorsale calcaneus med fare for avulsjon av akkilles senefesten.
B Fraktur gjennom epifyseskiven av distale tibia og fibula, Salter Harris type V
C X Epifysiolysefraktur gjennom distale tibiaepifysen og mediale del av epifyseskiven, Salter Harris type III
Hos barn er bløtdeler relativt sterkere enn skjelettet, og ligamentskader er sjeldne. Vekstsoner er et særlig svakt punkt og man bør være oppmerksom på disse ved leddnære skader.
D Tverrfraktur i distale tibia og fibula, relativt god anatomisk stilling. Salter Harris type 1.

0000161add1dc1cb6a

54
For å gjennomføre en PET-undersøkelse (positron emisjons tomografi) trengs en positronemitter. En positronemitter er et radioaktivt stoff sender ut positroner.
Hva skjer med positronene i kroppen?

A Positronene som sendes ut av positronemitteren vil vandre en kort avstand i vev før de møter på elektroner. Når et positron og et elektron møtes får positronet og elektronet tilført ny energi. Positronet og elektronet vil da ha så høy energi at de med høy hastighet slynges ut av kroppen og detekteres av et PET-kamera.
Positronene vil vandre en kort avstand i vev før de møter på elektroner. Når et positron og et elektron møtes, vil de annihilere, dvs. at de mister sin masse. Dette skaper overskudd av energi. Denne energien omdannes til et fotonpar som går i eksakt motsatt retning med en definert energi. Dette fotonparet detekteres deretter av et PET-kamera.
B Positronemitteren hoper seg opp i ulike vev avhengig av hvilket bærestoff de er bundet til. Et PET-kamera vil så detektere positronene som sendes ut av kroppen.
Det er korrekt av positronemitterne hoper seg opp i vev avhengig av hvilket bærerstoff de er bundet til. Imidlertid vil PET-kameraet ikke detektere positronene. Positronene som sendes ut av positronemitteren vil vandre en kort avstand i vev før de møter på elektroner. Når et positron og et elektron møtes, vil de annihilere, dvs. at de mister sin masse. Dette skaper overskudd av energi. Denne energien omdannes til et fotonpar som går i eksakt motsatt retning med en definert energi. Dette fotonparet detekteres deretter av et PET-kamera.
C X Positronene som sendes ut av positronemitteren vil vandre en kort avstand i vev før de møter på elektroner. Når et positron og et elektron møtes, vil de annihilere, dvs. at de mister sin masse. Dette skaper overskudd av energi. Denne energien omdannes til et fotonpar som går i eksakt motsatt retning med en definert energi. Dette fotonparet detekteres deretter av et PET-kamera.
Korrekt
D Positronene som sendes ut av positronemitteren vil vandre en kort avstand i vev før de spontant omdannes til et fotonpar, dette kalles for en annihilasjon. Fotonparet går i eksakt motsatt retning med en definert energi. Dette fotonparet detekteres deretter av et PET-kamera.
Positronene som sendes ut av positronemitteren vil vandre en kort avstand i vev før de møter på elektroner. Når et positron og et elektron møtes, vil de annhilere, dvs. at de mister sin masse. Dette skaper overskudd av energi. Denne energien omdannes til et fotonpar som går i eksakt motsatt retning med en definert energi. Dette fotonparet detekteres deretter av et PET-kamera.

0000161add1dc1cb6a

55
Pasient med vedvarende håndleddsmerter fem uker etter fall på utstrekt arm. Bildene er tatt med 5 ukers mellomrom, øverste bilde like etter traumet.
Hva viser bildene?

St. Olavs Hospital, Trondheim
C: 15000,0, W: 30000,0
Håndledd Front Ve///V//
TRRTLab2DR
Håndledd Front Ve
V
20.07.2008, 19:34:59
Håndledd Front Ve
1

St. Olavs Hospital, Trondheim
C: 15000,0, W: 30000,0
Håndledd Front Ve///V//
TRRTLab2DR
Håndledd Front Ve
V
22.09.2008, 10:58:28
Håndledd Front Ve
1

A Tilkommet en fersk fraktur i os scaphoid
B Ingen aktuell patologi som kan forklare smertene.
C X Frakturen har blitt bedre synlig grunnet tilhelingsprosessen
Frakturer i midten og i proksimale pol av os scaphoid har lengre tilhelingstid grunnet blodforsyningen. I tilhelingsprosessen vil frakturspalten bli tydeligere delvis pga beinresorpsjon

---

0000181add1dc1cb6a

56
Du er vakthavende ortoped på et større sykehus. Legevakt har henvist en tidligere frisk, 45-årig mann til deg etter et traume mot ryggen. Pasienten har meget vondt og beskriver funksjonstap i underekstremitetene. Det er tatt røntgenbilder av ryggen.
Hva viser bildene og hvordan hjelper du pasienten?

A Normale funn. Du ordinerer smertelindrende medikamenter og tidlig mobilisering.
B Uttalte degenerative forandringer. Årsaken til smertene er trolig prolaps og skal ikke behandles kirurgisk i akuttfasen. Du ordinerer smertelindrende behandling og tidlig mobilisering.
C X Fraktur i thoracolumbale overgang. Du henviser til CT for kartlegging.
Anamnese og bildefunn gir sterk mistanke om ryggfraktur med mulige komplikasjon i form av affeksjon av spinalkanalen. I den aktuelle situasjonen er røntgen riktig valg for deteksjon av fraktur. På grunn av neurologiske symptomer så er ytterligere kartlegging med CT eller MR anbefalt modalitet. Ved mistanke om degenerativ sykdom er bildediagnostikk lite nyttig i akuttfase, hvis ikke pasienten oppviser «rød flagg»-symptomer.

0000161add1dc1cb6a

57
En kvinne med systemisk lupus erytematosus (SLE) er positiv for ANA og anti-DNA.
Hvilket indre organ er oftest affisert ved SLE?

A Hjerte
Sjeldnere affisert enn nyre
B Lunge
Sjeldnere affisert enn nyre
C X Nyre
Ca 50% av SLE pasienter vil ha nyreaffeksjon i løpet av sykdomskarrieren
D CNS
Er sjeldnere affisert enn nyre

0000161add1dc1cb6a

58
Psoriasisartritt er en inflammatorisk leddsykdom. For å oppfylle klassifikasjonskriteriene for sykdommen (CASPAR kriteriene) må man ha påvist inflammasjon på et av tre steder listet i kriteriene. Hvilke er disse?

A Enten ledd og/eller seneskjede og/eller muskulatur
seneskjeder og muskulatur er ikke med i kriteriene
B Enten ledd og/eller bindevev og/eller blodårer
Bindevev og blodårer er ikke med i kriteriene
C Enten ledd og/eller enteser/senefester og/eller neglerot
Neglerot er ikke med i kriteriene
D X Enten ledd og/eller enteser/senefester og/eller rygg.
For å stille diagnosen psoriasis artritt skal man ha inflammasjon i enten i perifere ledd, entesitt (inflammasjon der senen fester i bein) eller i ryggen (axial affeksjon)

0000161add1dc1cb6a

59
Spondylartritt (SPA) er en gruppe artrittsykdommer som ofte har affeksjon av ryggen, det vi kaller inflammatorisk rygg.
Hva kjennetegner inflammatorisk rygg?

A Symptomene ved inflammatorisk rygg forverres ved aktivitet.
Inflammatoriske rygg forbedres som regel ved aktivitet
B Stivhet om morgenen og om kvelden er karakteristisk for kronisk inflammatorisk rygg.
Det typiske er stivhet om morgenen og bedring mot kvelden
C X Morgenstivhet som forbedres ved aktivitet er karakteristisk for inflammatorisk rygg.
Man har som regel mest smerter og stivhet om morgenen og blir bedre ved aktivitet
D NSAIDs har dårlig effekt ved inflammatorisk rygg.
NSAID gir som regel god smertelindrende effekt ved inflammatorisk rygg

0000161add1dc1cb6a

60
Polymyositt er assosiert med et spesifikt antistoff (undergruppe av ANA).
Hvilket?

A X Anti-Jo1
Anti-Jo1 er assosiert med polymyositt,AntiSSA er først og fremst assosiert med Sjøgren syndrom, anti-Scl70 og anti-centromer antistoff er assosiert med systemisk sclerose)henhodsvis diffus og begrenset type)
B Anti-Scl70
C Anti-centromer antistoff
D Anti-SSA

0000161add1dc1cb6a

61
En 36 år gammel mann har hatt ledd- og ryggplager i flere måneder. Han er tidligere frisk. Mor har hatt noe leddplager, men ellers ingen kjent revmatisk sykdom i familien. Ved undersøkelse finner du mulig hevelse og ømhet i flere MCP-ledd, håndledd og MTP-ledd bilateralt som hindrer fullt leddutslag. Ingen tegn på hudaffeksjon.
Crp 12 mg/L (<5) , RF faktor 8 units (<10 units), anti CCP 100 U/mL (< 3,0 U/mL), ANA screening negativ
Hva er mest sannsynlig diagnose?

A X Rheumatoid artritt
Anti-citrullinated protein/peptide antistoff (anti CCP) er ofte funnet hos pasienter med revatoid artritt , anti ccp er mer spesifikk enn RF .Sammen med symmetrisk småleddsartritt uten tegn til psoriasis eller annen hudinvolvering gir dette mistanke om RA .En trenger ikke ha både RF og antiCCP .Psoriasis artritt er som regel seronegativ Pasienten er noe ung for at det skulle være artrose .
B Psoriasis artritt
se C
C Dermatomyositt
Det er hverken angitt hudaffeksjon eller muskelsvakhet som vil være mer typisk for dermatomyositt
D Polyartrose
se c

0000161add1dc1cb6a

62
Mann (32 år) kommer til deg som øyeblikkelig hjelp med en hoven og rød ankel. Han forteller at det kom akutt og han føler seg dårlig. Han har fryser og tror han har feber. Han har ikke vært syk før han fikk hevelsen. Ingen diare, svie ved vannlating eller symptomer fra øyne. Ved undersøkelse finer du et sår bak mediale malleol. Ingen affeksjon av andre ledd. På kontoret måler du en CRP på 90 (normalverdi<5).
Hva gjør du videre?

A Tenker det er urinsyreartritt. Henviser til revmatolog for rask vurdering.
Uvanlig debut på en urinsyreartritt og ung pasient. Septisk artritt må utelukkes
B X Tenker det er en septisk artritt. Legger ham inn som øyeblikkelig hjelp.
Monoartritt og høy crp er septisk artritt til det "motsatte er bevist"
C Tenker det sannsynligvis er en reaktiv artritt. Tar urinprøve med tanke på Chlamydia-infeksjon.
Monoartritt . Det er ingen opplysninger om uretritt . Septisk artritt må utelukkes først
D Tenker det kan være starten på en revmatoid artritt. Rekvirerer flere blodprøver og starter med NSAID.
Uvanlig debut på en revmatoid artritt. Septisk artritt må utelukkes først

0000161add1dc1cb6a

63
Hva kjennetegner Bechets sykdom?

A Iridocyklitt og glomerulonefritt
Bechets kan ha øyeaffekdjon men det er uvanlig med affeksjon av nyre
B Artritt og munnsår
Bechets kan affisere ledd og gi artritt men orale og genitale sår er mer karakteristisk
C Vaskulitt i hud og sår i munnen
Hudforandringer er rel vanlig ved bechets men sår i munn og genitalt er mer karakteristsik, Hudinvolvering er gjerne mindre dramatiske enn sår i munn og genitalt , typisk er kviselignende og/eller patergi (overreagerer på små skader,stikk)
D X Sår i munn og genitalia
Bechets er en vaskulitt i små arterier og vener , orale og genitale sår er de mest vanlige manifestasjoner men kan gi uveitt , CNS affeksjon mm.

0000161add1dc1cb6a

64
Hvordan vil du behandle en partiell medial gastrocnemius rutptur til en 49 år gammel mann som angir selv å være mosjonist på svært høyt nivå?

A Starte løpstrening etter 2-3 dager for ikke å miste for mye av planlagt trening
B Operasjon for raskest mulig mobilisering
C Låst ortose i 4 uker som hindrer bevegelighet i ankelleddet, men som pasienten kan belaste i
D X Belastning inntil smertegrense og deretter opptrening med eksentriske øvelser
Initialt nedising, krykker og belastning til smertegrense, oppstart av eksentriske øvelser evt med bistand fra fysioterapeut

0000161add1dc1cb6a

65
En 28 år gammel mann har falt og tatt seg for med utstrakt høyre hånd. Han angir ømhet ved palpasjon over distale radius og smerter i fossa tabatiere. Røntgen høyre håndledd viser ingen sikker fraktur. Hva gjør du?

A Gipslaske som smertelindring i 3 uker
B Gips på mistanke om skafoidfraktur, planlegger gips i 10 uker
C X Bestiller nye røntgenbilder med skafoidprojeksjoner
Bestill røntgen med skafoidprojeksjoner – frakturen sees på røntgen dersom røntgenstrålene er vinkelrett på frakturspalten. MR kan være aktuelt hvis spesialprojeksjoner ikke gir diagnosen
D Bestill MR med hastegrad 1-3 døgn

0000161add1dc1cb6a

66
Hva er riktig akuttbehandling for tilstanden du ser på bildet

A Smertelindring lokalt, ta CT
B X Smertelindring iv, reponer, stabiliser med gipslaske, ta røntgen
Her må man mistenke en dislosert ankelfraktur, mulig med (sub)luksasjon i talocruralleddet, og med betydelig press mot huden medialt – skal smertelindres, grovreponeres og stabiliseres så raskt som mulig, deretter til røntgen i første omgang.
C Smertelindring lokalt, ta røntgen
D Smertelindring iv, reponer, stabiliser med gipslaske, ta direkte til operasjonsstua

0000161add1dc1cb6a

67
59 år gammel mann med vridningstraume venstre kne, vanskelig for å belaste, mangler noen grader på full ekstensjon, klarer fleksjon til drøyt 90 grader. Virker å være intraartikulær hevelse som pasienten mener tilkom nærmest med en gang. Vanskelig å vurdere instabilitet pga smerter, det samme med evt meniskskade. Hvilken bildeundersøkelse bør gjøres først?

A X Røntgen
Alltid starte med røntgen
B MR
C Ultralyd
D CT

0000161add1dc1cb6a

68
Hvilken av disse behandlingene ville du anbefalt for en finger med Dupuytrens sykdom med kontraktur på 50 grader i metacarpo-phalangeal ledd(MCP)?

A Fysioterapi med uttøyninger
Ingen efffekt
B X Operasjon
Operasjon med fasciectomy er riktig svar her. Ingen av de andre behandlingene foreslått her er effektive for dupuytrens kontraktur i finger.
C Ergoterapi med skinne behandling
Ingen effekt mot strengen men kan hjelpe mot stive ledd når strengen er fjernet
D Kortison injeksjon i forandringene
Ingen effekt

0000161add1dc1cb6a

69
Du er straks ferdig med en travel vakt på skadelegevakten og får inn en 57 år gammel dame med lukket brudd i distale radius med moderat feilstilling. Hun står på Albyl E. Du bestemmer deg for å reponere bruddet og anlegge gipslaske. Hvilken type bedøvelse velger du helst?

A 2,5 mg mofin intravenøst
B X Xylocain uten adrenalin
Xylocain virker hurtig. Lokalanestesi med adrenalin gir vanligvis mindre blødning og virker lengre, men det er ikke nødvendig her (selv om det godt kan benyttes).
C Plexusanestesi (med hjelp fra anestesilegen)
D Reponerer uten bedøvelse siden pasienten står på blodfortynnende

0000161add1dc1cb6a

70
En 45 år gammel mann faller på isen og pådrar seg en venstresidig humerus fractur. Når du ser ham på legevakten klarer han ikke å ekstendere i det venstre håndleddet eller i fingrene. Videre finner du nedsatt sensibilitet på håndbaken og tommel, peke- og langfinger Slike nerveskader har vanligvis:

A God prognose men de må alltid opereres.
B Dårlig prognose, som oftest livsvarig funksjonsnedsettelse.
C Ca 50% sjanse for å bli bra.
D X Meget god prognose, trenger sjelden å opereres.
Riktig svar. Studier viser at mellom pasienter med nervus radialis utfall etter humerus fractur har 90-95% sjanse for å oppnå pre-fractur nivå etter 1 år med konservativ behandling.

0000161add1dc1cb6a

71
En 35 år gammel mann kjører av veien med motorsykkel. Han blir raskt funnet og fraktet til nærmeste sykehus i luftambulanse. Turen til sykehuset tar 1 time. Ved innkomst har han følgende vital parametre: BT 100/70, P: 102 rgm RR 22. Han er våken og klar med GCS på 15. Når buksene taes av ser du umiddelbart at han har bilaterale åpne femurfracturer.
Hva vil du gjøre først i mottagelsen?

A Reponere femurfracturene.
Feil. Fracturbehandling hører inn under «secondary survey» dvs. Undersøkelse og primærbehandling etter at pasienten er stabilisert.
B Kjøre ham til en helkropp CT undersøkelse umiddelbart.
Feil. Ved CT undersøkelse hos multitraumepasienter uten å gjøre ABCD status først, risikerer en at pasienten blir ustabil i CT maskinen og i verste fall går ad mortem.
C Gi ham blod.
Feil. En må først forsikre seg om at pasienten har frie luftveier (A), ikke har nedsatt respirasjon (B) f.eks. som følge av thoraxskade dernest gjøre status på sirkulasjon (C)
D X Undersøke ABCDE
Riktig

0000161add1dc1cb6a

72
Du har Mottakelsesvakt på Ortopedisk avdeling, det er fredag, og du blir oppringt fra Fødeavdelingen. Et barn har blitt født med en betydelig feilstilling i føttene, oppfattet som sannsynlig klumpfot. Du gjør et raskt tilsyn og finner et ellers friskt barn med klassisk klumpfot-feilstilling i begge føtter.
Hva bør du gjøre med dette?

A Ringe bakvakt for å planlegge operativ korreksjon i løpet av helga
B Starte behandling umiddelbart med gipsing av føttene i fullkorrigert stilling
C Ingenting, du overlater dette til barnelegene
D X Sette barnet opp til vurdering for gipsbehandling ad modum Ponseti på poliklinikken over helgen
Dette haster ikke på vakt men prioriteres med henvisning til barneortopedene

0000161add1dc1cb6a

73
Pasienten er en 79 år gammel mann, behandles for hypertensjon og diabetes type II. Bor i eget hus sammen med kona, ingen spesielle hjelpebehov.
Det aktuelle er at han for 6 uker siden gled på isen og tok seg for med høyre arm i fallet. Straks intense smerter i skulderen og følte at armen var helt "lammet". Røntgenundersøkelse på legevakten viste ikke tegn på fraktur eller dislokasjon i skulderleddet. Sendt hjem etter legeundersøkelsen med beskjed om å bruke fatle i 2 uker og smertestillende ved behov.
Oppsøker fastlegen etter 6 uker, fortsatt smerter i skulderen, men stadig bedring. Hovedproblemet er imidlertid manglende abduksjon og utadrotasjon i skulderen, i tillegg noe "knasing" i leddet både ved aktive og passive bevegelser.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Apraksi av n. axillaris
B Luksasjon grad I i cromio-clavicularleddet
C Avriving a n. suprascapularis
D Partiell ruptur av subscapularis
E X Total ruptur av supra- og infraspinatus

0000161add1dc1cb6a

74
En 22 år gammel kvinne oppsøker legevakten der du jobber dagen etter at hun snublet på en joggetur og skadet ankelen. Hun kommer gående på krykker. Du får frem at det var en kraftig vridning av ankelen. Du undersøker henne og finner at hun er palpasjonsøm både over mediale malleol og laterale malleol. Du tar et røntgenbilde av ankelen som ikke viser brudd. Hva vil du gjøre med denne pasienten?

A X Ta røntgenbilde av leggen.
Riktig. Et brudd i proksimale fibula vil øke sannsynligheten for at det foreligger en syndesmoseskade i ankelen (Weber C fractur). Denne sannsynligheten øker ytterligere med smerter over mediale malleol.
B Gi henne rekvisisjon til fysioterapi med beskjed om å trene uten restriksjoner.
Feil. Pasienten er ikke godt nok utredet. Hun har symptomer fra mediale malleol noe som kan tolkes som et tegn på at det kan foreligge en ligamentskade av ankelsyndesmosen. Med denne symptomatologien må en også ta røntgenbilde av leggen for å forsikre seg om at det ikke foreligger en Weber C fractur som indikerer skade på syndesmosen i ankelen. Et brudd i fibula proksimalt er da patognomonisk for at det kan foreligge en syndesmoseskade.
C Sette henne opp til kontroll hos overlege på traumeseksjonen ved første ledige time der.
Feil. Pasienten er ikke godt nok utredet. Dessuten er alle listene fulle hos alle overlegene på traumeseksjonen.
D Gipse og be henne avlaste i 6 uker.
Feil. Pasienten er ikke godt nok utredet.

0000161add1dc1cb6a

75
En 32 år gammel mann har fått et brannsår på venstre lår på størrelse med tre håndflater. Bakgrunnen for skaden var at buksa tok fyr. Legen vurderer brannskaden som overfladisk og behandler med Flamazine. To uker senere har brannsåret fortsatt ikke grodd. Pasienten kan fortelle at huden rundt såret de siste dagene har blitt litt rødt og sårsekresjonen har økt. Hva bør legen gjøre?

A Starte peroral behandling med et penicillin
B Ta bakteriologisk prøve av sårsekretet, og skifte til en sårsalve med et bredere antibakterielt spektrum enn Flamazine
C X Sende pasienten til nærmeste kirurgiske/ortopediske avdeling for revisjon av såret og hudtransplantasjon
Overflatiske brannsår tilhele oftest under 2 uker. Hvis de ikke gjøre det er det mest sannsynlig dypere skade og trenger kirurgi
D Fortsett samme behandling i to uker til, da brannskader på låret trenger lang tid for tilheling

0000161add1dc1cb6a

76
En 60 år gammel kvinne med kjent revmatoid artritt kommer på ditt legekontor, viser frem sin hånd og sier at hun har fått økende feilstilling i langfingeren. Du undersøker og finner fiksert fleksjon i PIP ledd og hyperekstensjon i DIP ledd
Hva kalles denne feilstillingen?

A Malletfinger
Fleksjon i DIP
B Svanehalsdeformitet
her er det ekstensjon i PIP og fleksjon i DIP
C Scoliose i finger
Finnes ikke
D X Knapphullsdeformitet
Riktig svar

0000161add1dc1cb6a

77
Hvilken skulderlidelse er vanligst hos ungdom under 20 år?

A Subacromiell impingement
B Frozen shoulder (adhesiv kapsulitt)
C X Instabilitet
D Rotatorcuffruptur

0000161add1dc1cb6a

78
En 22 år gammel kvinnelig håndballspiller har pådratt seg et valgiserende vridningstraume i venstre kne. Hun merket at noe røk inne i kneet, fikk umiddelbart sterke smerter og måtte hjelpes av banen. Hun kommer til legen neste dag med betydelig hevelse i kneet og klarer ikke belaste.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Intraartikulær knefraktur
B Perifer meniskskade
C X Fremre korsbåndskade
Fremre korsbåndskader er svært hyppige hos unge kvinnelige håndballspillere med nevnte skademekanisme.
D Patella luksasjon

0000161add1dc1cb6a

79
Du skal ta en blodprøve til analyse av kalium. Hvilken type prøverør kan du IKKE benytte?

A X EDTA-rør
inneholder oftest kalium
B rør med separasjonsgel
oftest helt OK
C rør uten tilsetning
oftest helt OK
D heparinrør
oftest helt OK

0000161add1dc1cb6a

80
Du har nettopp startet i distriktsturnus, og jobber på et lite allmennlegekontor. Pga. sykdom i staben har legekontoret måtte leie inn helsesekretær-vikarer. I løpet av en første uken din på legekontoret, har du fått med deg at legekontoret har blitt kontaktet 4 ganger av sentral-laboratoriet pga. høye verdier av serum-kalium i blodprøvene til flere pasienter. Helsesekretærene benekter at prøvene hadde rosafarget serum før forsendelse. Hva er den mest sannsynlige årsaken til de høye kalium-verdiene i disse blodprøvene?

A X De høye kaliumverdiene skyldes mest sannsynlig at man har oppbevart prøvene usentrifugert for lenge
Intracellulær kalium er mye høyere enn ekstracellulær kalium. Hvis serum eller plasma blir stående lenge i kontakt med blodlegemene før sentrifugering, kan kalium lekke ut av erytrocytter og leukocytter, samtidig som natrium går inn i cellene. Dette kalles pseudohyperkalemi. Særlig skjer dette hvis blodet står kjølig fordi natrium/kalium-pumpen, som opprettholder den transmembrane gradienten, hemmes av kulde. Dette gir ikke hemolyse, og er derfor vanskelig å oppdage. Blodprøve til kalium eller natrium må ikke settes i kjøleskap før serum eller plasma er skilt fra blodlegemene.

Hemolyse i prøven gir falsk økt S/P-kalium, men vil som regel bli oppdaget ved analyse på laboratorienes stormaskiner, da disse detekterer økt hemolyseindeks. Hemolyse av prøven vil også kunne oppdages ved at prøvematerialet ser rosa ut.
B De høye kaliumverdiene skyldes mest sannsynlig hemolyse i blodprøvene
C De høye kaliumverdiene skyldes mest sannsynlig at legekontoret har hatt mange pasienter med nyresvikt denne uken
D De høye kaliumverdiene skyldes mest sannsynlig at legene på kontoret forskriver for mye kaliumtilskudd til pasientene sine

---

0000161add1dc1cb6a

Testen har 80 oppgaver. På utskriftstidspunktet var 0 oppgaver blitt trukket og det var gjort fasitendringer på 0 oppgaver.