2022 - IIC - MD4042 - Eksamen 1
Eksamensdato: 2022-05-24

1
Du blir tilkalt som tilsynslege for å vurdere en 72 år gammel kvinne med kjent Alzheimer sykdom på helsehus. Pasienten fremstår lettere irritert, mer initiativløs enn vanlig og med lite glede. Ifølge personale har pasienten hatt dårlig nattesøvn i cirka to uker.
Hva er mest riktig å gjøre?

A Du starter opp behandling med oksazepam (benzodiazepin) pga søvnforstyrrelsen
Uten utredning blir det uklart om symptomene skyldes søvnforstyrrelsen eller må oppfattes som symptom ved depresjon. Utover dette skal søvnforstyrrelse ved demens ikke behandles med benzodiazepiner.
B Du starter opp behandling med amitriptylin (trisyklisk antidepressivum) pga de depressive symptomene
Før du starte opp behandling med et antidepressivum, må diagnosen og alvorlighetsgraden sikres. Lett depresjon hos eldre skal for eksempel ikke behandles medikamentelt. Trisykliske antidepressiva skal ikke brukes ved demente pasienter, da de kan forverre kognitiv funksjon og føre til delir pga antikolinerge bivirkninger.
C Du starter opp behandling med risperidon (atypisk antipsykotikum) pga atferdsforstyrrelsen
Antipsykotisk behandling skal kun prøves ved alvorlige tilfeller av APSD.
D X Du begynner med videre utredning med en depresjonsskala for demente pasienter (Cornell skala)
Depresjon er en hyppig komorbiditet og symptomene er forenlige med denne diagnosen. Før oppstart av behandling må diagnosen sikres. De nevnte skalaene kan brukes for depresjonsutredning ved demens. Helsebiblioteket > skåringsverktøy > alderspsykiatri.

00001628b1e8756805

2
Kvinne, 72 år kommer til fastlegen pga søvnproblemer og dårlig matlyst de siste måneder. Humøret svinger mye og hun gråter lett. Hun har tenkt på om livet er verd å leve, men har jo to voksne barn og fire barnebarn. Disse bor i den andre ende av landet, men hun har regelmessig kontakt med dem. Hun er enke og pensjonert regnskapsfører. Bor alene, men har de siste 12 årene hatt en hund. Denne døde for tre måneder siden. Det er begynnende artrose i høyre hofte, men det er ikke indikasjon for behandling av denne nå.
Hva bør du gjøre for denne pasienten?

A Henvisning til lokalt Distriktspykiatrisk senter/ DPS for videre utredning og behandling
Feil, denne tilstand kan håndteres på kommunalt nivå, inklusiv somatisk utredning av hofte
B Henvise til psykisk helsearbeid i kommunen, foreslå oppstart SSRI
Feil, lege vil være den primære til å ha helhetsblikk på pasienten, inklusiv somatiske faktorer
C X Gi informasjon om tilstanden og tilby mestringsorienterte samtaler
Rett, dreier seg om tilpasningsforstyrrelse etter tap av hunden samt redusert funksjon pga hofte
D Tilby samtaler og foreslå oppstart med SSRI preparat (selektiv serotonin reopptakhemmer, antidepressiva)
Feil, det dreier seg ikke om depresjon og SSRI har ingen rolle her

---

00001628b1e8756805

3
En mann i 30-årene kommer inn som ø-hjelp i mottagelsen. Du vet at han har et langvarig rusmiddelproblem. Ved tidligere innleggelser har han fått ulike diagnoser assosiert til rusmiddelbruk. Det har tidligere vært positive rusprøver på alkohol, cannabis, benzodiazepiner, amfetaminer, hallusinogener mm. I tillegg mistenkes det at han regelmessig bruker GHB. Han kommer nå inn i en tilstand med periodevis forvirring, hallusinasjoner, uro og trusler. Han er innimellom svært urolig. Han svetter, skjelver, har hurtig puls og går ustødig. Talen er høyrøstet. Han gir ingen sammenhengende eller meningsfull redegjørelse for hva som har skjedd de siste timer/dager. Du prøver å ta blodtrykk, men måm gi opp da han blir truende og du får ikke undersøkt mer. Du observerer imidlertid at øyebevegelser er spesielle. Du vurderer at pasienten fyller kriterier for flere ulike diagnoser. For én av disse tilstander haster det spesielt mye å starte behandling raskt.
Hvilken lidelse bør behandles umiddelrbart?

A Rusmiddelintoksikasjon
B Rusmiddelabstinens
C X Mb Wernicke.
Forvirring, taksi, nystagmus. Må få tiamin/ B1 raskt for å unngå hjerneskade, og spesielt før man gir tilskudd av glukose
D Rusutløst psykose

00001628b1e8756805

4
Du gjør en vurdering av en pasient med depresjon og mulig suicidfare. Hva er viktigste prediktor for umiddelbar fare for suicid?

A Alder, tidligere forsøk, depresjon.
B Psykisk lidelse, alder, tidligere forsøk.
C Tidligere forsøk, kjønn og alder.
D X Angst, agitasjon og global insomni.
Dette er de viktige prediktorer for umiddelbar fare.

00001628b1e8756805

5
En kvinne i 50-årene behandles for psykose med et annengenerasjons antipsykotikum (for eksempel olanzapin eller risperidon). Hun har ikke møtt til kontroller hos fastlegen men har hatt kontakt med psykiatrisk sykepleier i kommunen som mner at hun har tatt medisinen. Etter et år oppsøker hun legevakten. Hun de siste to månendene vært slapp og sliten, men de siste fem dagene har hun blitt betydelig verre. Det siste året har hun gått opp 7 kilo, men de siste ukene har hun gått ned 4 kilo igjen. Hun føler seg veldig tørst, har drukket masse og gått mye på toalettet. Synet er litt uklart til tider, hun har lite energi og føler seg syk.
Hvilken langtidsbivirkning av annengenerasjons antipsykotika er mests annsynlig?

A X Diabetes type 2
Dette er en kjent bivirkning til de aller fleste annengenerasjons antipsykotika, særlig uttalt ved det mye brukte olanzapin. Pasienten har gått opp 7 kilo det siste året, som tyder på at hun har fått betydelige metabolske bivirkninger av sin medisin. Dårlig form siste to månedene før typiske diabetssymptomer oppstår er forenelig med diabetes type 2.
http://tidsskriftet.no/2004/01/legemidler-i-praksis/metabolske-og-kardiovaskulaere-bivirkninger-av-moderne-antipsykotika
http://www.felleskatalogen.no/medisin/zyprexa-zyprexa-velotab-lilly-565738
B Prolaktinom
Antipsykotika kan gi hyperprolaktinemi grunnet mindre dopaminfrigjøring til hypofysen, men øker ikke forekomsten av prolaktinom. Pasientens uklare syn er sannsynligvis en komplikasjon til hyperglykemi.
C Diabetes type 1
Bruk av antipsykotika er assosiert til utviklingen av diabetes type 2, men kan forverre en allerede eksisterende type 1 diabetes.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC167193/
D Diabetes insipidus
Ingen kjent assosiasjon

00001628b1e8756805

6
En mann i 30-årene kommer inn som ø-hjelp i mottagelsen. Du vet at han har et langvarig rusmiddelproblem. Ved tidligere innleggelser har han fått ulike diagnoser assosiert til rusmiddelbruk. Det har tidligere vært positive rusprøver på alkohol, cannabis, benzodiazepiner, amfetaminer, hallusinogener mm. I tillegg mistenkes det at han regelmessig bruker GHB. Han kommer nå inn i en tilstand med periodevis forvirring, hallusinasjoner, uro og trusler. Han er innimellom svært urolig. Han svetter, skjelver, hurtig puls. Talen er høyrøstet. Han gir ingen sammenhengende eller meningsfull redegjørelse for hva som har skjedd de siste timer/dager. Du prøver å ta blodtrykk, men må gi opp da han blir truende og du får ikke undersøkt mer. Du observerer imidlertid at øyebevegelser er spesielle. Du vurderer at du må gi et medikament for at pasienten skal kunne ta imot annen hjelp. Hvilken type medikament bør du bruke?

A X Benzodiazepiner
Benzodiazepiner er eneste "førstevalg" i alle guidelines. De andre alternativer kan forverre tilstanden eller gi alvorlige bivirkninger.
B Atypiske ("andregenerasjons") antipsykotika
C Et sederende antidepressivum
D Tradisjonelle ("førstegenerasjons") antipsykotika

00001628b1e8756805

7
En kvinne i 40-årene blir søkt innlagt sykehus som øyeblikkelig hjelp i hht § 3.2. i Psykisk helsevernloven. Hun er relativt ustelt. Hun virker svært depressiv. Hun gir dårlig emosjonell kontakt. Hun er avvisende til samtale og undersøkelse. Hun fremstår mistenksom og noe fjern. Innimellom blir hun urolig, vandrende og nesten panisk. Hun virker åpenbart svært engstelig. Hun benekter hjelpebehov. Du spør om suicidtanker uten at hun svarer. Hun er avvisende til somatisk undersøkelse. Utifra utseende virker hun imidlertid å være dehydrert. Pårørende forteller om manglende matinntak og vekttap siste fire uker.
Er det grunnlag for å ta henne imot på tvang i sykehus?

A Det er tvilsomt om det er riktig å bruke tvang siden frivillighet ikke er forsøkt
B Det er ikke riktig å bruke tvang siden hun ikke har en alvorlig sinnslidelse
Hun er åpenbart depressivt psykotisk og alvorlig sinnslidende.
C Det er tvilsomt om det er riktig å bruke tvang siden det ikke er åpenbart at hun ikke er samtykkekompetent
Farekriteriet er uavhengig av samtykkekompetanse
D X Det er grunnlag for tvang siden hun har en alvorlig sinnslidelse og er til fare for seg selv
Hun er psykotisk deprimert. Hun er sannynligvis suicidal. Hun trenger behandling for sin ernæringssituasjon

---

00001628b1e8756805

8
Pasienten er en yngre mann. Han er kjent for å ha hatt et sammensatt, langvarig, alvorlig rusmiddelproblem. Han innlegges intensiv avdeling etter å ha vært utsatt for et alvorlig hodetraume. Han er svært urolig.
Hvilken preparatgruppe bør være førstvalg for å roe ham ned?

A X Benzodiazepiner
Trygt og effektivt førstevalg.
B "Første generasjons" antipsykotikum
Har mulighet for alvorlige bivirkninger.
C Antidepressivum
Tvilsomt om gruppen har noen plass her overhodet.
D "Annen generasjons" antipsykotikum
Mulighet for alvorlige bivirkinger

00001628b1e8756805

9
På legevakt møter du en tidligere frisk mann på 45 år. Han er fulgt dit av kona. Hun forteller at han har virket tirist og deprimert over noe tid. Siste par dager har han nesten ikke sovet. Han har samtidig blitt svært urolig og plaget. Innimellom har han noe som beskrives som panikkanfall.
Han gir dårlig kontakt. Han kan ikke svare på om han er deprimert, men han bekrefter å ha indre uro. Du er rimelig sikker på at han er alvorlig deprimert nå. Han benekter imidlertid helt å ha noen tanker eller planer om suicid eller selvskading.
Hvordan vil du vurdere suicidfaren hos denne pasient?

A Pasienten er åpenbart deproimert nå, men suicidfaren er lav siden han er så tydelig selv på at han ikke har noen slike tanker eller planer.
For deprimerte pasienter i sykheus er det motsatt, dvs de som benkter suicidal intensjon har større sannsynlighet for å gjøre det i nær fremtid enn de som innrømmer slik intensjon.
B Pasienten har en depressiv episode. Suicidfaren for denne pasientgruppen er noe forøket i et langtidsperspektiv, men den akutte suicidfare nå er lav.
Dette er en vurdering som ikke tar hensyn til de dynamiske varibler. Akutt fare er stor.
C X Pas har alvorlig depresjon komplisert av alvorlig søvnmangel, agitasjon og subjektiv lidelse. Dette er faktorer som predikerer umiddelbar fare for suicidale handlinger.
Global insomni og agitasjon er to sentrale prediktorer for umiddelbar fare.
D Pasienten er alvorlig deprimert. Han har imidlertid beskyttende faktorer som gjør at sannsnlighet for suicid er lav, som for eksempel god kontakt med sin kone, godt nettverk og intet rusmisbruk.
Dette er faktorer som i denn situasjonen gir liten beskyttelse.

00001628b1e8756805

10
I din allmennpraksis tar du opp anmnese på en 35 år gammel kvinnelig pasient som nå er deprimert. Det kommer fram at hun har vært deprimert som nå også to ganger tidligere. I tillegg kommer det fram at hun har hatt flere perioder (varighet fra noen dager til uker) hvor hun har følt seg oppstemt og giret på en rar måte. Hun har da typisk vært mer sosial og sovet mindre enn vanlig. Én slik gang sendte hun ut e-poster til alle i firmaet om en ide hun hadde fått hvor hun mente at de kunne tidoble inntektene sine hvis de endret firmalogoen.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A X Bipolar lidelse Type 1
Sykehistorien likner mest på bipolar lidelse type 1. Avgrensede episoder med depresjon og oppstemthet som ved bipolar lidelse. Oppstemte episoder som varer over én uke og en gang med vrangforestillingsidé taler for type 1.
B Schizoaffektiv lidelse
C Tilbakevendende depressiv lidelse
D Bipolar lidelse Type 2

11
Hva har man ment med begrepet nevrose i psykiatrisk terminologi?

A Personlighetsforstyrrelse
Kan høre til nevrosene men ikke dekkende
B Psykiske symptomer ved nevrologiske lidelser
Helt feil
C Angstlidelser
Hører til de klassiske nevrotiske lidelsene men ikke dekkende
D X Psykiske lidelser uten realitetsbrist
Et av kjennetegnene på nevrose. I praksis har dette dekket forskjellige affektive, angst og belastningslidelser

---

12
Du er fastlege for en 19 år gammel jente som sliter med selvskading. Hun har få venner på skolen og de faglige prestasjonene er dårlige, noe som gjør henne usikker på framtida. Når dere kommer inn på relasjoner får du vite at mor var fraværende under store deler av oppveksten, og at det for en stund siden ble slutt med kjæresten hun hadde hatt i 1 år.
Hvilken av opplysningene regnes vanligvis som viktigste årsaken til selvskading?

A Brudd med nær relasjon
Normal livshendelse men kan gi forbigående økning av selvskading
B Usikker på fremtiden
C Lite sosialt nettverk
D X Neglisjert som barn
Traumer som vold, seksuelle overgrep og neglekt påvirker personens helhetlige utvikling og fungering, somatisk, psykologisk og sosialt. Tidlige traumer er mer skadelig enn traumeerfaringer senere i livet, og de mest skadelige traumene skjer som oftest i relasjoner. De andre faktorene har mest sannsynlig hatt en innvirkning på denne pasienten, men disse har ikke hatt en like sterk effekt på pasienten fra hun var barn. Les mer på http://rvtsmidt.no/fagfelt/selvmordsforebygging/#del_0 og http://tidsskriftet.no/article/1823575

13
En svært agitert pasient blir innlagt på intensiv enhet etter et strangulasjonsforsøk. Dette har foregått under påvirkning av rusmidler. Hvilken medikamentgruppe bør primært anvendes for å roe pasienten ned?

A Antidepressiva
B X Benzodiazepiner
Uoversiktelig klinisk situasjon. BNZ er trygt og effektivt i nesten alle situasjoner.
C Antipsykotika
D Prednisolon

14
Hva er riktig om alkoholbruk hos eldre?

A 10 til 20 prosent av eldre alkoholmisbrukere har begynt med å drikke regelmessig alkohol i høy alder.
Det stemmer ikke. Cirka halvparten.
B De fleste eldre som drikker regelmessig alkohol bruker også benzodiazepiner regelmessig.
Det stemmer ikke. Ifølge HUNT3 er det kun en av ti eldre, som regelmessig drikker alkohol og samtidig bruker regelmessig benzodiazepiner.
C Eldre tåler alkohol like godt som yngre.
Eldre tåler alkohol stort sett dårligere pga mindre muskelmasse, nedsatt leverfunksjon, polyfarmasi mm.
D X Eldre i dag drikker mer enn for 20 år siden.
Det stemmer. Allerede mellom HUNT2 og HUNT3 har alkoholbruk hos eldre doblet seg.

00001628b1e8756805

15
En tidligere psykisk frisk mann på 25 år innlegges akuttpsykiatrisk avdeling. Han har den siste uken sovet lite, blitt tiltakende urolig, har hatt selvmordstanker og har forestillinger om at noen er ute etter ham. Han har trukket for gardinene hjemme og har ikke villet gå utenfor døra. Han har fungert godt i jobben som håndverker til nå. Han har brukt cannabis sporadisk tidligere, og noe amfetamin.
De siste par ukene har han brukt amfetamin flere dager på rad. Etter 5 dager i avdelingen er psykosesymptomene og selvmordstankene borte. En har ikke funnet somatiske årsaker til hans symptomer. Han skrives ut etter eget ønske, og overlegen vurderer at han er i sin vanlige tilstand.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A X Rusutløst psykose
Mest sannsynlig, Tidligere psykisk frisk, velfungerende mann som får psykosesymptomer som starter under rusbruk etter flere dagers bruk av amfetamin. Symptomene varer over 48 timer og går i dette tilfellet over innen 1 måned.
B Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer
Ikke opplysninger om depressive symptomer forut for psykosegjennombrudd, kortvarig psykose og suicidaltanker gikk raskt over. I tillegg opplysninger om rusbruk
C Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)
For kort varighet av symptomene. Vrangforestillingene må ha vært til stede i minst 3 måneder. Pasienten er også litt ung til å ha denne lidelsen.
D Paranoid schizofreni
For kort varighet av vrangforestillinger og pasienten har ikke andre schizofrenisymptomer.

00001628b1e8756805

16
Hva er riktig å si om sammenhengen mellom ruslidelser og psykiske lidelser?

A Rusavhengighet gir alltid en psykisk lidelse i tillegg
Rusavhengighet kan opptre alene, og mange psyksike symptomer kan skyldes avhengighetssyndromet i seg selv, mer enn psykiske tilleggslidelser
B Ruslidelser er psykiske lidelser og skal behandles i psykisk helsevern
Ruslidelsene står beskrevet F-kapitlet i ICD-10, men behandles hovedsaklig i TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). I følge ROP-retningslinjen skal pasineten med alvorlig sinnslidelse behandles i psykisk helsevern selv om de samtidig har et rusproblem. Pasienter med lettere psyksike lidelser skal behandles i hhv TSB eller PH ut fra om ruslidelsen er alvorlig eller ikke.
C X Jo mer alvorlig en ruslidelse er, desto høyere er forekomsten av psykisk lidelse, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser
Det er gjennomgående i både befolkningsundersøkelse og annen forskning at det foreligger en slik sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser
D Psykiske lidelser fører alltid til rusmiddelbruk
Selv om det er mange med psyksik sykdom som bruker rusmidler, gjelder dette langt fra alle.

00001628b1e8756805

17
En 80 år gammel kvinne har depresjon, og du får blant annet frem følgende symptomer: Nedstemthet, dårlig søvn, vekttap og diffuse kroppslige plager.
Hvilke av disse symptomene er oftere til stede ved depresjon hos eldre enn hos yngre?

A Nedstemthet
B Vekttap
C X Diffuse kroppslige plager
Se Lærebok i psykiatri 2018 side 711
D Dårlig søvn

00001628b1e8756805

18
Du blir bekymret for et barn du treffer på helsestasjonen som følges av sin mor til fireårskontrollen. Barnet gir dårlig sosial og emosjonell kontakt, fremstår umodent og lite aldersadekvat i atferden. Somatisk undersøkelse viser manglende vektøkning og avflatet vekstkurve, også mangler på den psykomotoriske utviklingen. Du får mistanke om omsorgssvikt, og du vurderer det nødvendig å koble på barnevernstjenesten for at de kan undersøke saken og finne riktige hjelpetiltak. Du snakker med moren om din bekymring for barnets utvikling, men hun forklarer det med mange luftveisinfeksjoner og ser ikke behov av hjelp gjennom barnevernstjenesten.
Hva blir mest riktig å gjøre ut i fra lovverket?

A Du må snakke med mor igjen og få henne til å forstå din bekymring, siden du trenger hennes samtykke til å kontakte barnevernstjenesten. Dette med bakgrunn i Lov om Helsepersonell § 21 om taushetsplikt, som beskriver nødvendigheten av samtykke for å bryte tausheten.
B 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. Det er ikke riktig at man må anonymisere opplysningene på grunn av manglende samtykke, da man kan bryte tausheten som beskrevet ovenfor. Ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt er man fritatt for å innhente samtykke fra mor alene eller begge foreldrene for å kunne gi opplysninger til barnevernstjenesten
C Du må snakke med både mor og far sammen og få dem begge til å forstå din bekymring, siden du trenger begges samtykke til å kontakte barnevernstjenesten. Dette med bakgrunn i Lov om Helsepersonell § 21 om taushetsplikt, som beskriver nødvendigheten av samtykke for å bryte tausheten, og at samtykke i dette tilfelle må gis av begge foreldre med foreldreansvar.
D Du kan kontakte barnevernstjenesten og melde din bekymring, men du må gjøre det anonymisert siden du ikke har foreldrenes samtykke. Dette med bakgrunn i Lov om Helsepersonell § 21 om taushetsplikt og Lov om Helsepersonell § 33 som beskriver opplysningsplikten til barnevernstjenesten.

00001628b1e8756805

19
På hvilke måter kan tilknytning påvirke senere utvikling?

A Tilknytningserfaringer påvirker senere utvikling kun gjennom ekstrem omsorgssvikt
Alternativ b er ikke riktig fordi utrygge tilknytningsmønster utvikles også innen « normalpopulasjonen», men vil påvirke videre utvikling spesielt ved belastninger senere i livet.
B X Tilknytningsmønster former kapasitet for regulering av emosjoner og atferd
Alternativ d er det mest riktige svaralternativet fordi evnen til regulering av emosjoner og atferd er sentralt for senere sosial, emosjonell og kognitiv fungering
C Tilknytningsmønster har liten betydning siden barnets utvikling primært bestemmes av genetikk
Alternativ c er ikke riktig fordi det er relativt stor enighet blant forskere at tilknytning er en dyadisk konstruksjon, formet av foreldrene, selv om epigenetiske prosesser og genetisk sammensetning kan gjøre noen mer mottagelig for variasjoner i for eksempel foreldrenes sensitivitet.
D Negative tilknytningserfaringer medfører ukritisk holdning til jevnaldrende
Ikke riktig. Alternativ a kan være riktig for barn med diagnosen udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse, men er ikke beskrivende for barn med utrygge tilknytningsmønstre.

00001628b1e8756805

20
7 år gammel jente og hennes foreldre oppsøker deg som fastlege med spørsmål om henvisning til BUP for utredning av ADHD. Kartlegging utført av pedagogisk psykologisk tjeneste (PP-T) inkluderer kartlegging av kjernesymptomer ADHD (høye skårer), familieanamnese med kjent ADHD hos far og et søskenbarn og en evnetest.
Hvilket resultat forventer du å finne på jentas evnetest?

A Lav generell IQ
Vignett beskriver jente med høyt nivå av ADHD symptomer. Typisk profil på evnestest er lav prosesseringshastighet og arbeidsminne. Generell IQ, verbalforståelse og flytende ressonering kan være i alle nivåer.
B Lav verbalforståelse
Vignett beskriver jente med høyt nivå av ADHD symptomer. Typisk profil på evnestest er lav prosesseringshastighet og arbeidsminne. Generell IQ, verbalforståelse og flytende ressonering kan være i alle nivåer.
C Lav flytende resonnering
Vignett beskriver jente med høyt nivå av ADHD symptomer. Typisk profil på evnestest er lav prosesseringshastighet og arbeidsminne. Generell IQ, verbalforståelse og flytende ressonering kan være i alle nivåer.
D X Lav prosesseringshastighet
Vignett beskriver jente med høyt nivå av ADHD symptomer. Typisk profil på evnestest er lav prosesseringshastighet og arbeidsminne. Generell IQ, verbalforståelse og flytende ressonering kan være i alle nivåer.

00001628b1e8756805

21
Flere studier har vist at tilknytningsmønster kan overføres mellom generasjoner, men denne overføringen kan også brytes.
Hvilken faktor er viktigst for å stoppe overføring av utrygg tilknytning?

A X At forelderen har fått hjelp gjennom terapi eller en støttende nær relasjon
Flere studier har vist at hjelp gjennom terapi og/eller en støttende relasjon er viktig for mange foreldre som selv har hatt disorganisert tilknytning. De andre alternativer kan også være viktige faktorer for familien men virker ikke nødvendigvis inn på kvaliteten på relasjonen til barnet.
B At forelderen får utdanning og kommer seg i jobb
Flere studier har vist at hjelp gjennom terapi og/eller en støttende relasjon er viktig for mange foreldre som selv har hatt disorganisert tilknytning. De andre alternativer kan også være viktige faktorer for familien men virker ikke nødvendigvis inn på kvaliteten på relasjonen til barnet.
C At barnet får tilpassede tiltak i barnehage eller skole
Flere studier har vist at hjelp gjennom terapi og/eller en støttende relasjon er viktig for mange foreldre som selv har hatt disorganisert tilknytning. De andre alternativer kan også være viktige faktorer for familien men virker ikke nødvendigvis inn på kvaliteten på relasjonen til barnet.
D At forelderen har klart å gå videre og fokusere på nåtid og framtid heller enn fortid
Flere studier har vist at hjelp gjennom terapi og/eller en støttende relasjon er viktig for mange foreldre som selv har hatt disorganisert tilknytning. De andre alternativer kan også være viktige faktorer for familien men virker ikke nødvendigvis inn på kvaliteten på relasjonen til barnet.

00001628b1e8756805

22
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 og framstår generelt veldig irritabel. Du observerer gutten som stille og alvorlig og mor som sliten.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Atferdsforstyrrelse
Vignett beskriver depressive symptomer som er typisk for 5 år gamle barn. I tillegg beskrives en arvelig komponent og en stressfaktor i miljøet til gutten. Det kan i tillegg være vansker med angst, men angst kan ikke forklare hele beskrivelsen. En atferdsforstyrrelse vil være med opposisjonell. Somatisk årsak er viktig å avklare, men vil ikke være hovedmistanke i dette tilfellet.

B X Depresjon
Vignett beskriver depressive symptomer som er typisk for 5 år gamle barn. I tillegg beskrives en arvelig komponent og en stressfaktor i miljøet til gutten. Det kan i tillegg være vansker med angst, men angst kan ikke forklare hele beskrivelsen. En atferdsforstyrrelse vil være med opposisjonell. Somatisk årsak er viktig å avklare, men vil ikke være hovedmistanke i dette tilfellet.

C Angst
Vignett beskriver depressive symptomer som er typisk for 5 år gamle barn. I tillegg beskrives en arvelig komponent og en stressfaktor i miljøet til gutten. Det kan i tillegg være vansker med angst, men angst kan ikke forklare hele beskrivelsen. En atferdsforstyrrelse vil være med opposisjonell. Somatisk årsak er viktig å avklare, men vil ikke være hovedmistanke i dette tilfellet.

D Feilernæring
Vignett beskriver depressive symptomer som er typisk for 5 år gamle barn. I tillegg beskrives en arvelig komponent og en stressfaktor i miljøet til gutten. Det kan i tillegg være vansker med angst, men angst kan ikke forklare hele beskrivelsen. En atferdsforstyrrelse vil være med opposisjonell. Somatisk årsak er viktig å avklare, men vil ikke være hovedmistanke i dette tilfellet.

00001628b1e8756805

23
Du er fastlege. Jente på 14 år og hennes mor kommer til deg på legetime. Jenta har alltid hatt god matlyst, har spist det som blir servert og kunne noen ganger spise svært mye, eks en hel pizza, flere kakestykker og brødskiver ila et par timer. Mor har ikke vært bekymret da jenta spiste lite andre dager og at hun ikke var tydelig overvektig. Moren er nå økende bekymret fordi hun har oppdaget at jenta bevisst forsøker å kaste opp flere ganger i uken, og at jenta har begynt å løpe hver dag før hun skal på skolen. Hun har fortsatt menstruasjon. Jenta er irritert på mor, forteller at hun er frisk, at hun ikke slanker seg, men er redd for å bli tykk. Funn ved undersøkelse: BT 100/70, puls 70 fyldig og regelmessig, Høyde 160 cm, 50 kg, tilsvarer like over 50 percentil/ høyden. Normale blodprøver.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Anorexia nervosa
B Gastroøsofagalrefluksykdom
C Atypisk anorexia nervosa
D X Bulimia nervosa
Bulimia nervosa er mest sannsynlig; det beskrives episoder med objektiv overspising ila kort tidsrom, selvutløst oppkast, men hyppighet over 2 ganger/uke. I tillegg frykt for overvekt. Symptomer på anorexia nervosa er ikke fremtredende, da hun spiser godt og er ikke undervektig. Lite sannsynlig med Gastroøsofagalrefluksykdom da oppkast og brekninger er selvfremprovosert.

00001628b1e8756805

24
En gutt på 5 år kommer til deg på legekontoret sammen med far. Etter en periode på to år hvor han har sovet gjennom hele natten og ikke hatt noen problemer med vannlating eller avføring, har han de siste månedene begynt å tisse seg ut på dagtid flere ganger i uken. Han har daglige raserianfall i barnehagen og hjemme, og det tar veldig lang tid for å få ham til lå sovne om kvelden. Foreldrene har nylig flyttet fra hverandre, gutten har byttet barnehage, og bor annenhver uke hos mor og far.
Hva er de vanligste stressreaksjoner hos barn i førskolealder?

A Konsentrasjonsproblemer, synkope og tvangshandlinger
B Konsentrasjonsproblemer, tristhet og angst
C Søvnvansker, spisevansker og tvangshandlinger
D X Søvnvansker, magesmerter og emosjonsreguleringsvansker
Vanlige symptomer på stress hos førskolebarn er søvnvansker, spisevansker, emosjonsreguleringsvansker, magesmerter, hodepine og angst. Sekundær enurese kan også være et uttrykk for regresjon og reaksjon på stress. Konsentrasjonsproblemer og tristhet vil være et vanligere symptom hos skolebarn og ungdom. Tvangshandlinger og synkope er ikke ansett som en vanlig stressreaksjon hos barn.

00001628b1e8756805

25
Hvor stor må forskjellen mellom to prøveresultat være for at det er minst 95% sannsynlighet for at den skyldes endring i pasientens tilstand?

A 2,8 x analytisk upresisjon
B X 2,8 x totalvariasjonen
Rett svar
C 2,8 x preanalytisk variasjon
D 2,8 x biologisk variasjon

00001628b1e8756805

26
For å unngå at preanalytiske feilkilder påvirker prøveresultatet, er det viktig at man standardiserer prøvetakingen. Hvis man måler hemoglobinkonsentrasjonen hos en som ligger, og senere tar ny prøve av samme person etter at han har vært oppreist i en halvtime, hva skjer med prøveresultatene?

A Hb-konsentrasjonen er høyere i prøven tatt liggende
B Hb-konsentrasjonen er dobbelt så høy i prøven tatt liggende
C Hb-konsentrasjonen er omtrent lik i begge prøver
D X Hb-konsentrasjonen er lavere i prøven tatt liggende
Når en person reiser seg fra liggende til stående stilling, vil konsentrasjonen av celle- og proteinbundne substanser stige med 8-10 % etter ca. 10 minutter.

00001628b1e8756805

27
Når du tar venøse blodprøver benyttes vanligvis prøverør med vakuum. Hvordan kan du se under tappingen at røret er fylt med riktig blodvolum?

A Det er mer enn ca 2 mL blod i røret
volum varierer for ulike typer rør
B X Det er et merke på røret som indikerer riktig blodvolum
ja
C Blodet når opp til korken
nei, det fylles aldri så fullt
D Det slutter å renne blod inn i røret
det kan skyldes andre forhold enn at røret er fullt

00001628b1e8756805

28
40 år gammel mann, gift og 2 barn oppsøker fastlegekontoret da han siste 3 mnd har vært plaget med intens kløe. De siste 2 uker har han i tillegg utviklet et stasjonært utslett og sover dårlig om natta. Han er tidligere hudfrisk, spiser normal kost og tar ingen faste medisiner. Det er ingen andre i husstanden som klør.
Han opplyser at han har klort på utslettet.
Du undersøker mannen og finner et symmetrisk ekskoriet utslett lokalisert til strekkesiden underarmer, lår og i korsrygg. I sistnevnte lokalisasjon ser du 3 intakte vesikler med klart væskeinnhold.
Hvilken diagnose er mest sannsynnlig utfra gitte opplysninger?

A Herpes gestationes
Feil; utslettet forekommer kun hos gravide.
B X Dermatitis herpetiformis
Korrekt; kjennetegnes som et intenst kløene utslett lokalisert til strekkesider ekstremiteter. Presenteres som grupperte vesikler.
C Skabb
Feil; man ville forvente at flere i husstanden hadde fått kløeplager da det er smittsomt. Utslettet sitter typisk mellom fingre, omkring håndledd og ankler og på scrotum.
D Kronisk spontan urticaria
Feil; urticaria er kjennetegnet ved flyktig utslett og kjennetegnes med vabler, ikke vesikler.

00001628b1e8756805

29
Lokalanestesi med adrenalin (f.eks. Xylocain 1% med adrenalin) injiseres i huden. Hvilket utsagn er mest riktig?

A Må ikke brukes i regioner med ende-arterier, som for eksempel fingrer og tær
B X Kan i høye doser gi forvirring og bradykardi
Lokalanestesi påvirker både motoriske, sensorisk og sympatiske nervefibrer. Lokalanestesi med adrenalin kan brukes i områder med ende-arterier, som for eksempel fingrer og tær. Nekrose i fingrer og tær er en «vandrerhistorie», men forsiktighet bør utvises ved infiserte fingre og der det er dårlig sirkulasjon. I høye doser kan lokalanestesi gi forvirring (CNS-toksisitet), alvorlig hypotensjon, bradykardi, arytmier og kardiovaskulært kollaps. Som regel viser pasienten tegn på CNS-toksisitet før kardiovaskulære bivirkninger.
C Påvirker kun sensoriske nervefibrer
D Må aldri settes i et betent hudområde som for eksempel abscess

---
00001628b1e8756805

30
Hvilket utsagn stemmer best vedrørende hypertrofiske arr?

A X Arrene blir vanligvis flatere og blekere etter ett par år.
Riktig svar: Arrene blir vanligvis flatere og blekere etter ett par år.
Forklaring: Hypertrofiske arr forsvinner vanligvis av seg selv. Behandling er bl.a. kompresjon, silikon og kortison-injeksjon (Kenacort). Fare for arr-atrofi dersom man setter for mye Kenacort i arret i tidlig fase. Hypertrofiske arr utvikler seg vanligvis i løpet av de første 6 mnd, for deretter å stagnere eller forsvinne av seg selv. Keloider vokser utenfor arrets opprinnelige grenser, og vokser oftest hele livet og forsvinner ikke av seg selv.
B Arrene er ofte lokalisert over sternum, skuldre og rygg.
C Arrene utvikler seg til å bli store i løpet av de første par årene etter skaden.
D Det bør tidlig behandles med intralesjonal triamcinolone (Kenacort).

00001628b1e8756805

31
En mann på 60 år har tatt kontakt grunnet plagsomme hudforandringer i ansiktet. Forandringene forverres av sol, og han mener også det blusser når han drikker kaffe og alkohol. Du finner et erytem sentralt i ansiktet bestående av teleangiektasier, papler og pustler. I tillegg plages han med røde, sviende øyne.
Hvilken behandling bør man starte med?

A Topikal metronidazol
B X Systemiske tetrasykliner
Pasienten har rosacea med øyeaffeksjon, dette må behandles systemisk. Kilde: Weller, Clinical dermatology, 5th edition samt forelesning om Rosacea
C Systemiske steroider
D Topikale steroider
Steroider har ingen plass i rosaceabehandling, dette vil forverre en rosacea

---

00001628b1e6756805

32
4 år gammel jente kommer til fastlegekontoret ifølge med sin mor. Tidligere frisk, går i barnehage, spiser vanlig kost og bruker ingen faste medisiner.
Mor forteller at jenta siste ukene har utviklet et utbredt utslett på begge underekstremiteter, jmf bilde.
Hvilken tilstand er mest sannsynlig utfra gitte opplysninger?

A Pemfigus vulgaris
Feil, typisk med store erosjoner overkropp, ansikt hos voksne/eldre personer
B Herpes zoster
Feil, vesikuløst utslett som følger 1,2 eller 3 dermatomer. Vanligvis halvsidig og forekommer hyppigst hos eldre
C X Lineær IgA dermatose
Korrekt; opptrer vanligst hos barn i førskolealder eller hos voksne. Herpetiformt eller store bulla som danner linjer eller rosetter med sentral cruste
D Cicatriciell pemfigoid
Feil, bulløs lidelse som hovedsaklig rammer slimhinner og forekommer hos eldre pasienter

---

00001628b1e8756805

33
Etter eksplosjon i et aluminiumsverk kommer en 40 år gammel mann til sykehuset med brannskader. Huden som er forbrent, bærer preg av store blemmedannelser.
Følgende kroppsdeler er affisert: Begge underarmer og hender, sirkulært. Hvor stort av det totale kroppsarealet som er forbrent i prosent?
Bruk 9-er regelen.

A X Ca. 10 %
I følge 9-er regelen er det ca. 10 %. Underarmer: ca. 3 % Hender: ca. 2 %. Husk at det er begge armene.
B Ca. 5 %
C Ca. 4 %
D Ca. 18 %

00001628b1e8756805

34
En norsk mannlig student på 21 år har hatt ubeskyttet sex med tre norske jenter siste halvår. Han har ingen symptomer, men ønsker å teste seg for kjønnssykdommer.
Hva bør man teste for i dette tilfellet?

A Mykoplasma genitalium
B X Klamydia
Riktig. Ikke stor risiko for andre kjønnssykdommer. Dersom asymptomatisk anbefales ikke testing av mykoplasma genitalium
C Klamydia og Mykoplasma genitalium
D Klamydia, Mykoplasma genitalium og HIV

00001628b1e8756805

35
En tidligere frisk mann på 50 år har over et par år hatt et kviseliknende utslett i ansiktet som har kommet og gått samt fått fortykket hud over nesen. Nå har han vært to uker i «syden» og solet seg og drukket en del alkohol. Under ferien ble hudplagene mye verre. Ved undersøkelse finner du diffust erytem over nese og kinn med flere teleangiektasier i samme område. Spredte erythematøse papler og pustler sentralt på begge kinn samt nese og hake. Du finner ingen comedoner eller arr. Nesen er forstørret som ved talgkjertelhyperplasi.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Perioral dermatitt.
Nei, utbredelse av utslettet er mer typisk omkring munn (evt nese/øyne ved perinasal/periorbital dermatitt).
B Acne vulgaris.
Nei, dette er en aktuell differensialdiagnose, men mindre sannsynlig enn rosacea i denne aldersgruppen. Det vil da også være comedoner tilstede og mindre grad av talgkjertelhyperplasi over nese.
C X Rosacea.
Riktig, sykehistorie og typisk klinikk taler for rosacea med rhinophyma.
Ref: Dermatology, 4th edition, Bologna et al. kapittel 37.
D Seborreisk dermatitt.
Nei, aktuell differensialdiagnose, men da mer typisk med erytem og fetlig skjelling over øyebryn, perinasalt og i hodebunn. Ikke typisk med pustler.

00001628b1e8756805

36
Bulløs pemfigoid er den vanligste autoimmune blemmesykdommen.
Hvilken struktur retter autoantistoffene seg mot ved Bulløs pemfigoid?

A X Hemidesmosomene som fører til subepidermal blemmedannelse
Korrekt, autoantistoffene retter seg mot hemidesmosomene ved Bulløs pemfigoid
B Fillagrin
Feil, aktuelt ved atopisk eksem og ichtyose
C Ankerfibriller
Feil, autoantistoffer retter seg mot ankelfibriller ved Epidermolysis bullosa aquisita
D Desmosomene, fører til interepidermal blemmedannelse
Feil, autoantistoffene retter seg mot desmosomene ved Pemfigus vulgaris

---

00001628b1e8756805

37
En mann på 42 år kommer til legekontoret og forteller at han har hatt utbrudd med utslett over store deler av kroppen som oppsto brått for fem uker siden. Utslettet har kommet og gått siden han fikk det. Han beskriver utslettet som hevelser i huden, at det flytter på seg og ikke etterlater merker i huden. Han klør svært mye når utslettet er der. Han er ellers frisk, bruker ingen faste medisiner og har ingen kjente allergier.
Hvilken tilstand er det mest sannsynlig at pasienten har?

A X Urticaria.
Ref: Landrø L. Kronisk spontan urticaria. Vedlegg timeplan.medisin.ntnu.no
Ja, typisk for dette.
B Nummulat eksem.
Nei, gir riktignok kløe og utslett hos tidligere hudfrisk person, men flytter ikke på seg som urtikaria.
C Erythema multiforme.
Nei, er stasjonære og blir kokardelignende (target lesions) etterhvert.
D Erythema migrans.
Nei, gir riktignok annulært exanthem som gradvis blir større, men flytter ikke på seg som urtikaria. Er som regel èn lesjon.

00001628b1e8756805

38
Du har legevakt og får inn en gutt på 13 år. Han har hatt langvarig tørrhoste, men grunnen til at han kommer på kveldstid er et nyoppstått utslett. Det er symmetrisk, mange lesjoner. Ingen kløe eller ubehag. Hvert enkelt element begynner som en prikk som så utvider seg gradvis. Hva er mest sannsynlig diagnose?

A Urticaria
Dette er typisk kløende. Kan ha annulære og targetoide lesjoner, men de er flyktige og vanligvis ikke så monomorft. Kan også være infeksjonsutløst.
B X Erythema multiforme
Typisk targetoide lesjoner som oftest gir lite symptomer når det ikke er slimhinneaffeksjon. Tørrhosten gir mistanke om mycoplasma pneumoniae som trigger.
C Erythema migrans
Vanligvis et enkelt element. Kan være flere, men da ikke symmetri som ved immunologiske reaksjoner. Hoste er ikke noe typisk borreliosesymptom
D Erythema nodosum
Affiserer vanligvis fremside legger, med ømme blårøde noduli. Ikke targetoide lesjoner

---

00001628b1e8756805

39
Hvilken type hudkreft opptrer hyppigst i den norske befolkningen?

A Plateepitel karsinom
B X Basalcelle karsinom
Basal celle karsinom er den mest hyppig forekommende hud kreft form. Selv om ikke denne type hudkreft regelmessig registreres i kreftregisteret har vi sikre tall på forekomst fra våre naboland, og forekomsten reflekteres i den norske hudleges kliniske hverdag.
C Merkelcelle karsinom
D Malignt melanom

00001628b1e8756805

40
Nalokson brukes til å behandle overdoser med blant annet oksykodon. Hva er naloksons virkningsmekanisme?

A X Antagonistisk effekt på opioid-reseptorer
nalokson er en opioidreseptorantagonist
B Agonistisk effekt på opioid-reseptorer
C Irreversibel binding til og inaktivering av opioider
D Induserer internalisering av opioid-reseptorer

00001628b1e8756805

41
En 50 år gammel mann bruker følgende legemidler:

Atorvastatin (et statin)
Enalapril (en ACE-hemmer)
Acetylsalisylsyre (en platehemmer)
Escitalopram (et SSRI)

Pasienten utvikler seksuelle bivirkninger i form av nedsatt libido, anorgasmi og forsinket ejakulasjon. Hvilket av legemidlene gir typisk disse bivirkningene?

A Atorvastatin
B Acetylsalisylsyre
C X Escitalopram
L5.3.1 Selektive serotoninreopptakshemmere | Legemiddelhåndboka (legemiddelhandboka.no) - https://www.legemiddelhandboka.no/L5.3.1/Selektive_serotoninreopptakshemmere
D Enalapril

00001628b1e8756805

42
En 54-årig mann behandles med oksazepam, escitalopram, olanzapin og melatonin. Han kommer til deg og klager over at det har blitt vanskeligere å late vannet og at kraften på urinstrålen er blitt svakere etter oppstart med disse midlene. Du mistenker at dette er en legemiddelbivirkning.
Hvilket middel er mest sannsynlige årsak til disse symptomene?

A Melatonin
B Escitalopram
C Oksazepam
D X Olanzapin
Tendens til urinretensjon er en antikolinerg bivirkning som skyldes blokade av kolinerge muskarinreseptorer, noe som olanzapin gir. Urinretensjon og svekket urinstrøm nevnes som bivirkninger i preparatomtalen til olanzapin.

43
Diazepam (Valium®, Vival®, Stesolid®) har flere aktive metabolitter. En av disse metabolittene markedsføres som et legemiddel i benzodiazepinklassen i Norge. Hvilken diazepam-metabolitt er dette?

A Nordazepam
B Desmetyldiazepam
C X Oksazepam
Korrekt svaralternativ
D 7-Aminodiazepam

44
Administrasjonsformen kan påvirke den avhengighetsskapende effekten av rusmidler.
Kokain kan både spises (f.eks. ved tygging av kokablad), injiseres, røykes og insuffleres nasalt ("snortes").
Hvordan påvirker administrasjonsformen den avhengighetsskapende effekten av kokain, rangert fra høyest til lavest avhengighetsskapende effekt?

A X IV injeksjon ≈ røyking > nasal insufflering > oralt inntak
IV injeksjon og røyking gir begge svært raskt opptak og distribusjon til hjernevev etter inntak, et sterkt "kick" og større avhengighetsskapende effekt. Opptaket er langsommere ved nasal insufflering og mye langsommere ved oralt inntak.
B Røyking > nasal insufflering ≈ IV injeksjon > oralt inntak
C Nasal insufflering > røyking ≈ IV injeksjon > oralt inntak
D IV injeksjon > røyking > oralt inntak > nasal insufflering

45
Det antipsykotiske legemidlet amisulprid metaboliseres i liten grad og utskilles vesentlig uforandret i urin.
Hva blir konsekvensen hvis dette legemidlet brukes hos pasienter med redusert nyrefunksjon?

A Redusert konsentrasjon og økt risiko for bivirkninger
B Økt konsentrasjon og økt risiko for terapisvikt
C Redusert konsentrasjon og økt risiko for terapisvikt
D X Økt konsentrasjon og økt risiko for bivirkninger
Ved nedsatt nyrefunksjon hemmes utskillelsen av amisulprid, slik at stoffet kan akkumuleres til økt konsentrasjon i kroppen. Dette medfører igjen økt effekt og økt risiko for bivirkninger.

46
Forgiftningspotensialet til sentralstimulerende midler avhenger i stor grad av individuell sårbarhet. Hvilken sårbarhet er spesielt viktig i denne sammenhengen?

A Samtidig kognitiv svekkelse
B Samtidig psykisk lidelse
C Samtidig lungesykdom
D X Samtidig hjerte- og karsykdom
Beste svaralternativ.

00001628b1e8756805

47
Hvilke av disse svulstene oppstår ikke primært i bein?

A Plasmacytom
B X Malignt melanom
Malignt melanom utgår fra melanocytter som typisk finnes i hud. Det finnes ikke normalt melanocytter i beinvev. Et malignt melanom kan imidlertid metastasere til bein.
C Osteoblastom
D Kondrosarkom

00001628b1e8756805

48
Hvilken påstand om pemphigus vulgaris er riktig?

A Autoimmun reaksjon mot hemidesmosomer.
B Det dannes typisk en spalte i stratum lucidum.
C X Blemmene går lett i stykker.
Pemphigus vulgaris er en blemmesykdom som affiserer bindingene mellom keratinocyttene, og danner suprabasale blemmer. Disse blemmene er "løse" og går lett i stykker. Ved bulløs pemphigoid er blemmene lokalisert subepidermalt, og disse blemmene er typisk fastere og går ikke like lett i stykker.
D Kjennetegnes av subepidermal bulla.

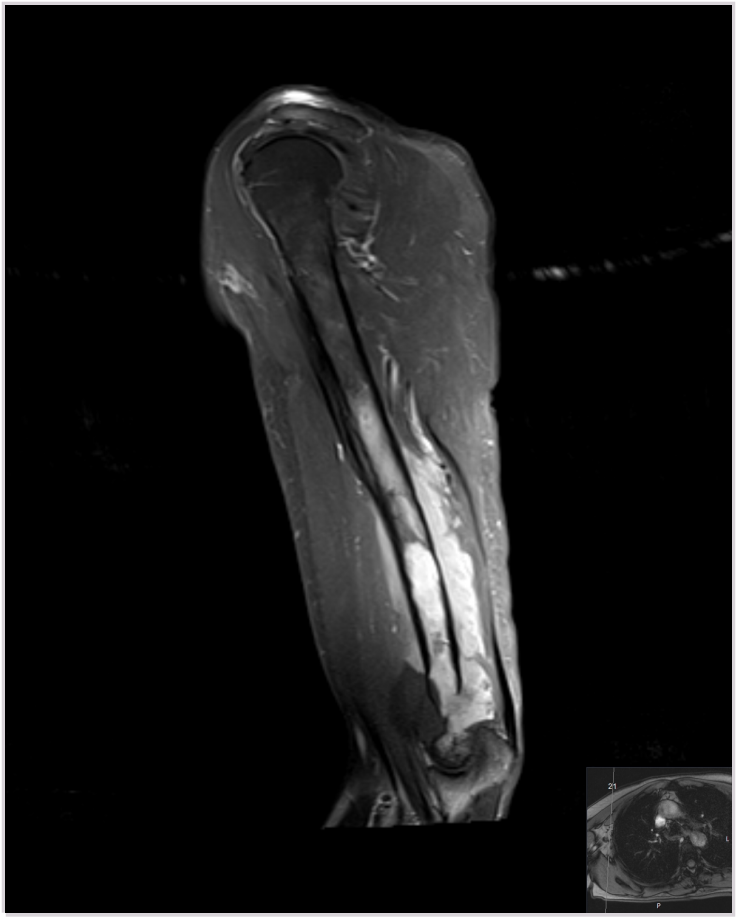
00001628b1e8756805

49
Hvilken påstand om Xeroderma pigmentosa er riktig?

A Pasienten har normal forventet levetid
Xeroderma pigmentosum er en autosomal recessive sykdom assosiert med økt risiko for kreft i f. eksl hud og nervesystemet. Pasienten har redusert forventet levetid (om lag 30 års alder)
B Autosomal dominant sykdom
C X Assosiert med økt risiko for hudkreft og kreft i nervesystemet
D Autoimmun hydsykdom

00001628b1e8756805

50
Du går visitt på ortopedisk sengepost. Under natten er det tatt en MR av overarmen på en tidligere frisk, 60-år gammel kvinne som er lagt inn grunnet økende sterke smerter i armen, uten kjent traume. Sammen med kollegene dine ser du på dette bildet.
Hva viser bildet?



A X Bildet viser en sagittal, T1-vektet MR-sekvens med fettsuppresjon, tatt etter at pasienten fått intravenøs kontrastvæske. I distale delen av overarmen ses en kontrastladende tumor i marghulen og i bløtvevet posteriort for humerus.
På MR kan man i mange tillfeller se på subcutan fettvev for å vurdere om sekvensen er tatt med eller uten fettsuppresjon. I dette tillfelle er det subcutane fettvevet mørkt og det indikerer at signalet fra fettvevet er undertrykt, altså er dette en sekvens med fettsuppresjon. Svar B og C er derfor ikke mulige alternativ. Videre fremstiller sekvensen hele overarmen og en slik fremstilling er bare mulig på en sagittal eller muligens coronal sekvens. En transversal sekvens (som foreslått i svarsaltenativ D) vil ikke kunne fremstille hele overarmen i et bilde, men kan f eks brukes til å vurdere tumors engasjemang av cortex.

B Bildet viser en transversal, T1-vektet MR-sekvens med fettsuppresjon, tatt etter at pasienten fått intravenøs kontrastvæske. I distale delen av overarmen ses en kontrastladende tumor i marghulen og i bløtvevet posteriort for humerus.

C Bildet viser en sagittal, T2-vektet MR-sekvens uten fettsuppresjon, uten intravenøs kontrastvæske. I distale delen av overarmen ses en kontrastladende tumor i marghulen og i bløtvevet posteriort for humerus.

D Bildet viser en sagittal, T1-vektet MR-sekvens uten fettsuppresjon, tatt etter at pasienten fått intravenøs kontrastvæske. I proksimale delen av overarmen ses en kontrastladende tumor i marghulen og i bløtvevet posteriort for humerus.

00001628b1e8756805

51
Konvensjonell røntgen av håndrotsknokklene med fire standardprojeksjoner gir mistanke om en oppklaringslinje i proksimale pol av os scaphoid på en projeksjon som ved udislosert fraktur.
Hvilke funn forventer du på supplerende MR-håndledd for å støtte mistanke om scaphoid-fraktur ved klinisk økt trykkømhet over scaphoid?

A Koronalplan av håndleddet viser høyt signal i alle håndrotsknokkler både på T1-vektet og T2/tirm væskefølsom sekvens som avkrefter frakturmistanke i os scaphoid.
Med høyt signal på T2/tirm sekvens oppfatter man patologi med økt væskeholdighet som ved inflammasjon, frakturødem eller tumor, dermed er fraktur ikke avkreftet.

B Ved mulig fraktur i os scaphoid forventes funn av økt leddvæske radiocarpalt dvs økt signal på væskefølsomme MR-sekvenser som T1-vektet sekvens.
T1 sekvens er ingen væskefølsom sekvens men fremstiller best anatomiske forhold med høyt signal på fettholdig vev. Man kan ha økt leddvæske radiocarpalt men må ikke.

C X Høy sensitivitet til å visualisere frakturødem i os scaphoid med høyt signal på T2/tirm sekvensen og signalbortfall på T1-vektet sekvens i proksimale scaphoidpol bekrefter mistanke om udislosert fraktur.
Dette er korrekt og støtter funn på konvensjonell røntgen. Benmargsødem lyser opp på tirm-sekvenser som brukes i ortopedisk traumatologisk sammenheng som stnadard MR-sekevns kombinert med T1-vektete sekvenser som gir anatomisk detaljvurdering.

D MR viser høyt signal i alle håndrotsknokkler på T1-vektet sekvens som dermed avkrefter frakturmistanke.
Det er normalt funn med høyt signal på T1 vektete sekvenser som visualiserer fettholdighet i benmargen men avkrefter ingen fraktur.

00001628b1e8756805

52
En 13-årig jente plages av intermitterende smertefulle kneppinger og låsninger i albuen siden mer enn et år tilbake. Nå møter du henne på ortopedisk poliklinikk etter at din kollega har henvist henne til røntgen og MR av albuen.
Hva viser bildene?

A X Røntgen viser et skallformet legeme i fremre del av leddet. MR viser hydrops og et legeme mellom radius og humerus.
Røntgen er den undersøkelse som bør gjennomføres først ved mange ortopediske problemstillinger, også ved låsningsfenomen i albuen. Røntgen viser et skallformet legeme som ligger i fremre del av leddkapselen. Ser man nøye på leddflatene i distale humerus så er de ruglete, ikke så jevne som de burde være hos en 13 åring. Den ruglete formen er årsaket av at et større fragment fra leddflaten er avløst. Det samme fragmentet vises på MR som et svart, stripeformet legeme som nå har lagt seg mellom capitulum humeri og caput radii.

B Røntgen og MR viser en suprakondylær humerusfraktur med dorsal feilstilling

C Røntgen viser løftet fremre fettpute som ved hemarthros. MR viser bare økt mengde væske i leddet.

D Røntgen er negativ, men MR viser hydrops og en tverrgående fraktur i proksimale radius

00001628b1e8756805

53
Du har overtatt nattevakten på ortopedisk sengepost for en kollega som måtte dra hjem grunnet sykdom. Sykepleieren ber deg se til en pasient som er operert samme dag pga hoftebrudd. Pasienten har sterke smerter ved aktiv og passiv bevegelse, men ikke så mye smerter i hvile. Du oppdager at operasjonsbeskrivelsen og bildene fra operasjonsstua ikke er å finne! For å få et bedre overblikk velger du å henvise til bildediagnostikk.
Hvordan går du frem?

A X Jeg henviser til røntgen for å sammenligne med pre-operative bilder og for å sjekke at osteosyntesen er intakt og riktig plassert
Konvensjonell røntgen er best egnet som første post-operative undersøkelse for å raskt og ressurseffektivt kunne vurdere fragmentene og osteosyntesens posisjon samt detektere per-operative frakturer i operasjonsområdet. CT vil i noen grad kunne svare på samme spørsmål, men vil gi dårligere fremstilling grunnet metallartefakter fra osteosyntesen. Den høyere stråledosen og økte ressursbruken ved CT kan ikke forsvares opp mot nytteverdien. MR er uegnet da den vil preges sterkt av metallartefakter. MR er heller ikke godt egnet til å detektere pågående blødning. Infeksjon er ikke en aktuell differensialdiagnose i så tidlig post-operativ fase. Ultralyd vil trolig detektere økt mengde væske i leddet, men det er forventet etter hoftefraktur og i tidlig post-operativ fase. Ultralyd har dermed ingen verdi i den aktuelle situasjonen.
B Jeg henviser til ultralyd for å se etter økt mengde væske som tegn på infeksjon
C Jeg henviser til MR for å både kunne detektere en pågående blødning og en eventuell infeksjon
D Jeg henviser til CT for å få optimal oversikt over frakturfragmentene

00001628b1e8756805

54
Røntgenbildet av venstre overarm tatt i AP-frontprojeksjon og sideplan viser en skråfraktur gjennom humerusdiafysen avbildet i to plan.
Hvordan beskriver man frakturdislokasjonen?

A Kun med vurdering i frontplan med både angivelse av forkortning, diastase, sideforskyvning og vinkelfeilstilling.
Dette er ikke korrekt siden prinsippet i radiologi er beskrivelse av dislokasjonen i minst to plan ikke kun på frontprojeksjon.
B Det beskrives med antall frakturfragmenter som har rotasjonsfeilstilling avbildet i to plan.
Det er en del av frakturbeskrivelsen å nevne antall synlige frakturfragmenter . Rotasjonsfeilstilling er vanskelig å kartlegge på røntgen med vanligvis kun to plan.
C X Det beskrives som regel dislokasjon av det distale fragmentet i forhold til det proksimale fragmentet i to plan.
Dette er korrekt. Det beskrives forkortning, sideforskyvning, vinkelfeilstilling, anterior/posterior dislokasjon i to plan hvor det distale fragmentet bskrives i forhold til det proksimale.
D Man angir dislokasjon av det proksimale fragmentet i forhold til distale fragmentet.
Dette svaret er ikke nøyaktig nok og overenkomsten er at man beskriver det distale fragmentet i forhold til det proksimale avbildet i minst to plan.

00001628b1e8756805

55
Du disponerer en vscan når du undersøker en pasient med kjent cirrhose. I hvilket av følgende områder er det mest sannsynlig at du kan avdekke små mengder fri væske (ascites) hos pasienten?

A X I Morrisons lomme (mellom lever og høyre nyre)
Lengst declive punkt av de nevnte
B Foran pancreas
C Ved appendix
D Rundt galleblæren

00001628b1e8756805

56
Hva er de to vanligste inkomplette frakturer hos barn og hva kjennetegner disse?

A Plastisk bøyefraktur er mikrofrakturer langs knokkelen med buet deformitet og ingen synlig fraktur på røntgen. Epifysiolysefraktur er frakturer som affiserer vekstsonen.
B Epifysiolysefraktur er frakturer som affiserer vekstsonen. Greenstickfraktur har brutt kortikalis på tensjonssiden, men intakt kortikalis på kompresjonssiden.
C Bucklefraktur har kompresjon av kortikalis, men ingen diskontinuitet. Plastisk bøyefraktur er mikrofrakturer langs knokkelen med buet deformitet og ingen synlig fraktur på røntgen.
D X Greenstickfraktur har brutt kortikalis på tensjonssiden, men intakt kortikalis på kompresjonssiden. Bucklefraktur har kompresjon av kortikalis, men ingen diskontinuitet.
Hos barn er skjelettet mykt og elastisk og korteks tynnere, noe som disponerer for inkomplette frakturer. Det finnes tre typer inkomplette frakturer; greenstick-, buckle- eller torusfraktur og plastisk bøyefraktur. Epifysiolysefraktur er ingen inkomplett fraktur.
Inkomplette frakturer har ulik stabilitet og derfor ulik behandling og prognose, og det har klinisk konsekvens å skille mellom disse. En bucklefraktur er kompresjon av korteks, men ingen diskontinuitet og er derfor stabil. Krever ikke kontroll. Dette er den absolutt vanligste fraktur hos barn. Ved greenstickfraktur er det diskontinuitet i korteks på tensjonssiden av bruddet, men intakt korteks på kompresjonssiden. Nest vanligste fraktur hos barn, men langt mindre vanlig enn bucklefraktur. Den er potensiellt ustabilt og bør kontrolleres etter ca 7 dager for å se etter glidning. Ved reponering og pinning kan det være aktuellt å gjøre frakturen komplett før reponering. Plastisk bøyefraktur eller –deformitet er egentlig begynnelsen på en greenstickfraktur, men der kreftene ikke er sterke nok til å bryte korteks. Det skaper en rekker mikrofrakturer langs hele knokkelen som gir permanent deformitet uten synlig bruddlinje på røntgen. Oftest sett i radius og ulna, og er relativt sjelden.

00001628b1e8756805

57
En 25 år gammel kvinne, lagerarbeider, kommer på legekontoret med smerter i høyre arm. Smerten blir verre når hun er på jobb. Hun har gått ned (ufriviilig) i vekt 6-7 kg i det siste. Tidligere frisk. Ved us BT 125/70, puls 82, respirationsfrekvens 18/min men ettersom du bemerker noe svakere puls ved høyreside enn på venstre måler du blodtrykk på begge armer: BT høyre arm 105/58.
Hvilken undersøkelse vil du be om?

A RTG
Rtg vil kunne vise evt skjelett skade som årsak til smerter men ikke forklare BT forskjell
B ANCA
ANCA er assosiert med småkarsvaskulitt, ut i fra klinikken her vil en, om det i det hele tatt er en vaskulitt, heller mistenke storkarsvaskulitt
C UL
UL kan være til hjelp ved undersøkelse av selve skulderen, men vanskelig å få innsyn i forhold til kar ved denne problemstillingen med BT forskjell
D X CT angiografi
Klinikken kan tyde på Takayasu arteritt, "puls less disease" en systemisk inflammatorisk sykdom som leder til skade i store og medium store arterier og deres grener. det rammer hovedsakelig unge (asiatiske) kvinner. Sjelden sykdom men her er det betydelig forskjell i BT på de to armene og en CT angiografi vil kunne påvise evt veggfortykkelse og smalere lumen

00001628b1e8756805

58
En ung kvinne har fått påvist positive antistoffer av type ANA og anti-DNA. Hun har nyoppstått hudutslett i ansiktet, leddsmerter og proteinuri.
Hvilken tentativ diagnose er mest sannsynlig?

A Revmatoid artritt (RA)
B X Systemisk lupus erythematosus (SLE)
Kliniske symptomer og antistoff er mest suspekt på SLE
95-100% av SLE pas har pos ANA og Anti-dsDNA(anti-nativt DNA) forekommer særlig ved SLE
C Primært sjøgren syndrom
D Mixed connective tissue disease (MCTD)

00001628b1e8756805

59
Bechets sykdom blir klassifisert blant vaskulittsykdommene og kan affisere variable kar. Hva kjenntegner best Bechets sykdom?

A Vaskulitt i hud og sår i munnen
B Iridocyklitt og glomerulonefritt
C X Sår i munn og gentitalia
Behcets sykdom kjennetegnes av tilbakevendende sår i i munnen og i underlivet. Sår i munnen er den mest vanlige manifestasjonen, tilbakevendende sår i underlivet er også svært vanlig men sykdommen kan også ramme øyne, sentralnervesystemet, hud og ledd
Den regnes som en vaskulitt -sykdom, men også blant de autoinflammatoriske sykdommene
D Artritt og munnsår

00001628b1e8756805

60
En 60 år gammel mann kommer på legekontoret da han føler seg dårlig, har muskelvondt og gått ned i vekt. Han har merket et utslett på beina og en slags nummenhetsfølelse i føttene. Han har hostet noe og hatt episoder med hemoptyse. Ved undersøkelse er han hoven i beina og du finner palpabel purpura. Tidligere stort sett frisk.
Hematologi med normal Hb, Lkc, trc og difftelling, noe forhøyet SR og crp. ANA negativ, pANCA og MPO ANCA positiv, cANCA og PR3 ANCA negativ
urinstiks med ++ blod og + albumin
Hva er mest sannsynlig diagnose ?

A Polyarteritis nodosa
ikke assosiert til ANCA
B Granulomatøs polyangeitt
C X Mikroskopisk polyangeitt
Alle er sjeldne og flere mulig men med involvering av nyre, hud, mulig nerveinvolvering, hemoptyse (alveolitt m lungeblødning ?) og MPO anca og ikke pr 3 anca, ikke eosinofili vil en av disse alternativene først tenke MPA
Ved GPA mer vanlig med PR3 og affeksjon øvre luftveier, ved EGPA ofte eosinofili, samt tidligere astma, PAN er ikke assosiert med ANCA
D Eosinofil polyangeitt

00001628b1e8756805

61
En pasient på 50 år klager over smerter og hevelse i begge håndledd. Du mistenker debut av revmatoid artritt.
En ultralyd undersøkelse kan vise

A Synovitt, økt vaskularisering
B Synovitt
C Synovitt, økt vaskularisering, erosjoner, leddnær osteoporose
Ved UL kan en se fortykket synovium (grå scalea) og med doppler funksjonen økt vaskularsiering. Erosjoner ser man på rtg men kan også detekteres ved UL mens leddnær osteoporose ikke vil kunne vurderes med UL
D X Synovitt, økt vaskularisering, erosjoner
Ved UL kan en se fortykket synovium (grå scalea) og med doppler funksjonen økt vaskularsiering. Erosjoner ser man på rtg men kan også detekteres ved UL mens leddnær osteoporose ikke vil kunne vurderes med UL

00001628b1e8756805

62
En ung kvinne med Raynaud-fenomener får påvist positivitet for ANA og anti-RNP.
Hvilken diagnose er hyppigst assosiert med positivitet for anti-RNP?

A Systemisk lupus erytematosus (SLE)
B X Mixed connective tissue disease (MCTD)
Høytitrete antistoffer rettet mot U1-nukleære ribonukleoprotein-partikkelen (U1 snRNP) i perifert blod sammen med en rekke kliniske funn, er nødvendig for diagnostisering av MCTD
Anti-Sm/RNP har den viktigste diagnostiske verdi ved MCTD der 90–100 % av pasientene er positive, vanligvis med høyt titer. Antistoffet finnes hos en varierende prosentdel av pasientene ved alle de kroniske bindevevssykdommene, samt hos 15 % av pasienter med kronisk leversykdom. Forekommer også ved parasittsykdommer som schistosomiasis, leishmaniasis og malaria.
https://data.stolav.no/labhandboker/Medisinsk_biokjemi/ask/TestFinder.html - https://data.stolav.no/labhandboker/Medisinsk_biokjemi/ask/TestFinder.html
C Revmatoid artritt (RA)
D Systemisk sklerose av begrenset type

63
En 53 år gammel kvinne kommer på legekontoret og klager over hodepine og noe uklart syn på venstre øye de siste 6 ukene, hun synes det blir verre når det er kaldt. Ved fysisk undersøkelse angir hun smerter og ømhet over tinningen. Blodprøve indikerer forhøyet SR 90 mm/t (1-20 mm/time)
Hva er gullstandard for diagnosen du mistenker ?

A venebiopsi
B X arteriebiopsi
klinikk forenlig med temporalis arteritt /kjempecellearteritt .
Biopsi med vaskulitt forandringer er gullstandard og kan bekrefte diagnosen men positiv biopsi kreves ikke i forhold til klassifikasjonskriteriene men anbefales at det taes om mulig (i nyere tid har man også begynt bruke typiske UL funn i enkelte kriterier) Ideelt bør biopsien ha en lengde på tre centimeter. Dette fordi sykdommen har en segmental og ikke kontinuerlig utbredelse. I praksis er korte biopsier vanlig. En bør da være klar over at biopsi med lengde < 1cm, ikke med tilstrekkelig sikkerhet kan utelukke diagnosen.https://revmakompendium.pressbooks.com/chapter/arteritis-temporalis-at/ - https://revmakompendium.pressbooks.com/chapter/arteritis-temporalis-at/
C Elektroforese
Elektroforese hører gjerne med i utredning ved høy SR .
Her kan klinikken tyde på temporalisarteritt/ kjempecelle arteritt og en positiv biopsi vil kunne bekrefte diagnosen (men negativ avkrefter ikke, skip lesions) . Ved storkars vaskulitt har man oftest høy SR
D SR
Ved arteritis temporalis er SR og CRP forhøyet hos over 95% og kan være tresifrede. CRP er mer spesifikk enn SR. Normale verdier for både SR og CRP sees hos kun 1,2% av pasientene.

64
Hvilken barnefrakturtype klassifiseres som Gartland type 1-3?

A Crusfrakturer
B Distale radiusfrakturer
C Antebrachiumsfrakturer
D X Supracondylære humerusfrakturer
Gartland klassifikasjon brukes ved denne type fraktur

65
Hva er virkningsmekanismen for Botox (botulinum-toxin) som brukes i nevro-ortopedien?

A Øker frigjøringen av acetylcholin i den motoriske endeplate
B Stimulerer til økt aktivitet i den motoriske endeplate
C X Hemmer frigjøring av acetylcholin i den motoriske endeplate
Botulinum toxin har denne virknigsmekanismen
D Sentral effekt som gir redusert muskelaktivitet

66
Hva er beste/korrekt behandling av en sikker purulent coxitt?

A Leddpunksjon og skylling av leddet via sprøytekanylen, og antibiotikabeh. i.v.
B Leddpunksjon og antibiotika beh. i.v.
C Antibiotikabeh. i.v.
D X Operativ, med åpen drenasje og skylling av leddet, og antibiotikabeh. i.v.
Her blir leddet sanert grundig slik at vi får bort bakterien

67
Hva er årsaken til dannelse av myelomeningocele?

A Defekt i distale nervebaner i spinalkanalen
B Sirkulasjonsforstyrrelse under svangerskapet
C Økt intracerebralt trykk under svangerskapet
D X Svikt i lukningsmekanismen for neuralrøret i fosterets 4. uke
Medfødt misdannelse

68
Hvordan klassifiseres Os tibiale externum?

A X Geist klassifikasjon: type 1-3
Geist klassifikasjon brukes ved denne tilsatnden
B GMFCS 1-5
C Ingen klassifikasjon finnes
D Catterall klassifikasjon: type 1-4

69
Hvilket ledd i foten er affisert når pasienten har hallux rigidus?

A X 1. MTP ledd
Kalles også stortåens grunnledd
B PIP-leddet i 1. stråle
Det er ikke PIP ledd i 1. stråle
C 1. TMT ledd
D IP leddet i 1. stråle

70
Ved forebyggende trening kan:

A Praktisk talt alle ACL rupturer hos kvinnelige håndballspillere unngås
B Ca 20% av ACL rupturer hos kvinnelige håndballspillere unngås
C Ca 75% av ACL rupturer hos kvinnelige håndballspillere unngås
D X Ca 50% av ACL rupturer hos kvinnelige håndballspillere unngås
Idretts forskning har påvist dette

71
Hvilken påstand er riktig?

A PCL-skader fører ikke til artrose.
B X Bakre skuffetest er den beste kliniske test ved PCL-skade.
Bakre skuffetest er den beste for bakre korsbånd. Men Jon Olav mener at Pivot shift er et bedre test for fremre korsbånd en fremre skuffetest
C Alle PCL-skader skal rekonstrueres innen 6-8 uker.
D MR er en god undersøkelse ved kroniske PCL-skader.

72
Hva er ikke en predisponerende faktor for løperkne?

A Anisomeli
B X Genu valgum
Ved valgisering av kne blir de laterale sr\trukturene avlastet, slakere, mindre fare for tendinitt i tractus iliotibialis.
C Svak «core stability»
D Genu varum

00001628b1e8756805

73
47 år gammel mann, lett beruset, vurderes i mottak kl 04 etter å ha tråkket over høyre ankel. Noe smerter i ankel og legg, men klarer å belaste. Lett hevelse rundt ankelleddet. Hva gjør du?

A Rekvirerer MR ankel
B Rekvirerer røntgen ankel
C X Rekvirerer røntgen ankel og legg
Vridningstraume med smerter ankel og legg kan gi syndesmoseskade og brudd i fibula proksimalt for syndesmosen, avklares med rtg av både ankel og hele leggen. Det at pasienten klarer å belaste noe utelukker ikke brudd.
D Avventer bildediagnostikk siden pasienten klarer å belaste

00001628b1e8756805

74
Hva er tentativ diagnose?

A Fraktur ytterfalang 4.finger hø hånd
B X Fraktur 4.metacarp hø hånd
Rotasjonsfeilstilling med ulnardeviasjon av 4. finger hø hånd passer med fraktur 4.metacarp.
C Ekstensorseneskade 4.finger hø hånd
D Høyresidig distal antebrachifraktur med nerveaffeksjon

00001628b1e8756805

75
Hva er riktig – en god radiusgips:

A Går ikke lenger frem enn til PIP-leddene
B X Gir fri bevegelighet av tommel
En god radiusgips gir fri bevegelighet av tommel, går ikke lenger frem enn til MCP-leddene og slutter et par fingerbredder distalt for fossa cubiti
C Går ut til IP-leddet av tommel
D Går til midtre del av underarmen

00001628b1e8756805

76
14 år gammel jente fikk under fotballspill akutt innsettende smerter ve kne, fikk en slags vridning, kommer inn på båre med lett fleksjon i kneet, tydelig konturendring lateralt. Hva er sannsynlig diagnose?

A Kneluksasjon
B Lateral meniskruptur
C Fraktur laterale tibiaplatå
D X Patellaluksasjon
Patella lukserer nesten alltid lateralt, pasienten ligger da med lett fleksjon i kneet, reponeres ved å presse lateralt på patella i medial retning og ekstendere kneet.

00001628b1e8756805

77
Helt uventet får du et ukesvikariat som helse- og sosialminister. I løpet av vikariatet vil du sette i verk en del tiltak som kan redusere forekomsten av amputasjoner på underekstremiteten i Norge. Hvilke tiltak vil du prioritere?

A X Innføre gratis fotterapi til alle diabetikere med perifer neuropati
Veldig viktig med riktig stell av diabetiske føtter
B Fjerne egenandel på all blodtrykks- og kolesterolsenkende medisin
C Innføre røykeforbud båe inne og ute
D Forby motorsykkelkjøring i joggesko

00001628b1e8756805

78
WHO i samarbeid med BMJ har laget en levende retningslinje for medikamentell behandling for Covid-19. Denne oppdateres fortløpende med nye behandlinger. Pr. januar 2022 foreligger det en sterk anbefaling for 3 ulike typer medikamenter ved alvorlig og kritisk sykdom, og den nyeste av disse er behandling med Baricitinib – en Janus kinase (JAK) inhibitor fra før benyttet i behandlingen av RA. Figuren under gir en oversikt over noe av kunnskapsgrunnlaget som ligger bak denne anbefalingen. Hva er riktig tolkning av disse funnene?

Outcome Timeframe	Study results and measurements	Absolute effect estimates Standard care	 Baricitinib	Certainty of the Evidence (Quality of evidence)	Plain language summary
Mortality	Odds Ratio 0.62 (CI 95% 0.44 — 0.85) Based on data from 2659 participants in 3 studies	130 per 1000	85 per 1000 Difference: **45 fewer per 1000** (CI 95% 68 fewer — 17 fewer)	**Moderate** Due to ongoing recruitment in a large RCT	Baricitinib probably reduces mortality. Intervention
Mechanical ventilation	Odds Ratio 0.80 (CI 95% 0.52 — 1.19) Based on data from 2434 participants in 2 studies	116 per 1000	95 per 1000 Difference: **21 fewer per 1000** (CI 95% 52 fewer — 19 more)	**Low** Due to very serious imprecision	Baricitinib may reduce mechanical ventilation. Intervention
Adverse effects leading to drug discontinuation	Based on data from 1611 participants in 2 studies	0 per 1000	5 per 1000 Difference: **5 more per 1000** (CI 95% 18 fewer — 28 more)	**Moderate** Due to serious imprecision	Baricitinib probably results in little or no increase in serious adverse effects. No imp. diff.

A X Behandling med Baricitinib ga en reduksjon i dødelighet på 38% sammenlignet med «standard care», og vi har tiltro til at dette estimatet sannsynligvis ligger nær sannheten.
Behandling med Baricitinib ga en reduksjon i dødelighet på 38% (OR 0,62, relativt mål) sammenlignet med «standard care», og vi har tiltro til at dette estimatet sannsynligvis ligger nær sannheten (fordi kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget er moderat). Behandling med Baricitinib reduserte dødelighet med 45 pr 1000 sammenlignet med «standard care», som tilsvarer 4,5 %-poeng (differanse, absolutt mål). Behandling med Baricitinib ga 5 flere tilfeller av bivirkninger som førte til seponering, men denne forskjellen er usikker og kan godt skyldes tilfeldigheter da konfidensintervallet går fra 15 færre til 28 flere (pr. 1000 behandlede med Baricitinib). Forskjellen i bruk av mekanisk ventilasjon mellom Baricitinib-brukere og de med «standard care» er også usikker med et konfidensintervall som overlapper 1 (OR) og 0 (Difference pr. 1000). At kvaliteten på kunnskapsgunnlaget er lavt («low») betyr ikke det samme som en liten forskjell.

B Behandling med Baricitinib ga en økning i forekomst av bivirkninger med 5%-poeng, men dette er sannsynligvis uten klinisk betydning.

C Forskjellen i behov for mekanisk ventilasjon mellom Baricitinib-brukere og de med «standard care » er vurdert som liten («low») fordi konfidensintervallet er bredt.

D Behandling med Baricitinib reduserte dødelighet med 45%-poeng, og vi har middels tiltro til at dette estimatet sannsynligvis ligger nær sannheten.

00001628b1e8756805

79
Pål (46) har BMI på 32 og ønsker å gå ned i vekt. Han har fått anbefalt en diett med lavt innhold av karbohydrater (lavkarbo) av en på jobben, men han synes det både virker dyrt og lite bærekraftig på sikt. Nå spør han deg som sin fastlege om råd. Du finner en ny kunnskapsoppsummering i Cochrane databasen som sammenligner dietter med lavt vs balansert innhold av karbohydrater, blant annet for utfallet vektendring etter 3-12 mnd. Funnene er presentert i figuren under.
Hva bør du si til Pål om valg av diett?

Should Low-carbohydrate vs. Balanced be used in overweight and obese participants without T2DM (weight-reducing phase only)?

Outcomes	Absolute Effect With Balanced	Absolute Effect With Low-carbohydrate	Relative effect (95% CI)	Certainty of the evidence GRADE
Change in body weight (kg) at 3 to < 12 months	-11.34 kg	-12.41 kg Average difference (MD): 1.07 kg lower (95% CI: 1.55 to 0.59 kg lower Based on data from 3286 patients in 37 studies	-	⊕⊕⊕○ MODERATE Due to serious risk of bias.

A Selv om det kan tyde på at lavkarbodietter virker bedre kan vi ikke stole på resultatene fra de studiene som fins fordi de utgjør et for svakt kunnskapsgrunnlag
Kunnskapsgrunnlaget er her vurdert til moderat, noe som betyr at vi tenker at de rapporterte funnene sannsynligvis ligger i nærheten av sannheten (og at vi dermed kan ha tiltro til funnene)

B Studier har vist at forskjellen i vektreduksjon mellom lavkarbo og balansert karbohydratinnhold er moderat ("moderate")
Forskjellen vurderes som liten. Graderingen av kunnskapsgrunnlaget er «moderate», noe som tilsier i hvor stor grad vi kan stole på funnene som rapporteres.

C Kunnskap fra 37 studier og over 3000 pasienter tyder på at det ikke er noen forskjell på vektendring mellom dietter med lavt vs balansert innhold av karbohydrater
Kunnskap fra 37 studier og over 3000 pasienter viser at det er en forskjell i vektendring i favør lavkarbo. Den gjennomsnittlige vektreduksjonen er 1,07 kg lavere med lavkarbo, og selv om konfidensintervallet for dette estimatet tilsier en viss usikkerhet rundt størrelsen på forskjellen er vi ganske sikre på at forskjellen er i favør lavkarbo.

D X Lav-karbohydrat dietter gir en litt større gjennomsnittlig vektreduksjon enn dietter med balansert karbohydratinnhold, men denne forskjellen er liten og vil sannsynligvis ikke ha noen betydning i praksis.
Den gjennomsnittlige vektreduksjonen er 1,07 kg lavere med lavkarbo, og selv om konfidensintervallet for dette estimatet tilsier en viss usikkerhet rundt størrelsen på forskjellen er vi ganske sikre på at forskjellen er i favør lavkarbo. En forskjell på 1 kg synes imidlertid liten og nærmest uten betydning i klinisk sammenheng (begge gruppene gikk ned ca 12 kg i gjennomsnitt).

00001628b1e8756805

80
Gastroenteritt pga rotavirus har vært en hyppig årsak til sykdom og sykehusinnleggelse i småbarnsalder. I Norge ble vaksine mot rotavirus innført som en del av barnevaksinasjonsprogrammet i 2014 - med vaksine som gis i munnen ved 6 uker og 3 måneders alder. I en ny Cochrane gjennomgang var målet å finne ut om vaksine mot rotavirus er effektivt i forebyggingen av diare og dødsfall hos små barn. I tabellen under vises resultatene fra sammenligningen av vaksinen (RV1) med placebo i forhold til forekomst av ulike utfall i land med lav dødelighet (som Norge).
Hvilken konklusjon kan du trekke av denne tabellen?

Summary of findings for the main comparison. RV1 compared to placebo for preventing rotavirus diarrhoea in low-mortality countries

Patient or population: children
Setting: low-mortality countries (WHO strata A and B)
Intervention: RV1
Comparison: placebo

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	Number of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Placebo	RV1				
Severe cases of rotavirus diarrhoea Follow-up: up to 1 year	**13 per 1000**	**2 per 1000** (1 to 3)	**RR 0.16** (0.09 to 0.26)	43,779 (7 studies)	⊕⊕⊕⊕ **high**[a]	RV1 reduces severe rotavirus diarrhoea compared to placebo at up to one year follow-up. One study (RV1 Vesikari 2007a-EU) reported higher efficacy compared to the pooled data. When we excluded this study from the analysis, there was no heterogeneity observed in the pooled data
Severe cases of rotavirus diarrhoea Follow-up: up to 2 years	**24 per 1000**	**4 per 1000** (3 to 5)	**RR 0.18** (0.14 to 0.23)	36,002 (9 studies)	⊕⊕⊕⊕ **high**	RV1 reduces severe rotavirus diarrhoea compared to placebo at up to two years follow-up.
All serious adverse events Follow-up: 2 months to 2 years	**45 per 1000**	**40 per 1000** (37 to 42)	**RR 0.88** (0.83 to 0.93)	96,233 (24 studies)	⊕⊕⊕⊕ **high**	RV1 slightly reduces serious adverse events compared to placebo.

[a]We observed heterogeneity (I^2 statistic = 61%) in the pooled data, but given the strength of the evidence, and that estimates were all in the same direction, we did not downgrade the outcome.

A X I en vaksinert populasjon med hundre 2-åringer vil gjennomsnittlig 2 alvorlige tilfeller med rotavirusdiare være unngått takket være vaksinen.
Forekomst av alvorlige tilfeller med rotavirus diare i placebogruppen er 24 pr. 1000, mens den er 4 pr. 1000 i vaksinegruppen - forskjellen er på 20 tilfeller pr. 1000 (= 2 pr. 100)

B Forekomsten av alvorlige bivirkninger var mye høyere enn forekomsten av alvorlige tilfeller med diare forårsaket av rotavirus, og ettersom GRADE tilsier høyt kunnskapsgrunnlag bør man være forsiktig med å anbefale vaksinasjon mellom 2 mnd og 2 år.
Forekomst av bivirkninger er høyere i placebogruppen enn i vaksinasjonsgruppen

C Vaksinen beskytter mot alvorlige tilfeller av diare første og andre leveår, men forekomsten av alvorlige bivirkninger (serious adverse events) er såpass høy blant vaksinerte slik at man kan må være forsiktig med konklusjonen.
Forekomst av bivirkninger er høyere i placebogruppen enn i vaksinasjonsgruppen

D I land med lav dødelighet forebygger vaksine (RV1) 16% av de alvorlige tilfellene med diare forårsaket av rotavirus før 1 års alder. At kunnskapsgrunnlaget er vurdert til høyt med GRADE betyr at man ikke tror nye studier vil endre denne konklusjonen.
For utfallet alvorlig tilfelle av rotavirus diare før 1 år er RR 0,16, dvs at 84% av tilfellene forebygges

00001628b1e8756805

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