

## HSSPL20116 Eksamenssett 3 med sensorveiledning, 19.06.2020

Sensorveiledning utarbeidet jfr <a href="#">Institusjonelle retningslinjer for sensorveiledning ved HiØ</a>		
<b>Oppgavetekst 1 (10%)</b> a) (5%)  Beskriv med egne ord forskjellene mellom en benign (godartet) og en malign (ondartet) svulst.		
<b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b>	<b>Minstekrav for bestått besvarelse</b>	<b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b>
<p>Benign svulst vokser avgrenset og respekterer naturlige grenser, malign invaderer omliggende vev og bryter gjennom naturlige skiller.</p> <p>Benign holder seg på ett sted, malign metastaserer til fjerntliggende vev og organer.</p> <p>Benign har celler som ligner utgangscellene (høyt differensierte), malign har ofte lavt differensierte celler forskjellige fra de opprinnelige.</p> <p>Benign vokser langsomt, malign har rask celledeling og vokser ofte raskt.</p>	<p>Beskriver at ondartede svulster sprer seg til andre steder i kroppen. Er livstruende.</p>	<p>Wyller,V.B.(2014): Syk 1: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin (kap. 1-11) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.</p> <p>Eller</p> <p>Wyller, V. B. (2019): Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm Akademisk</p> <p>Kap. 2.8 Svulster, side 122-124 (2014) eller side 105-107 (2019)</p>
b) (5%)  Beskriv med egne ord hvordan metastaser oppstår og kan spres langt unna den opprinnelige svulsten.		

<p>Metastaser oppstår i maligne svulster ved at celler fra den opprinnelige svulsten invaderer omkringliggende vev og vokser inn i lymfeårer eller blodårer. De kan løsne og føres med blodstrøm eller lymfe til andre steder i kroppen, der de vokser til nye svulster som kalles metastaser. Organer med stor blodgjennomstrømning får oftest metastaser: Lunger, lever, hjerne.</p>		<p>Wyller, V.B. (2014): Syk 1: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin (kap. 1-11) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.          Eller          Wyller, V. B. (2019): Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm Akademisk          Kap. 2.8 Svulster, side 122-124 (2014) eller side 105-107 (2019)</p>
<p><b>Oppgavetekst 2 (15%)</b></p> <p>Beskriv med egne ord aktuelle sykepleietiltak for å sikre tilfredsstillende ernæringsstatus hos pasienter med kreft?</p>		
<p><b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b></p>	<p><b>Minstekrav for bestått besvarelse</b></p>	<p><b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b></p>
<p>Forventes å ha med flesteparten av følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartlegging av ernæringsstatus med kartleggingsverktøy og kostregistrering (Spesielt pas med kreft i fordøyelsesorganene er utsatt for utfordringer knyttet til ernæring) .</li> <li>- Ved utfordringer knyttet til vekttap og nedsatt appetitt:</li> <li>- Flere og mindre måltider per dag</li> <li>- Ønskekost</li> <li>- For eksempel spesielle næringsstoffer (fett, proteiner</li> </ul>	<p>Beskriver min. 3 av punktene fra venstre kolonne</p>	<p>Lorentsen og Grov (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer i Almås (red) <i>Klinisk sykepleie</i> kap. 28, side 420-421 + (s 428-429)</p> <p>Bråthen (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelsesorganene i Reitan &amp; Schølberg (red) i <i>Kreftsykepleie</i>, kap. 32 s 528-534.</p>

etc) og mineraler hvis det er behov for det

- Bløt mat eller most mat
- Energirike mellommåltider eller ernæringstilskudd
- kaloririk mat
- Berike kosten med f.eks. sukker, fløte, majones, olje, smør.
- Pasienten: ren og velstelt, uthvilt og smertefri
- Lindre og behandle plager/ubehag som kan påvirke næringsinntaket (som for eksempel diare, obstipasjon, dyspepsi, ileus, stomi)
- God munnhygiene
- Godt leie/sittestilling
- Lett tilgjengelig mat og drikke
- Spise når pasienten selv ønsker det
- Hyggelige omgivelser, estetisk.
- God luft og rolig atmosfære
- Små porsjoner på stor tallerken
- Gode glass å drikke av
- Tilgjengelige servietter
- Selskap ved måltider, hvis ønske om det

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjerne aperitiff</li> <li>- Kostplan for å sikre nødvendig inntak</li> <li>- Enteral og parenteral ernæring kan i spesielle tilfeller være aktuelt.</li> </ul>		
<p><b>Oppgavetekst 3 (15%)</b></p> <p>a) (5%) Beskriv med egne ord symptomer ved og årsaker til psoriasis</p> <p>B) (10%) Gjør rede for aktuell sykepleie ved kroniske hudsykdommer</p>		
<p><b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b></p>	<p><b>Minstekrav for bestått besvarelse</b></p>	<p><b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b></p>
<p>a) Psoriasis gir erytematøse, skjellende papler eller plakk i huden, særlig på strekksiden av armer og bein. Psoriasis kan være forbundet med kløe, men oftere mindre enn ved eksem. Kosmetiske konsekvenser kan oppleves belastende. Skyldes autoimmun vevsskade som gir opphav til kronisk betennelsesreaksjon. Detaljene i sykdomsprosessen ikke avklart med forstyrrelse av T-lymfocyttenes funksjon sannsynligvis viktig. Ved patologisk anatomisk undersøkelse finner man aterioldilatasjon og opphopning av hvite blodlegemer i dermis, noe som forklarer erytem og hevelse. Keratinocyttenes delingshastighet øker – medfører overproduksjon av keratin og skjelling. Foreligger kraftig genetisk disposisjon. Ca 5 % rammes av psoriasis artritt</p> <p>b) kartlegging av sykdommens utbredelse, kartlegging av</p>	<p>a) Beskriver skjellende utslett, autoimmun årsak og arv.</p> <p>b) Gjør rede for viktighet av å kartlegge subjektiv påvirkning og minimum ivaretagelse av 2 sentrale grunnleggende behov.</p>	<p>Wyller, V.B (2014): Syk 2: Kapittel 17.1.2</p> <p>Ingebretsen, H., Storheim, E. og Gundersen, S. C. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skade i huden. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth og H. Almås (Red.). Klinisk sykepleie bind 2 (378-381)</p>

<p>livskvalitet, kartlegging av subjektiv opplevelse, ivaretagelse av grunnleggende behov (hygiene og velvære, ernæring, aktivitet, søvn og hvile, psykososiale behov), undervisning og veiledning,</p>		
<p><b>Oppgavetekst 4 (23 %)</b></p> <p>a) (3 %) Nevn hovedgruppene av inflammatorisk tarmsykdom</p> <p>b) (10 %) Beskriv med egne ord utbredelse, symptomer og potensielle komplikasjoner ved de ulike formene for inflammatorisk tarm</p> <p>c) (10%) Beskriv med egne ord aktuell sykepleie ved de inflammatoriske tarmsykdommer</p>		
<p><b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b></p>	<p><b>Minstekrav for bestått besvarelse</b></p>	<p><b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b></p>
<p>a) Crohns sykdom og ulcerøs kolitt</p> <p>b) Ulcerøs kolitt rammer tykktarmen i varierende grad, er karakterisert av betennelse i slimhinnen og kroniske sår som har lett for å blø. Toksisk megakolon, ruptur og tykktarmskreft er komplikasjoner til ulcerøs kolitt. Ulcerøs kolitt gir opphav til blodig slimete diare og buksmerter.</p> <p>Crohn's sykdom: kan ramme alle deler av fordøyelseskanalen, er karakterisert av en betennelsesprosess som omfatter alle vegglagene i tarmen. Mekanisk ileus, fisteldannelse og abscesser er komplikasjoner til Crohn's sykdom. Crohn's sykdom i distale ileum kan hemme opptak av vitamin B12 og gallesyrer. Buksmerter er typisk, men tendensen til blødning er mindre enn ved Ulcerøs kolitt. Kronisk diare, vekttap og nedsatt allmenntilstand er også vanlig</p>	<p>a, b, c) skiller mellom de to formene, beskriver minimum forskjell i utbredelse og minimum en 1 sentral komplikasjon ved hver av diagnosene. Beskriver minimum 2 sentrale sykepleieobservasjoner for de to sykdomsformene samlet.</p>	<p>(Wyller (2014): Syk 1, kap 9. s. 470-473</p> <p>Stubberud og Nilsen (2016) Klinisk sykepleie – Bind 1, s. 475-479</p>

<p>c) Ved Crohn's sykdom: Overvåke tegn til hypovolemi pga diare, tegn til komplikasjoner (eks smerter og feber), pasientens avføring (antall diareer), ernæringsstatus og ernæringsmessig risiko, administrasjon av antiinflammatorisk behandling + evt biologisk behandling, ivaretagelse av grunnleggende behov som søvn og hvile, Ved Ulcerøs kolitt: overvåke tegn til anemi – måle hemoglobin jevnlig, overvåke tegn til komplikasjoner eks feber mtp perforasjon, peritonitt etc, ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov</p>		
<p><b>Oppgavetekst 5 (27%)</b></p> <p>a. (5 %) Beskriv med egne ord hva slags vevsskade som oppstår ved revmatoid artritt.</p> <p>b. (10 %) Beskriv med egne ord hvilke ledd som oftest er rammet ved revmatoid artritt, hvordan dette påvirker leddfunksjonen, hvilke symptomer pasienten kan få og aktuelle sykepleiefaglige observasjoner.</p> <p>c. (12 %) Gjør rede for hvordan revmatoid artritt kan påvirke dagliglivet og ivaretagelsen av grunnleggende behov for pasienten.</p>		
<p><b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b></p>	<p><b>Minstekrav for bestått besvarelse</b></p>	<p><b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b></p>

<p>a) Synovitt; En autoimmun reaksjon, i ekte ledd, fører til at leddhinnen fortykkes, økning av leddvæske med enzymer, blant annet cytociner og andre betennesceller som ødelegger leddstrukturer som brusk, beinvev, kapsel og sener. Etter hvert leddforandringer.</p> <p>b) Grunnledd og midtledd i hender, grunnledd i føtter. Ofte symmetrisk. Kan også ramme store ledd. Smerter og stivhet i ledd og muskler/sener. Observere smerte (smertens kvalitet og om variasjon), stivhet (om morgenen, hvor lenge?), og obs hevelse.</p> <p>c) Ufordringer i Dagliglivet:  redusert gripeevne og derfor misting og vansker med å holde glass, kneppe knapper, pinsettgrepet  Albue, håndledd: Skru opp korker og gamle kraner, brytere, å vri klut.  Stive skuldre kan medføre at det er vanskelig nå opp og ned i skap og hyller. Henge opp tøy, bære ting. støvsuge.</p> <p>Hygiene:  Vanskelig å rekke opp til hodet som innebærer at hårstell og vask, sminke, barbering og tannstell er vanskelig.  Vaske seg og tørk nedentil og bak, Rekke til føttene og fotvask og tørk.</p> <p>Redusert aktivitet og hvile/søvn: Vondt under føttene, vondt å gå og finne sko. Stivhet og smerter i knær, medfører problemer med reise seg fra stoler/sofa. Og å</p>	<p>a. Beskriver min. skade i en (1) leddstruktur.</p> <p>b. Beskriver grunnledd, at leddfunksjonen reduseres, min. to (2) symptomer og to (2) observasjoner</p> <p>c.  Gripeevnen og noen konsekvenser av det, samt en utfordring til</p>	<p>Wyller, V. B. (2014): Syk 2: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. 794-</p> <p>Gregersen, A.-G. &amp; Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved revmatiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth &amp; H. Almås (Red.). Klinisk sykepleie Bd 2 (s.207-232). Oslo: Gyldendal akademisk. S. 207-228.</p>
---	---	--

<p>gå og komme ut og inn av sengen,</p> <p>Behov for hjelp vil variere pga svingninger i smerter og stivhet.</p> <p>Ernæringsforandring pga. redusert matlaging og tygging og matlyst kan endres</p> <p>Redusert sosial kontakt pga svingninger i smerter og stivhet.</p> <p>Usikkerhet (Spesielle egenomsorgsbehov pga medikamenter). Infeksjonsfare</p>		
<p><b>Oppgave 6 (totalt 10 %)</b> Gjør rede for sykdomsmekanismen i nyrevevet, tegn og forebyggende tiltak ved diabetisk nefropati.</p>		
<p><b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b></p>	<p><b>Minstekrav for bestått besvarelse</b></p>	<p><b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b></p>
<p>Svaret skal omfatte disse punktene: 1) Virkningen av diabetes på nyrevevet og nyrefunksjonen. 2) Tegn på diabetisk nefropati. 3) Viktige tiltak for å forebygge nyreskade ved diabetes.</p> <p>1). Diabetes medfører forhøyet blodsukker, som ser ut til å ha en toksisk virkning på glomeruluskapillærene. Veggene blir skadet, så det lekker ut proteiner til Bowmans kapsel. Vanligvis lite, men det kan bli så mye at</p>	<p>Viser forståelse Høyt blodsukker skader nyrevevet og kan svekke nyrefunksjonen slik at det utvikler seg til nyresvikt.</p> <p>Protein i urinen er første tegn.</p> <p>Blodsukkerkontroll er viktig for å forbygge</p>	<p>Wyller, V. B. (2019): Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.</p> <p>Side 421-422</p>



<p>det blir et nefrotisk syndrom (selv proteintapet blir et problem). Ved fortsatt skade, vil blodstrømmen og filtrasjonen reduseres → nedsatt GFR. Også tubuli og samlerør skades. Kan ende i kronisk nyresvikt.</p> <p>2). Første tegn er moderat proteinuri, d.v.s. protein i urinen, som etter hvert øker. Sene tegn er forhøyet kreatinin og urea, som er tegn på nyresvikt.</p> <p>3). Nøyte blodsukkerkontroll er viktig både for å forebygge at nyresykdom oppstår og at den videreutvikler seg. Behandle hypertensjon.</p>		
---	--	--