

# Eksamensoppgave emne HSSPL20120 Sykepleie, helse og sykdom 2 med sensorveiledning

Sensorveiledning utarbeides jfr <a href="#">Institusjonelle retningslinjer for sensorveiledning ved HiØ</a>		
Oppgave 1 (25%) <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Gjøre rede for sykdomsmekanismen i nyrevevet, samt tegn på og forebyggende tiltak ved diabetisk nefropati. (10%)</li> <li>b) ACE-hemmere (angiotensin converting enzyme-hemmere) er legemidler som ofte brukes for å behandle hypertensjon hos pasienter som også har diabetes. Beskriv virkninger og mulige bivirkninger av dette legemidlet når det brukes mot hypertensjon. (5%)</li> <li>c) Noen pasienter med nyresykdom vil utvikle kronisk nyresvikt. Gjør rede for hvorfor en pasient med kronisk nyresvikt er i ernæringsmessig risiko. (10%)</li> </ul>		
Formelle krav til oppgaven: Skoleeksamen 4 timer, ingen hjelpemidler.		
Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)	Minstekrav for bestått besvarelse	Henvisning til aktuell pensumlitteratur
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Gjør rede for disse punktene: 1) Virkningen av diabetes på nyrevevet og nyrefunksjonen. 2) Tegn på diabetisk nefropati. 3) Viktige tiltak for å forebygge nyreskade ved diabetes.</li> </ul> <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 det blir et nefrotisk syndrom (selve proteintapet blir et problem). Ved fortsatt skade, vil blodstrømmen og filtrasjonen reduseres og fører til nedsatt GFR. Også tubuli og</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Gjør rede for at høyt blodsukker skader nyrevevet og kan svekke nyrefunksjonen slik at det utvikler seg til nyresvikt. Protein i urinen er første tegn. Blodsukkerkontroll er viktig for å forbygge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Wyller, V. B. (2019): Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Side 421-422</li> </ul>

samlerør skades. Kan ende i kronisk nyresvikt.

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.

3) Nøye blodsukkerkontroll er viktig både for å forebygge at nyresykdom oppstår og at den videreutvikler seg. Behandle hypertensjon.

b) ACE-hemmere hemmer enzymet angiotensin converting enzyme og blokkere dermed produksjonen av angiotensin II. Dette fører til redusert perifer motstand. Samtidig reduseres mengden av aldosteron, og dermed redusert reabsorpsjon av natrium og vann i nyrene og dermed redusert blodvolum. Begge mekanismer reduserer blodtrykket. Mulige bivirkninger: Ortostatisk blodtrykksfall (særlig eldre) på grunn av kraftig blodtrykksreduksjon, kronisk tørrhoste. Sjeldne: Kronisk nyresvikt, hyperkalemi ( redusert sekresjon av kalium)

c) Ernæringsmessig risiko er i hovedsak knyttet til symptomene anoreksi, kvalme, brekninger, diare. Symptomene kvalme, brekninger og diare oppstår når metabolske avfallsstoffer hoper seg opp i kroppen (blant annet kreatin og urinstoff) Den

b) beskriver med enten redusert perifer motstand eller redusert blodvolum

c) Viser forståelse for at svikt i nyrens funksjon gir kvalme og brekninger

b) Wyller, V. B. (2019): Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Side 448

c) Gulbrandsen, T. (2016). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). Klinisk sykepleie Bd 2 (s.119-123). Oslo: Gyldendal akademisk.

<p>toksiske virkningen på mage-tarm kanalen forårsaker kvalme, brekninger og diare. Den reduserte nyrefunksjonen (avfallstoffene) fører til at pasienten får en dårlig smak i munnen, dårlig ånde med sildelake lukt</p> <p>Anoreksi er bare nevnt i pensumlitteraturen, og vi kan ikke forvente en redegjørelse/begrunnelse for dette symptomet i besvarelsen. Men pluss hvis de viser forståelse for at de samlede utfordringene knyttet til kvalme, brekninger, diare og dårlig smak i munnen, sammen med kost- og væskerestriksjoner vil kunne gi anoreksi. Noen kan ta med depresjon i besvarelsen. I pensumlitteraturen er depresjon nevnt som symptom, men det er ikke trukket frem at ernæringsmessig risiko kan være en konsekvens.</p>		
--	--	--

<p>Sensorveiledning utarbeides jfr <a href="#">Institusjonelle retningslinjer for sensorveiledning ved HiØ</a></p>		
<p>Oppgave 2 (25%)</p> <p>a) Gjør rede for bivirkninger av cytostatika (cellegifter) (10%)</p> <p>b) Beskriv sykepleietiltak for å sikre tilfredsstillende ernæringsstatus hos pasienter med kreft. (15%)</p>		
<p>Formelle krav til oppgaven: Skoleeksamen 4 timer, ingen hjelpemidler.</p>		
<p>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</p> <p>a) Gjør rede for at cellegift virker spesielt på celler som deler seg raskt, f.eks. slimhinneceller og benmargsceller, og hemmer deres</p>	<p>Minstekrav for bestått besvarelse</p> <p>a) Gjør rede for minimum ett (1) av punktene (1,2 eller3)</p>	<p>Henvising til aktuell pensumlitteratur</p> <p>a) Slørdal, L. (2018). Legemidler ved kreftsykdommer. I H. Nordeng &amp; O. Spigset (Red.). Legemidler og bruken av dem (Kap. 9). Oslo: Gyldendal akademisk. Side 123</p>

celledeling. Disse vevene er derfor spesielt utsatt for bivirkninger:

1) Skader på slimhinner i fordøyelseskanalen. (Her nevner boka tre ord uten nærmere forklaring: Mukositt, stomatitt, diare. Mukositt kan bety smerter / sårhet i munnen, stomatitt kan være infeksjon i munnhulen (sopp), men her kreves ikke forklaringer som ikke er nevnt i pensum.)

2) Nedsatt produksjon av blodceller på grunn av hemming av benmargens celledeling: Leukocytter, trombocytter, erytrocytter. Fører til nedsatt immunrespons og infeksjoner (leukocytter), økt blødningstendens (trombocytter), anemi (erytrocytter).

3) Håravfall på grunn av hemming av celledeling i benmargen.

Vev som ikke deler seg kan også skades: Hjertemuskulatur og perifere nerveceller (parestesier)  
En rekke andre, mindre vanlige: Leverskader, lungeskader, nyreskade.  
Fatigue. Feber. Flere nevnes i Lorentsen og Grov.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdom. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). Klinisk sykepleie Bd 2 (s.397-436). Oslo: Gyldendal akademisk. Eksamensoppgaven: Side 399-400.

Ingen av pensumbøkene nevner kvalme, men dette er en vanlig bivirkning som selvfølgelig må «godkjennes».

b) Forventes å beskrive flesteparten av følgende:

- Kartlegging av ernæringsstatus med kartleggingsverktøy og kostregistrering. (Spesielt pas med kreft i fordøyelsesorganene er utsatt for utfordringer knyttet til ernæring)

Ved utfordringer knyttet til vekttap og nedsatt appetitt:

- Flere og mindre måltider per dag.
- Ønskekost
- For eksempel spesielle næringsstoffer (fett, proteiner 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)

b) Beskriver min. 3 av punktene fra venstre kolonne

b) Lorentsen og Grov (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer i Almås (red) Klinisk sykepleie kap. 28, side 420-421.

Bråthen (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelsesorganene i Reitan & Schølberg (red) i Kreftsykepleie, kap. 32 s 528-534

<ul style="list-style-type: none"> <li>- God munnhygiene</li> <li>- Godt leie/sittestilling</li> <li>- Lett tilgjengelig mat og drikke</li> <li>- Spise når pasienten selv ønsker det</li> <li>-Hyggelige omgivelser, estetisk.</li> <li>- God luft og rolig atmosfære</li> <li>- Små porsjoner på stor tallerken</li> <li>- Gode glass å drikke av</li> <li>- Tilgjengelige servietter</li> <li>- Selskap ved måltider, hvis ønske om det</li> <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>Sensorveiledning utarbeides jfr <a href="#">Institusjonelle retningslinjer for sensorveiledning ved HiØ</a></p>		
<p>Oppgave 3 (10%) Beskriv symptomer og medisinsk behandling ved bronkiolitt hos barn under 1 års alder.</p>		
<p>Formelle krav til oppgaven: Skoleeksamen 4 timer, ingen hjelpemidler.</p>		
<p>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</p>	<p>Minstekrav for bestått besvarelse</p>	<p>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</p>
<p>Symptomer: dyspne med hvesing og forlenget ekspirium, takypne, inspiratoriske inndragninger, hoste. Kan ha moderat feber, men ikke alltid. Behandling: Symptomatisk mot respirasjonsvanskene: oksygentilførsel, væsketilførsel (ofte sonde/ intravenøst). De sykeste: CPAP eller respirator.</p>	<p>Beskriver tung pust. Oksygen, evt. mekanisk pustestøtte.</p>	<p>Grønseth R., Markestad T. (2017): Pediatri og pediatrik sykepleie..Bergen: Fagbokforlaget. Side 253-254</p>

I undervisningen er også nevnt: Isolasjon for å hindre smittespredning, inhalasjoner med adrenalin og/eller saltvann		
--	--	--

Sensorveiledning utarbeides jfr <a href="#">Institusjonelle retningslinjer for sensorveiledning ved HiØ</a>		
Oppgave 4 (20%)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Beskriv de ulike formene for ileus og beskriv symptomer ved og årsaker til disse. (8 %)</li> <li>b) Ileus er en av hovedårsakene til akutt abdomen. Gjør rede for sykepleie ved akutt abdomen. (12%)</li> </ul>		
Formelle krav til oppgaven: Skoleeksamen 4 timer, ingen hjelpemidler.		
<b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b> a) Mekanisk og paralytisk ileus. Mekanisk ileus eller tarmslyng = sykdomsprosess der tarmlumen blokkeres. Paralytisk ileus = den glatte muskulaturen i tarmveggen er lammet slik at motiliteten opphører. Mekanisk ileus skyldes ofte at tarmen kommer i klem pga adheranser eller brokk, men også sykdomsprosesser i tarmveggen som eks svulst, eller betennelse. Paralytisk ileus er nesten bestandig en konsekvens av peritonitt, inkludert betennelsesreaksjon etter gjennomgått kirurgi i bukhulen. Men, tilstanden kan også være en komplikasjon til mekanisk ileus. Ileus og peritonitt kan forsterke hverandre: samtidig som peritonitt kan gi paralytisk ileus, kan også begge former for ileus forårsake peritonitt.	<b>Minstekrav for bestått besvarelse</b> a) skiller mellom de ulike former, beskriver symptomforskjell og minimum 1 årsak til hver av de to formene. b) Gjør rede for minimum 2 sentrale sykepleieobservasjoner /iltak	<b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Wyller, V.B (2014): Syk 1: Kapittel 9.7.1</li> <li>b) Stubberud og Nilsen (2016) Klinisk sykepleie – Bind 1, s. 469-470</li> </ul>

<p>Mekanisk ileus er karakterisert av takvise buksmerter, manglende avgang av luft og avføring, samt kvalme og brekninger. Paralytisk ileus kan minne om mekanisk ileus, men smertene er ofte annerledes, og tarmlyder mangler.</p> <p>b) Ved akutt abdomen er diagnosen ofte uklar og pasienten blir innlagt til observasjon. Å vurdere pasientens smerte er en vesentlig del. Smertens lokalitet og karakter vurderes og observeres. Smerter som oppstår i løpet av sekunder kan skyldes perforasjon, emboli og blødning. Om smerten oppstår i løpet av minutter kan problemet være galleveier, urinveier og hindret tarmpassasje. Smerter som utvikler seg over timer kan skyldes inflammatoriske tilstander. Ved symptomer på svikt i vitale funksjoner også overvåking av respirasjon, sirkulasjon og eliminasjon. Feber kan være tegn på infeksjon. Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov: pasienten skal ofte være fastende til tilstand er avklart – væske og ernæring gis intravenøst. Smertelindring</p>		
---	--	--

<p>Sensorveiledning utarbeides jfr <a href="#">Institusjonelle retningslinjer for sensorveiledning ved HiØ</a></p>
<p>Oppgavetekst 5 (20%)  a) Nevn hovedgruppene av urticaria og sentrale symptomer. (5%)  b) Beskriv behandling ved anafylaksi (15%)</p>
<p>Formelle krav til oppgaven: Skoleeksamen 4 timer, ingen hjelpemidler.</p>



<p><b>Krav til innhold i en A-besvarelse (i stikkordsform)</b></p> <p>a) Allergisk og ikke-allergisk urticaria, kløende, røde og hovne hudområder, ved alvorlige tilfeller – slimhinneødem i luftveier</p> <p>b) Subkutan injeksjon med adrenalin; gir arteriolkonstriksjon som bedrer respirasjon og sirkulasjon, Inhalasjon av adrenalin (eks racemisk adrenalin) og adrenerge betaagonister; motvirker arterioldilatasjon og etterfølgende simhinneødem i lunger/luftveier. Rikelig oksygentilførsel, evt ventilasjonsstøtte. Intravenøs infusjon av væske (krystalloider); primært for å opprettholde blodtrykk. Infusjon av adrenalin kan være aktuelt i svært alvorlige tilfeller. Intravenøs infusjon av deksklorfeniramin; antihistamin. Intravenøs infusjon av glukokortikoider</p>	<p><b>Minstekrav for bestått besvarelse</b></p> <p>a) Nevner minst en av gruppene av urticaria. Nevner minst 1 sentralt symptom + viser forståelse for ulik alvorlighet.</p> <p>b) Beskriver minst bruk av adrenalin, glukokortikoider og oksygen</p>	<p><b>Henvisning til aktuell pensumlitteratur</b></p> <p>Wyller (2014): Syk 2, kap 17, s.869 og 871</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, s. 367)</p>
--	---	---