

PKO-NYTT

Praksis - Konsulent - Ordninga

Nr. 5 - 2017

 **HELSE BERGEN**
Haukeland universitetssjukehus


BETANIEN
SYKEHUS

 Haraldsplass
Diakonale sykehus

Fosterdiagnostikk krev tidleg tilvising

Alle gravide med forventa alder over 38 ved fødsel skal få tilbod om fosterdiagnostikk. Då er det viktig at den gravide blir tilvist spesialist så tidleg som mogleg i svangerskapet.

Av: Johnsen, Synnøve Lian, seksjonsoverlege KK

Helsedirektoratets retningsline gir kort handlingsrom, og derfor er det avgjerande at den gravide blir tilvist tidleg. Det ideelle er at den gravide har time hos spesialist til rettleiing og blodprøve i veke 8-10, og tar ultralyd i veke 11-12.

Ein kan ta både ultralyd og blodprøve cirka frå veke 10 i svangerskapet, og dette blir ofte gjort i veke 12. Når det er gått 13 veker og 6 dagar, rekna frå første dag i siste menstruasjon, kan undersøkinga ikkje utførast. Derfor er det viktig at det står tydeleg i tilvisinga at det er indikasjon for fosterdiagnostikk. [Les meir hos helsedirektoratet.](#)

Når gravide over 38 år blir tilvist til rutineultralyd i veke 18, blir det ikkje gitt automatisk time til fosterdiagnostikk. Kvinna kan bli tilvist til begge deler samtidig, men da må det skrivast tydeleg i tilvisinga at det er indikasjonen for fosterdiagnostikk.

Fosterdiagnostikk

Til å berekne risiko for kromosomfeil bruker vi i dag ein kombinasjon kalla KUB- test:

- Risiko basert på mors alder
- Tidleg ultralyd, med måling av nakkeoppklaring hos fosteret (NT- måling). Ultralydmåling av nakkeoppklaring må gjerast mellom svangerskapsveke 11 og 14.
- Maternell blodprøve (dobbeltest) som måler eit svangerskapsprotein (PAPP-A), og eit svangerskaps-hormon (b-HCG) som blir produsert i morkaka. Den maternelle blodprøven (dobbeltesten) er mest sikker når den blir tatt i svangerskapsveke 8-9.

KUB-testen har ein sensitivitet for trisomier på 90 % med ein falsk positiv rate på 5 %.

I Noreg er fosterdiagnostikk regulert etter Lov om human medisinsk bruk av bioteknologi, des. 2003 § 4-1.

[Meir informasjon om screening i livmorhalsprogrammet ved krefteregisteret.](#)



Foto: colourbox

eMeistring

- eit godt alternativ for personar med sosial angst, panikklinging og depresjon.

*Av Kristin Hogstad Bruvik, seksjonsleiar eMeistring.no
Bjørqvinn DPS*

eMeistring er modulbasert kognitiv åtferdsterapi, som er ei effektiv behandlings metode ved depresjon og angstlingingar. Etter at pasienten har vore til ein eller fleire vurderingssamtalar, blir pasientane følgd opp av ein behandlar via internett kvar veke, som rettleiar gjennom behandlinga. Behandlinga varer opp til 14 veker.

For pasientar med angst er det viktig å systematisk utsette seg for situasjonar som fører til angst og arbeide metodisk med korleis ein tolkar og forstår slike situasjonar.

Deprimerte pasientar hamnar lett i ein vond sirkel der mindre aktivitet gir mindre energi og glede, som igjen fører til mindre aktivitet og så vidare. Gjennom behandlinga lærer pasienten korleis ein kan bryte denne vonde sirkelen og skape ein betre kvardag.

Ina Grung, allmennlege har god erfaring med å tilvise pasientar til eMeistring:

«Jeg har henvist pasienter til eMeistring fordi jeg tror at det i mange tilfeller er et godt alternativ til tradisjonell psykologisk behandling. For dem med uttalte angstplager er det å komme seg til behandler svært utfordrende; for noen nærmest umulig. Dette har ført til at flere av de mest behandlingstrengende angstpasientene har stått uten behandlingstilbud. Gjennom eMeistring har de nå fått mulighet til å få hjelp som er mer tilpasset deres situasjon. De får dessuten skrevet ned tankene sine, og for mange er det lettere enn å formidle det ansikt til ansikt - skriveingen kan også være terapeutisk i seg selv.»

Tilvising til eMeistring

Alle over 18 år som ønskjer behandling må bli tilvist av fastlege, spesialisthelsetenesta eller annan lege eller psykolog. Før pasienten får tilbod om behandling, blir pasienten kalla inn til ein vurderingssamtale. eMeistring held til i Bjørgvin DPS på Tertnes, og her må pasientar møte til vurderingssamtala(r) og avslutningssamtale.

Vi tar imot pasientar frå heile Helse-Vest. Dersom vi har kapasitet tek vi imot pasientar frå andre helse-regionar, med då må fastlegen først tilvise pasienten til utgreiing ved lokal DPS, som tar kontakt med oss. Frå 1. januar i år vart eMeistring eigen seksjon i Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen.

Les meir og sjå demonstrasjon av 1. modul på www.emeistring.no.

Ved spørsmål ta kontakt med eMeistring på telefon 55 95 71 79.

Hjerslagskampanjen

prate • smile • løfte

Hjerneslag

- Handtering av to nye pasientgrupper

Av: Lars Thomassen, MD PhD, overlege / professor, Senter for Nevrovaskulære Sykdommer Haukeland universitetssjukehus.

1. Pasientar som vaknar¹ med symptom på hjerneslag må straks meldast til AMK.
2. Pasientar med «stumme» hjerneinfarkt på MR må utgreiast som ved klinisk infarkt.

Pasientar som vaknar¹ med symptom på hjerneslag må straks meldast til AMK.

Pasientane har ukjent tidspunkt for sjukdomsstart. Nokon kan likevel behandlast. Dersom pasienten kjem til sjukehuset < 6 timar vil vi følge ein MR «wake-up-protokoll»² for å avklare om pasienten kan få iv trombolyse eller ia trombektomi. Som for all anna akuttbehandling er rask respons avgjerande for behandlingresultatet. Raud respons!

¹ betyr oppvaking, ikkje at f.eks. heimesjukepleiar fann pasienten utpå dagen ein gong.

² MR wake-up-protokoll = DWI (viser tidleg iskemi)+FLAIR (viser iskemi først etter nokre timar).

Ved «mismatch» (berre DWI-lesjon, ikkje FLAIR-lesjon) har infarkt nettopp skjedd og pasienten kan behandlast. Pasientar med «stumme» hjerneinfarkt på MR må greiast ut som ved klinisk infarkt.

MR av hjernen blir utført på forskjellige indikasjonar. Enkelte gonger blir hjerneinfarkt eller kronisk sirkulasjonsforstyrrelse sett som tilfeldige funn. Slike forandringar er assosiert med risiko for seinare klinisk manifest hjerneinfarkt, uavhengig av risikofaktorprofilen³. Pasientane må derfor utgreiast som alle andre hjerneinfarktpasientar, dvs. kardiovaskulært og nevrovaskulært i den grad ein finn indisium for det, i tillegg til vanleg oppfølging av risikofaktorar og livsstil.

³ Smith EE. Prevention of stroke in patients with silent cerebrovascular disease. Stroke 2017;48:e44-e71