

Gonoré - behandling og logistikk

Gjelder for: Hele SiV
 Dokumenttype: Prosedyre
 Sist endret: 21.04.2023

1. HENSIKT

Sikre at pasienter med påvist gonokokkinfeksjon får adekvat medisinsk behandling og at behandlingsforløpet følger en hensiktsmessig logistikk.

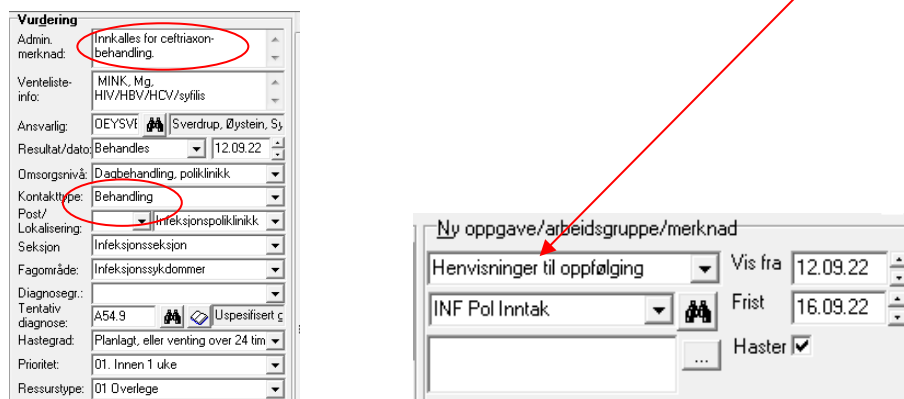
2. ANSVAR

Infeksjonslege vurderer henvisning eller telefonisk henvendelse fra fastlege/avtalespesialist og tar avgjørelse om behandling. Helsesekretær innkaller pasienten til behandling og forhåndsbestiller blodprøver og registrerer kontakt. Lege registrerer diagnosekode i DIPS og skriver et poliklinisk notat. Sykepleier gjennomfører behandlingen, utfører vitale målinger og registrerer prosedyrekode i DIPS.

3. FREMGANGSMÅTE

3.1 Vurdering av henvisning

Fastlege, legevakslege, avtalespesialist, annen ekstern lege eller lege ved annen enhet i helseforetaket henviser pasienten med påvist gonoré for behandling. Infeksjonslege behandler henvisningen etter gjeldende retningslinjer og gir behandlingsgaranti i tråd med nasjonal veileder, vanligvis innen 1 uke. Beskjed om behandling anføres i merknadsfeltet, velg diagnosegruppe "andre infusjoner" og dagopphold ved infeksjonspoliklinikken, jfr. illustrasjon under. Vurderende lege må også velge "henvisninger til oppfølging" i arbeidsflyt og velge arbeidsgruppen "INF Pol Inntak". Ved prioritert < 1 uke, hukes av i boksen for hast. Poliklinisk dagbehandling velges som omsorgsnivå og behandling som kontakttype.



The image shows two screenshots from a medical software interface. The left screenshot is titled 'Vurdering' and contains a list of fields: Admin. merknad (circled in red with the text 'Innkalles for ceftriaxon-behandling'), Venteliste-info (MINK, Mg, HIV/HBV/HCV/syfilis), Ansvarlig (DEYSVI, Sverdrup, Øystein, Sy), Resultat/dato (Behandles, 12.09.22), Omsorgsnivå (Dagbehandling, poliklinikk), Kontakttype (Behandling, circled in red), Post/Lokalisering (Infeksjonspoliklinikk), Seksjon (Infeksjonssesjon), Fagområde (Infeksjonssykdommer), Diagnosegr. (empty), Tentativ diagnose (A54.9, Uspesifisert g), Hastegrad (Planlagt, eller venting over 24 tim), Prioritet (01. Innen 1 uke), and Ressurstype (01 Overlege). The right screenshot is titled 'Ny oppgave/arbeidsgruppe/merknad' and shows a dropdown menu with 'Henvisninger til oppfølging' selected, a 'Vis fra' date of 12.09.22, another dropdown with 'INF Pol Inntak' selected, a 'Frist' date of 16.09.22, and a checked 'Haster' checkbox. A red arrow points from the 'Henvisninger til oppfølging' dropdown in the right screenshot to the 'Kontakttype' field in the left screenshot.

I visse tilfeller tar henvisende lege telefonisk kontakt med tilsynsførende infeksjonslege på dagtid. Henviser bes da om å sende en formell henvisning i tråd med ovenstående, og infeksjonslege skriver/dikterer et telefonnotat som dokumenterer plan for utredning og behandling.

Det er ønskelig at legen som vurderer henvisningen, nedfeller en standardisert behandlingsplan i journal med tanke på å forenkle sykepleiers arbeid. Det er utarbeidet en frase i DIPS som heter «GONORE PLAN» og hentes med funksjonstast F8 og settes inn i notat eller «brev om pasient».

3.2 Innkalling til behandling

Helsesekretær ved infeksjonspol setter opp pasienten for ambulant poliklinisk behandling. Som hovedregel velges poliklinisk dagbehandling som omsorgsnivå. Dersom oppholdet strekker seg utover 5 timer, velges dagbehandling, inneliggende. Sekretariatet (Inf Pol Inntak) innkaller pasienten for undersøkelse og behandling pr SMS og/eller brev.

3.3 Supplerende prøver

- 3.3.1 **Blodprøver.** Sekretariatet forhåndsbestiller blodprøver (medisinsk inntakstatus, magnesium, hiv-, hepatitt B- og syfilisserologi). Prøvene tas ved poliklinisk blodprøvelab. før ankomst dagenheten.
- 3.3.2 **SOI-screening.** Sykepleier sikrer følgende prøver i tråd med individuell vurdering, notat fra infeksjonslege eller administrativ merknad fra vurderende lege, evt. etter konferering med infeksjonslege: Penselprøve fra hals (tonsiller), uretra og/eller rektum på Aptima transportmedium for SOI. Prøve fra uretra kan erstattes av urin førstestråleprøve som også anbringes på Aptima transportmedium. Kvinner bes utføre selvtesting fra cervix. Det rekvireres PCR analyser for Chlamydia trachomatis og Mycoplasma genitalium i DIPS.
- 3.3.3 **Gonokokkdyrking.** Dersom behandlingen er basert på påvisning av Neisseria gonorrhoeae DNA (PCR analyse), bør det alltid sikres en prøve av sekret til dyrking på Amies medium med tanke på resistensbestemmelse. Prøven bør sende Mikrobiologisk lab raskt for utsed pga. skjør mikrobe.

3.4 Dokumentasjon og vurdering

- 3.4.1 **Sykepleier**
Sykepleier legger inn rekvisisjoner for PCR-analyser og dyrking i DIPS og gir instruksjon til pasient i tilfelle hvor selvtesting vurderes med hensiktsmessig. Sykepleier gjennomfører behandlingen og dokumenterer dette i et poliklinisk notat i DIPS som sendes til godkjenning og utsendelse av tilsynsførende overlege på behandlingsdagen.
- 3.4.2 **Infeksjonslege**
I særskilte tilfeller kan pasienten settes opp til poliklinisk undersøkelse hos lege. Dette besluttet enten av den lege som vurderer henvisningen, eller av sykepleier i forbindelse med behandling og i samråd med lege.

3.5 Gjennomføring av behandling

- 3.5.1 **Ceftriakson.** Det gis 1 gram intramuskulært forutsatt at det ikke foreligger opplysninger om penicillin-straksallergi (anafylaksi) eller legemiddelreaksjon mot medikamentet. Ved slike forhold, er alternativ behandling med Spectinomycin 2g i.m.
- 3.5.2 **Tilberedning.** 1 ampulle med 1 g ceftriakson tilsettes 3 ml Xylocain 10 mg/ml (Lidocain) uten adrenalin. Blandes godt til klar væske uten partikler. Xylocain er holdbart inntil 3 døgn i kjøleskap etter anbrudd.

3.6 Dokumentasjon av poliklinisk konsultasjon

Sykepleier dokumenterer gjennomført behandling og bruker standardisert frase «GONORE BEHANDLING» (hentes inn i DIPS ved funksjonstast F8). Kursivert skrift strykes/endres som tilpasning til den enkelte pasient. Dokumentet sendes til tilsynsførende overlege for godkjenning.

3.7 MSIS-melding og oppfølging

MSIS-melding og kontroll bør gjøres hos fastlege/henvisende lege, og smitteoppsporing og evt. partnerbehandling bes også utført i primærhelsetjenesten. Dersom spesielt omfattende og kompleks smitteoppsporing, behov for posteksposisjonsprofylakse mot hiv og ved positiv syfilis- eller hiv-serologi, henvises pasienten for oppfølging ved infeksjonsmedisinsk poliklinikk. Pasienten bør være seksuelt avholdende en uke etter behandlingen eller inntil avlagt negativ test og settes opp til kontroll etter 3-4 uker for retesting.

3.8 Diagnose- og prosedyrekode

- 3.8.1 Diagnosekode er vanligvis A54.0 (urogenital GC), evt. A54.6 (anal GC) eller A54.9 (uspesifisert GC).
- 3.8.2 Prosedyrekode WBG05 (intramuskulær injeksjon av legemiddel) med ATC-kode J01DD04 (ceftriakson).

4. GENERELT

Gonoré forårsakes av den gramnegative diplokokken *Neisseria gonorrhoeae*. Den er nær beslektet med *N. meningitidis* som kan gi hjernehinnebetennelse og bakteriemi, begge er strengt humanpatogene. Primærinfeksjon forekommer på slimhinne til uretra, endocervix, rektum, farynks og konjunktiva (hos nyfødte i forbindelse med fødsel, sjelden hos voksne). Transmisjon forekommer ved direkte kontakt av infisert sekret fra slimhinne til en annen. Smitten kan en sjelden gang overføres indirekte ved fingre eller sexleketøy samt autoinokulasjon til konjunktiva.

Gonoré er et globalt problem. I Norge har det de siste 10 år vært diagnostisert rundt 240-300 tilfeller årlig, med unntak av 2010 med over 400 tilfeller og 2012 med 443 tilfeller, hvorav 392 var menn [4]. Heteroseksuelle menn smittes primært i utlandet (Asia) og menn som har sex med menn (MSM) i Norge. Kvinner er primært smittet i Norge av partner som er smittet utenlands. Siste års økning skyldes primært endret diagnostikk, hvor introduksjon av en sensitiv nukleinsyre amplifikasjons test (NAT) er blitt tatt i bruk. Denne har særlig betydning knyttet til påvisning av bakterien i farynx og anus, hvor dyrkning har lav sensitivitet.

N. gonorrhoeae har en uttalt evne til å utvikle resistens. WHO anbefaler at antibiotika som benyttes til primær behandling av gonoré skal være effektivt i >95 %. De eneste antibiotika som oppfyller dette krav i Norge i dag er 3. generasjons cefalosporiner og spektinomycin

De foregående internasjonale retningslinjene anbefaler tillegg av direkteobservert behandling med azitromycin med tanke på non-gonorrhøisk uretritt. Denne anbefalingen bortfalt ved revisjon av retningslinjer i 2020.

Behandling av syfilis er omtalt i annen retningslinje.

5. INTERNE REFERANSER

[1.6.1.17.10](#)

[Nevrorreliose - utredning og pasientlogistikk](#)

[2.3.3.5.1.27](#)

[Overføring av materiale til Aptima transportmedium for SOS, Chlamydia trachomatis og Neisseria gonorrhoeae.](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG

