

Praksisnytt

INFORMASJON KOMMUNIKASJON SAMARBEID PRAKSISKONSULENTORDNINGEN

Samhandlingsmøte høsten 2017

- Temaer**
- **Antibiotikaresistens**
 - 1 av 3 antibiotikareseptor skal bort. Hvilke?
 - **Cervixcytologi**
 - Hvordan sikrer vi representativ prøve, og oppfølging av ulike patologiske prøvesvar
 - **Kommunal øyeblikkelig hjelp og diagnostisk sløyfe**
 - Hva har vi erfart så langt, og hva kan vi lære av de gode eksemplene?
 - Når skal diagnostisk sløyfe brukes, og hva er mulighetene?

Tid **Onsdag 1. november klokken 18.00-21.00**

Sted Auditoriet ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Arrangør Praksiskonsulentordningen (PKO) ved SiV

Målgruppe Fastleger og sykehusleger, alle fagpersoner med interesse for temaet er også velkomne.

Møteleder PKO Geir Dunseth

Program

- 18.00 - 18.05 **Velkommen ved PKO**
- 18.05 - 18.20 **Nasjonalt handlingsprogram mot antibiotikaresistens. Hva, hvorfor og hvordan?** v/ Morten Linbæk
- 18.20 - 18.45 **Hva gjøres ved Sykehuset i Vestfold for å redusere antibiotikabruken?**
v/ Maria Vandbakk-Rüther og Overlege Øystein Sverdrup
- 18.45 - 19.15 **Hver tredje antibiotikaresept skal bort. Hvilke?**
v/ Morten Linbæk.
- 19.15 - 19.45 Pause med enkel servering
- 19.45 - 20.00 **Kan endret prøvetaking hjelpe oss å redusere bruken av antibiotika?**
v/ Overlege Nils Grude (urin) og avd. overlege Dagfinn Skaare (luftveier)
- 20.00-20.15 **Cervixcytologi: Prøvetaking og oppfølging.**
v/ Tonje Bohlin, overlege gynekologisk avdeling, og Pål Suhrke, avdelingssjef patologiavdelingen.
- 20.15-21.00 **Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH, tidligere KAD): Erfaringer så langt, og bruk av diagnostisk sløyfe.**
v/ representanter KØH og Ingvild Billehaug Norum lege akuttmottaket

Samhandlingsmøtene er del av en møteserie som gir tellende timer for spesialiteten allmennmedisin. Påmelding er ikke nødvendig

KURS



Innhold

Samhandlingsmøte	side 1
Svangerskapsdiabetes	side 2
Ny instrumentering og automatisering	side 3
Utvidet gastroenterittpanel	side 3
Oppfølging av pasienter tykk- og endetarmskreft	side 4
Endret enhet for NT-proBNP	side 4



Svangerskapsdiabetes – nye retningslinjer

Helsedirektoratet har kommet med nye nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk og behandling av svangerskapsdiabetes (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes>).

Retningslinjene legger opp til en to-delt screening med HbA_{1c} i 1. trimester og glukosebelastningstest i uke 24-28. I tillegg vektlegges betydningen av fedme, med eller uten hyperglykemi, som risikofaktor for fødselskomplikasjoner, og tidlig ultralyd anbefales for flere. Noen pasienter skal følges opp både ved endokrinologisk seksjon og ved gynekologisk seksjon. Vi anbefaler at man i de tilfellene som rutine henviser begge steder, selv om vi også vil prøve å sikre en koordinering der vi ser det mangler.

Tidlig hyperglykemi

HbA_{1c} tas ved første svangerskapskontroll (inntil uke 16) for å identifisere kvinner med udiagnostisert pre-gestasjonell diabetes/hyperglykemi ved følgende risikofaktorer:

- Etnisk bakgrunn fra land utenom Europa
- Tidligere påvist svangerskapsdiabetes
- Foreldre med diabetes
- Pregravid kroppsmasseindeks (KMI) > 30 kg/m²

Sen hyperglykemi

Tilby glukosebelastningstest i uke 24-28 til alle gravide som fyller en eller flere av følgende risikofaktorer:

- Alder > 25 år (> 40 år hvis født før uten svangerskapsdiabetes)
- Pregravid KMI > 25 kg/m²
- Etnisk bakgrunn fra land utenom Europa
- Foreldre med diabetes
- Tidligere påvist svangerskapsdiabetes

Tolking og tiltak i henhold til glukosemålinger: (se tabell)

	Biokjemiske kriterier	Tiltak
Tidlig hyperglykemi	HbA _{1c} 5,9-6,4 %	Henvis endokrinologisk seksjon
Diabetes oppdaget i svangerskapet	HbA _{1c} ≥ 6,5 % eller Fastende glukose ≥ 7 mmol/L eller 2 timers glukose ≥ 11,1 mmol/L	Henvis til endokrinologisk og gynekologisk seksjon
Svangerskapsdiabetes	Fastende glukose 5,3-6,9 mmol/L eller 2 timers glukose 9,0-11,0 mmol/L	Oppfølging av fastlege. Henvis endokrinologisk seksjon ved manglende måloppnåelse. Henvis til gynekologisk seksjon for ultralyd i uke 36. Henvis endokrinologisk og gynekologisk seksjon ved KMI > 35 kg/m ²
Ingen diabetes	Fastende glukose < 5,3 mmol/L og 2 timers glukose < 9,0 mmol/L	Ingen videre testing. Ved KMI > 35 kg/m ² henvis til gynekologisk seksjon for ultralyd i uke 24.

Behandling/oppfølging hos fastlege

Det anbefales at alle ved diagnosetidspunkt får adekvat informasjon om diagnosen, kostråd, oppfordring til daglig fysisk aktivitet av moderat intensitet i minst 30 minutter samt opplæring i egenmåling.

Det anbefales tre daglige blodsuktermålinger: fastende, to timer etter frokost og to timer etter middag.

Behandlingsmålet for egenmålinger er:

Fastende glukose < 5,3 mmol/L

Glukose to timer etter måltidsstart < 6,7 mmol/L

Når behandlingsmålet nås ved livsstilsendringer alene, vil egenmåling av glukose tre ganger daglig 1-2 dager per uke som regel være tilstrekkelig.

Dersom man etter optimalisering av kost og fysisk aktivitet har **mer enn tre målinger over behandlingsmålet i løpet av to uker**, må kvinnen henvises til spesialisthelsetjenesten for oppstart av behandling. Medikamentell behandling av svangerskapsdiabetes er en spesialistopp-gave.

Kvinner som klarer seg gjennom svangerskapet på kostregulering skal henvises til vekstkontroll med ultralyd ved gynekologisk seksjon ved uke 36.

Det er viktig å merke seg at kvinner med pregravid KMI > 35 kg/m² uten hyperglykemi anbefales henvisning til gynekologisk seksjon fra uke 24.

Oppfølging av overvektige kvinner

Sykehuset i Vestfold har også tilbud om oppfølging av overvektige kvinner, uavhengig av glykemisk status, for å forhindre uønsket vektøkning i graviditeten.

Kvinner med pregravid KMI 30-34,9 kg/m² kan henvises til poliklinikk overvekt hvor de tilbys time med klinisk ernæringsfysiolog og deretter oppfølging i gruppe med helsesøster og klinisk ernæringsfysiolog.

Kvinner med pregravid KMI ≥ 35 kg/m² kan henvises senter for sykkelig overvekt for samtale med lege og klinisk ernæringsfysiolog.

Dag Hofsvø,
overlege,
endokrinologisk seksjon

Linn Tokheim Nistov,
seksjonsleder
gynekologisk seksjon



Ny instrumentering og automatisering på laboratoriet

Automasjonslinje

Sentrallaboratoriet har de siste 3 årene arbeidet intenst med planlegging, anskaffelse og implementering av en laboratorie-automasjonslinje. Dette innebærer at preanalysemoduler, analyseinstrumenter og en kjøleenhet er knyttet sammen ved hjelp av en båndløsning. Blodprøverørerne vil dermed bevege seg mellom de ulike enhetene i laboratoriet uten at menneskehender er involvert.

Automatiseringen innebærer:

- Færre manuelle steg i håndteringen av blodprøvene og dermed kortere svartider (spesielt for etterbestillinger i IHR)
- Brede analyserepertoar 24 timer i døgnet
- Endring i analysemetoder og derfor nye referanseområder for en rekke analyser
- Nye prøverør

Endringer i analysemetoder og referanseintervaller

- Som følge av overgang til nye analysemetoder vil enkelte komponenter få en justering/ending av referanseområdet. Dette gjelder særlig for antistoffbaserte metoder som benyttes for blant annet hormoner og cancermarkører. Her kan metoder fra ulike produsenter gi svært forskjellige resultater.
- Konsentrasjonsending som finner sted i tidsrommet hvor skiftet av målesystemer skjer, må tolkes med forsiktighet.
- En fullstendig liste over hvilke analyser det gjelder, sammen med nytt referanseområde er tilgjengelig på:
- <https://www.siv.no/helsefaglig/tjenester/laboratorietjenester#nyheter-fra-laboratoriene>

Større serumrør innføres

- 5 mL serumrør erstatter dagens 4 mL serumrør. Endringen gjør at man som oftest trenger færre serumrør ved prøvetakingen enn tidligere. 4 mL serumrør kan fortsatt benyttes i en overgangsfase.
- Nye rør til analyse av PTH (EDTA-gelrør med hvit kork).
- Papirrekvisisjonen vil i en mellomfase ikke være oppdatert i forhold til hvor mange serumrør som behøves. Analysegruppe 1 og 2 (se rekvisisjonens bakside) kan fra 16.oktober tas på ett og samme serumrør.
- IHR (elektronisk rekvisering) vil være oppdatert slik at man benytter det antall etiketter som skrives ut.
- Den elektroniske bestillingslisten for prøvetakingsutstyr vil oppdateres, slik at det leveres 5 mL serumrør ved bestilling av serumrør. De som har hentetjeneste fra SiV, vil i slutten av november få utlevert nye stativ for blodprøver slik at prøvene kan settes direkte på automasjonslinjen for analyse. Nærmere informasjon om dette kommer senere.

Gammelt 4 mL serumrør

Nytt 5 mL serumrør

Gammelt rør til PTH

Nytt rør til PTH



Per Aas, seksjonsleder, sentrallaboratoriet

Utvidet gastroenterittpanel

Det er økt bevissthet om at også adeno- og rotavirus kan gi gastroenterittsymptomer hos voksne. Mikrobiologisk avdeling har derfor utvidet sitt gastroenteritt-panel til å gjelde noro-, sapo-, adeno- og rotavirus.

På den nye reviderte papirrekvisisjonen kan rekvirent krysse av for ALLE gastroenterittagens og i tillegg få med bakterier/parasitter: Salmonella, Campylobacter, Yersinia, Shigella/enteroinvasiv E.coli (EIEC), Giardia lamblia, Cryptosporidium og Entamoeba histolytica. Avhengig av kliniske opplysninger/indikasjon vil det da også utføres supplerende undersøkelser av Vibrio, Plesiomonas, Aeromonas, enterohemoragisk E.coli (EHEC) og enteropato-gen E.coli (EPEC). Rekvirent kan også velge kun virus eller bakterier/parasitter, avhengig av klinikk.

Prøven sendes inn på Fecal Transwab medium, med synlig, helst rikelig feces på prøvepinnen. Dette er viktig for å sikre god sensitivitet og redusere antall falskt negative undersøkelser. Universalkontainer med skje er nå kun

nødvendig for undersøkelser for Clostridium difficile toxin samt for mikroskopi av egg fra innvollsorm/ikter.

Til informasjon: Også ESBL/VRE screening kan sendes på Fecal Transwab (istedenfor to stk Amies penselprøver)

IHR vil få tilsvarende panel som kan søkes opp i kolonnen for analyser:

- Tarmpatogener bakt/parasitt/virus
- Tarmpatogener bakterier/parasitter
- Tarmpatogener virus (noro/sapo/adeno/rota)
- Clostridium difficile toxin
- Tarmparasitter mikroskopi
- Enterobius vermicularis (barnemark)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESBL/VRE screening
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastroenterittagens ALLE**
	<input type="checkbox"/>	Gastroenteritt bakterier/parasitter
	<input type="checkbox"/>	Gastroenteritt virus (noro, sapo, adeno og rota)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clostridium difficile
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Innvollsorm/ikter**
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterobius vermicularis (barnemark)**

Heidi Cecilie Villmones, overlege, mikrobiologisk avdeling.



Oppfølging av pasienter operert for tykk- og endetarmskreft

Gastrokirurgisk seksjon ønsker å bevisstgjøre både behandlere internt ved SiV og primærhelsetjenesten på retningslinjene vedrørende kontrollrutiner for pasienter operert for tykk- og endetarmskreft.

For å bedre dette har vi en prosess gående internt for å bevisstgjøre kirurgene på retningslinjene.

Ved SiV opereres 120 - 140 pasienter med tykktarmskreft og omtrent 40 pasienter med endetarmskreft årlig. Hvilke pasienter som skal kontrolleres, er beskrevet i retningslinjene. Dette er retningslinjer som bør være kjent og som det er naturlig at vi sammen både fra sykehus og i primærhelsetjenesten forholder oss til. Anbefalingene er at flertallet av pasientene følges opp hos fastlegen. Aldersforhold og komorbiditet som fører til at kontroller IKKE er hensiktsmessig, er også beskrevet i retningslinjene.

Se lenke til retningslinjer og kontrollskjema 20.5.1;
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm/20-vedlegg/vedlegg-til-kapittel-16>

Hver pasient som går gjennom kontrollregimet genererer 10 kontroller/5 år. Følgende opplegg foreslås fra gastrokirurgisk seksjons side:

1. Sykehuset gjennomfører hele kontrollforløpet hos pasienter operert for endetarmskreft som er aktuelle for kontroll, ved kirurgisk poliklinikk. Dette er kontroller som oftest inkluderer rektoskopier.
2. Sykehuset skal komme med anbefalinger i epikrisen etter operasjonen om hvilke pasienter som IKKE skal kontrolleres. Generelt gjelder dette pasienter i stadium Dukes 'A' (vurdert ved 3-4 ukers kontroll), høy alder og/eller alvorlig komorbiditet som er uforenlig med aggressiv behandling av metastaser eller residiv.

3. a) Pasienter som er operert for tykktarmskreft med glandelmetastaser og som oppfyller kravene, får tilbud om adjuvant cytostatikabehandling. Pasientene får informasjon om deres individuelle forløp på den postoperative 3 - 4 ukers kontrollen ved kirurgisk poliklinikk. Kirurgisk poliklinikk henviser evt. til onkologisk poliklinikk for 6 måneders behandling. Pasienten tilbakeføres til kirurgisk poliklinikk for oppsummerende samtale etter endt onkologisk behandling. Kirurgisk poliklinikk bestiller CT til 6 måneders kontroll, med kopi til fastlege. Ved normal CT overføres pasienten til kontrolloppfølget hos fastlege.

b) Pasienter uten glandelmetastaser og som ellers fyller krav til kontroll, overføres til videre kontroller hos fastlegen etter 3-4 ukers kontrollen ved kirurgisk poliklinikk.

4. I alle tilfeller under 3 a) og b) skal skjema 20.5.1 være utfyllt ved kirurgisk poliklinikk, og pasienten skal informeres om at de selv må passe tidene i skjemaet og bestille time hos fastlegen for kontroll. Dette skal også fremgå tydelig av epikrisen. Kontrolltidspunkt er betydelig fleksibelt, 3-4 uker på hver side av eksakt måned er uproblematisk. Det viktigste er at radiologiske undersøkelser gjøres på samme sted hver gang, slik at sammenlikning av bilder blir reell.
5. Ved eventuelle patologiske funn ved kontrollene tar vi selvsagt imot pasienten til nærmere vurdering.

Torkil Pettersen, seksjonsleder,
gastrokirurgisk seksjon

Endret enhet for NT-proBNP fra mandag 16. oktober 2017

Norsk selskap for medisinsk biokjemi anbefaler etter oppfordring fra Norsk Cardiologisk Selskap alle norske laboratorier å utgi NT-proBNP og BNP-verdier i ng/L istedenfor pmol/L fra høsten 2017.

De fleste norske laboratorier har til nå brukt SI-enheten som er pmol/L. Imidlertid brukes ng/L eller pg/mL i de fleste andre land i Europa og i de europeiske anbefalinger for behandling av hjertesvikt. Omleggingen vil medføre nye referansegrenser, som vil fremgå av prøvesvarene.

Omregningsfaktoren for NT-proBNP er:
 $ng/L = pg/mL = pmol/L \times 8,457$

Analysen er særlig nyttig for å kunne utelukke hjertesvikt og si ut hvilke pasienter som ikke trenger henvisning til ekkokardiografi. Ved bruk hos pasienter med akutt klinikk på mulig hjertesvikt vil verdier under 300 ng/L kunne utelukke hjertesvikt med høy sannsynlighet.

Ved bruk hos pasienter uten akutt klinikk (som ofte vil være tilfelle i allmennpraksis) vil verdier under 125 ng/L kunne utelukke hjertesvikt med høy sannsynlighet. NT-proBNP nivået bør imidlertid alltid vurderes i sammenheng med alder og kjønn og andre mulige innvirkende faktorer, slik som bl.a. overvekt (gir lavere verdier) og nyresvikt. Pasienter med nyresvikt kan ha høye verdier på grunn av redusert renal utskillelse av NT-proBNP uten at de har hjertesvikt.

Helle B. Hager,
avdelingsoverlege,
sentrallaboratoriet