

Immunterapi i en travel allmennpraksis, er det mulig?

Ingunn Løfaldli
Sykepleier
Gransdalen Legesenter, Oslo



Hvem er jeg?

- Sykepleier på Gransdalen Legesenter, Bydel Alna i Oslo.
- Ansatt i prosjekt PHT gjennom Helsedirektoratet
- Gransdalen Legesenter;
 - 4 leger, 2 sykepleiere, 3 helsesekretærer.
 - Deltar i pilotprosjektet «Primærhelseteam»



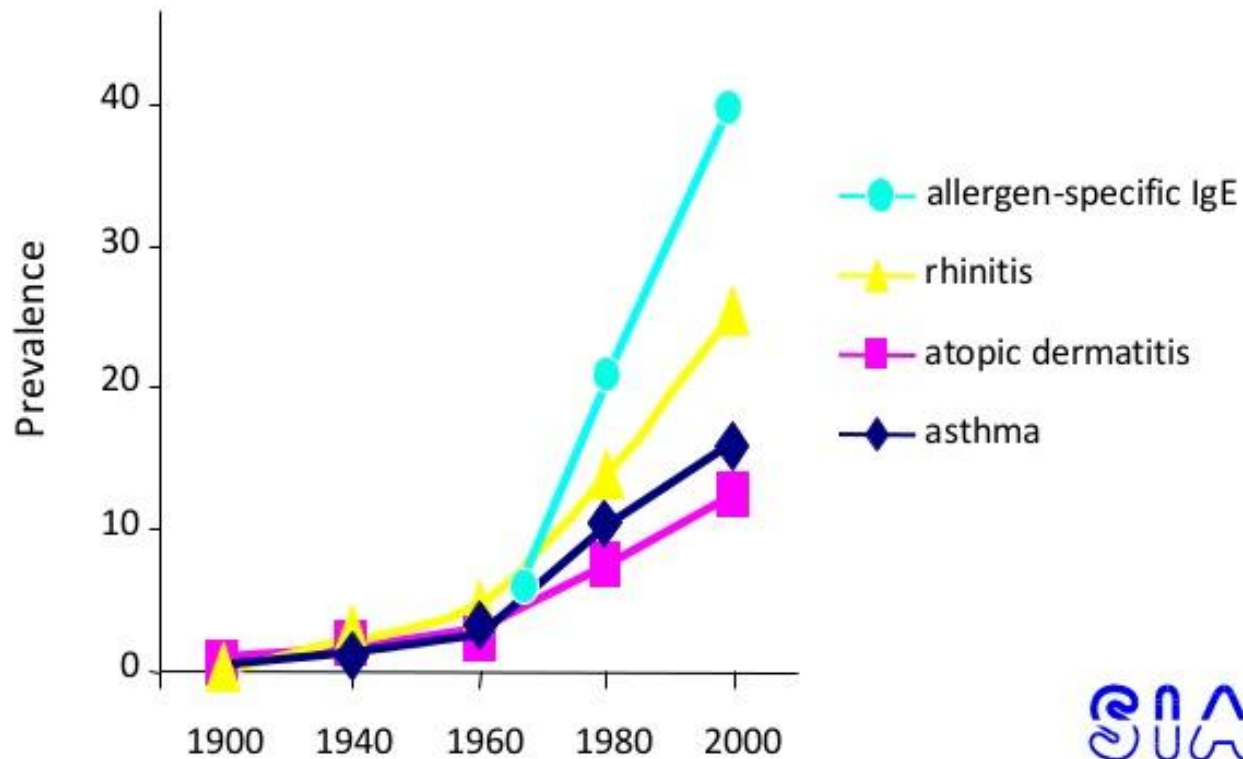
Tema for i dag:

1. Hvorfor er det behov for SLIT?
2. Utredning av allergisk sykdom og indikasjon for SLIT behandling.
3. Hvordan skal vi få tak i pasientene?
4. Hvordan kan vi gjennomføre SLIT i en travel praksis?



SIAF

The Allergy-Epidemic



SIAR



Hvordan er det med behandling og oppfølging i dag?

- Mange pasienter kontakter legekontoret for resepter.
 - «vanlige plager» – trenger de «vanlige medisinene»
 - Lite problemer med interaksjoner og kontraindikasjoner
- ***Lager/fornyer dere resepter eller setter dere opp time til legen?***



Hva bør vi sjekke?

- Hvordan er diagnosen stilt?
- Har pasienten forståelse for sykdommen?
- Etterlevelse:
 - Bruker pasientene medisiner fast eller kun ved behov?
 - Hva bruker de?
 - Hvordan bruker de nesenspray?
- **Har pasienten effekt?**



Hva med Kenacort injeksjon?

- Mye et Nordisk fenomen, tradisjonelt brukt en eller to ganger i sesongen.
- Retningslinjer har vært negative, mens vi opplever i stor grad svært fornøyde pasienter...
 - Obs bivirkninger
 - «må ikke være verre enn sykdommen»



ARIA retningslinjer;

- Systemiske steroider; Anbefaler at im injeksjoner **ikke** brukes.
- Per os behandling;
 - Kan være et alternativ som kortvarig behandling dersom annen behandling ikke har hatt ønsket effekt eller i forbindelse med særlig eksposisjon for pollen.



Dersom vi er enige;

- Allergisk rhinitt kan behandles bedre!
- Vi må gjøre en jobb!
- Men først litt om utredning av allergisk sykdom.....



Utredning av allergisk sykdom og indikasjon for SLIT behandling.





Hvordan stiller dere diagnosen allergisk rhinitt i dag?

- Sykehistorie
- Sykehistorie og allergiprøver
- Kun allergiprøver
- Pasienten bare sier de trenger medisiner og det er godt nok for meg.



Konsentrasjonen av sIgE og sannsynligheten for IgE-mediert allergisk reaksjon

- sIgE over 0.35 Ku/L indikerer sensitivisering, men er **absolutt ikke** synonymt med allergisk sykdom.
- Sannsynligheten for allergisk sykdom øker med konsentrasjonen av spesifikk IgE
 - Men sier ingen ting om alvorligheten
 - Er ingen garanti for klinisk allergi
- Ved **sIgE over 3,5** er det stor sannsynlighet!!



Konklusjon diagnose:





Behandling av allergisk rhinitt

- Antihistaminer lokalt; Øyet og nese (Livostin)
- Antihistaminer systemisk (Aerius, Cetirizin)
- Nasale steroider (Nasonex)



Nasale steroider

- Generelt trygg behandling
- Bivirkninger
 - Nasal irritasjon
 - Epistaxis
 - Septumperforasjon (ekstremt sjelden)
 - Vekstretardasjon (sjelden/liten)



Nasale steroider

- Mest potente antiinflammatoriske behandling
- Effektive mot alle nasale symptomer inklusive obstruksjon
- Bedre enn antihistaminer og leukotrienantagonister
- Førstelinjebehandling ved kronisk allergisk rhinitt



Hva så med allergenspesifikk immunterapi?

- Sublingual immunterapi = SLIT
- Subcutan immunterapi = SCIT



Krav til refusjon av medisiner.

- Moderat eller alvorlige plager over tid (2 år).
- Optimal behandling ikke sykdomskontroll eller ikke kan brukes av medisinske grunner.

Allergi er påvist med positiv hudprikktest og/eller spesifikk IgE



Indikasjon for SLIT:

Preparat	Indikasjon/refusjon:	Alder
Grazax (timotei)	Moderat til alvorlig allergisk rhinitt og/eller konjunktivitt pga. timotei som ikke er velkontrollert.	Voksne og barn > 5 år.
Itulazax (bjørk)	Moderat til alvorlig allergisk rhinitt og/eller konjunktivitt pga. bjørk som ikke er velkontrollert.	Voksne (>18 år)
Acarizax (husstøvmidd)	Moderat til alvorlig allergisk rhinitt pga. husstøvmidd eller allergisk astma som ikke er velkontrollert med ICS og samtidig allergisk rhinitt.	Voksne (>18 år)
	Moderat til alvorlig allergisk rhinitt pga. husstøvmidd	12 – 17 år



Kontraindikasjoner:

- Overfølsomhet for innholdsstoffene

- Malignitet eller systemiske sykdommer som har påvirkning på immunsystemet:
 - Autoimmune sykdommer
 - Immunsvikt.

- Inflammatoriske sykdommer i munnhulen

- Ukontrollert alvorlig astma ($Fev1 < 70\%$)



Hvordan skal vi finne pasientene?





Hvordan finne pasienter i en travel praksis

- Vet vi om disse pasientene?
- Går de egentlig hos oss?
- Har de egentlig god symptomkontroll?
- Mange medisiner i håndkjøp - vanskelig oversikt



Viktig;

- Kontoret må være enig at tilbudet må bli bedre!
- Etablere et system for SLIT behandling.
- Alle kan bidra til å finne pasientene.



Aktiv eller passiv oppsporing.

- Aktiv;
 - Søke i journalsystemet (eller Medrave) etter pasienter.
 - For eksempel alle som har fått resept på Kenacort
 - Kalle dem inn og tilby utredning.
- Passiv;
 - Pasienter som tar kontakt for utredning (hva har de brukt før?)
 - Legene spør pasienten om effekt ved konsultasjon
 - Medarbeider spør når de henvender seg for ny resept.



Hvordan gjør vi det hos oss?

- Brev til alle pasienter som har fått resept på Kenacort.
 - Inviterer til videre samtale hos sykepleier.
 - Vurderer om effekten av medisiner er god nok.
 - Allergitestning dersom SLIT vurderes.
- I tillegg (!);
 - Alle pasienter som kommer til time eller ber om medisiner blir spurt om effekt.

Oppstart av SLIT behandling i en travel praksis.





Først en time for informasjon

- Kan gjerne gjøres i forbindelse med utredning for behandlingen.
 - Gjøres hos medarbeider (sykepleier/helsesekretær)

- Går igjennom;
 - Indikasjon
 - Motivasjon og forståelse for behandlingen

- Eventuelt testing



Ved indikasjon for SLIT

- God informasjon til pasienten.
 - Mulige bivirkninger – «alle får»
 - Hvordan medisinen virker, må brukes over 3 år
 - Forventet effekt

- Resept som pasienten henter, tar med til oppstart på lab.



Konsultasjon ved oppstart:

- Første tablett på kontoret:
 - Tar antihistamin ½ time før timen.
 - Spirometri før og ½ time etter inntak av tablett
 - Observeres av hjelpepersonell

- Time til oppfølging etter 1-2 måneder

- Husk igjen; vær sikker på at pasienten har god forståelse for behandlingsopplegget!!



Dersom pasienten skal ha flere preparater.

- Ved allergi for både gress og bjerk.
- Begynn med et medikament først.
 - Vent ca 14 dager, eller til bivirkningene har gitt seg.
- Introduser det andre medikamentet på samme måte (oppstart på legekontoret)
 - Noen vil anbefale forskjellig tid på døgnet.



Konklusjon:

- Mange pasienter med allergisk rhinitt får for dårlig behandling.
- Ved å systematisere oppfølging «litt», vil vi kunne bedre kvaliteten på behandlingen.
- Selv i en travel praksis er det mulig å få til et godt tilbud med SLIT.