

2021-04-26

Mötesanteckningar RPO Lung- och allergisjukdomar

Datum: 2021-04-26 **Tid:** kl. 15.15–16.45 **Plats:** Digitalt möte

Närvarande: Helena Engström ordf. Region Östergötland
Helene Wendell processtöd/sekr, Region Kalmar län
Stefan Rustscheff, Region Jönköping län
Magnus Kentson, Region Östergötland
Karin Cederquist, Region Östergötland
Anna Fyrenius, Region Östergötland
Munir Mohammed, Region Östergötland
Niels Hornstra, Region Kalmar län
Patrik Nordenfeldt, Region Jönköping län
Christina Trintafyllidou, Region Östergötland. Del av tid

Förhinder: Thomas Gars, Region Östergötland
Roger Gunnarsson, Region Jönköping län
Karolina Forssén, Region Kalmar län
Urban Wennerström, Region Kalmar län

1. Inledning

Helena hälsar alla välkomna och en presentationsrunda görs. Helene Wendell är ny deltagare och har rollen som processtöd.

2. Årsrapport RPO Lung- och allergisjukdomar

Helena har skrivit ihop en årsrapport som bifogades i kallelse till detta möte. Alla är nöjda och denna läggs till handlingarna.

3. RAG allergi lägesrapport

Munir är sammankallande och ett möte har hållits. En anteckning finns skriven och inskickad till Helena som visar på att det finns skillnader inom den sydöstra

sjukvårdsregionen, se bilaga. Gruppen upplever bekymmer med att få ihop arbetsgruppen, Helene kan ev stötta processen här.

Det har inkommit en fråga från Petra Hornstra, ordförande i RPO barn och ungdomars hälsa. Petra har en undran om man belyser barn- och ungdomsperspektivet inom RAG allergi eller om de ska införa en egen RAG för detta inom RPO barn och ungdomars hälsa. Detta behöver diskuteras inom RAG allergi innan svar. Det finns värden av att samarbeta inom detta samtidigt som hanteringen av små barn och vuxna med allergi skiljer sig mycket åt.

Beslut: Diskussion inom RAG Allergi och återkoppling av svar till Helena och Helene.

4. RAG lungfibros lägesrapport

Christina är sammankallande och ett digitalt möte ha hållits, nytt möte inplanerat om ca sex månader. Christina har gjort en PM som ger förslag på utredning av misstänkt lungfibros, se bilaga. Detta ger ett bra stöd vid nybesök för t ex randande ST-läkare. Kan den ev stämmas av med primärvården?

Beslut: PM för lungfibros skickas ut till gruppens deltagare och blir en diskussionspunkt på nästa RPO.

Diskussion kring vem som ska behandla de reumatiska patienterna som enbart har engagemang i lungor. I Östergötland och Jönköping ser man att reumatologiska enheter släpper dessa till lungmedicin som inte är känner sig bekväma att ta hand om patientgruppen. I Kalmar är upplevelsen tvärtom, här håller reumatologen kvar och behandlar patienterna inom sin enhet. Det finns behov av dialog med reumatologin.

5. Nationellt vårdprogram obstruktiv sömnapné - remissvar

Detta ligger inte inom ramen för våra verksamhetsområden. Varje region ansvarar för att skicka det vidare till den enhet som det berör. Helena meddelar sjukvårdsledningens arbetsutskott via Charlotte Sand.

6. PSVF KOL 1.0 - implementering

Detta är inte något nytt vårdprogram. PSVF syftar till bättre omhändertagande och att diagnosticera i tid. Hela RPO ger sitt stöd införandet av PSVF KOL 1.0.

Längre fram kommer även en del två, PSVF KOL 2.0. Stefan deltar gärna i detta arbete.

7. Lungcancerprocessen – Lägesrapport

Inom processgruppen för lungcancer i sydöstra medverkar läkare, sjuksköteror, fysioterapeuter och även vårdadministratörer. Planeringen är tre möten/termin. Vårdadministratörer är viktiga för att vi undvika felregistreringar eller att ”tappa” patienterna när de går mellan vårdinstanser, under ett kommande möte kommer fokus

ligga på detta. Under 2020-2021 har det funnits digitala träffar och under hösten 2020 en workshop som belyste ledtiderna fram till kirurgisk behandling. Man ser långa ledtider i förhållande till målet.

Under pandemin 2020 sågs ett minskat antal startade SVF, ca minus 10 %. Man ser även kortare ledtider. Förklaringen till kortare ledtider kan vara det minskade antalet inom SVF samt den neddragna vården inom andra områden. Vi vet ännu inte om vi kommer ha någon vårdskuld inom lungcancer efter pandemin.

Diskussion kring om lungcancerprocessen är en RAG i definitionens rätta bemärkelse eller enbart en processgrupp via RCC. För RPO är det viktigt att få rapportering kring vad som händer inom området och därför håller vi kvar RAG lungcancer.

8. Mötestider HT 2021

Tidigare har planeringen för RPO varit två heldagar/termin. Nu när vi vant oss vid digitala möten lägger vi om och planerar för ett heldagsmöte/termin och två kortare digitala möten/termin på 1,5 timme.

Förslag på kommande mötestider:

- Måndagen den 13 september kl. 15-00-16.30 – zoom
- Onsdagen den 27 oktober heldag i Västervik – fysisk träff
- Onsdag den 8 december kl. 15.00–16.30 - zoom

9. Avstämning covid-19

Diskussioner kring vården av postcovid-19. När ska de följas upp, intervall? Vilka undersökningar är aktuella? Vilken behandling ska ges? Kan vi i nuläget bedöma hur vi ska agera, finns det underlag?

Östergötland: Postcovid med fibrotiska lungförändringar görs uppföljningen likt lungfibros med uppföljning var 3:e månad. Gångtest och spirometri. Man ger inte mycket kortisonbehandling. Patienterna har ofta en spontan förbättring.

Att mäta den inspiratoriska muskelstyrkan kan ge en hänvisning till försämring/förbättring.

Hur ser den inläggande vården ut för patienter med postcovid efter långvarig IVA-vård? Det finns inget centra för postcovid.

Linköping – neuromedicinsk vårdavdelning.

Norrköping – Post-IVA enhet med 4 vårdplatser.

Kalmar – Lungmedicinsk vårdavdelning



Vid anteckningarna
Helene Wendell

Bilaga 1

Mötesanteckningar RPO sydöst, RAG allergisjukdomar

Datum	2020-10-21
Plats	Skype möte, kl. 11.00-12.00
Närvarande	Patrik Nordenfelt (Ryhov), Karolina Forssén (Kalmar), Katja U (Kalmar), Munir Mohammed (RÖ)

1. Kartläggning av Allergen Immunterapi (AIT) verksamhet

AIT verksamhet i Jönköping:

Resurs/Personal: En allergolog + 3 sjuksköterskor

Antal patienter: För närvarande finns ca. 130 patienter som får SCIT (Subkutan Immunterapi) och ca. 100 patienter som får SLIT (Sublingual Immunterapi).

Väntetider: Patienterna som ska få AIT och står i väntelista kan vara upptill 2år förutom geting AIT som går att starta under samma år.

AIT verksamhet i Kalmar:

Resurs/Personal: En allergolog och ST-allergologi + 7 sjuksköterskor. Saknas info från Västervik.

Antal patienter: ca. 280 patienter som får SCIT (Subkutan Immunterapi) och ca. 50 patienter som ska björk SLIT under året. Saknas data från Västervik.

Väntetider: Alla patienter som behöver immunterapi kan starta samma året och man har ingen väntelista.

AIT verksamhet i RÖ (Regionöstergötland):

Resurs/Personal: 3 vuxen allergolog och 2 ST-vuxen allergologi plus 2 barn allergolog och 2 ST-barn allergologi som deltar i AIT verksamhet. Finns ytterligare 6-7 sjuksköterskor.

Finns AIT verksamhet även i Lungallergi mott och Öronkliniken i Norrköping inom RÖ (Regionöstergötland). Info saknas.

Antal patienter: Vid Allergicentrum ca. 230 patienter som får SCIT (Subkutan Immunterapi) och ca.60 patienter som får SLIT (Sublingual Immunterapi). Datas saknas från Norrköping.

2. Diskussion

Diskussion kring indikation, förebyggande/pre-medicinering vid AIT. I stort sett ingen större skillnad avseende dessa punkter däremot vid Allergicentrum har man mer krav på maximal behandling, dvs, patienten har provat dubbel dos antihistamin plus tillägg behandling med Montelukast (förutom lokal beh med ögon dr och näsal kortison/antihistamin) innan man övervägar AIT (immunmodulerande behandling) ffa för pollen relaterade rinokonjunctivit patienter.

Indikation för bi-/geting är lika i hela regionen, dvs, minst pat ska ha anafylaxi grad-I. Patienter som får kraftiga biverkningar får också tillägg med Xolair så att de kan fortsätta med AIT som gäller inte i Ryhov eller man inte har haft denna patient grupp där.

3. Övriga frågor

Planeras gemensam diskussion mellan vårdgivare från Allergicentrum, Allergimott Ryhov och Lungallergi mott, Kalmar kring svåra allergi/astma fall via skype.

Västervik kommer att få inbjudan om man önskar delta vid sådan behandling konferens.

4. Kommande möte

Ej bestämt än. Evt. kartläggning kring biologisk läkemedel vid svår astma som vi inte hinner idag.

Vid anteckningarna/

Munir

Bilaga 2

Utredningsförslag för patienter med nydiagnostiserad-misstänkt interstitiell lungsjukdom

Målet med det här dokumentet är vägledning för läkare bl.a. ST-läkare från primärvården som träffar patienter på specialist mottagningar. Det kan förstås användas även inom primärvården för hjälp med initial utredning av patienter med misstänkta eller nydiagnostiserade interstitiella lungsjukdomar. Innehållet är anpassat från vårdprogram för Idiopatisk Lungfibros, Svensk Lungmedicinsk Förening 2019.

Inriktad anamnes

- Rökning
- Yrke-exponering
- Miljöfaktorer (t.ex. mögel och andra patogener-bakterier, fåglar, landbruk, damm, asbest, isocyanater)
- Tidigare och aktuella läkemedel
- Gastroesofageal reflux
- Ärftlighet (för lung och autoimmuna sjukdomar)
- Komorbiditeter
- Genomgång Covid-19 pneumonit
- Symptom och tecken till associerad reumatisk sjukdom:
 - - Raynauds fenomen (Systemisk skleros, myosit, mixed connective tissue disease-MCTD, antisynthetassyndrom)
 - Artrit, artralgi (Samtliga reumatiska sjukdomar)
 - Muskelsvaghet, myalgi (myosit, dermatomyosit-DM, systemisk skleros, MCTD, antisynthetassyndrom)
 - Hudutslag (systemisk lupus erythematosus-SLE, dermatomyosit-DM, vaskulit)
 - Gottrons tecken/papler (DM)
 - Heliotropt exantem (DM)
 - Telangiektasier (Systemisk skleros)
 - Fingertoppssår/atrofi , subkutan kalkinos (Systemisk skleros)
 - Diffus handsvullnad (Systemisk skleros, MCTD)
 - Mekanikerhänder (Antisynthetassyndrom, polymyosit-PM, DM)

- Reumatiska noduli (reumatoid artrit-RA)
- Torrhetssänsla i mun och ögon (Sjögrens syndrom)
- Sväljningssvårigheter (Systemisk skleros, myosit)

Undersökningar

- MRC andfåddhets skala
- K-BILD frågeförmulär (king's Brief Interstitial Lung Disease)
- BMI
- Saturationsmätning
- EKG
- Blodtryck
- Baspaket blodprovstagning

- ✓ SR, Hb, EVF, LPK, CRP, differentialräkning B-celler, trombocyter
- ✓ Na, K, Ca, kreatinin, albumin, B-glukos
- ✓ Gall-lever prover
- ✓ ANA, RF, anti-CCP, ENA (Viktigt att man fyller i anamnestiska uppgifter, t.ex. muskelsmärta eller svaghet vid misstanke om bakomliggande myosit)
- ✓ ANCA screening
- ✓ Urinsticka
- ✓ Eventuellt precipiterande antikroppar
- ✓ Eventuellt ACE
- ✓ Eventuellt CK, elfores, NT-proBNP

-
- Fullständig lungfunktionsmätning:
-

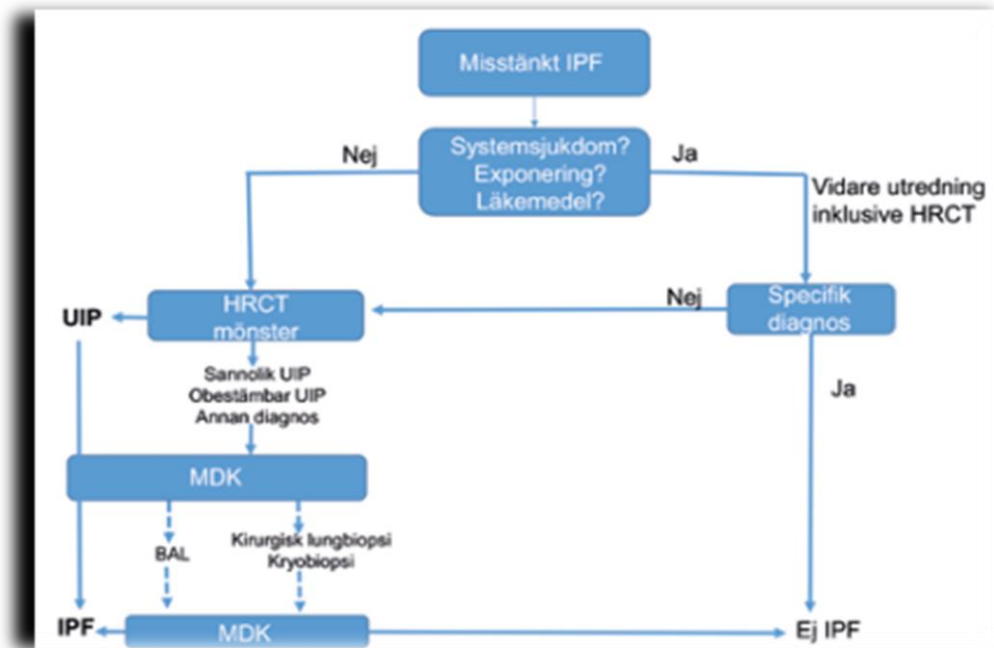
- ✓ Spirometri med bestämning av lungvolym (VC, FVC, TLC). Enkel spirometri är lätt tillgänglig och bör upprepas vid varje uppföljningsbesök
- ✓ Bestämning av diffusionskapacitet (DLCO)

-
- Sex-minuters gångtest (6MWT)
Användbart och reproducerbart submaximalt test som mäter fysisk förmåga. Det bör upprepas vid varje uppföljningsbesök. 6MWT har visat sig pålitligt och har god validitet vid IPF. Den minsta signifikanta skillnaden mellan 2 undersökningar är 28 meter. En försämring av 6MWT med mer än 50 meter under 24 veckor är kopplad till ökad risk för död inom ett år för patienter med IPF medan en gångsträcka < 250 m har korrelerats till fördubblade risken för död.
-

- Ergospirometri med mätning av maximalt syreupptag, syreupptag vid anaeroba tröskeln samt ventilatorisk effektivitet (VE/VCO₂) eventuellt med samtidig registrering av förändring i alveolo-arteriell syretrycksdifferens (P(A-a)O₂ differensen) via artärkateter under arbete jämfört med vila kan också övervägas. Ett alternativ (eller komplement) är 6MWT med pulsoxymetri. Ergospirometri har en prognostisk roll vid IPF och används ofta inom ramen av preoperativ utvärdering av patienter som ska genomgå kirurgisk lungbiopsi.
 -
- Ekokardiografi. Vid misstanke om pulmonell hypertension och högerkammerbelastning beställ ekokardiografi med frågeställning högerkammerbelastning, grad av tricuspidalisläckage samt beräkning av PA-tryck.
 -
- HRCT
 -
- ✓ Undersökningen utförs som regel utan intravenös kontrast
- ✓ Undersökningen ska inkludera hela lungparenkymet och inte uppvisa några
 - rörelseartefakter
- ✓ Hela lungvolymen bör inkluderas för att möjliggöra rekonstruktioner med tunna
 - (≤ 1 mm), tjocka snitt (3-5 mm) liksom coronara och sagitella rekonstruktioner
- ✓ Bilder tagna i maximal utandning för bedömning av air-trapping och mosaikmönster
- ✓ Buklägesbilder kan vara ett värdefullt komplement för att värdera lägebetingade
 - atelektaser/ödem

Åtgärder-remisser

- Remiss till multidisciplinär diskussion/konferens rekommenderas (störst värde om HRCT-mönstret är sannolik UIP, obestämbart UIP eller mönster som i första hand talar för alternativ diagnos). Diskussion kring vidare diagnostik t.ex. bronkoskopi, transbronkiella biopsier, VATS eller kryobiopsi.
- Eventuellt remiss till rehabilitering (fysisk träning-aktivitet, andningsövningar).
- Vid behov remiss till dietist.



HRCT=högupplösande datortomografi; UIP=usual interstitial pneumonia; MDK=multidisciplinär konferens; BAL=bronkoalveolärt lavage.