

Vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna

Nationellt vårdprogram
för behandling av
obstruktiv sömnapné hos
vuxna

Nationellt programområde för lung- och allergisjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Kunskapsstyrning i vården

- Att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte och att systematiskt utveckla, dela och omsätta ny kunskap.
- I patientmötet blir kunskapen ett stöd för professionen
- Verktyg för att göra patienten mer delaktig i sin egen vård tillsammans med professionen.
- Olika typer av kunskapsstöd: vårdprogram, vårdförlopp, riktlinjer och rekommendationer för vårdens medarbetare och verksamhetsledning.

- 26 nationella programområden (NPO)
- 8 nationella samverkansgrupper (NSG)
- Nationella arbetsgrupper (NAG) kopplade till NPO och NSG.
 - Uppdrag att ansvara för programområdets kunskapsstöd

Vårdprogrammet

Nationellt vårdprogram
för behandling av
obstruktiv sömnapné hos
vuxna

Nationellt programområde för lung- och allergisjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Multiprofessionell nationell arbetsgrupp

Arbete påbörjades 2019

Vårdprogrammet godkändes 2021-12-06

Kommer inom kort:

Kortversion för hälso- och sjukvårdspersonal

Kortversion för patienter

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Mål med vårdprogrammet

- Skapa likvärdig vård
- Sprida aktuellt kunskapsläge
- Synkronisera vårdinsatser
- Kvalitetsförbättra vården



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

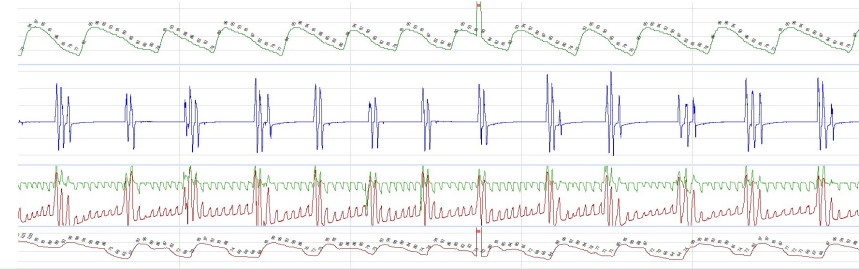
Vårdprogrammets uppbyggnad

- **Huvuddel:**

- Allmänt - mål, bakgrund OSA, utredning, behandling val och indikationer
- Behandlingsmetoder
- Prevention
- Uppföljning
- Kvalitetsregister och indikationer
- Nivåstrukturering av vård samt kunskapskrav
- Försäkringsmedicinska aspekter

- **Fördjupningsdel**

Obstruktiv sömnapné - tillståndet



Repetitiva andningsstörningar, orsakade av partiell eller total obstruktion av övre andningsvägen under sömn.

————> korta uppvaknanden (arousals) —————> fragmenterad nattsömn.

Vanlig sjukdom som hos vuxna
Förekommer i alla åldersgrupper.

Dubbelt så vanligt hos män jämfört med kvinnor.
Efter menopaus mindre tydlig skillnad.

Övervikt är en vanlig riskfaktor för OSA hos vuxna.

Stora tonsiller kan bidra hos vuxna.
Vanligare orsak vid OSA hos barn.

Ökad kardiovaskulär och metabol sjuklighet.

Andra konsekvenser:
Översömnhet dagtid och ökad olycksfallsrisk.

Snabbt system
Hälsokontroll och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Diagnostik

Utredning av OSA:

- symtom och samsjuklighet
- fysikaliskt status
- Nattlig andningsregistrering
- Inspektion av övre andningsvägar.

Diagnos: sammanvägning av faktorer av läkare eller annan legitimerad vårdpersonal med kvalificerad kunskap kring omhändertagandet av sömnrelaterade sjukdomar.

Remiss för utredning av misstänkt sömnapné:

Information om misstänkt OSA-relaterade symtom

Samsjuklighet som kan kopplas till OSA

Längd, vikt, ålder, blodtryck, MoS-status

Förekomst av riskyrke för sömnighetsrelaterade olyckor

Eventuellt tidigare OSA-behandlingar.

Diagnostik

Behandlingsval: Rekommendation A (figur 1)

Tillståndet klinisk relevant OSA kan definieras först efter sammanvägning av kliniska data och resultat från NAR.

		Inga symtom			Symtom		
Kardiometabol samsjuklighet	Ålder	AHI 5 till <15/h	AHI 15 till <30/h	AHI ≥30/h	AHI 5 till <15/h	AHI 15 till <30/h	AHI ≥30/h
Ingen eller välkontrollerad kardiometabol samsjuklighet	> 65 år	1	1	2	3	4	5
	≤ 65 år	1	2	3	3	4	5
Icke kontrollerad kardiometabol samsjuklighet	> 65 år	1	1	3	3	4	5
	≤ 65 år	1	3	4	3	4	5

Färgen anger styrkan på behandlingsindikation och betyder följande:

Mörkgrön (1): Mycket svag
Ljusgrön (2): Svag
Orange (3): Måttlig
Ljusröd (4): Stark
Mörkröd (5): Mycket stark

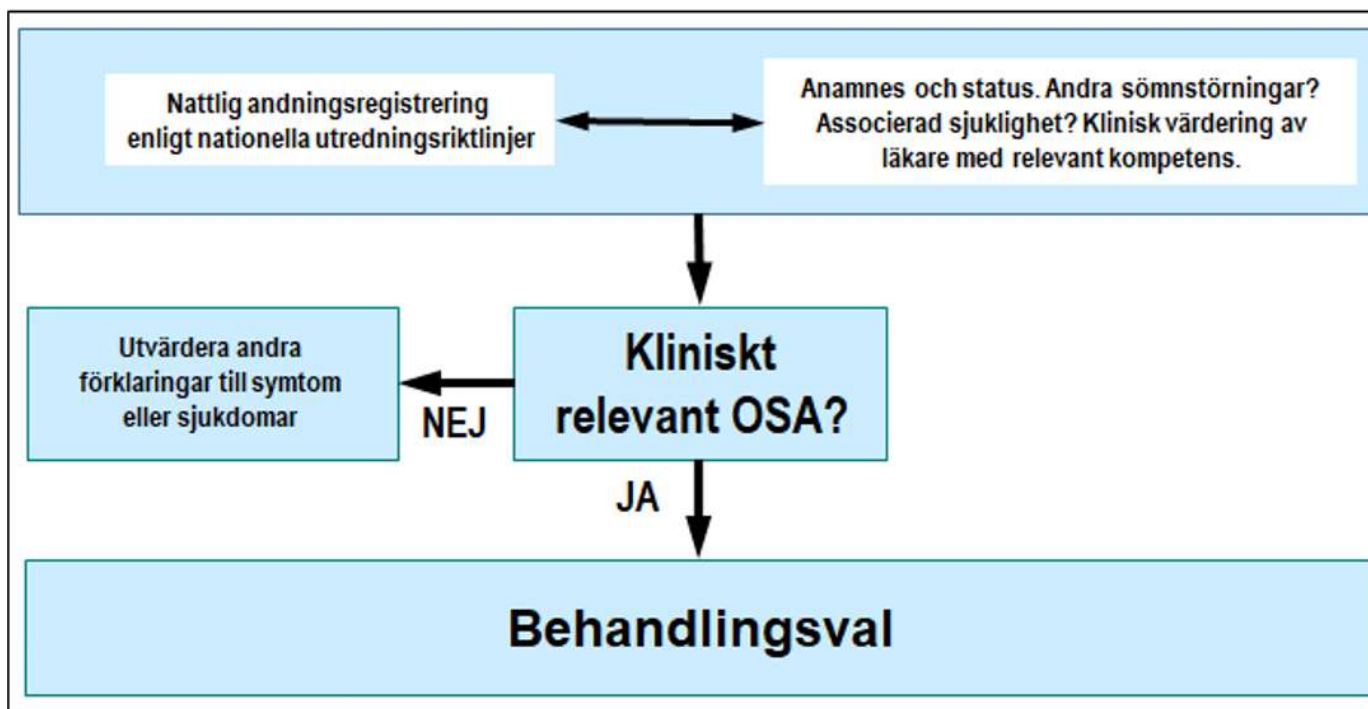
Figur 1. Underlag för behandlingsbeslut baserat på flerdimensionell klinisk bedömning av patienten med obstruktiv sömnapné. Modellen omfattar faktorerna ålder (gränsvärde 65 år), sömnapnéintensitet (AHI), symtom (dagtidöversömnighet, kognitiv påverkan, icke-utvilande sömn, nykturi, nattlig dyspné angivet som ja/nej) samt kardiometabol samsjuklighet (hjärt-kärlsjukdom, diabetes, hyperlipidemi angivet som ja/nej)

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

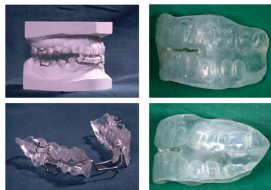
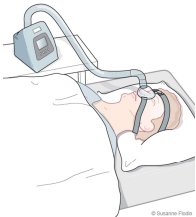
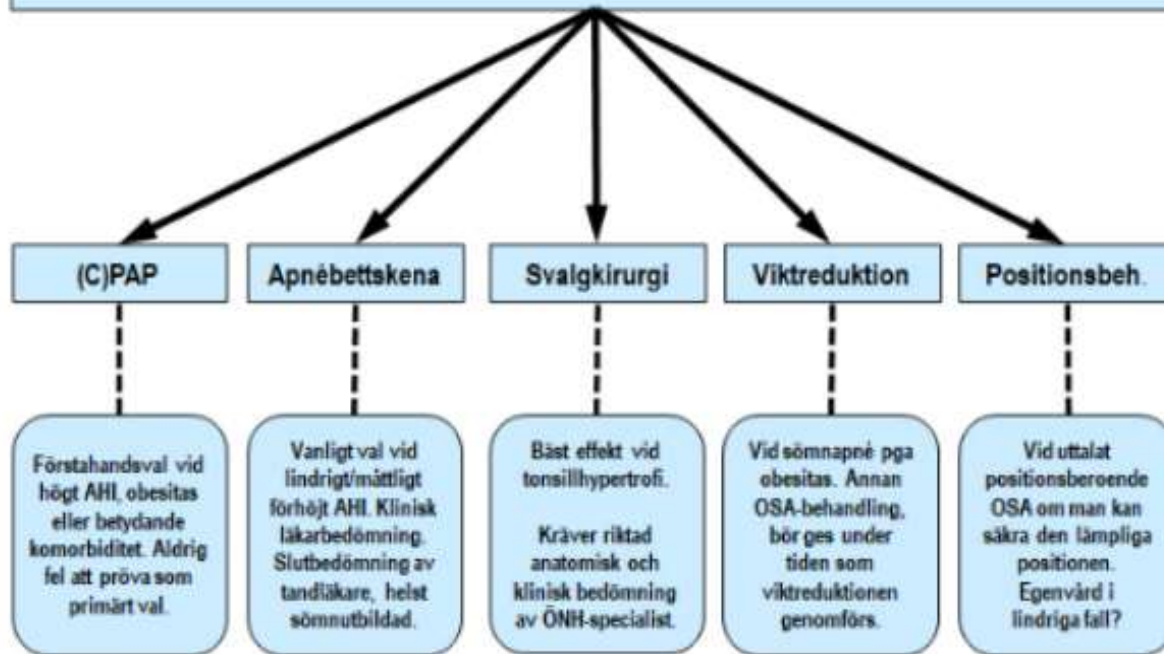
Behandlingsval: Rekommendation B (figurer 2 och 3)

Val av behandlingsmetod bör baseras på en sammanvägning av kliniska symtom, samsjuklighet, mätdata från nattlig andningsregistrering och anatomi i de övre luftvägarna.



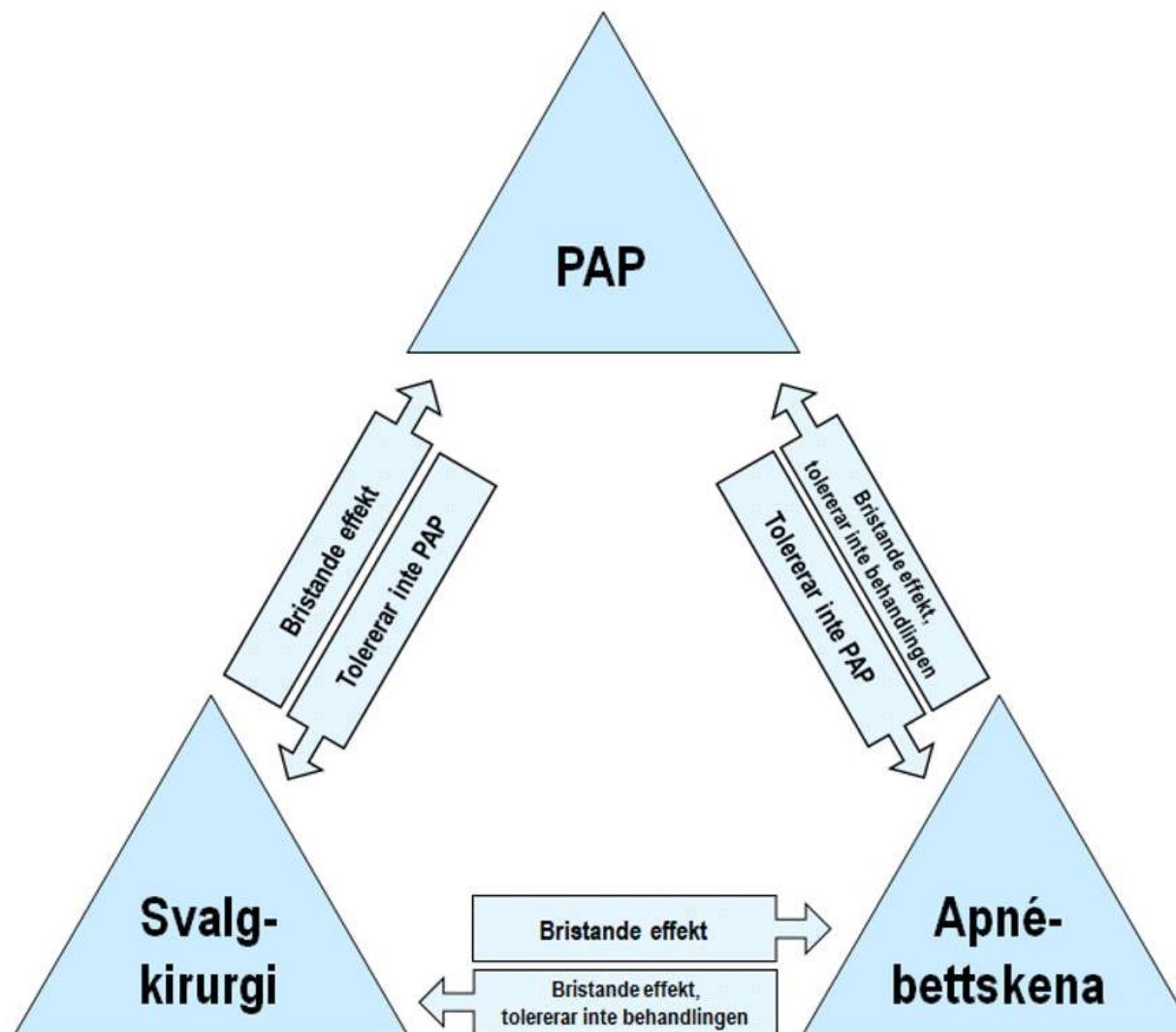
Figur 2. Sammanvägning av klinisk status, samsjuklighet, anamnes, och resultat från NAR leder till ett beslut om klinisk relevant sömnapné föreligger. Därefter följer behandlingsval (se rekommendation B).

Behandlingsval



Behandlingsval

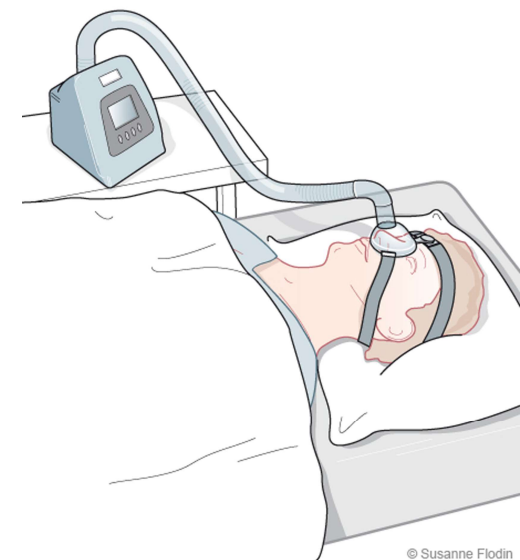
- Obstruktiv sömnapné kan behandlas med
 - PAP-behandling
 - Apnébettskena
 - övre luftvägskirurgi
 - Viktreduktion
 - Positionsbehandling
 - Kombination av dessa behandlingar
- *Samråd med patienten*



Figur 5. Faktorer som kan vägas in vid omprövning av behandlingsvalet.

PAP-behandling - Rekommendationer för PAP-behandling

- **Förstahandsbehandling till patienter med högt apné-hypopné-index (AHI) och samtidiga symtom.**
- Även till **unga patienter med svår sömnapné och samtidig kardiometabol samsjuklighet**, även vid avsaknad av tydliga symtom (låg evidens).
- **Patientutbildning och coachning** bör ges vid terapistart (hög evidens), och **uppföljning bör erbjudas**, främst under de första sex månaderna.
- Fortsatt **uppföljning vid långtidsbehandling** leder till bättre följsamhet (hög evidens).
- PAP-terapistart med **luftpuktare och näsmask** ger bättre acceptans än helmask (måttlig evidens).



© Susanne Flodin

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

PAP-behandling - Organisation av PAP-behandling

Viktigt att det finns **god tillgång till kompetens för att identifiera och vid behov behandla andra sömnstörningar eller andningsstörningar**

- antingen vid den verksamhet där PAP-vården bedrivs eller vid en enhet som PAP-enheten har ett nära samarbete med.

Apnébettskena - Rekommendationer apnébettskena

- **Förstahandsval till patienter med lätt till måttligt förhöjt AHI och till dem som föredrar den framför PAP-behandling.** (hög evidens).
- **Även till patienter som provat PAP, men som inte kan använda eller tolerera PAP-behandling eller inte blivit förbättrade av svalgkirurgi, oavsett svårighetsgrad (AHI-värde).** (måttlig evidens)



Apnébettskena - Organisation av behandling med apnébettskena

- **Remitterande läkare** ansvarar för den **medicinska bedömningen**.
- **Tandläkaren** ansvarar för **inpassning** och eventuella **åtgärder vid biverkningar**, liksom **uppföljning av den subjektiva behandlingseffekten**.
- Remissvar sänds till **behandlingsansvarig läkare**, som **ansvarar för klinisk efterkontroll och NAR**.
- Behandlande **tandläkare** bör ha genomgått **grundutbildning i odontologisk sömnmedicin**.
- Där det saknas etablerat vårdssamarbete bör remitterande läkare försäkra sig om att behandlande tandläkare har denna kompetens.

Övre luftvägskirurgi - Rekommendationer övre luftvägskirurgi

UPPP: ffa yngre, icke-obesa patienter som inte tolererar PAP eller apnébettskena,

- om lämpligt svalgstatus med tonsillstorlek 2 till 4, samt hängande gomsegel föreligger (måttlig evidens).

Tonsillektomi: Bör erbjudas vid behandlingskrävande OSA och tonsillhyperplasi, storlek 3 till 4, (låg evidens).

Nasal kirurgi: Kan erbjudas vid uttalad reduktion av nasalt luftflöde för att underlätta användningen av PAP och apnébettskena (låg evidens).

Trakeostomi: Kan erbjudas vid allvarlig OSA och hjärt- och kärlsjukdom samt grav obesitas, om PAP/apnébettskena inte tolereras (måttlig evidens).



**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Övre luftvägskirurgi - Organisation av vård vid övre luftvägskirurgi

- Organisation som har **kunskap inom sömnapnébehandling med övre luftvägskirurgi**.
- Organisationen bör vara uppbyggd så att patienten kan **erbjudas kirurgi inom rimlig tid**, beroende på svårighetsgrad av OSA och samsjuklighet.
- Nationella **vårdprogram** samt **säkerhetsprogram** bör tillämpas.
- **Multi-disciplinärt samarbete** rekommenderas **vid svårare fall**
- **Uppföljning av behandlingseffekten** är ett krav och ska förutom klinisk kontroll bestå av en NAR.

Överviktsbehandling - Rekommendationer överviktsbehandling

- **Kombinerad livsstilsintervention bör introduceras hos patienter med OSA och övervikt (BMI>25 kg/m²) eller obesitas (BMI>30 kg/m²).**
- **Behandling av övervikt eller obesitas vid samtidig OSA bör involvera patienten utifrån dennes värderingar, förväntningar och preferenser.**

- Kalorireducerad diet, ökad fysisk aktivitet och beteendereinriktad rådgivning. (hög evidens)
- Farmakologisk överviktsbehandling bör övervägas hos OSA patienter med ett BMI ≥ 27 kg/m², där vikten inte har förbättrats trots livsstilsprogram. (låg evidens)
- Bariatrisk kirurgi bör övervägas hos patienter med OSA med ett BMI ≥ 35 kg/m², där vikten inte har förbättrats trots livsstilsprogram. (låg evidens)

Positionsterapi

- Behandlingen är endast aktuell **hos patienter med positionsberoende sömnapné (POSA)** definierat som ett $AHI \geq 5/h$ över hela natten samt ett dubbelt så högt AHI i ryggläge som i sidoläge.
- Uppemot 50 % av alla patienter med OSA uppfyller kriterierna för POSA, framför allt bland dem med lätt till måttligt förhöjt antal andningsstörningar.

- **Evidensnivån för enkla åtgärder**, till exempel tennisboll, är betydligt **lägre** än för konventionella terapiåtgärder, **men metoden är icke-invasiv och kan prövas utan risk.**
- Eftersom andra behandlingsmetoder finns tillgängliga är det önskvärt att **följsamhet och behandlingseffekt utvärderas.**

Prevention

8.1. Rekommendationer för prevention

- Åtgärder för god sömnhygien bör introduceras till patienter med sömnapné. (låg evidens)
- Fysisk aktivitet bör rekommenderas till patienter med obstruktiv sömnapné. (låg evidens)
- Patienter med sömnapné bör få information om att läkemedel, alkohol och droger kan ha skadlig inverkan på nattliga andningsstörningar och dagtidsfunktion. (expertråd)
- Kardiometabola riskfaktorer är mycket vanliga och bör eftersökas, behandlas och kontrolleras hos patienter med sömnapné (hög evidens för effekt av blodtrycks-, blodsocker- och lipidsänkande behandling vid kardiometabola sjukdomar).

Uppföljning av behandling

9. Uppföljning av behandling

En viktig aspekt vid start och uppföljning av behandling är att beakta patientens individuella förmåga att uttrycka sig under uppföljningsprocessen. Det är viktigt att ge information om förväntade effekter och biverkningar i förväg så att patient har möjligheten att reflektera och ta upp dessa vid behov under uppföljningsprocessen. Patient bör ges information om hur hen kan kommunicera med vårdgivaren om eventuella problem och biverkningar associerade av vald behandling.

Uppföljning PAP

9.1.1. Rekommendationer för uppföljning av PAP-behandling

- Patienter med PAP-behandling bör ha en fast klinikkontakt med ett väldefinierat behandlingsansvar som patienten känner till. (hög evidens)
- Snabb identifiering och åtgärd av problem relaterade till behandlingen ökar följsamhet. Det är därför viktigt att bedriva såväl tidig som mera långsiktig uppföljning. (hög evidens)
- Följsamheten ökar om patienten involveras i utvärdering av behandling och informeras om sambanden mellan följsamhet med förskriften PAP och symptomutveckling. (låg evidens)
- Vid bristande effektivitet eller följsamhet bör CPAP-ansvarig personal informera ansvarig läkare för ställningstagande till annan behandlingsform. (expertråd)

Uppföljning Apnébettskena

9.2.1. Rekommendationer för uppföljning av apnébettskena

- Apnébettskenans inverkan på OSA-relaterade symtom, tänder och käkfunktion bör följas upp återkommande hos tandläkare som är utbildad i omhändertagande av patienter med OSA.
- En NAR bör genomföras (behandlande läkare ansvarar) för att säkerställa tillräcklig reduktion av OSA (AHI, graden av hypoxi och sömnfragmentering).
- Vid terapisivikt med apnébettskena som bristande effekt, icke acceptabla biverkningar, otillräcklig användningsgrad, bör ansvarig inremitterande läkare informeras.

Uppföljning övre luftvägskirurgi

9.3.1. Rekommendationer för uppföljning av övre luftvägskirurgi

- Postoperativ kontroll bör genomföras efter 3 till 6 månader.
- Undersökning med NAR bör utföras cirka 6 månader efter operation.
- Trakeostomi bör följas upp regelbundet hos ÖNH-kirurg.

Uppföljning positionsträning och överviktsbehandling

9.4. Uppföljning av positionsbehandling

Det finns inga etablerade rutiner för terapiuppföljning vid positionsträning. Lägesterapi med tennisboll eller ryggsäcksliknande apparatur saknar inbyggda följsamhetsmätare. Positionstränare med vibrationssignal har däremot en funktion för följsamhets- och effektkontroll. Uppföljning av positionsbehandling är betydelsefull eftersom data kring långtidsföljsamhet är begränsade och talar för en minskad användningsgrad över tid. Uppföljningsansvar ligger hos den förskrivande läkaren.

9.5. Uppföljning av överviktsbehandling

Uppföljning av viktreduktion med hjälp av livstilsåtgärder, specifik diet, kirurgisk terapi eller farmakoterapi sker på ansvarig enhet inom primär- eller specialistvård. Se även regionala medicinska riktlinjer.

Ansvar för uppföljningen av sömnapnégraden efter viktreduktion ligger hos sömnmedicinsk vårdenhet som initierade remiss till obesitasbehandlingen.

Nivåstrukturering av verksamhet

Tre olika nivåer av verksamheter som utreder och/eller behandlar patienter med sömnapné.

Vårdpersonalens kompetens på respektive nivå bör definieras separat.

1: Förenklad utredning av sömnapné

2: Standardutredning av sömnapné

2b: PAP-behandling av sömnapné

2c: Behandling med apnébettskena

3: Nätverk eller enhet för utredning och behandling

Vidare arbete

Planerade aktiviteter under 2022:

- Färdigställa nationellt vårdförlopp för obstruktiv sömnapné hos vuxna
- Ta fram kommunikationsstrategi och -material för stöd av införande av kunskapsstöd för obstruktiv sömnapné
- Ta fram klinisk vägledning för egenmonitorering

Vårdförloppet planeras gå ut på öppen remiss i september 2022.

Praktisk information

- Vårdprogrammet hittas här:

[Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://nationelltklinisktkunskapsstod.se)

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>



Stort tack
för att ni
lyssnat!

Nu blir det
frågestund.