

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna

Vårdförloppet inleds vid misstanke om OSA hos en vuxen patient och avslutas inom tolv månader efter behandlingsstart vid välfungerande behandling eller om ingen ytterligare behandling behövs.

Datum	Version/beskrivning av förändring
2023-03-23	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Beskrivning av vårdförlopp	5
1.1 Om OSA hos vuxna	5
1.2 Omfattning	6
1.3 Vårdförloppets mål	6
1.4 Ingång och utgång	7
1.5 Flödesschema för vårdförloppet	8
1.6 Vårdförloppets åtgärder	9
1.7 Personcentrering och patientkontrakt	18
2. Uppföljning av vårdförlopp	19
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter	19
2.2 Indikatorer för uppföljning	19
3. Bakgrund till vårdförlopp	21
3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter	21
3.2 Kompletterande kunskapsunderlag	23
3.3 Arbetsprocess	23
4. Referenser	25
Appendix	26
Appendix A. Exempel på remissmall	26

Sammanfattning

Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna är mycket vanligt förekommande och i Sverige förväntas 3–400 000 vuxna ha kliniskt relevant OSA. Förekomsten av OSA ökar med åldern och är mer frekvent hos män. Övervikt är en riskfaktor för OSA och kan påvisas hos cirka 60 procent av patienterna. Tillgänglighet till utredning och behandling är bristfällig i många regioner och många patienter upplever en bristfällig delaktighet i samt kontinuitet av sin vård för OSA.

Vårdförloppet omfattar patienter med misstänkt OSA och har som övergripande mål att undvika framtida funktionsnedsättningar och komplikationer samt att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten. Ingång i vårdförloppet sker vid misstanke om OSA eller vid försämring av tidigare känd OSA. Diagnos av OSA ställs vid ett fysiskt besök samt i dialog med patienten genom anamnes, fysisk undersökning och i samband med nattlig andningsregistrering (NAR). Samtidigt tas beslut om behov av behandling. I vårdförloppet läggs vikt vid patientens delaktighet vid framtagande av vårdplanen. Denna innehåller även planering för egenvård med information och överenskommelse om sömnhygien, eventuella förändringar gällande levnadsvanor och viktreduktion vid behov. Remiss för rådgivning av dietist eller till mer avancerad viktreducerande behandling utfärdas vid behov.

Enligt upprättad vårdplan påbörjas terapi med positivt andningsvägstryck (PAP), apnébettskena, övre luftvägskirurgi, positionsbehandling och/eller viktreducerande åtgärder. Uppföljning av behandlingen sker både med kort (mindre än sex månader) och längre tidsperspektiv (inom ett år). Under uppföljningen registreras patientens förändringar av symtom, reduktion av andningsstörningar under sömn, eventuella biverkningar av behandling och genomsnittlig användningsgrad av hjälpmedel under uppföljningsperioden. Målet är en förbättring och normalisering av både symtom och andningsmönster under sömn. Vid utebliven symtomförbättring, låg behandlingseffektivitet eller begränsande biverkningar, kan det primära behandlingsvalet omvärderas och en alternativ vårdplan upprättas. Utgång ur vårdförloppet sker tolv månader efter behandlingsstart när patient har en välfungerande behandling som reducerar nattliga andningsstörningar och symtom, eller om ingen ytterligare behandling behövs.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde lung- och allergisjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet.

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa kan främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade åtgärder. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet konkretiseras genom att patientkontrakt tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i patientjournalen vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso-, tand- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp. De riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1 Om OSA hos vuxna

OSA orsakas av en övre luftvägsobstruktion där andningsvägarna täpps till under sömn, så kallad luftvägskollaps [1]. En kollaps kan vara delvis eller total och leder till ett andningsuppehåll med åtföljande syrebrist. Andningsuppehåll avslutas vanligtvis med ett kortvarigt uppvaknade, så kallad arousal, som i sin tur, vid upprepade andningsuppehåll, försämrar sömnkvaliteten avsevärt. Den vanligaste effekten av OSA är att patienten inte känner sig utsövd, efter sin ändå tillräckligt långa nattsömn, med ökad insomningsbenägenhet och trötthet under dagen. Dessutom kan obehandlad uttalad OSA med efterföljande syrebrist innebära en ökad risk för allvarliga hjärt-kärlsjukdomar och för tidig död [1].

OSA förekommer i alla åldersgrupper men är mycket vanlig hos individer över 50 år [2]. Då andningsuppehållen sker under sömn, och därmed är omedvetna för patienten, finns stor risk för sen upptäckt av OSA, särskilt hos ensamboende. Sjukdomen anges vara dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor, men efter menopaus ökar förekomsten även hos kvinnor. Övervikt samt anatomiska hinder som till exempel fettansamling i halsregionen eller stora tonsiller, är vanliga riskfaktorer för OSA. OSA förekommer även utan kända riskfaktorer. Förekomsten är högre hos individer med samtidigt kardiovaskulär och/eller metabol sjukdom som högt blodtryck, kranskärlssjukdom, stroke, diabetes eller hyperlipidemi [1]. Den kliniska betydelsen av OSA för kardiometabol risk och sömnhet minskar troligen med åldern. Uppskattningsvis (siffror från 2015–2020) utreds årligen mer än 35 000 vuxna för OSA i Sverige varav cirka 13 000 individer erbjuds behandling med positivt luftvägsövertryck (PAP) och cirka 12 000 behandling med apnébettskena. Behandling av OSA med

övre luftvägsskirurgi hos vuxna är i dagsläget mycket begränsad [3]. Livsstilsåtgärder och hälsosamma levnadsvanor är viktiga att förmedla till patientgruppen. Följsamheten till behandling vid PAP och apnébettskena är begränsad och alternativa behandlingsmetoder kan behöva övervägas.

Rutiner samt kvalitet vad gäller utredning, behandling och uppföljning skiljer sig avsevärt mellan verksamheter och regioner i landet [3]. Till exempel får patienter i vissa regioner och från vissa verksamheter endast svar på utredningen via ett brev utan dialog och möjlighet att påverka behandlingsvalet. Beroende på grad av och orsak till OSA kan patienter dessutom passera mellan medicinska specialistområden (lungmedicin, öron-, näs- och halsmedicin (ÖNH), neurologi, kardiologi respektive primärvård) men också mellan sjukvård och tandvård. Det kan medföra brister i kommunikationen och oklarhet kring ansvar för vård och uppföljning. Obehandlad eller otillräckligt behandlad OSA leder till ökad olycksfallsrisk i trafiken eller på arbetsplatsen, försämrad livskvalitet, försämrad psykisk hälsa och risk för allvarlig sjukdom [4,5].

1.2 Omfattning

Vårdförloppet inleds vid misstanke om OSA och avslutas inom tolv månader efter behandlingsstart när patient har en välfungerande behandling som reducerar nattliga andningsstörningar och symtom, eller om ingen ytterligare behandling behövs. Välfungerande långtidsbehandling av OSA sker utanför vårdförloppet.

1.3 Vårdförloppets mål

Det övergripande målet för vårdförlopp OSA hos vuxna är att bästa möjliga livskvalitet för patienten uppnås och att framtida funktionsnedsättningar och komplikationer kan undvikas.

Mer specifikt har vårdförloppet följande mål:

- Tiden från misstanke om OSA till diagnos och start av behandling minskar.
- Andelen patienter med välfungerande behandling ökar.
- Patienter och eventuella närstående upplever delaktighet i vården genom
 - dialog kring behandlingsmetod utifrån patientens behov och utredningens resultat
 - att planering för egenvård upprättas gemensamt
 - att överviktsbehandling erbjuds vid behov.
- Uppföljning av behandlingsresultat genomförs och ett eventuellt byte till alternativ behandling sker i samråd med patient.
- Samverkan och övergångar mellan olika vårdenheter inklusive tandvården fungerar.

En viktig åtgärd för att uppnå målen är att vårdpersonal med särskild kompetens inom OSA-vård involveras tidigt i vårdförloppet.

1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet sker vid misstanke om OSA som yttras av patient, närstående och/eller vårdpersonal. Misstanke finns vid något av följande symtom:

- vanemässig snarkning och/eller bevittnade andningsuppehåll
- störd nattsömn (frekvent uppvaknande, motorisk oro, nattsvett, dyspné, nokturi, upplevelse av att inte vara utsövd efter nattsömn)
- ökad dagsömnighet (mikrosömn vid bilkörning, på arbetet eller i socialt sammanhang).

Observera att enbart vanemässig snarkning inte räcker för att misstanke om OSA ska föreligga. Vid vanemässig snarkning behöver minst ett ytterligare av ovan nämnda symtom vara uppfyllt.

Misstanke om OSA kan även finnas i de fall patienten inte tydligt uppfyller något av ovanstående symtom men där en sammanvägd bedömning av patientens övriga symtom och nedan angivna tillstånd och samsjuklighet utgör indikation för utredning av OSA. I denna bedömning vägs även in att indikationen för utredning och behandling av OSA ökar om patienten har ett yrke som innebär ökad risk för trötthetsrelaterade olyckor.

Följande tillstånd och samsjuklighet kan till exempel vara kopplad till OSA [6]:

- kardiovaskulär (svårbehandlad hypertoni, förmaksflimmer, hjärtsvikt och stroke)
- metabol (obesitas, typ 2-diabetes och metabolt syndrom)
- respiratorisk (KOL och andningssvikt)
- neurologisk eller psykiatrisk (depression, sviktande kognition hos äldre och neuromuskulär sjukdom)
- endokrin (hypotyreos och akromegali)
- ärftlig (Downs syndrom och ansiktsmissbildningar).

Ingång i vårdförloppet sker även

- vid försämring av tidigare känd OSA
- hos barn med känd OSA och pågående behandling som övergår till vuxen ålder
- vid känd OSA och då det finns behov av intygsskrivning för körkortstillstånd eller arbetsförmåga i riskyrken.

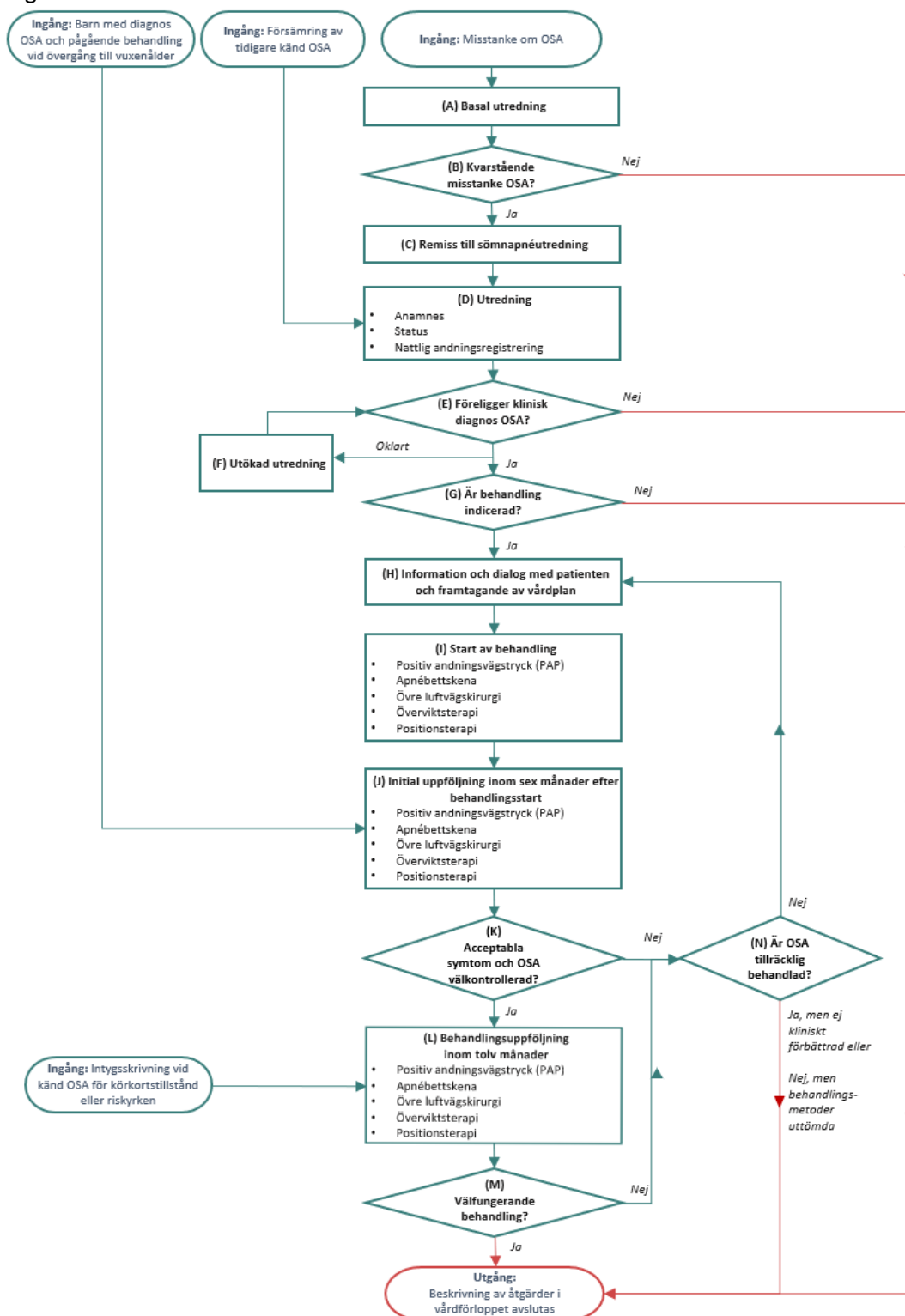
Utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske på något av följande sätt:

- Misstanke om OSA avfärdas.
- Diagnos OSA finns men behandling är inte indicerad.
- Trots att andningsuppehåll har behandlats kvarstår symtom, alternativt lämpliga behandlingsmetoder har erbjudits eller prövats utan effekt.
- Valfungerande behandling konstateras vid uppföljningsbesök inom tolv månader efter initierad behandling.

Med valfungerade avses att behandlingen minskar nattliga andningsstörningar och symtom.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärderna i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp OSA hos vuxna

1.6 Vårdförloppets åtgärder

I åtgärdstabellen nedan (Tabell 1) beskrivs de åtgärder som ingår i vårdförloppet.

Tabell 1 Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp OSA hos vuxna

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(A) Basal utredning Genomför anamnestagning och fysisk undersökning enligt Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna. Ta anamnes. Denna omfattar information om • symtom nattetid: snarkning, bevittnade andningsuppehåll, andnöd, uppvaknande med lufthunger, motoriskt orolig sömn, insomni och frekventa uppvaknanden, svettning, nykturi. • symtom dagtid: icke utvilande sömn trots adekvat sömnlängd, frekvent morgonhuvudvärk, dagsömnighet i olämpliga situationer (möten, samtal, bakom ratten, under arbete eller andra sociala sammanhang), koncentrationssvårigheter, humörförändringar • levnadsvanor som kost, fysisk aktivitet, tobaksvanor och alkohol • förekomst av vanlig samsjuklighet vid OSA såsom övervikt, hypertoni (med aktuell blodtrycksmätning), diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer respektive status efter stroke • aktuell läkemedelsanamnes • förekomst av riskyrke och risk för sömnighetsrelaterade olyckor. Genomför en fysisk undersökning och leta efter anatomiska hinder i de övre andningsvägarna (nästäppa, stora tonsiller och uvula, överskott av vävnad i gom, retrognati och/eller stor tunga). Notera även eventuell övervikt och tecken på andnings- och/eller hjärtsvikt.	• Fråga närstående angående symtom under dag/natt • Berätta om symtom
(B) Beslut: Kvarstående misstanke OSA? • Ja, misstanke om OSA kvarstår efter genomförd basal utredning enligt (A): Fortsätt till (C). • Nej, misstanke om OSA föreligger inte: Fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(C) Remiss för sömnapnéutredning Skicka remiss till sömnapnéutredning där följande information ingår eller är lätt tillgänglig enligt överenskomna rutiner [6]: • patientens symtom (besvär dag- och nattetid) • antropometriska data (längd, vikt, alternativt BMI) och status inklusive anatomiska riskfaktorer för OSA (övre luftvägsanatomik, central fetma, retrognati) • tillstånd i anamnesen kopplade till OSA-diagnos (till exempel kardiovaskulär sjukdom, diabetes, övervikt) • förekomst av riskyrke för sömnhighetsrelaterade olyckor • tidigare utredningar och behandlingar för OSA (om aktuellt). • sjukskrivningsgrad på grund av OSA-relaterade symtom. Exempel på remissmall finns i Appendix A.	
(D) Utredning Utredning görs av specialutbildad vårdpersonal [9]. Anamnes Genomför en utökad anamnes för sömn- och vakenstörningar, se (A) och Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna: • Överväg differentialdiagnostik för OSA (till exempel andra orsaker till översömnhighet, insomni, psykisk ohälsa, lungsjukdomar, panikångestattacker, laryngospasm, GERD, katatreni, primär snarkning eller Upper Airway Resistance Syndrome). Vid körkortsinnehav eller vid arbete där dagsömnhighet medför en ökad olycksfallsrisk: • Dokumentera om dagsömnhighet och ökad risk för trafikolyckor föreligger eller inte, till exempel årlig körsträcka, tidigare olycksfall, sömnhighet bakom ratten eller under arbete [7,8]. Status Genomför en fysisk undersökning inklusive faktorer som påverkar behandlingsvalet; bedöm svalgrängsel (förstorade tonsiller, hängande gomsegel, eller stor tunga) samt tandstatus. Vid trängsel eller konstant nästäppa överväg remiss till ÖNH. Nattlig andningsregistrering (NAR) Genomför och värdera NAR enligt nationell standard med manuell tolkning av andningssignaler, se Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna.	Reflektera i förväg: • Vad är graden av översömnhighet och trötthet dagtid? • Hur goda är sömnvanorna? • Vid körkortsinnehav: Är det svårt att hålla sig vaken bakom ratten? Inför och under nattlig undersökning: • Följ rekommendationer från sömnmottagningen, till exempel se filmer om hur man kopplar på eller tar bort sömnutrustning och hur man förbereder sig för sömnundersökning

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(E) Beslut: Föreligger klinisk diagnos OSA? Utifrån resultat av undersökningar och samlad klinisk bild enligt (D) ställs diagnosen OSA av specialutbildad vårdpersonal [9] enligt Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna. - Ja: Fortsätt till (G). - Oklart, utökad utredning behövs: Fortsätt till (F). - Nej: Fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. Exempel på oklar diagnos OSA: - kvarstående misstanke om OSA utifrån symtom eller riskfaktorer trots normal NAR - misstanke om underventilering utifrån resultat i NAR.	
(F) Utökad utredning Vid oklart resultat från nattlig andningsregistrering och kvarstående misstanke om OSA: - Bedöm om provbehandling med företrädesvis PAP-behandling kan testas som del i diagnostiken. - Remittera patienten till enhet med kompetens för sömnenhet på nivå 3 [9]. Sömnmottagningen på sömnenhet på nivå 3 [9] utreder patienten vidare med till exempel polysomnografisk undersökning, aktigrafi, utökad anamnestagning och/eller blodgas- och blodprovstagning. Återgå till (E).	Reflektera i förväg: - Vad är graden av översömnhet och trötthet dagtid? - Hur goda är sömnvanorna? - Vid körkortsinnehav: Är det svårt att hålla sig vaken bakom ratten? Inför och under nattlig undersökning: - Följa rekommendationer från sömn-mottagningen, till exempel se filmer om hur man kopplar på eller tar bort sömnutrustning eller hur man förbereda sig på sömnundersökning

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(G) Beslut: Är behandling indicerad? Bedöm om OSA har behandlingsindikation, vilket föreligger om OSA är kliniskt relevant. OSA är kliniskt relevant - när OSA orsakar besvärande symtom, minskad livskvalitet och/eller en risk för allvarliga sjukdomar som till exempel kardiometabol ohälsa - om OSA ökar risken för sömnhighetsrelaterade olycksfall. Är behandling indicerad? - Ja: Fortsätt till (H). - Nej: Fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	
(H) Information och dialog med patienten samt framtagande av vårdplan - Informera patienten om diagnosen och grad av OSA (till exempel antal andningsuppehåll, grad av nattlig syrebrist, påverkan på hjärt-kärlsystemet under natten samt möjliga orsaker). - Informera patienten om konsekvenser av OSA för livskvalitet, körförmåga, risk för allvarliga sjukdomar och möjlig påverkan på livslängd. - För dialog med patienten om effekter och möjliga biverkningar, eventuella risker samt för- och nackdelar med olika möjliga behandlingsval. - För dialog med patienten och ta fram slutlig vårdplan utifrån patientens hälsotillstånd (symtom/samsjuklighet, status och nattliga mätresultat) samt önskemål om behandling. - Planen innehåller planerad behandling (när och vem), planerad uppföljning (när och vem), överenskommelse om egenvård som inkluderar information avseende god sömnhygien, hälsosam livsstil som förbättrar sömnapné/dagtrötthet samt insatser för viktreduktion vid samtidig övervikt. - Engagera patienten i beslut och val av behandling genom dialog.	- Medverka i framtagandet av vårdplan genom att värdera hur de olika behandlingsalternativens för- och nackdelar skulle kunna påverka livs- och sömnsituationen - Noggrant läsa vårdplan och följa dess olika punkter - Involvera närstående i hur de kan stödja aktiviteterna i vårdplanen och hur den kan påverka deras liv och sömn - Följa den individuella planeringen för egenvård - Kontakta behandlande mottagning vid eventuella problem och frågor

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(I) Start av behandling Starta en eller flera av följande behandlingar i kombination [9]. Informera om förväntade terapieffekter och eventuella biverkningar. Positivt andningsvägstryck (PAP): Starta behandling, med adekvat information till patient, träning i hantering av utrustning och en maskanpassning. Apnébettskena: Tandläkare med särskild kunskap inom området genomför slutlig bedömning för start av behandling. Tandstatus (förekomst och skick av tänder), förmåga att gapa och att skjuta fram underkäken, samt förekomst av funktionella käkproblem och betttyp påverkar beslutet. Övre luftvägskirurgi: Bedöm om tonsiller, adenoid, tungbas, näspatologi (till exempel septumdeviation eller polypos) behöver åtgärdas med kirurgi. Exempel på anatomisk faktor som påverkar initialt terapibeslut är hyperplasi av tonsiller. Överviktsterapi: Remittera patienten med övervikt till dietist eller annan mottagning för överviktsbehandling. Åtgärden genomförs inte på sömnmottagning. Informera därför patienten om möjligheterna att få hjälp med viktnedgång enligt regionala riktlinjer. Viktreduktion hos patienter med övervikt och OSA (oavsett om denna sker med hjälp av diet, läkemedel eller kirurgi) kan ha stora positiva effekter med en reduktion av nattliga andningsstörningar men även förbättrad metabol- och hjärt-kärlsjuklighet samt minskad dagsömnighet. Positionsterapi: Informera patienten om möjliga effekter och biverkningar av positionsbehandling som avser undvikande av ryggläge vid förekomst av OSA som huvudsakligen uppstår i ryggläge.	• Noggrant läsa instruktioner och skriftlig information från behandlande mottagning • Genomföra behandling i hemmet och kontakta behandlande mottagning vid problem eller funderingar före avbrytande av behandling • Träna på att använda utrustningen varje natt. Ha tålamod med att skapa rutiner för att använda utrustningen • Följa skötselanvisning av utrustning och tillbehör • Vara delaktig i utvärdering av behandlingseffekten

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(J) Initial uppföljning inom sex månader efter behandlingsstart Generella principer för alla terapiformer: - Kontrollera symtomutveckling och efterfråga eventuella biverkningar. - Åtgärda uppkomna problem med behandlingen. - Avsluta en behandlingsform vid utebliven effekt trots flera veckor eller månaders behandling. - Diskutera behandlingsalternativ. Specifika åtgärder för respektive behandling: Positivt andningsvägstryck (PAP): - Inhämta information om symtomutveckling, användningsgrad och biverkningar, samt antalet andningsstörningar via data från PAP-utrustning, till exempel via nedladdning av data på mottagning eller via distansmonitorering. - Vid utebliven terapistart i hemmet, bedöm och åtgärda problem omedelbart. - Involvera patienten i utvärdering av behandling och informera om sambanden mellan följsamhet med förskrivet hjälpmedel och symtomutveckling. - Hos enskilda patienter kan flera patientkontakter (fysiska besök eller distanskontakter) behövas för exempelvis val av rätt mask, justering av inställningar, hantering av biverkningar eller annan åtgärd. - Särskilda fall: Hos patienter med mycket låg saturation vid baslinje-NAR, säkerställ att oxygeneringsnivån har höjts till över 90 procents medelsaturation under PAP-behandling med ny nattlig mätning. Vid misstanke om underventilering, remittera till lungmedicinsk enhet för blodgastagning och ytterligare diagnostik/behandling. Apnébetskena: - Kontrollera lokala biverkningar och justera apnébetskenan efter behov. - Inhämta information om symtomutveckling. - Genomför NAR två till sex månader efter terapistart via utredande mottagning, eventuella justeringar av skenan genomförs i samråd med tandläkare och patient. Utredande enhet genomför uppföljning av symtom- och NAR-förändringar [10].	- Kontakta vården vid problem eller funderingar - Fundera över upplevelse av behandlingen och berätta om det vid uppföljningen

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Övre luftvägskirurgi: - Genomför uppföljningsbesök efter kirurgi för kontroll av lokala biverkningar och eventuella komplikationer efter operation. - Genomför efter cirka sex månader en ny NAR-mätning för kontroll av resterande andningsstörningar efter operation. Diskutera resultat och symtomutveckling med patient. Överviktsterapi: - Uppföljning av viktreducerande terapi följs enligt nationellt vårdprogram för levnadsvanor. Efter cirka sex månader med viktreducerande behandling och en samtidigt uppnådd viktreduktion av minst fem procent kan en ny NAR tillsammans med symtomutvärdering genomföras via utredande sömnmottagning för objektiv utvärdering av behandlingen. Positionsterapi: - Inhämta information från patienten angående symtomförändring, reduktion av OSA och eventuella biverkningar. - Inhämta information från hjälpmedel om daglig användargrad (gäller endast viss utrustning med möjlighet till datautläsning). Inhämta information gällande kontroll av OSA genom en ny NAR endast vid behov och hög användning av behandlingen.	
(K) Beslut: Acceptabla symtom och OSA välfungerande? För dialog med patienten och ta ställning till ifall patienten har acceptabla symtom under dagtid och en acceptabla el sömn (bra subjektiv sömnkvalitet, förbättrad eller ingen dagsömnighet, normaliserade eller endast lindriga andningsstörningar): - Ja: Fortsätt till (L). - Nej: Fortsätt till (N).	Medverka i beslutet
(L) Behandlingsuppföljning inom tolv månader Uppföljning kan ske fysiskt på mottagning eller digitalt beroende på patientens behov, preferens samt medicinskt eller omvårdnadsmässigt behov av exempelvis annan utrustning eller byte av tillbehör. Uppföljning av vissa behandlingar kan kräva förnyad NAR för beräkning av resterande andningsstörningar under behandling medan andra inte rutinmässigt kräver det.	- Vara delaktig och engagerad behandlingen - Vid problem längre än flera dagar eller veckor kontakta ansvarig mottagning - Delta i beslut om utformning av fortsatt vård

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Generella åtgärder för alla terapiformer: - Kontrollera symtomutveckling och efterfråga eventuella biverkningar. - Åtgärda uppkomna problem med behandlingen. - Avsluta en behandlingsform vid utebliven effekt trots flera veckor eller månaders behandling. - Diskutera behandlingsalternativ. Specifika åtgärder för respektive behandling: Positivt andningsvägstryck (PAP): - Inhämta information om användningsgrad, eventuella biverkningar, effekter på symtom samt antal av andningsstörningar via data från PAP-utrustning, genom avläsning av apparatdata (nedladdning av apparatdata på mottagning eller via distansmonitorering) eller NAR. Utvärdera ev. även hantering av hjälpmedel och behov av reservdelar för hjälpmedel. - Anpassa långtidsuppföljning av behandling till patientens individuella förmåga. - Ge patienten tydlig information om hur hen kan kommunicera med vårdgivaren vid behov av förnyade hjälpmedel samt vid problem och biverkningar associerade med vald behandling. - Värdera tillsammans med patienten fortsatt behov av behandling och uppföljning. Apnébettskena: Vid behov kontaktas tandläkare eller sömnmottagning, till exempel vid biverkningar, försämrade symtom, eller tekniska problem med apnébettskenan. Kontroll av andningsstörningar är mindre säkerställd med apnébettskena jämförd med PAP-behandling, tätare kontroll av symtom och/eller effekt på andningsstörningar kan behövas hos enstaka patienter [10]. Övre luftvägskirurgi: Hos enstaka patienter kan vid behov en ny symtomutvärdering och/eller ny NAR genomföras. Överviktsterapi: Hos enstaka patienter med ytterligare viktreduktion eller viktuppgång kan vid behov en ny symtomutvärdering och/eller ny NAR genomföras.	- Vid behov av förbrukningsvaror, agera enligt den behandlande enhetens riktlinjer - Inkomma med önskemål om intyg i god tid i relation till tidsfrist från myndighet/ uppdragsgivare

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Positionsterapi: Hos enstaka patienter kan vid behov en ny symtomutvärdering och/eller ny NAR genomföras. Utfärdande av intyg: - Inhämta information gällande patientens symtom, användningsgrad av hjälpmedel (om relevant) och antal kvarstående andningsstörningar vid behandling (information från PAP-utrustning eller NAR under behandling). - Delge intyg till patienten eller till berörd myndighet, till exempel Transportstyrelsen eller Försäkringskassan. Bedömning av arbetsförmågan vid sömnapné följer Socialstyrelsens försäkringsmedicinska riktlinjer.	
(M) Beslut: Vålfungerande behandling? Ta beslut utifrån uppföljningsresultat (L) och dialog med patienten. - Ja: Fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. - Nej: Fortsätt till (N).	Delta i beslut om utformning av fortsatt vård
(N) Beslut: Är OSA tillräcklig behandlad? Besvara följande frågor i dialog med patienten: - Har patienten en normaliserad sömn- och vakenhetsfunktion? - Konkretisera frågan genom att exempelvis fråga: Har patienten upplevt en tydlig förbättring (som kan anses kliniskt signifikant) avseende dagsömnighet? Har antalet andningsstörningar under sömn minskat eller normaliserats? - Har patienten upplevt en tydlig förbättring (som kan anses kliniskt signifikant) av andra symtom än dagssömnighet? - Används PAP-terapi/apnébettskena minst fyra timmar per natt i snitt under minst fem dagar i veckan?	Delta aktivt i utvärdering av behandling

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Är OSA tillräcklig behandlad? • Nej: Återgå till (H) för att diskutera förbättring av befintlig behandling eller alternativ behandling med patienten. Överväg vid komplexa fall multidisciplinär konferens (MDK). • Ja, men inte kliniskt förbättrad vilket innebär att OSA är inte kliniskt relevant: Fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. • Nej, men lämpliga behandlingsmetoder enligt vårdförloppet är uttömda: Fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

Ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt konkretiseras genom patientkontrakt, som är en gemensam överenskommelse mellan vården och patienten om fortsatt vård och behandling.

Patientkontraktet utgår från patientens och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvård och innebär att en eller flera fasta vårdkontakter utses samt att det framgår vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv.

Patientkontrakt kan göras vid flera tillfällen, relaterat till patientens hälsotillstånd.

Mer information finns på [SKR:s webbsida om patientkontrakt](#).

OSA förblir ofta okänt för individen och ett stort antal lever odiagnostiserade under många år. Vikten av utredning för misstänkt OSA är av stor betydelse då sjukdomen påverkar patientens vardag, livskvalitet, sociala samvaro och/eller risken för allvarlig sjukdom. Dagsömnighet kan ha inverkan på prestationsförmågan i arbetet och i trafiken.

Målet med behandlingen är att patienten kan hantera sin sömnstörning genom att få rätt information kring behandlingsmetod, uppföljningsrutiner och möjlighet till alternativ behandling om så behövs. Patienten behöver från början medverka i sin vård och bli introducerad i de åtgärder som hen kan utföra själv för en förbättrad sömn, en bättre livskvalitet och en minskad risk för allvarliga konsekvenser. Det är viktigt att vården fortlöpande utbildar patienter och närstående.

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppets mål och åtgärder följs upp genom resultat- och processmått vilket skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete. Befintliga källor för uppföljning ska användas i den mån det går men målsättningen på längre sikt är att oavsett vilken källa som används för uppföljning så ska strukturerad vårddokumentation utgöra grunden. Det innebär också att uppföljning av vårdförloppen, i så stor utsträckning som är möjligt, ska baseras på information som är relevant för vården av patienten.

I nästa avsnitt sammanfattas vårdförloppets nuvarande datatillgång och uppföljningsmöjligheter. För att förverkliga uppföljningen av vårdförloppet kommer ytterligare arbete krävas, såväl nationellt gemensamt som regionalt och lokalt.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Svenska Sömnapnéregistret (SESAR) kan vara aktuellt för några av indikatorerna. SESARs täckningsgrad varierar inom olika delar av registrets uppföljningsområden.

När det gäller indikatorer med etablerad datakälla kommer arbetet med att publicera resultaten på [Vården i siffror](#) att påbörjas av stödfunktionen inom nationellt system för kunskapsstyrning.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Indikatorerna i tabell 2 och 3 visar vilka indikatorer som avses följas. För detaljerad information om hur indikatorerna beräknas, hänvisas till webbplatsen [Kvalitetsindikatorkatalog](#) där kompletta specifikationer publiceras i takt med att de är genomarbetade. Där beskrivs och motiveras också de valda indikatorerna. För att säkerställa att de för vårdförloppet viktigaste indikatorerna blir föremål för uppföljning först, har dessa i tabellen nedan tilldelats prioritet "Hög".

Indikatorerna redovisas könsuppdelat och totalt, och för både region- och enhetsnivå när det är möjligt och relevant.

Tabell 2. Resultatmått

Indikator	Prioritet
Andel patienter med diagnos OSA som har en välfungerande PAP-behandling (≥ 4 timmar per natt)	Hög

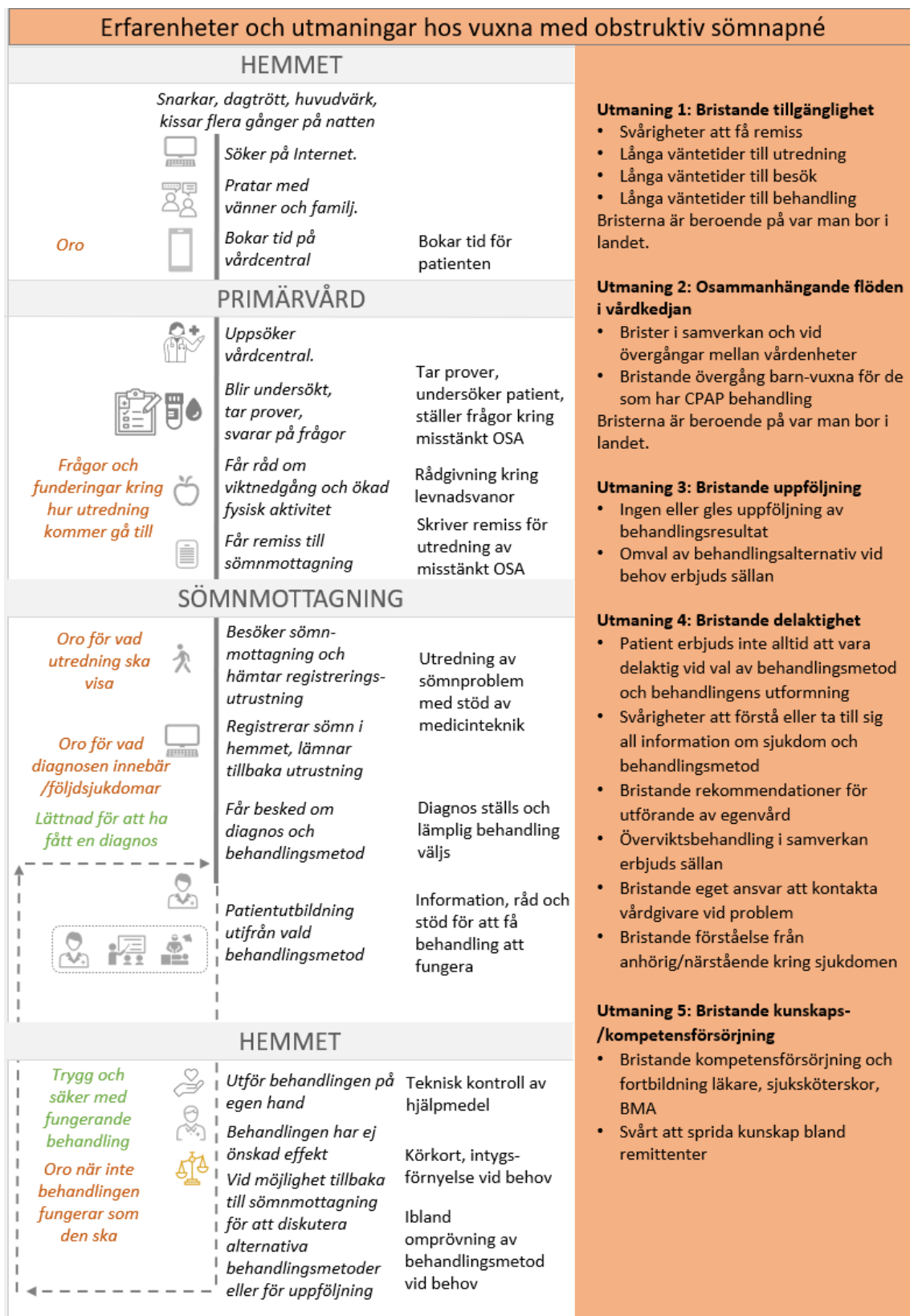
Tabell 3. Processmått

Indikator	Prioritet
Andel patienter med misstänkt OSA som genomgått sömnapnéutredning inom 90 dagar från remiss	Hög
Andel patienter med behandlingsstart inom 90 dagar från att diagnos OSA är ställd	Hög
Andel patienter med diagnos OSA som har genomgått behandlingsuppföljning inom 365 dagar från behandlingsstart	
Andel patienter med diagnos OSA som haft en vårdkontakt (på distans eller fysiskt) med vårdpersonal inför behandlingsval	Hög
Andel patienter med diagnos OSA med BMI ≥ 30 som remitterats till dietist eller mottagning för överviktsbehandling	
Andel patienter med diagnos OSA som fått information och undervisning om egenvård	
Andel patienter med diagnos OSA och AHI ≥ 30 som fått alternativ behandling efter avslutad primär behandling	

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos vuxna med OSA. I kolumn 1 beskrivs identifierade positiva och negativa patientupplevelser. I kolumn 2 anges för patienten vanliga aktiviteter och åtgärder medan kolumn 3 beskriver vårdens aktiviteter och åtgärder. I kolumn 4 anges de huvudsakliga utmaningar som patienterna möter. Vårdförloppet är utformat för att adressera dessa utmaningar som även avspeglas i vårdförloppets mål och indikatorer.



Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos vuxna med OSA

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

Innehållet i vårdförloppet baseras på evidens som har hämtats från nedanstående kunskapsstöd. Innehållet i dessa baseras på arbete av nationella expertgrupper som har värderat nuvarande kunskapsläge enligt användning av metaanalyser, systematiska översiktsartiklar och internationella riktlinjer.

- [Nationellt vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna](#)
- [Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna](#)
- [Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling](#)

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp OSA hos vuxna har pågått mellan mars 2021 och september 2022. Arbetsgruppens medlemmar utsågs och nominerades från de olika regionala programråden (RPO) för lung- och allergisjukdomar samt specialistföreningar, patientorganisationer och berörda yrkesgrupper. Alla deltagare i arbetsgruppen har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp (NAG). Ordförande för arbetsgruppen var Ludger Grote och processledare var Kerstin Hinz.

Vårdförloppet är godkänt av Nationellt programområde lung- och allergisjukdomar och styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) som rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/patientföreträdare	Organisation/tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Britt-Marie Akre		Med. sekreterare	Sahlgrenska Universitetssjukhus	Västra sjukvårdsregion	Koordinator
Carl-Peter Anderberg	Dr	Specialistläkare allmänmedicin	Kvarterskliniken	Västra sjukvårdsregion	Ledamot
Gert Grundström		Patientföreträdare	Apnéföreningen	Stockholm	Ledamot
Göran Isacson	Docent	Övertandläkare	Aleris, Stockholm	Sjukvårdsregion Mellansverige	Ledamot
Göran Stillberg		Specialistläkare allmänmedicin, sömnmedicin	Capio läkargruppen Örebro	Sjukvårdsregion Mellansverige	Ledamot
Jan Hedner	Professor	Överläkare, specialistläkare klinisk farmakologi, specialkompetens sömnmedicin	Göteborgs Universitet	Västra sjukvårdsregion	Ledamot
Jenny Theorell Haglöw	Docent	Sjuksköterska	Akademiska sjukhuset, sömnapné-mottagningen	Sjukvårdsregion Mellansverige	Ledamot
Jonas Spaak	Docent	Överläkare, specialistläkare kardiologi	Danderyds sjukhus, Hjärtkliniken	Region Stockholm-Gotland	Ledamot
Karl Franklin	Professor	Överläkare, specialistläkare lungmedicin, kirurg	Umeå Universitet, enheten för kirurgi	Norra sjukvårdsregion	Adjungerad ledamot
Karin Söderberg		Patientföreträdare	Apnéföreningen	Stockholm	Ledamot
Kerstin Hinz		Regionutvecklare	Koncernkontoret, Enhet för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling	Västra sjukvårdsregion	Processledare
Lena Leissner		Specialistläkare neurologi	Universitetssjukhuset Örebro, Neurologiska kliniken	Sjukvårdsregion Mellansverige	Adjungerad ledamot
Ludger Grote	Universitetslektor	Överläkare, specialistläkare lungmedicin och invärtesmedicin, specialkompetens sömnmedicin	Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborgs Universitet	Västra sjukvårdsregion	Ordförande
Martin Ulander	Med dr	Överläkare klinisk neurofysiologi	Universitetssjukhuset, Linköping, Neurofysiologiska kliniken	Sydöstra sjukvårdsregion	Ledamot
Tarmo Murto		Sjuksköterska	Norrlands Universitetssjukhus, Medicincentrum	Norra sjukvårdsregion	Ledamot
Zarita Nilsson		Sjuksköterska	Lasarettet i Ystad, öron-näs- och halsmottagningen	Södra sjukvårdsregion	Ledamot
Åke Tegelberg	Professor emeritus	Övertandläkare	Malmö Universitet	Västerås	Ledamot

4. Referenser

1. Lévy P, Kohler M, McNicholas WT, Barbé F, McEvoy RD, Somers VK, Lavie L, Pépin JL. Obstructive sleep apnoea syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Jun 25;1:15015. doi: 10.1038/nrdp.2015.15.
2. Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MSM, Morrell MJ, Nunez CM, Patel SR, Penzel T, Pépin JL, Peppard PE, Sinha S, Tufik S, Valentine K, Malhotra A. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med*. 2019 Aug;7(8):687-698. doi: 10.1016/S2213-2600(19)30198-5.
3. Hedner J, Grote L. Svensk Sömnapnéregister SESAR: Årsrapport 2020. 1-38. www.sesar.se
4. Bonsignore MR, Randerath W, Schiza S, Verbraecken J, Elliott MW, Riha R, Barbe F, Bouloukaki I, Castrogiovanni A, Deleanu O, Goncalves M, Leger D, Marrone O, Penzel T, Ryan S, Smyth D, Teran-Santos J, Turino C, McNicholas WT. European Respiratory Society statement on sleep apnoea, sleepiness and driving risk. *Eur Respir J*. 2021 Feb 25;57(2):2001272. doi: 10.1183/13993003.01272-2020.
5. Lyons MM, Bhatt NY, Pack AI, Magalang UJ. Global burden of sleep-disordered breathing and its implications. *Respirology*. 2020 Jul;25(7):690-702. doi: 10.1111/resp.13838.
6. Hedner J, Grote L, Friberg D, Ejnell H, Harlid R, Isacson G, Lindberg E, Midgren B, Puzio J, Tegelberg Å, Ulander M, Wartenberg C.: Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna. 2018. Nationell Kvalitetsregister SESAR/Registrcentrum Väst. 1-39.
7. Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort med mera TSFS 2010:125. Transportstyrelsen.
8. Karimi M, Hedner J, Häbel H, Nerman O, Grote L. Sleep apnea-related risk of motor vehicle accidents is reduced by continuous positive airway pressure: Swedish Traffic Accident Registry data. *Sleep*. 2015 Mar 1;38(3):341-9. doi: 10.5665/sleep.4486.
9. Grote L, Midgren B, Friberg D, Tegelberg Å, Isacson G, Theorell Haglöw J, Granzin P, Grundström G, Spaak J, Franklin K, Harlid R, Holmlund T, Stillberg G, Söderberg K, Thunström E, Anderberg CP, Murto T, Nilsson Z, Ulander M, Hedner J. Nationellt vårdprogram för obstruktiv sömnapné hos vuxna. 15 April 2021. P 1-82. <https://kunskapsstyrningvard.se/>
10. Randerath W, Verbraecken J, de Raaff CAL, Hedner J, Herkenrath S, Hohenhorst W, Jakob T, Marrone O, Marklund M, McNicholas WT, Morgan RL, Pepin JL, Schiza S, Skoetz N, Smyth D, Steier J, Tonia T, Trzepizur W, van Mechelen PH, Wijkstra P. European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. *Eur Respir Rev*. 2021 Nov 30;30(162):210200

Appendix

Appendix A. Exempel på remissmall

Mall för vårdbegäran om utredning vid misstänkt sömnapné syndrom

Vid önskemål om utredning med frågeställning sömnapné bör vårdbegäran innehålla nedanstående information.

Anamnes

1. Symtom som ger misstanke på obstruktiv sömnapné

Ange om ett eller flera följande symtom föreligger:

- snarkning
- bevittnade nattliga andningsuppehåll
- nattlig andnöd, uppvaknande med lufthunger
- motoriskt orolig nattsömn
- icke-utvilande sömn trots adekvat sömnlängd
- sömnsvårigheter, även insomni och nattligt uppvaknande
- dagsömnighet, koncentrationssvårigheter, humörförändringar
- nykturi
- nattsvettning
- muntorrhet vid uppvaknande
- frekvent morgonhuvudvärk
- eventuella andra symptom eller omständigheter som föranlett remissen

2. Samsjuklighet/differentialdiagnos som stärker misstanke om obehandlad sömnapné:

Ange om patienten har någon av följande sjukdomar:

- Hjärtkärlsjukdom (specificera)
- Obesitas och/eller diabetes
- Cerebrovaskulär sjukdom (specificera)
- Lungsjukdom (specificera)
- Psykiatrisk sjukdom (specificera)

- Neuromuskulära sjukdomar som kan tänkas påverka andningsförmågan (specificera)
 - Sedan tidigare känd eller misstänkt kognitiv svikt
 - Downs syndrom, känd akromegali eller kraniofaciala missbildningar
3. Övriga övervägande som ger indikation för utredning av obstruktiv sömnapné:
- Föreligger översömnhet som medför särskild olycksrisk, till exempel vid högre behörighet eller hos yrkeschaufför med lång årlig körsträcka?
 - Är patienten sjukskriven på grund av symptom som eventuellt kan hänföras till sömnapné?
 - Tidigare känt sömnapné, tidigare behandling mot sömnapné
 - Aktuella läkemedel som kan påverka nattlig andning eller grad av dagtrötthet

Status

- Längd
- Vikt
- Alternativt: BMI
- Systolisk/diastolisk blodtryck
- Näs-mun-svalg-status (orienterande), såsom trånga förhållanden i näsan, trånga förhållande i svalget, tonsillhypertrofi, retrognati
- Översiktlig tandstatus, ange till exempel om patienten saknar tänder