

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd Nationellt vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd Nationellt vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna

Innehållsförteckning

Sammanfattning	- 3 -
1. Om konsekvensbeskrivningen	- 5 -
2. Konsekvenser	- 5 -
2.1 Omfattning	- 5 -
2.2 Nyttan eller risker för individen	- 6 -
2.3 Etiska aspekter	- 7 -
2.4 Verksamhet och organisation.....	- 8 -
2.5 Kostnader	- 10 -
2.6 Kompetensförsörjning.....	- 11 -
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd.....	- 11 -
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	- 12 -
2.9 Uppföljning.....	- 12 -

Sammanfattning

Detta vårdprogram har tagits fram för att förbättra diagnostik, behandling och uppföljning av personer med sömnapné. Sömnapnévården i Sverige håller en god standard vid en internationell jämförelse, men vårdprogrammet innebär en förändring av praxis på en rad punkter. Programmet skall utgöra ett sammanfattande stöd för vårdpersonal. Implementering av vårdprogrammet förväntas medföra att patienter får diagnos och behandling av sömnapné på ett mera standardiserat sätt i de olika regionerna. Följande områden berörs:

Utredning

Informationen som skall finnas i en remiss för apnéutredning har förtydligats och behöver tillämpas.

Nationella kriterier för tolkning och kvantifiering av andningsstörningar behöver tillämpas och tillgång till utredning behöver bli mera jämlik.

Patienter med sömnapné har ofta en omfattande kardiovaskulär och metabol samsjuklighet och dessutom kognitiv dysfunktion p.g.a. sömnstörning som skall beaktas vid utredning.

Fysikaliskt status ingår i utredningen. Bedömningen bör därför omfatta genomlysning av riskfaktorer och eventuell kognitiv dysfunktion med målet att kunna föreslå lämplig behandling. Denna sammanfattande bedömning skall utföras av läkare (vårdpersonal) med specifik kunskap i området och i samråd med patienten.

Behandling

1. Indikationen för behandlingar som positivt lufttryck via näsmask (CPAP), apnébettskena, och övre luftvägskirurgi varierar i landet. Införandet av ett nationellt vårdprogram för behandling av sömnapné förväntas ge mer jämlik tillgång till vård. Flera behandlingsformer bör övervägas inom ramen för en personanpassad vård.
2. Övervikt som bakomliggande orsak till sömnapné uppmärksammas inte i tillräcklig utsträckning i nuvarande praxis. Implementering av vårdprogrammet förväntas leda till ett ökat fokus på viktreducerande åtgärder i denna patientgrupp.

Uppföljning

3. Oklarheter råder kring ansvaret för uppföljning av insatt behandling. Införandet av nationella riktlinjer för uppföljning av behandlingsåtgärder vid sömnapné förväntas ge en mer jämlik och säker behandling. Enligt vårdprogrammet har såväl ordinerande som behandlande enhet ansvar för uppföljning av insatt behandling.
4. Om behandlingsförsök avslutas utan att avsedd effekt har uppnåtts återgår ansvaret till utredande enhet för ställningstagande till eventuell alternativ behandling. En sådan praxis förväntas leda till en bättre kontinuitet vid behandlingsbeslut.

Kvalitetssäkring och -utveckling

5. Vårdpersonal på utrednings- och behandlingsenheter skall ha god kunskap kring rutiner för diagnos och/eller behandling vid sömnapné. Standardiserad utbildning och certifiering av personal som tillägnat sig kunskaper bör eftersträvas. Kännedom/kunskap kring sömnapné ingår i lärandeplanen vid ST-utbildningar inom lungmedicin, otorhinolaryngologi och bettfysiologi. Svensk Förening för Sömnforskning och Sömnmedicin (SFSS) anordnar återkommande utbildningar och certifiering av olika personalgrupper inom sömnapnévården. Dessa utbildningar kan och bör intensifieras.
6. Vårdinrättningar som handlägger patienter med sömnapné bör registrera vårdtillfällen i det nationella kvalitetsregistret SESAR. Patienter kan därmed ges möjligheter att jämföra vård mellan vårdgivare inom regionerna eller på nationell nivå.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensbeskrivningen för vårdprogrammet har formulerats av Nationell Arbetsgrupp (NAG) för obstruktiv sömnapné hos vuxna.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Prevalens och incidens

Sömnapné är en folksjukdom med hög prevalens. Detaljerade epidemiologiska data från Sverige är fortfarande begränsade men det förväntas att drygt en halv miljon svenskar lider av måttlig till svår sömnapné (20 % respektive 10 % av medelålders män och kvinnor, se tabell 1).

Tabell 1 beskriver en beräkningsmodell för förekomst av sömnapné i Sverige utifrån befintliga epidemiologiska data från Sverige och i Norden. AHI>5 och AHI>15 indikerar olika trösklar för definition av sömnapné. Antal individer (i tusental per åldersintervall) i Sverige baseras på data från Statistiska Centralbyrån från 2015. Prevalenstalen är delvis baserade på studier och på extrapolerade siffror för yngre ålderssegment.

Antal individer i Sverige år 2015			Prevalens AHI ≥15/h (%)		Antal individer AHI≥15/h		Prevalens AHI ≥5/h (%)		Antal individer AHI ≥5/h	
ålder	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor
15-24	609	570	2	1	12	6	5	2,5	30	14
25-34	667	634	2,5	1,25	17	8	10	5	67	32
35-44	641	619	5	2,5	32	15	10	5	64	31
45-54	664	643	10	5	66	32	20	10	130	64
55-64	571	568	20	10	114	57	50	50	285	283
65-74	541	559	20	10	108	56	50	50	271	279
75-84	264	323	15	15	40	48	35	17,5	93	56
Summa	3 959	3 916	10,6	6,4	390	222	25,7	20	943	759
Totalsumma			AHI≥15 individer i Sverige		612		AHI≥5 individer i Sverige		1702	

Incidens av nya sömnapnéfall är baserade på information från kvalitetsregistret SESAR och lokala produktionssiffror. Inom region Västra Götaland utfördes under 2017 cirka 190 nattliga utredningar (NAR)/100 000 invånare som ledde till diagnosen G473 "sömnapné", motsvarande siffror för andra stora regioner som Stockholm och Östra Götaland uppskattas till cirka 360 respektive 145/100 000 per år. Beräkningsunderlag bedöms som något osäkert men återspeglar en mycket stor variation av tillgång till utredning över landet.

Behandlingsincidens

När det gäller behovet av CPAP utprovningar har tillförlitliga data rapporterats i kvalitetsregistret SWEDEVOX. Genomsnittlig incidens av CPAP utprovningar angavs 2019 till 166/100 000 per år. Inom landets regioner varierar denna siffra med en faktor 4 mellan en högsta nivå i Värmland (350/100 000) och lägsta nivå i Blekinge (90/100 000).

När det gäller behandlingsstart med apnébetskena är underlaget för beräkning mera begränsat. Data från Västra Götalands Regionen (2017) och Region Stockholm (2019) är samstämmiga och talar för en årlig behandlingsincidens (nya samt ersättningsckenor efter längre tids bruk) på cirka 120 apnébetskenor/100 000 invånare.

Incidens av övre luftvägskirurgi (tonsillektomi eller UPPP) vid indikationen sömnapné hos vuxna kan för närvarande inte anges eftersom rapporteringen inom kvalitetsregistren för ÖNH kirurgi och sömnapné saknas. Det antas att färre än 200 ingrepp genomförs i Sverige årligen, medan behovet enligt kunskapsstödet uppskattas till fler än 1 000 fall/år.

2.2 Nyttan eller risker för individen

Nyttan med sömnapnéutredning och -behandling

Syftet med behandling av sömnapné är att förbättra hälsa och förhindra apnérelaterad sjuklighet så som kardiovaskulär och metabol sjukdom. Dessutom innebär översömning, koncentrationssvårigheter (med risk för olyckor) och nedstämdhet en viktig behandlingsindikation. Behandling av sömnapné har stor nytta för individen och samhället i form av reducerad olycksfallsfrekvens. Vidare förbättras sömn- och livskvalitet efter terapi. I många fall kan arbetsförmåga förbättras. Framför allt hos patienter yngre än 65 år och vid hög användargrad av behandling ses en reducerad incidens av allvarliga hjärt-kärlsjukdomar som stroke, infarkt eller hjärtsvikt.

Risker med behandlingen

Sömnapnébehandling med hjälpmedel som CPAP eller apnébetskena medför inga specifika risker. Lokala bieffekter förekommer frekvent men dessa är oftast milda och övergående. Vid apnékirurgi finns däremot risk för peri- och postoperativa komplikationer. Det har bedömts vara av stor betydelse att perioperativ vård och uppföljning av patienter som har opererats standardiseras i form av ett säkerhetsprogram.

Vårdprogrammets nytta

- Införande av ett vårdprogram vid sömnapné förväntas leda till en ökad kunskap kring olika metoder för sömnapnébehandling bland vårdpersonal. Vidare förväntas programmet leda till mer jämlik vård i landet, till ett mer strukturerat arbetssätt baserat på god och lika kunskap samt att patienter kan erbjudas flera olika behandlingsalternativ. Personalen kan stödja sig emot ett dokument och en kunskapsbank som beskriver evidensläget och som jämför rekommendationer på ett balanserat sätt. Diagnostik och differentialdiagnostik vid

sömnelaterade andningsstörningar kräver en noggrann bedömning av utbildad vårdpersonal där en läkare skall vara medicinskt ansvarig.

- I vårdprogrammet har det mycket tydligt formulerats att patienten skall involveras i de olika stegen av utredning och i behandlingsvalet. Detta är inte genomgående praxis i nuläget.
- Införandet av vårdprogrammets skall leda till en mer individanpassad vård och färre omotiverade regionala skillnader. Ytterligare en konsekvens är en strukturerad långtidsuppföljning som innebär en mindre risk att patienter faller ur behandlingsprogrammet.
- Inkoppling av ÖNH kompetens innebär att patienter med lämpligt svalgstatus eller de som inte tolererar är hjälpta av icke-kirurgisk behandling får möjlighet till att övervägas för svalgkirurgi. Detta kan innebära en stor nytta för individen. Risken minskar att oväntade fynd såsom obstruerande tumörer, inflammatoriska förändringar, näspolyper eller förändringar i nässkiljevägg accidentellt förbigås i utredningen.

Vårdprogrammets möjliga risker

- Att patienten skall involveras i beslutstagandet och att läkare skall vara involverad i diagnos och behandlingsval av sömnapné ökar komplexitet i vårdförloppet vilket kan leda till ökade väntetider och flera vårdbesök för patienten. Flaskhalsar i kompetensförsörjning kan leda till att färre enheter erbjuder sömnapnévård, vilket också medför förlängda väntetider och risk för underdiagnostik/ underbehandling i en region.
- Vissa mottagningar har infört ett mycket standardiserat arbetssätt för att kunna öka tillgänglighet. Då vårdprogrammet föreslår mer individualiserat behandling kan det innebära att väntetiderna förlängs. Bättre rutiner för långtidsuppföljning kan leda till liknande undanträngningseffekter för utredning eller behandlingsstart.
- Det kan finnas risker att det vid ÖNH-kirurgi sker en indikationsglidning där patienter som inte uppfyller egentliga kriterier enligt vårdprogrammet ändå erbjuds kirurgi, med risk för sämre resultat. Dessutom finns dessutom risk att kirurgi leder till biverkningar i svalgregionen. En noggrann preoperativ information är nödvändig. Säkerhetsprogrammet som ingår i vårdprogrammet skall följas i syfte att minimera risken för allvarlig komplikation i samband med kirurgin.
- Vid några idag förekommande behandlingsformer saknas höggradig evidens och därför skall dessa (exv. N. hypoglossus stimulering) inte erbjudas framgent. Det kan leda till att man försenar introduktionen av nya behandlingsformer som redan introducerats på andra håll i världen.

2.3 Etiska aspekter

- Patienternas autonomi och integritet påverkas inte negativt genom en strukturerad och professionell behandling av sömnapné. Framgångsrik behandling torde i stället stärka autonomi och integritet. Integritet måste speciellt beaktas eftersom patienten skall vara delaktig, väl informerad ha accepterat utrednings- och behandlingsprocessens resultat och förslag.

- Sömnapnévården har idag stora, omotiverade regionala skillnader vilket kan ses som problematiskt både utifrån människovärdes-, behovs- och solidaritetsprincipen. Utifrån det nya kunskapsstödet blir dessa svårare att motivera och därmed stärks i stället människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna. Detta innebär dock inte att vården blir mindre kostnadseffektiv. Med reservation för lokala skillnader ses inga problem i prioriteringshänseende för terapi med CPAP eller apnébettskena. Däremot kan det finnas en risk för att patienter med indikation för övre luftvägskirurgi vid OSA inte blir tillräckligt högt prioriterade i relation till annan planerad ÖNH kirurgi, undanträngningseffekter kan förekomma.
- Registerdata och nationell forskning visar att kön, födelseland, utbildning och bostadsort påverkar vårdprocessen för sömnapné i Sverige. Till exempel har kvinnor en längre väntetid till utredning än män och kirurgisk behandling mot sömnapné erbjuds i större utsträckning till män. Vårdprogrammet väntas kunna leda till att dessa skillnader minimeras genom kunskap kring faktorer som bidrar till en mer jämlik vård.
- Telemonitorering vid CPAP-behandling kan innebära ett möjligt integritetsproblem beroende på hur data överförs, var data lagras, vem som har tillgång till data, samt om vårdgivaren har möjlighet att parallellt lagra insamlade data. Andra frågor är hur sekretessen skyddas och hur data får användas. Dessa frågor har ännu inte adresserats i tillräcklig utsträckning på lokal, regional eller nationell nivå. Det finns en klar efterfrågan av patienter på både distans- och egenmonitorering av framför allt CPAP terapi.
- Eventuella undanträngningseffekter är svårvärderade, då vården är olika organiserad i landet, och det kommer inte kunskapsstödet att ändra på. De måste bedömas av varje enskild verksamhet.
-

2.4 Verksamhet och organisation

Utredning

Vårdprogrammet föreslår att den genomsnittliga utredningstiden för sömnapné förkortas. Vi bedömer det sannolikt att det krävs ett resurstillskott för att klara en sådan vårdgaranti i flertalet regioner. Dessutom finns ett behov av att stärka läkarresurserna för att möta kravet på närvaro vid utredning av sömnapné.

Behandling

I nuvarande avtal med sjukvårdshuvudmannen och primärvården ingår de behandlingsinsatser som beskrivs i vårdprogrammet. Patientens egenandel för kostnader relaterade till CPAP behandling (månadshyra, kostnader för nya masker) varierar betydligt mellan regionerna och det finns ingen samordning eller konsensus på nationell nivå. Kriterier för ersättning av behandling med apnébettskenor, som finansieras som tandvårdsstöd av respektive Region, varierar också i landet och genomgår en regelbunden revision på regional, men inte på nationell nivå. Vårdprogrammet lyfter fram övriga insatser som behandling av övervikt/fetma, riskbruk av alkohol och för insomnibesvär i enlighet med regionala riktlinjer. Dessa kommer att kräva fler besök av patienter till sjuksköterska,

dietist, psykolog/KBT terapeut och läkare, samt i viss mån till fysioterapeuter och andra yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvård som arbetar med fysisk träning.

Det förväntas att indikation för behandling av OSA med övre luftvägskirurgi kommer att ökas hos en utvald grupp av patienter. Det ställer krav på att ÖNH kirurgiska vårdinrättningar kan bereda resurser för dessa ingrepp. Centralisering av kirurgisk kompetens för övre luftvägskirurgi vid OSA på regional nivå kan behövas inklusive utbildningsinsatser för olika vårdpersonalkategorier.

Uppföljning

Uppföljning av CPAP behandling under de första 3 till 12 månaderna anses vara etablerade men det finns stora skillnader och brister i långtidsuppföljning av denna behandling med ett oftast livslångt perspektiv. Patienter behandlade med apnébettskena behöver också strukturerade uppföljningsrutiner inkluderande medicinsk utvärdering primärt genom förnyad NAR. För närvarande skiljer sig praxis för uppföljande NAR mycket i landet – från närmast obefintliga i vissa regioner till regelbunden uppföljning av de flesta patienter efter nyinsatt behandling. Här krävs omfattande anpassningar av resurser och organisation för en majoritet av regionerna.

En särskild utmaning är uppföljning av yrkeschaufförer som behöver bedömas (intyg) avseende säkerhet vid förnyat körkortsinnehav. Hos många patienter med känt sömnapné förblir en icke fungerande sömnapnébehandling oupptäckt och dessa patienter utgör därmed en trafiksäkerhetsrisk. Det är konsensus att uppföljning av bra sömnapnébehandling vid samtidigt körkortsinnehav är medicinsk angelägen, men aktiviteter kring bedömning av körkortsinnehav många gånger kan innebära en konflikt kring hur knappa utrednings- och behandlingsresurser skall fördelas eftersom undanträngningseffekter drabbar andra medicinskt mera prioriterade fall.

Sammanfattningsvis, vårdprogrammet betonar betydelsen av kontinuitet i uppföljningen av alla terapiåtgärder vid sömnapné och har tydligt fördelat patientansvaret mellan utredande och behandlande vårdinrättningar. Det krävs både organisatoriska och resursmässiga anpassningar för de mottagningar som har långtidsansvaret för sömnapnébehandling för att kunna klara denna uppgift.

Kvalitetssäkring

Utökade utbildningsinsatser behövs för implementering av vårdprogrammet hos alla yrkesgrupper involverade i vårdprocessen enligt ovan. Många vårdinrättningar i landet rapporterar redan nu in i kvalitetsregistret SESAR. Ytterligare enheter, framför allt inom tandvården och ÖNH kirurgi, bör införa denna rutin.

Digitalisering

Under 2020 har egen- och distansmonitorering vid CPAP-behandling ökat kraftigt. Tekniken möjliggör att behandlingseffekten kan kontrolleras mer kontinuerligt och med fritt valda intervaller. Patienter kan också ges en möjlighet till egenmonitorering. Terapiformer andra än CPAP ger inte tekniska möjligheter till distansmonitorering på samma sätt även om metodutvecklingen på området är snabb. Vårdprogrammet ger inga tydliga rekommendationer eftersom evidensläget fortfarande är begränsat. Nationella eller internationella riktlinjer finns inte tillgängliga. Paradoxalt nog har COVID-19 pandemin medfört en snabb spridning av denna teknologi vilket i sin tur har skapat ett vidare

behov av såväl nya resurser som nya arbetssätt. Sammanfattningsvis, vårdprogrammet beskriver ramar för uppföljningsbehovet och förväntas skapa därmed en större regional och nationell jämlikhet i sömnapnévården. Digitalisering av vårdprocessen kan ge behov för utveckling av nya arbetssätt som kräver en metodisk utvärdering.

2.5 Kostnader

Behandling av sömnapné skall i enlighet med vårdprogrammet huvudsakligen bedrivas inom ramen för avtal med sjukvårdshuvudmannen och primärvården. Initialt förväntas kostnaden för implementering av vårdprogrammets rekommendationer att öka. Antal timmar för vårdpersonalen att utreda och behandla denna patientgrupp kommer att öka på kort sikt, men på lång sikt kan behandlingen bli kostnadsbesparande genom minskad sjuklighet. Vid införandet av förbättrade vårdrutiner är det viktigt att det inte uppstår undanträngningseffekter varför resurstillskott kan behövas.

Kostnadsestimering ökat utredningsvolym vid misstänkt sömnapné

Nuvarande incidens av OSA fall i landet (enligt beräkningar ovan) uppskattas till genomsnittligt 230 (varians 145 till 350) /100 000 invånare. SESAR fångar endast patienter med fastställd OSA diagnos och cirka 20 % av alla diagnostiska nattliga mätningar med NAR visar ett normalt fynd. Därmed ligger den faktiska undersökningsfrekvensen på cirka 280 (varians 175–420) undersökningar/100 000 invånare/år. Eftersom näst intill alla utredningsenheter i landet har långa väntetider beräknats det årliga behovet ligga på en den högre nivån mellan 340–400 utredningar/100 000 invånare (+20%). Sammanfattningsvis, incidenssiffror för behandling med CPAP eller apnébettskena kan summeras till cirka 280 nya behandlingsstarter/100 000 per år vilket indikerar att incidenstal för sömnapnédiagnos ligger närmare 350 till 400 patienter/100 000/år.

Nuvarande utredningsvolym och -kostnader varierar mellan regionerna och en beräkningsmodell för kostnader behöver upprättas för varje enskild sjukvårdsregion.

Kostnadsestimering behandling av sömnapné

Drygt hälften av de patienter som utreds p.g.a. misstänkt sömnapné får diagnosen uttalad sömnapné och en rekommendation att påbörja behandling med CPAP. Enligt kvalitetsregistret SWEDEVOX är behandlingsincidensen för CPAP 166/100 000 invånare/år. Detta är en genomsnittlig siffra som är direkt beroende av genomförda utredningar och som därför kan variera med en faktor på fyra mellan regionerna. Intressant nog visar regioner med hög förskrivningsfrekvens av CPAP (>200/100 000 invånare/år) inga tecken på indikationsglidning eller överförskrivning av CPAP behandling.

Vårdprogrammet förtydligar vilka patienter som skall erbjudas CPAP och det förväntas att förskrivningen av CPAP blir mer enhetlig i landet. Då både vårdprocessen för start och uppföljning av CPAP terapi och patientens andel på behandlingskostnader skiljer sig avsevärd mellan sjukvårdsregioner behöver varje sjukvårdsregion beräkna sina kostnader utifrån dessa siffror.

Liknande siffror för behandlingsincidens av behandling med apnébettskena (cirka 120/100 000/år) har räknats fram för några få sjukvårdsregioner. Inte heller för framställande av apnébettskena finns någon nationell taxa utan regionala beräkningsmodeller behöver tillämpas.

Gällande behandling av OSA hos vuxna med övre luftvägskirurgi så är kännedom om behandlingsincidens närmast obefintlig. Det har antagits att dagens operationsfrekvens är 2–5 gånger lägre än motiverat utifrån kunskapsstödet. Bättre och tydligare rapportering i kvalitets- eller diagnosregister behövs för att kunna skapa ett säkrare beräkningsunderlag.

Kostnadsestimering uppföljning av terapi

Uppföljning av behandling med apnébetskena är eftersatt i många regioner. Förskrivningsvolym av bettskenor är cirka 120/100 000 per år. Vid antagande att en del av dessa skenor utgör en ersättning av en gammal skena, utförs cirka 100/100 000 nya behandlingar/år. Cirka 15 % av patienter som erhåller apnébetskena avslutar behandlingen inom de första 3 månaderna på grund av bristande effekt eller biverkningar. Därmed beräknas uppföljningsbehovet till cirka 85/100 000 invånare per år. Beräkning av faktiska kostnader behöver göras utifrån varje sjukvårdsregion då även kostnader för uppföljningsundersökningar skiljer sig markant mellan regionerna. Utifrån resultat från uppföljningsundersökningen identifieras patienter med behandlingssvikt vilket i sin tur skapar ett mindre behov av alternativa behandlingar, som till exempel CPAP.

2.6 Kompetensförsörjning

Vårdpersonal på utrednings- och behandlingsenheterna bör ha god kunskap kring diagnos och/eller behandling av sömnapné. Goda utbildningsmöjligheter och ett system för certifiering av personal bör eftersträvas. Kunskap om sömnapné ingår i kunskapskatalogen för ST-utbildningar inom lungmedicin, klinisk neurofysiologi, öron näsa hals kirurgi och bettfysiologi. Svensk Förening för Sömnforskning och Sömnmedicin (SFSS) anordnar återkommande utbildningsaktiviteter. Genomförd utbildning tillsammans med en stipulerad praktisk tjänstgöring på en sömnmedicinsk mottagning kan utgöra grund till certifiering av olika personalgrupper som är involverade i sömnapnévård. Sådana certifieringsmodeller har upprättats på andra håll i Europa.

I dagsläget har cirka 50 läkare, 100 sjuksköterskor/BMA och 49 tandläkare uppnått denna certifieringsnivå i Sverige. Behovet anses vara många gånger högre med tanke på att det finns cirka 100 utredningsmottagningar, 50 CPAP mottagningar och ett stort antal tandläkarmottagningar involverade i sömnapnévården i Sverige. Dessa utbildningsaktiviteter bör därför initieras så snart som möjligt så att en certifiering kan efterfrågas vid till exempel upphandling av sömnapnévård. ÖNH kirurgiska enheter och associerade narkosavdelningar bör utbildas kring specifika risker vid operation av OSA patienter och säkerhetsprogram som kan minimera dessa risker.

Informations- och utbildningsmöten i de olika sjukvårdsregionerna bör genomföras vid införandet av vårdprogrammet. Dessa utbildningar omfattar personal både inom primär- och specialistvård. Den Nationell arbetsgruppen (NAG) kan inta en stödjande funktion för att få dessa utbildningar till stånd i samverkan med regionerna.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Ett vårdprogram för behandling av sömnapné hos barn behöver koordineras tillsammans med denna NAG. Andra kunskapsstöd för livstilförändring och viktreduktion är också mycket betydelsefulla inom

ramen för behandling av sömnapnépatienter. Samverkan med kunskapsstödet för andra viktiga samsjukligheter vid sömnapné, till exempel hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom eller stroke är betydelsefulla.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Primärvården kan få en större roll inom vården för sömnapné. Redan nu är det inom primärvården som patienterna med misstänkt sömnapné huvudsakligen identifieras. Vid en omställning till nära vård kan förenklad sömnapnédiagnostik utföras inom primärvården (uteslutande av uttalad sömnapné inom olika riskgrupper). Även upptäckten av icke fungerande sömnapnévård (CPAP, apnéskena, kirurgi, viktreduktion) eller återkomst av symptom som översömning och kognitiva störningar trots pågående sömnapnébehandling sker redan idag inom primärvården. En snabb teknisk utveckling kring sömnapnédiagnostik kommer framgent att påverka möjligheterna att bedriva diagnostik i primärvården.

ÖNH kirurgiska enheter behöver i större utsträckning bereda möjlighet till behandling av sömnapné eller vid nasala komplikationer av CPAP behandling.

2.9 Uppföljning

Det finns för närvarande ett relevant kvalitetsregister för sömnapnévård i Sverige (SESAR) som kan användas för uppföljning. Inrapporterade data från 53 kliniker i landet över 63 000 enskilda patienter och >102 000 vårdtillfällen finns tillgängliga för analys. Men rapporteringen in i registret behöver ökas ytterligare framför allt för behandling med apnébetskena och för luftvägskirurgiska ingrepp. Även andel uppföljningsregistreringar i registret är bristfälliga för alla terapiformer.

Intensiv dialog i form av årlig uppföljning och återkoppling av behandlingsresultat från kvalitetsregistret till enheterna rekommenderas.