

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna

Dnr RÖ 2022-10743. Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper.

Sydöstra sjukvårdsregionen, ledningsstab

RPO endokrina sjukdomar

RPO hjärt- och kärlsjukdomar

RPO hälsofrämjande

RPO nervsystemets sjukdomar

RPO primärvård

RPO äldres hälsa

RPO öron-, näs- och halssjukdomar

RSG HTA

RSG medicintekniska produkter

RSG strukturerad vårdinformation

RSG uppföljning och analys

1. Beskrivning av vårdförlopp

RPO Äldres hälsa

Ett angeläget område ur ett äldreperspektiv, inte minst eftersom OSA är en ej sällan förekommande differentialdiagnos vid kognitiv utredning. Saknar därför att detta nämns i dokumentet.

1.1 Om OSA hos vuxna

RPO Nervsystemets sjukdomar

Det står fel i tredje raden "Alla andningsuppehåll avslutas med ett kortvarigt uppvaknande, så kallad arousal...". Arousal är definitionsmässigt inte detsamma som ett uppvaknande utan en kortvarig (< 15 sekunder) störning som leder till ytligare sömn. Alla apnéer eller hypopnéer leder inte till uppvaknanden eller arousals.

Vi föreslår att man skriver enligt definitionerna; ex så här:

En övre luftvägskollaps kan vara total och kallas då apné om den leder till ett andningsuppehåll som varar i minst 10 sekunder. Den kan också vara partiell och benämns då hypopné, om den leder till en minskning i syremättnad eller en sömnstörning (uppvaknande eller arousal). Om patienten har mer än 5 obstruktiva andningsstörningar per timme kan OSA föreligga.

RSG HTA

Önskvärt att mer betona att vården är påtagligt ojämlik i landet.

1.2 Omfattning

RSG Strukturerad vårdinformation

Beskrivningen under 1.4 är mer omfattande än den som står under rubriken Omfattning. Ingångar beskrivs som inte nämns under Omfattning. Ingång är inte bara vid misstanke.

Tunn eller ingen koppling under Omfattning till följande utgångar som beskrivs i 1.4:

- Behandlingskrävande OSA kan inte påvisas.
- Trots att andningsuppehåll har behandlats kvarstår symtomen.

1.3 Vårdförloppets mål

RSG Strukturerad vårdinformation

Följande mål är inte beskrivna som mål utan som aktiviteter:

- *Patienter och eventuella närstående upplever delaktighet i vården genom:*
 - *dialog kring behandlingsmetod utifrån patientens behov och utredningens resultat o 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.*

Svårt att uttala sig om kopplingen mellan målen och indikatorerna då indikatorerna inte är utförligt beskrivna, särskilt svårt för målet "Andelen patienter med välkontrollerad OSA ökar".

Otydlighet i vissa begrepp: När vet vi att "Samverkan och övergångar mellan olika vårdenheter inklusive tandvården" **fungerar**?

RPO Öron-, näs- och halssjukdomar

*"Patienter och eventuella närstående upplever delaktighet i vården genom
o dialog kring behandlingsmetod utifrån patientens behov och utredningens resultat
o att planering för egenvård upprättas gemensamt
o att överviktsbehandling erbjuds vid behov."*

Förtydliga gärna vad som menas med egenvård respektive överviktsbehandling.

RSG HTA

Placera målet "bästa möjliga livskvalitet..." före "undvika framtida funktionsnedsättningar".

1.4 Ingång och utgång

RPO Äldres hälsa

Patienter med kognitiva svårigheter bör vara högre prioriterade för utredning av OSA eftersom annan utredning kan vara aktuell om OSA kan uteslutas vara orsak till kognitiv påverkan.

RSG Strukturerad vårdinformation

Misstanke om OSA förutsätter väl att anamnestagningen i aktivitet A är utförd? Det blir därmed en rundgång i resonemanget som gör det omöjligt att veta vilken patientgrupp som ska få åtgärd A (utan att delar av åtgärd A är utförd).

Fyller det någon funktion att ha med "habituell snarkning" i listan över symptom vid misstanke då det i sig ändå inte är tillräckligt för misstanke? Hade det inte räckt att säga att något av följande symptom ska finnas:

- 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).

Kopplingarna mellan utgångarna som beskrivs i flödesschemat och i 1.4 är inte helt tydliga. Vilka utgångar motsvarar vilka av de möjliga utgångarna som beskrivs i 1.4?

RPO Öron-, näs- och halssjukdomar

Utgången under (O) "*Lämpliga behandlingsformer enligt vårdförloppet är uttömda*" bör finnas med redan i den inledande texten. Förtydliga att detta även omfattar patienter som avbryter eller väljer att avstå från behandling då det för patienter med OSA är en relativt stor andel.

RSG HTA

Bra med förtydligande om att definiera symtom samt om tillstånd och samsjuklighet som kan vara kopplad till OSA.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

RSG Strukturerad vårdinformation

Se under 1.4.

RPO Öron-, näs- och halssjukdomar

Vid god effekt och uppgiven god compliance vid uppföljande PG med skena inom 6 mån efter utprovning ser vi inget behov av ny uppföljning inom 12 månader. Så inte heller vid välfungerande CPAP-behandling vid första uppföljningen. Finns det tillräckligt vetenskapligt och ekonomiskt stöd för extra återbesök för dessa grupper? Vi önskar större möjlighet till individualiserad uppföljning utan att avvika från vårdförloppet för att styra sjukvårdsresurs till de med stora behov, dvs låg compliance och sämre behandlingseffekt.

1.6 Vårdförloppets åtgärder

RPO Nervsystemets sjukdomar

Punkten D, Utredning:

Varför är Upper Airway Resistance Syndrome listad som en differentialdiagnos tillsammans med många andra tillstånd som inte alls har med OSA att göra? UARS bör ses som en undervariant till OSA; kan ofta ses i början av sjukdomen innan den har progredierat till den fullt utvecklade varianten. Behandlingen är densamma. Vi föreslår att detta tillstånd inte nämns i texten.

Punkten K, Initial uppföljning inom 6 månader efter behandlingsstart:

Förstår inte detta. Praxis i Sverige för initial uppföljning efter insatt CPAP-behandling är tre månader. För anti-apnéskena är det sannolikt mer flexibelt, men tre månader kan anses önskvärt även där. Vi uppfattar att "6-månadersuppföljningen" kommer från kirurghåll, och det må så vara, men då bör man specificera detta i dokumentet. Men det är också viktigt att angående kirurgisk behandling specificera att 6-månadersuppföljning inte är tillräckligt. Vi har länge känt till att många patienter återfaller en tid efter operation – se ex Larsson H, Carlsson-Nordlander B, Svanborg E. Laryngoscope 1994. Av 50 opererade patienter var 60 % betraktade som lyckade efter 6 månader, men bara 50 % efter 4 år.

Vi föreslår att man under punkten M "Behandlingsuppföljning inom 12 månader" skriver att detta gäller alla typer av behandling. Det bör stå "efter" i stället för "inom" – det senare kan ju innebära efter en månad, vilket är för tidigt. Vi vet ju också att ett antal patienter avbryter sin CPAP-behandling efter ett par månader).

RPO hälsofrämjande

Under Basal utredning (A) vore det önskvärt att inkludera anamnes kring levnadsvanor för att identifiera ohälsosamma levnadsvanor vilka kan påverka sömnens kvalitet och är kopplade till samsjuklighet med sömnapné. Om ohälsosam levnadsvana identifieras bör enkla råd ges tillsammans med rekommenderad åtgärd (kvalificerat rådgivande samtal vid tobaksbruk eller ohälsosamma matvanor samt rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol eller otillräcklig fysisk aktivitet). Uppföljning av ohälsosamma levnadsvanor föreslås ske i samband med vårdförloppets ordinarie uppföljningspunkter.

Under utökad utredning (F) återkommer samma frågeställningar till patientens som hen redan fått under (D). Kan upplevas som onödig upprepning ur patientens perspektiv.

I frågor som är föreslagna att ställa till patienten är det värdefullt att i möjligaste mån undvika fackspråk, ex "kliniskt signifikant", under (O).

RPO Äldres hälsa

Vårdförloppet kunde haft mer fokus på hälsofrämjande och förebyggande åtgärderna för att förebygga en av del av den medicinska behandlingen.

RSG Strukturerad vårdinformation

I sammanfattningen samt i en av indikatorerna nämns remiss till dietist. Denna remiss nämns dock inte under Vårdförloppets åtgärder. Underlaget till remiss till dietist saknas därmed också.

RPO Öron-, näs- och halssjukdomar

Vid (D) "överbäg differentialdiagnostik" anges en rad tillstånd som orsak till dagsömnighet. Finns det vetenskapliga belegg för koppling mellan dagsömnighet och ex panikångest, primär snarkning utan andningsuppehåll eller laryngospasm?

Att överväga/utesluta diffdiagnos primär snarkning eller UARS innan nattlig andningsregistrering är omöjligt då somnografin är utredningen. Formuleringen ovan är också betydligt mer specifik än vårdförloppet i övrigt.

Vi föreslår att man helt stryker förslagen till differentialdiagnoser här eller skriver "överväg andra orsaker till dagsömnighet som psykisk ohälsa eller kroppslig sjukdom alternativt sömnstörning av andra orsaker som till exempel insomningssvårigheter, nattlig reflux eller restless legs".

(O) Tillägget "klinisk signifikans" behövs inte.

RPO Endokrina sjukdomar

Här saknas en kort mening om bakomliggande mekanismer/sjukdomar. Förslagsvis under eller i anslutning till punkt G så att det blir tydligt att man behöver tänka på bakomliggande sjukdomar (hypotyreos, akromegali, övervikt).

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

För komplicerat vårdförlopp. Sömnmottagningar finns sällan och den enhet i regionen som har ansvaret, exempelvis ÖNH-klinik, att omhänderta diagnostiserade OSA-patienter ska vid behov remittera till tandläkare. Behandlande läkare remitterar parallellt patient till överviktsenhet vid behov.

Föreslår följande förenkling av flödet:

- (A) Basal utredning – remiss från behandlande läkare som tex dl, kardiolog, diabetolog
- (B) Remiss för nattlig andningsregistrering
- (C) Diagnos OSA – remiss för bedömning på ÖNH-klinik
- (D) Behandlingsstart: PAP via ÖNH alt ÖNH-operation alt remiss till tandläkare om bettskena bedöms vara den bästa behandlingen.
- (E) Utvärdering: ÖNH/tandläkare utvärderar given behandling inom 1 mån, ev med justeringar
- (F) Uppföljning 6 mån: ÖNH följer upp, ev ny andningsregistrering. Om behandlingen inte fungerar, överväg byte av behandling.
- (G) Uppföljning efter 12 mån.

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

RSG HTA

Det är särskilt viktigt att informera om diagnosen som ofta är okänd för patienten. Risken är påtaglig att patienten annars avbryter behandlingen. Compliance är ofta låg med tiden.

2. Uppföljning av vårdförlopp

RSG Uppföljning och analys

Uppföljning av upplevd delaktighet behöver utvecklas.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

RPO Öron-, näs- och halssjukdomar

Hela detta stycke finns under punkt 2 och bör strykas på ena stället.

"Vårdförloppets mål och åtgärder följs upp genom resultat- och processmål 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 vårdokumentation 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."

RSG Uppföljning och analys

Indikatorerna är i de flesta fallen möjliga att få fram ur regionernas journalsystem med relativ enkelhet. Några av indikatorerna kommer att ställa höga krav på korrekt kodning, exempelvis andelen som får undervisning om egenvård. Ingen av indikatorerna bedöms så komplicerad att den inte går att hitta.

2.2 Indikatorer för uppföljning

RSG Strukturerad vårdinformation

Många indikatorer är vagt angivna. Det saknas mycket information för att kunna bedöma indikatorerna.

- Vad är en välfungerade "PAP-behandling"?
- Saknar definition av "obesitasmottagning" eller "motsvarande enhet".

"Andel patienter med diagnos OSA med BMI ≥ 30 som får remiss till dietist, obesitasmottagning eller motsvarande enhet i regionen för överviktsbehandling". Det framgår inte i aktiviteterna eller flödesschemat när detta ska ske, nämns endast i sammanfattningen.

Flera av resultatmått är processmått.

RSG HTA

Arbetet med att definiera lämpliga indikatorer återstår. Svenska Sömnapnéregistret kan vara en utgångskälla.

RSG Uppföljning och analys

Antalet indikatorer är rimligt och bra med prioritering. En uppdelning på process- och resultatmått är bra, men tyvärr kan enbart det första angivna resultatmåttet anses vara resultatmått, övriga är processmått. Resultatmått kring upplevd delaktighet skulle kunna ersätta ett av de angivna måtten.

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

RPO Öron-, näs- och halssjukdomar

Under rubriken "Vårdförloppet nytta" anges den nytta involvering av ÖNH-kompetens kommer att göra för individen med trängsel i näsa/svalg eller som inte tolererar icke-kirurgisk behandling. I vårdförloppet nämns ÖNH-bedömning enbart under (D) Utredning. Här anges "*Vid trängsel eller konstant nästäppa överväg remiss till ÖNH.*" Vi uppfattar att det finns en diskrepans mellan den relativt begränsade grupp vi uppfattar omfattas av (D) och nyttan i form av oväntade fynd i form av tumörer mm i konsekvensbeskrivningen. Vi har svårt att avgöra omfattningen av ÖNH-läkarens tilltänka roll. Hur stor andel av patienterna förväntas behöva undersökas av ÖNH-läkare?

I vårdförloppet saknas också under (O) "*Tillräcklig behandling: Nej*" den hänvisning till att då överväga ÖNH-undersökning som finns i konsekvensbeskrivningen. Även om svalgkirurgi finns

med bland behandlingsalternativen är det som författarna själva konstaterar en sällan använd behandling. För att inte missa möjligheten föreslår vi tillägg under (O)

- Överväg (ny) ÖNH-bedömning avseende möjlighet till kirurgisk behandling.

Under 2.9 Uppföljning

Meningen "ÖNH-kirurgiska enheter behöver i större utsträckning bereda möjlighet till behandling av sömnapné eller vid nasala komplikationer av PAP-behandling." är otydlig. Behandling av sömnapné sker inom olika specialiteter. Avses den kirurgiska behandlingen? Utöver torra slemhinnor vilket mycket sällan kräver ÖNH-kompetens ser vi inte nasala komplikationer till PAP. Avses egentligen behov av kirurgisk behandling av nästäppa för att underlätta PAP-behandling?

Förslag till formulering: ÖNH-kirurgiska enheter behöver i större utsträckning bereda möjligheter till kirurgisk behandling av sömnapné och behandling av svår nästäppa som försvårar användande av PAP.

RSG Medicintekniska produkter

Leverantörer av PAP-utrustning kan i dagsläget inte leverera det önskade antal utrustningar som vårdförloppet beräknas innebära. Det finns en växande "skuld" gällande redan diagnostiserad OSA som ej kunnat få påbörja behandling.

I anslutning till kompetensförsörjning behövs även en del om materialförsörjning (inklusive logistik, support och underhåll) lyftas så att de förutsättningar som behövs för att framgångsrikt kunna följa vårdförloppet är på plats hos vårdgivarna.

RSG Läkemedel

Här har en detaljerad och ambitiös kostnadsanalys gjorts, vilket välkomnas, då det föreslagna vårdförloppet innebär omfattande förändring av struktur för utredning, behandling och uppföljning. Man tror att behandlingen på lång sikt kan bli kostnadsbesparande genom minskad sjuklighet men att det vid införandet av vårdförloppet kommer att behövas resurstillskott så att inte undanträngningseffekter uppstår. I vilken mån och på vilket sätt man bedömer kostnadsbesparingen framgår dock inte. Man beräknar att ca 58 Mkr i resurstillskott skulle behövas i Sverige, vilket behöver vägas mot andra insatser vid andra sjukdomstillstånd.

Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

Sydöstra sjukvårdsregionen, ledningsstab

Vårdförloppet fyller ett viktigt behov. Införande kan behöva ske gradvis i sjukvårdsregionen efter mer noggrant genomförd gapanalys och kostnadsberäkning. Detta gäller särskilt om utbildning, rekrytering eller andra investeringar krävs.

RPO hälsofrämjande

Det kan vara bra att skilja på övervikt och obesitas då dessa kan ses som två olika tillstånd med olika rekommenderad behandling.

RPO Öron-, näs- och halssjukdomar

En förutsättning för att kunna använda sig av det flöde som beskrivs är en god kännedom om det nationella vårdprogrammet OSA vuxna. Ensamt är vårdförloppet inte användbart i kliniken då man

måste läsa vårdprogrammet parallellt för att veta hur patienten ska sorteras i flödet. Vid alla tillfällen man refererar till diagnos och val av och rekommendation kring behandling behöver man hänvisa till vårdprogrammet eller skriva in centrala kriterier tex AHI-gränser. Som hjälp och stöd för verksamheten vore det betydligt bättre med ett enda dokument där vårdprogram och vårdförlopp förts samman. Är detta inte möjligt önskar vi att flödesschemat från vårdförloppet infogas i vårdprogrammet.

RSG HTA

I "Sammanfattning" kan texten förtydligas till att "påbörjas terapi alternativt med positivt" PSG är definitivt "golden standard" och bör vara förstahandsalternativ för diagnostik särskilt inför t ex kirurgi. Utredningsresursen för PSG (och NAR) är en starkt begränsande faktor liksom kompetent personal att genomföra och utvärdera undersökningarna.

Vårdförloppet förutsätter en bred och omfattande utbildningsinsats av flera kategorier inte minst personalkategorier inom sjukvården.

En mycket viktig målsättning är ökade möjligheter för diagnostik.

Uppföljning med indikatorer och sammanhållet nationellt IT stöd för det är en absolut avgörande faktor för en förbättrad vård av OSA.

En påtaglig svaghet är avsaknaden av hälsoekonomiskt underlag i Vårdförloppet (se dock Konsekvensbeskrivningen).

RSG Medicintekniska produkter

Beroende på hur man är organiserad kan det finnas behov att till exempel hjälpmedelsverksamhet behöver få möjlighet att yttra sig angående detta vårdförlopp.

Man riskerar att förtroendet för vårdförloppet urholkas om någon del av kedjan inte kan upprätthållas så att patienten får ordinerad vård, samt att det kan få stora konsekvenser på individnivå.

Vid lokal tillämpning av vårdförloppet riskeras nya eller fördjupade utmaningar kring leveranskedjor, lagerhållning, spårbarhet et cetera.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Viktigt vårdförlopp eftersom obstruktiv sömnapné utgör en riskfaktor för utveckling av hjärt- och kärlsjukdomar och bör därför uteslutas vid ex förmaksflimmer. Föreslår förenkling av vårdförloppet. Remittenten (som kan vara distriktsläkare, kardiolog, endokrinolog mm) ska vid misstänkta symtom frikostigt kunna skicka remiss för nattlig andningsregistrering och om denna är patologisk ska vårdkedjan starta utan att remittenten behöver vara inblandad.

RSG Läkemedel

Vårdförloppet innehåller huvudsakligen riktlinjer för utredning av OSAS, utan läkemedelsrekommendationer och RSG läkemedel har därför inga synpunkter på förloppet ur den synvinkeln.