



Föreningen för sjuksköterskor
inom Öron, Näsa, Hals och
Huvud-Halskirurgi

Stockholm 2021-06-08

Remissvar för Nationellt vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna

Övergripande synpunkter på vårdprogrammet

Vårdprogrammet är väldigt omfattande och antalet sidor är många. Om det är möjligt så ser vi gärna att den finala versionen är kortare och mer lättöverskådlig för att öka användbarheten i det kliniska arbetet. Vi föreslår en annan disposition av vårdprogrammet. Det skulle vara en fördel om varje ämne (exempelvis PAP) stod i ett kapitel eller att avsnitten kommer efter varandra. Detta skulle göra vårdprogrammet mer användbart.

Vi ser mycket positivt på den omfattande evidensbaserings som ligger till grund men upplever att det ibland stör läsbarheten med redogörelse för forskning. Detta skulle kunna förbättras om de faktiska rekommendationerna läggs i en egen del. Vidare efterfrågar vi om det finns det någon utgång ur vårdprogrammet, när kan man "skrivas ut"?

Vi saknar en diskussion kring kostnader kring utrustningen för patienterna. Det är den största ojämlikheten nationellt att kostnaden varierar kraftigt över landet, och även där bör jämlikhet nationellt eftersträvas.

Kapitel 6: Behandling av obstruktiv sömnapné

Figur 1 – Inga symtom, Ingen eller välkontrollerad kardiometabol samsjuklighet men AHI över 30: bör inte den vara gul? Ni skriver nämligen tidigare att man bör ha ett aktivt förhållningssätt till behandling vid ett AHI över 15/h. Finns tex. en del yrkeschaufförer som hävdar att de inte har några symtom men har hög AHI.

Sid 13 – "Behandlingsbeslutet vid OSA påverkas av många faktorer och de som främst övervägts är AHI, ålder, kardio-metabol samsjuklighet och symtom i form av översömnhet, kognitiv påverkan och sömnstörning, yrke. Det är fortfarande oklart exakt hur stort det relativa inflytandet av varje enskild faktor är och klinisk erfarenhet talar för att OSA sjukdomen kan ta sig olika uttryck." Vi saknar en diskussion och beskrivning av att sjukdomen också kan ta sig olika uttryck mellan kvinnor och män.

sid 15 ”En förutsättning för långsiktig följsamhet är att patienten engageras i beslut och val av behandling genom samtal med specialutbildad vårdpersonal” Vi skulle gärna se en beskrivning av professioner och med vilken kompetens som skulle vara aktuella.

Sid 17 ”Det finns en väl dokumenterad koppling mellan OSA, kognitiv påverkan och depression.” Av nyfikenhet undrar vi om det används några screeningmetoder för kognitiv påverkan eller depression?

Kapitel 7: Behandlingsmetoder vid obstruktiv sömnapné

Sid 20 - ”PAP-relaterade biverkningar är frekventa men ofarliga. Andra behandlingsalternativ behöver övervägas bland patienter med låg PAP-följsamhet under i snitt 4 timmar/natt.”

Vi saknar vilka biverkningarna är. Det kommer mycket senare i programmet men det blir avhugget när inte kapitlen inom samma ämne hänger ihop.

”Patientutbildning och coachning bör användas vid terapistart med PAP. (hög evidens)”

Vi saknar beskrivning av goda exempel på hur denna utbildning kan gå till och vilka i patientteamet som ansvarar för/ genomför den.

Sid 21 – ” Effekten av PAP på blodtryck är väldokumenterad i flera studier och meta-analyser [32-37]. Medeltrycksreduktionen är cirka 2 mmHg [32] och kan vara högre i subpopulationer av OSA patienter med hypertoni, terapiresistent hypertoni eller uttalad sömnapné [33]. Följsamheten med PAPbehandlingen är avgörande för graden av trycksänkningen och minst 4 timmars användning per natt förefaller vara ett tröskelvärde där trycksänkning börjar.” Vi saknar en diskussion här kring huruvida detta är kliniskt relevant eller ej. Den kommer senare i vårdprogrammet men det blir lite avhugget när inte kapitlen om samma ämne hänger ihop.

Sid 24 – ” Utrustning för nattlig andningsundersökning bör finnas lättillgänglig för behandlingskontroll. Tillgång till blodgasanalys och mätning av lungfunktionsdata för korrekt primär diagnos och omvärdering av diagnosen (till exempel differentialdiagnos underventilering) vid utebliven effekt är viktig. Ett gott samarbete med medicinteknisk personal är av stort värde för verksamheten.” – Det finns större och mindre utredande och behandlande mottagningar i Sverige. Alla har inte det som beskrivs i detta stycke ”in house” men de allra flesta borde ha möjlighet att skicka remisser/konsulter till samarbetspartner som gör ovanstående, vilket skulle kunna stå skrivet som en rekommendation.

Sid 30 – ” Organisationer bör vara uppbyggda så att patienten kan erbjudas kirurgi inom rimlig tid och där såväl kirurg som anestesilog och *omvårdnadspersonal* är förtrogen med området.”

Vi skulle gärna se en tydligare beskrivning av vilken kompetens som avses.

” Vid problem med trakealkanyler och eventuell trakeostoma rekommenderas kontakt med nationellt respirationscentrum vid Danderyds Sjukhus. Där finns specialkunskap och individuellt anpassade trakealkanyler som kan framställas enligt ett kvalitetssäkrat system.” Vår erfarenhet är att de flesta problemen med trakealkanyl och trakeostoma omhändertas primärt på den ÖNH-klinik som är närmst patientens bostadsort och i undantagsfall remitteras till Danderyds Sjukhus. Vi föreslår en översyn av det beskrivna flödet för att verifiera att det är korrekt.

” Effekter av bantning och livsstilsintervention” Vi föreslår att bantning ersätts med viktreduktion.

Kapitel 9: Uppföljning av behandling

Sid 37- ” PAP-behandling bör följas upp hos alla patienter och studier visar att vårdinsatser som syftar till aktiv problemlösning är mest effektiva under de första behandlingsveckorna (1–12 veckor). Avläsning och utvärdering av behandlingsdata bör genomföras vid dessa besök (se även kapitel 15). Vid väl fungerande behandling informeras patienten om klinikkens program för långtidsuppföljning. Utformningen av sådana program varierar mellan kliniker men i litteraturen föreslås att PAP-terapi följs upp efter 1 år. I ett senare skede kan 2 år och ännu längre tidsintervall vara rimliga. Dessa intervall styrs också av tekniska faktorer som utrustningens livslängd. Ansvarig klinik eller hjälpmedelscentral bör bistå patienten med utbyte av utrustning i god tid eller vid uppkomna behov.” Vi är av uppfattningen om att detta är högt ställda mål (på ett positivt sätt) och det hade varit intressant att kunna följa patienter på det här sättet. Den erfarenhet som vi har är att det i nuläget ser det troligtvis väldigt olika ut över landet och detta är nog i många fall inte verkligheten. Det är naturligtvis önskvärt att denna höga uppföljningsgrad följs men efterfrågar när det ska vara implementerat samt hur detta ska ske.

Kapitel 10: Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer

Sid 41 – ” Alla vuxna patienter som genomgår övre luftvägsskirurgi för OSA behandling bör registreras i kvalitetsregistret SESAR” Vi ser mycket positivt på att använda kvalitetsregister för att på så sätt få ett underlag för forskning, förbättringsarbeten och kunna följa verksamheter på såväl enhets- som nationell nivå.

Kapitel 11: Underlag för nivåstrukturering

Sid 43 – ” Behandlingen bör anpassas och följas upp av *vårdpersonal*, i regel sjuksköterska, biomedicinsk analytiker, fysioterapeuter eller undersköterska. Behandlingen ordinerar av en läkare *men praktisk hantering och omvårdnad genomförs av dessa personalgrupper*. En läkare med erfarenhet av sömnmedicin finns knuten till behandlingsenheten och har det medicinska ansvaret.”

Vi ställer oss frågande till formuleringen av den kursiverade texten och föreslår att den stryks.

Kapitel 12: Sjukskrivning och intyg

Sid 46 – ”

Yrkeschaufför (taxi, lastbil, buss)

- Lokförare och annan järnvägspersonal
- Pilot
- Sjöbefäl

- Truckförare, kranförare, ställningsbyggare, takläggare

Vi saknar tex kirurger, poliser, brandmän.

Kapitel 15: Fördjupning – PAP behandling

” Patienten bör uppmuntras att höra av sig vid bieffekter och det bör tas upp i samband med återbesök.” Det är avgörande att denna information delges utifrån patients hälsolitteracitet för att vara förtrogen om väntade effekter, bieffekter samt till vilken vårdinrättning och med vilken angelägenhetsgrad som kontakt bör tas. Finns det någon möjlighet till stöd för dessa personer via patientföreningar eller dylikt?

Kapitel 17: Fördjupning – övre luftvägskirurgi

Sid 64 – ” Läkemedel Premedicinering: Paracetamol, NSAID (om inga kontraindikationer föreligger). CAVE Benzodiazepiner. Försiktighet med morfin (kan ges till lindrig OSA).”
Vi efterfrågar om det är riktigt att NSAID ska ges om det finns en ökad risk med blödning från tonsillområdet enligt texten ovan i säkerhetsprogrammet. Vi är medvetna om att multimodal analgesi är att föredra för att om möjligt bidra till mindre mängd opiatadministration men vill väcka frågan.

Sid 65 – Tonsilloperation.

Vi föreslår att säkerhetsprogrammet används även här då det troligtvis finns liknande peroperativa risker även vid den här kirurgin.

Säkerhetsprogrammet som nämns upprepade gånger: kommer det att finnas att tillgå som referens utanför vårdprogrammet?

Kapitel 21: Nationell arbetsgrupp för behandling av sömnapné hos vuxna

Vi ser mycket positivt på att arbetsgruppens sammansättning är interprofessionell.

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

Sid 4. Punkt 5 – ” Svensk Förening för Sömnforskning och Sömnmedicin (SFSS) anordnar återkommande utbildningar och certifiering av olika personalgrupper inom sömnapnévården. Dessa utbildningar kan och bör intensifieras.”

Vi undrar om det är relevant att lyfta en specifik organisations utbildningar.

Sid 6 – Behandlingsincidens – ” 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.”

Vi efterfrågar redovisning trakeotomi som vi inte kan se föreligger.

Sid 7 – första meningen – ” sömnrelaterade andningsstörningar kräver en noggrann bedömning av utbildad *vårdpersonal* där en läkare skall vara medicinskt ansvarig.”

Vi saknar en noggrannare beskrivning av vilka professioner och med vilken särskild kompetens som avses.

Sid 7 – punkt 3 – ” 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.”

Vi saknar en beskrivning av vad det är de inte tolererar.

Sid 7 – ” 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.” –

Vi ställer oss frågande till denna formulering och vill gärna ta del av den evidens som stödjer påståendet om att patientdelaktighet leder till **fler** besök? Generellt leder patientdelaktighet till nöjdare patienter och färre besök. Det är hälso- och sjukvårdens skyldighet att involvera patienterna i deras egen sjukdom och behandling.

Sid 7 - Vårdprogrammets möjliga risker – ” 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.”

Vi uppfattar denna skrivning som oklar och skulle gärna se en mer tydlig beskrivning om vilka dessa behandlingsformer är.

Sid 8 – första punkten – ” 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 apnébetskena. 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.”

Vi saknar en diskussion om hur olika mycket patienterna behöver betala för sin utrustning, vilket skiljer sig åt nationellt och leder till en ojämlig vård.

Sid 8 – Punkt 3 – ” 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.”

Vi kan inte finna att denna punkt tas inte upp i vårdprogrammet, om den ska lyftas i diskussionen bör den beröras i vårdprogrammet.

Sid 8 – utredning – ” Vårdprogrammet föreslår att den genomsnittliga utredningstiden för sömnapné *förkortas*”

Är det riktigt att den behöver förkortas överallt? Vi föreslår att ändra formuleringen till att utredningstiden behöver vara efter behov eller att ange ett tidsintervall som mål.

Sid 8 – behandling – Bra att patientens kostnad lyfts här, detta är mycket viktigt att betona.

Sid 11 - Kostnadsestimering uppföljning av terapi – Vi saknar uppföljning av de patienter som fått sin behandling, uppdatering/utbyte av PAP-maskiner, bettskenor, intygsskrivning till ett varje år ökande antal patienter. Då det inte finns någon utgång ur vårdprogrammet så borde detta antal patienter öka för varje år.

Sid 11- ” 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.” – Certifiering och utbildning berörs sparsamt i vårdprogrammet. Vi efterfrågar beskrivning av vad utbildningar och certifiering innehåller samt en diskussion om vad lägsta kunskapsnivån ska vara för att bli certifierad. Vidare ser vi gärna ett klagörande kring om det finns olika inriktningar/nivåer, hur behovet ska tillgodoses samt hur privata aktörer certifieras för att utbilda?

Övriga synpunkter

Sjuksköterskans roll i patientteamet är mycket sparsamt beskriven liksom vilka kompetenskrav som finns för sjuksköterskor i denna vårdkontext.

Ami Hommel
Ordförande
Svensk sjuksköterskeförening

Sandra Månsson
Sakkunnig
Svensk sjuksköterskeförening

Louise Hafsten
Föreningen för sjuksköterskor inom Öron, Näsa, Hals och Huvud- Halskirurgi.

Anna-Karin Grönvall