

Obstruktiv sömnapné hos vuxna

Region Sörmlands rutin är framtagen med utgångspunkt från det nationella vårdförloppet: ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna”, och är anpassat till Region Sörmlands flöde för patienter med misstänkt obstruktiv sömnapné.

[Länk till vårdförloppet.](#)

1. Basal utredning i primärvård.

Kan i vissa fall även ske via annan klinik.

1.2 Genomför anamnestagning

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
- **Adekvat läkemedelsanamnes:**
bruk av insomningsmedel och narkotikaklassade läkemedel
- **Förekomst av riskyrke och risk för sömnighetsrelaterade olyckor:**
Riskyrken enligt nationellt vårdprogram för sömnapné; yrkeschaufför (taxi, lastbil, buss), lokförare och annan järnvägspersonal, pilot, sjöbefäl, truckförare, kranförare, ställningsbyggare, takläggare, övrigt säkerhetsklassat arbete (militär, trafikoperatör etcetera), andra yrkesgrupper med risk för trötthetsrelaterade olyckor.

1.3 Genomför en fysisk undersökning

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.

1.4 Tänk även på andra faktorer som påverkar sömn och dagtrötthet:

- Antal timmar patienten sover (för få timmars sömn?)
- Andra orsaker till störd nattsömn, tex barn eller djur
- Gravid (avvakta utredning)
- Sömn
- Stress
- Psykiatriska diagnoser

1.5 Utredning med NAR

NAR (nattlig andningsregistrering) kan ske om patienten har:

- Vanemässig snarkning och/eller bevitnade andningsuppehåll
Observera att enbart vanemässig snarkning inte räcker för att misstanke om OSA ska föreligga. Vid vanemässig snarkning behöver minst ett ytterligare symptom vara uppfyllt.
- Störd nattsömn (frekvent uppvaknande, motorisk oro, nattsvelt, dyspné, nokturi, upplevelse av att inte vara utsövd efter nattsömn)
- Ökad dagsömnighet (mikrosömn vid bilkörning, på arbetet eller i socialt sammanhang)

2. Sömnapnéutredning

2.1 Remiss till Klinisk fysiologimottagning

Remiss till Klinisk fysiologimottagning ska innehålla följande information för rätt prioritering:

- **Patientens symptom** (besvär dag- och nattetid)
- **Antropometriska data** (längd och vikt, alternativt BMI)
- Tillstånd i anamnesen kopplade till OSA-diagnos (till exempel kardiovaskulär sjukdom, diabetes, övervikt)
- **Förekomst av riskyrke** för sömnhighetsrelaterade olyckor, (se punkt 1.2 Genomför anamnestagning för förtydligande av riskyrken.)
- **Tidigare utredningar** och behandlingar för OSA
- **Sjukskrivningsgrad** på grund av OSA-relaterade symptom

2.2 Svar på sömnapnéutredning till remitterande

Klinisk fysiologimottagning ska i svaret tydligt ange:

- **Totalt AHI** (ej i ryggläge) **samt ODI**
- Hänvisning till rutin ”Obstruktiv sömnapné hos vuxna, rutin för Region Sörmland”

2.3 Kriterier för remiss till ÖNH:

- **AHI över 10** (totalt AHI, ej ryggläge)

Undantag:

- **AHI över 5** när det inte föreligger åtgärdsbehov av andra riskfaktorer för OSA, ex. övervikt. Livsstilsfaktorer som påverkar sömnapné ska hanteras via primärvård
- **AHI över 5** med snarkning och anatomiska hinder i näsa eller svalg. Ska tydligt beskrivas i remiss. (Patienter med nästäppa ska följa rutin för kronisk rinosinuit, som finns i kliniskt kunskapsstöd på 1177, innan remiss till ÖNH)

Länk till rutinen: [Rinosinuit, kronisk - 1177 för vårdpersonal](#)

2.3.1 Vårdgivare som remitterar till annan aktör än Klinisk fysiologimottagning Sörmland

NAR ska vara utförd med minst Nivå 3, Polygrafi enligt:

[Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna](#) sid 11–12.

Kopia på NAR sparas i PACS och ska minst innehålla:

- AHI, fördelning obstruktivt, centralt och hypopnéer
- ODI
- AHI ryggläge, samt procent av natten i ryggläge
- Medelsaturation, del av natten med saturation under 90%

2.4 Innehåll i remiss till ÖNH

Innehåll i remiss till ÖNH för rätt prioritering:

Samma innehåll som punkt 2.1 och med tillägg av:

- AHI och ODI
- Näs- mun- svalg-status, (ex trånga förhållanden i näsan, trånga förhållande i svalget, tonsillhypertrofi, retrognati)
- Eventuell tidigare behandling mot sömnapné

3. Beslut om eventuell behandling

Sker på ÖNH-mottagningen enligt nedanstående bedömningsunderlag

Obstruktiv sömnapné (OSA) bedöms som klinisk relevant om den orsakar symtom, ökar risken för sömnhetsrelaterade olycksfall, eller utgör en riskfaktor för kardiometabol ohälsa. Enbart numeriska värden från NAR räcker aldrig för att fastställa klinisk relevant sömnapné. Endast när OSA utifrån dessa förutsättningar bedöms som kliniskt relevant kan behandlingsbeslut tas och behandlingsmetod övervägas (se rekommendation B).

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

Färgen anger styrkan på behandlingsindikation och betyder följande:
 Mörkgrön (1): Mycket svag
 Ljusgrön (2): Svag
 Orange (3): Måttlig
 Ljusröd (4): Stark
 Mörkröd (5): Mycket stark

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

Från ”Nationellt vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna”, kapitel 6 sid 13.

[Länk till vårdprogrammet.](#)

4. Behandlingsval

4.1 Livsstilsråd

Sköts via primärvården

4.2 Apnébetskena

ÖNH remitterar till specialisttandvården eller annan specialutbildad tandläkare. Tandvården förhåller sig till ”Regelverk för Region Sörmlands tandvårdsstöd. Länk till regelverk: [Regelverk för Region Sörmlands tandvårdsstöd](#)

Behandling med apnébetskena bör erbjudas som till patienter:

- Med lätt till måttligt förhöjt AHI, AHI mellan 5 – 30
- Som provat PAP men som inte kan använda eller tolerera PAP-behandling eller inte blivit förbättrade av svalgkirurgi, oavsett svårighetsgrad (AHI-värde)
- Som tillägg till pågående PAP-behandling som kräver ogynnsamt höga tryck eller om patienten har problem med masken och skenan bedöms kunna underlätta, exempelvis, flyende haka.

Innehåll i remiss:

- Symtom
- Diagnos
- Datum för NAR (får ej vara äldre än 4 år)
- NAR utförd med eller utan apnéskena eller PAP
- AHI och ODI 5-30, samt AHI rygg- och sidoläge och eventuella centrala inslag
- AHI över 30 kräver särskild motivering med information om att man provat PAP-behandling innan.
- Nästäppa
- Tandtsatus; (hel-delprotes, antal kvarvarande tänder, tandskador, infektioner, karies?)
- Motiverad/ej motiverad patient

Tänk på:

Patienten ska relativt nyligen varit på besök hos vanlig tandläkare, eller gå på årliga kontroller innan besök för utprovning av apnébetskena.

4.3 PAP

Behandling enligt nationellt vårdprogram.

Länk till vårdprogram: [Nationellt vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna](#)

4.3.1 NAR med medelsaturation <90%

- Ordinera blodprov Standardbikarbonat (Referensintervall: 22-27)
- Om standardbikarbonat över 30, frågeremiss till Lungkliniken för bedömning innan test med PAP.
- Om standardbikarbonat 28 - 30 prova PAP-behandling i 3 månader

Efter tre månaders behandling med PAP:

- Ta nytt Standardbikarbonat.
- Vid fortsatt förhöjt Standardbikarbonat skrivs remiss till Lungkliniken
- Patienten ska uppmanas att vara observant på ökad trötthet/slöhet, morgonhuvudvärk (symtom på koldioxidretention) eller sämre mående med behandling än utan. Vid dessa symtom ska patient avbryta behandling omedelbart och kontakta vårdgivare!

4.3.2 Vid Centrala apnéer

- Prova alltid PAP behandling i 6 månader.
- Om centrala apnéer stiger av PAP behandling ska remiss skrivas till lungmottagningen
- Vid fortsatta sömnapnésymtom trots pågående behandling, ska remiss skrivas till lungmottagningen

5. Uppföljning av behandling

5.1 Livsstilsråd

Uppföljning via primärvården, eventuellt ny NAR efter utebliven förbättring gällande symtom på sömnapné.

5.2 Apnéskena

- Återbesök på tandvården efter 1–3 månader för kontroll
- Om kvarvarande symtom och höga AHI, telefonkontakt med ÖNH för individuell bedömning och ställningstagande till behov av uppföljande NAR. Fokus på < 65 år, samt vid grav samsjuklighet.

ÖNH remitterar till Kliniska fysiologiska mottagningen för kontroll-NAR tidigast efter 6 månaders behandling. Det måste tydligt framgå i remiss till Kliniska fysiologiska mottagningen om NAR ska vara med eller utan apnéskena.

5.2.1 Förnya apnéskena

Om senaste NAR är äldre än 4 år, måste ny NAR utan apnéskena på plats göras via primärvården, innan remiss skickas till ÖNH. Skriv tydligt i remissen till ÖNH att det handlar om förnyelse av apnéskena för att förkorta vårdkedjan.

5.3 PAP-behandling

Sker på ÖNH enligt rutin ”Användarinstruktion PAP” (Finns på ÖNH’s hemsida).

5.3.1 Återuppta avslutad PAP-behandling

Patient/vårdgivare kan upp till fyra år efter avslutad PAP-behandling återkomma till ÖNH-kliniken för att återuppta behandlingen. Har det gått mer än 4 år sedan behandling avslutades behövs ny NAR och remiss till ÖNH om remisskriterier enligt ”3.2 Kriterier för remiss till ÖNH” uppfylls.

LAG OSA

Dhafer Al-Ansari överläkare Infektions- och lungkliniken, Emilia Blaad Biomedicinsk analytiker Kliniska fysiologiska mottagningen, Florim Delijaj chefläkare och specialist i allmänmedicin, Maggan Lindberg verksamhetssamordnare ÖNH, Katerina Peschke tandläkare Specialisttandvården, Mikaela Simon sjuksköterska Infektions- och lungkliniken, Theresa Sunesson sjuksköterska ÖNH, Iwona Zalewska överläkare ÖNH