

En rökfri operation

Det är svårt att sluta röka. Vid den omvälvande händelse som en operation ofta innebär har du som gynekolog ett gyllene tillfälle att lyckas motivera din rökande patient till ett rökstopp. Rökare har en ökad risk för komplikationer vid operation. Ett rökstopp kan eliminera den ökade risken. SFOG har som mål att alla kvinnokliniker ska ha en rutin för rökfri operation. Så glöm inte ta upp rökning med dina patienter och erbjud hjälp med rökavvänjning! Patienter tar faktiskt till sig vad du som doktor säger!

Vid en förfrågan till landets kvinnokliniker hade knappt hälften infört Rökfri operation som rutin. Ytterligare 18% var på gång eller ville ha hjälp med införandet. Se till att din klinik har en patientsäker vård inför operation! Läs vidare artikeln nedan av Olle Svensson, professor i Ortopedi. Såväl kirurger som ortopedier har flera års erfarenhet av Rökfri operation.

Katja Stenström Bohlin, KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fumare Necesse Est?

ÄR DET NÖDVÄNDIGT ATT RÖKA? Knappast! Har det några fördelar? Kanske! Li Zhi-Sui skriver att den främsta anledningen till att han utnämndes till Mao Zedongs livläkare var att dr Li rökte. Mao själv rökte nämligen som en skorsten och misstrodde djupt läkare i allmänhet och i synnerhet dem som inte rökte. Rökning kan sålunda vara bra för karriären i diktaturer.

Bertrand Russell, matematikern, var också en inbiten rökare, och hade ett starkt och logiskt oantastligt argument för rökning. När sjöflygplanet Bukken Bruse störtade utanför Trondheim 1948, överlevde Russell och de andra 18 personerna som satt i rökavdelningen, de övriga dog direkt; nödutgångarna fanns nämligen i rökkabinen. Russell konkluderade därför att rökning kan vara bra för hälsan. Nu när rökning är förbjudet på flygen, så faller tyvärr detta komparativa argument. Har det tillkommit några argument för rökning?

Nej, tvärtom, globalt sett är tobak inte bara en av de stora massmördarna, utan även en av de främsta orsakerna till sänkt hälsorelaterad livskvalitet. Sjukdoms-
bördan i form av disability-adjusted life

years av lungcancer och KOL motsvarar nästan lika mycket som prostatacancer, bröstcancer, osteoporosfrakturer, colorektalcancer och reumatiska sjukdomar tillsammans. Däri är det inte inräknat rökningens roll som en riskfaktor för kardiovaskulära sjukdomar och stroke.

Faktum är att rökare har mellan 6-10 färre friska år än icke-rökare, och under både 1900- och 2000-talen har rökning dödat fler människor än krig och terror tillsammans! I Sverige har rökningen minskat med cirka 1% per år. På mitten av 1950-talet rökte flertalet vuxna män. Nu är andelen dagligrökare kring 14-15%, beroende på definitionen. Det är en svårförklarlig internationell trend att unga kvinnor numera är den grupp som röker mest, 5 procentenheter mer än unga män.

I tillägg till alla de allmänna skadeverkningarna av tobak, så har det tillkommit stark evidens för att rökare har en kraftigt ökad komplikationsrisk vid kirurgi. Det gäller inte bara allmänkomplikationer utan även postoperativa infektioner och störd läkning, speciellt benläkning. Glädjande nog kan man minska dessa risker genom rökstopp. Inte

bara före operationen vid planerade ingrepp, utan även om man vid akuta skador låter bli att röka under läkningsfasen. Här finns många kontrollerade studier och flera svenska avhandlingar.

Kardiologerna har goda resultat att få flertalet hjärtinfarktpatienter att sluta röka. Här visar det sig att timingen är viktig. Informationen måste ske direkt vid inläggningen och sedan upprepas och förstärkas under de kommande dagarna. Väntar man, så blir patienten allt mindre mottaglig. Detsamma gäller säkerligen vid andra omvälvande händelser i livet, exempelvis graviditet. En saklig information om inte bara riskerna utan även om det uppmuntrande faktum att man själv kan göra något åt situationen är effektiv, särskilt i den krissituation som en skada eller sjukdom erbjuder.

Mark Twain skrev ju att sluta röka är den lättaste sak i världen att göra. Själv hade han ju gjort det tusentals gånger! Djurexperimentellt är nikotin lika vanebildande som heroin. Även vid de mest framgångsrika rökstoppsprogrammen är återfallen legio, upp mot 50% trillar dit igen. Det är, som bekant, aldrig för sent att ge upp. Ett starkt argument är ju också

att ju mer man bolmat, desto större relativ riskminskning får man vid rökstopp. Ett enstaka välmenat råd är dock mindre effektivt än en väl orkestrerad kampanj med utbildad sjukvårdspersonal som ger ett enhetligt och upprepat budskap.

Big Tobacco, tobaksindustrin tog tidigt reda på att det var nikotinet i cigaretterna som var vanebildande. När man drar ett halsbloss får man ett mycket snabbt anslag på nikotinreceptorerna i hjärnans lustcentrum, lika effektivt som vid intraarteriell tillförsel. Att man också drar i sig cirka 4 000 skadliga substanser, det får man på köpet.

En genomgång av evidensläget finns på www.enrokfrioperation.se, en hemsida som kommer att stödja kirurgspecialiteternas patientsäkerhetsarbete. Det är viktigt att framhålla att det är fråga om just patientsäkerhet—inte moralism eller översitteri. Hjälp dina patienter att ta en perioperativ rökpaus. Hur lång den behöver vara vet man inte, men ju längre desto bättre naturligtvis. Man vet dock att mer intensiv och professionell rökavvänjning är effektivare än korta program. Vad som är väsentligt är att man har en gemensam policy på enheten: alla som har kontakt med patienterna måste ge samma budskap. Sedan blir det till syvende och sist en avvägningsfråga: visst kan vi operera ASA 3-patienter, diabetiker och hypertoniker, men inte utan att försöka minimera operationsriskerna.

Googla gärna på Nåsell och ortopediveckan, så får du en trevlig presentation som visar att det lönar sig att rökavvänja även akuta frakturpatienter. Anledningen att man även här kan minska riskerna är att det förmodligen är hypoxin, orsakad av rökgaserna som är den stora boven postoperativt. Men den största boven är Big Tobacco, som cyniskt och hänsynslöst dödar människor, betydligt fler än narkotikalangarna.

SFOG har ett gränssnitt mot den del av befolkningen som röker mest numera. Gynekologer, obstetriker och barnmorskor har här en rejäl utmaning i folkhälsoarbetet! ■

Förlossningskador: Riktlinjer och register på gång

Alla barnmorskor och gynekologer kan väl diagnostisera förlossningsbristningar, eller?

Det är lite olika som de säger i Solsidan. Åtgärden ”sutur av förlossningsbristning grad 1 och 2” tycks variera 200-falt mellan näraliggande regioner som Gävleborg och Västmanland. Tabell 1

Vad hände på Gotland mellan 2004 och 2007? Beror skillnaderna på att man inte registrerar eller inte utför åtgärden? De enorma variationerna i förekomst mellan sjukhus och år avspeglar rimligen inte verkligheten.

En bristning grad 2 kan stå för allt från en mindre vaginalbristning till dubbla långa diken med helt delad perinealkropp och fascia. Det är klart att dessa olika varianter av grad 2 innebär olika konsekvenser för kvinnans framtid framförallt om bristningen inte sys rätt. Diagnostiken görs på olika sätt och det finns inga nationella riktlinjer. SFOG, BMF och LÖF har nu startat ett stort nationellt projekt kallat ”Skador på kvinnan” för att få ordning på hur vi undviker, hittar, sätter namn på, behandlar och följer upp förlossningskador som vi hoppas kommer att leda till gemensamma riktlinjer i landet. Självskattningsformulär kommer att erbjudas klinikerna med början under 2013 och goda exempel kommer att samlas in.

Sfinkterskador: varje år drabbas varje mellan 5 och 10 000 kvinnor vid förlossning. Flera kliniker har egna uppföljningar men de använder olika frågeformulär och det är svårt att göra jämförelser. I SKLs öppna jämförelser

www.skl.se/vi_arbetar_med/oppnajaamforelser/halso-_och_sjukvard_2) som

mäter vårdens utfall är frekvensen av sfinkterskador ett kvalitetsmått och den varierar mycket i landet. Det är okänt hur det går för de drabbade på lång sikt. Tänk om kliniker med hög incidens har bra diagnostik och bra behandling och vice versa? Figur 1.

Vi är nu i full färd med att skapa ett nationellt analsfinkterskaderegister. Syftet är att få en uppfattning om naturalförloppet efter en suturerad sfinkterskada och så småningom kunna korrelera resultaten till hur diagnostik, sutureteknik och eftervård är upplagda. SFOG och Barnmorskeförbundet står bakom arbetet. Registret ligger inom ramen för Gynopregistret vilket har underlättat arbetet enormt.

Kliniker som idag står utanför Gynopregistret kan välja att vara med i bara sfinkterskadesträngen. Kostnaden inskränker sig till någon/ några dagars utbildningstid på den egna kliniken med representanter från Gynop, en portokostnad per inkluderad patient samt vårdadministratörstid.

Ett tvärprofessionellt samrådsmöte med läkare och barnmorskor hölls i Linköping i september där vi slog fast hur registret ska vara uppbyggt och en styrgrupp bildades. Ett utkast till registrets slutliga utseende och funktion har därefter tagits fram. Den 13/2 har styrgruppen möte i Stockholm för att spika utseende och innehåll. Tekniker på Umdac i Umeå kommer att programmera och skapa registret under mars/ april. Registret ska sedan testas i Linköping och