

Rökstopp inför operation en patientsäkerhetsfråga

I dag finns god evidens för att rökstopp nära nog halverar risken för periooperativa komplikationer. Rökstopp inför operation är därför inte en fråga om prioritering, diskriminering eller moralisering, anser Olle Svensson och Göran Modin.

Vi tackar professor Jörg Carlsson för hans tänkvärda och välformulerade debattartikel i Läkartidningen 29–31/2010 (sidorna 1752–3). Den ger en välkommen anledning att ta upp principiella frågor om rökstopp i samband med operationer. Svensk ortopedisk förening (SOF) driver kampanjen »En rökfri operation« för att få patienterna att avstå från rökning kring planerade ingrepp, och att vid akuta ingrepp hålla upp under läkningsperioden. Bakgrunden är att det i dag finns god evidens för att rökstopp nära nog halverar risken för periooperativa komplikationer, vilket få andra interventioner kommer i närheten av. Vi ser det därför som en patientsäkerhetsfråga – inte en fråga om prioritering, diskriminering eller moralisering.

Det finns väl knappast någon anledning att i Läkartidningen närmare gå in på rökningens allmänna hälsoef-

fekter och tobaksindustrins skamlösa girighet. Det kanske i detta sammanhang räcker med att konstatera att Världshälsoorganisationen (WHO) har identifierat rökning som en av de ledande undvikbara hälsoriskerna [1]. Uppskattningsvis 5 500 miljarder cigaretter konsumeras årligen i världen.

Men som Jörg Carlsson så riktigt anmärker är rökning mycket vanligare hos underprivilegerade och sjuka människor, nationellt såväl som globalt. Desto större skäl att försöka ge dem en lika bra vård som de mer lyckligt lottrade!

Det finns väl inte någon anledning att vara mindre krävande vad gäller de preoperativa förberedelserna än vad gäller andra operationsrisker, exempelvis diabetes, kardiovaskulära sjukdomar, kroniska infektioner – som i sig delvis också är en klassfråga.

Flertalet planerade ortopediska ingrepp sker på relativa indikationer, och är inriktade på att förbättra patientens livskvalitet, minska smärta och öka funktion. Komplikationer exempelvis infektioner, trombos med mera, kan vara förödande. Men naturligtvis finns det situationer där det är försvarbart, eller till och med nödvändigt, att göra planerade operationer även på patienter som inte kan fimpas. Det blir en sammanvägning av hur starka indikationerna är, de eventuella vinsterna man kan

förväntas få med ingreppet och patientens allmänna tillstånd.

Då är det ju annorlunda vid akuta situationer med absoluta operationsindikationer där man får försöka optimera patientens tillstånd så gott det går. Men även här uppstår en intrikat diskussion mellan patient och operatör om vad som kan vara rimligt i fråga om risktagning.

Som Jörg Carlsson säkert vet har man stor framgång när det gäller att motivera hjärtinfarktpatienter att sluta röka, om hälsoinformationen kommer i direkt samband med insjuknandet. Väntar man några dagar är det »rökt«. Det gäller även informationen kring operationsriskerna.

Få patienter opponerar sig efter att de fått saklig information om att de själva kan minska komplikationsriskerna och påskynda läkningen genom att hålla upp med rökningen. Antalet står i direkt proportion till vilket arbete man lägger ner på att informera och motivera patienten.

Det är en utbredd missuppfattning att skrämpropaganda – speciellt när faran är reell – är en ineffektiv metod för att förändra beteende. Det är i själva verket en väl beprövad metod. Men verkligt effektiv blir den först när man samtidigt kan erbjuda positiva lösningar.

Vi har positiva lösningar. Här har operatören en nyckelroll, men det är lika nödvändigt att alla medarbetare i teamet deltar. Därför är det vitalt att engagera alla professioner och discipliner i att hjälpa den rökande patienten att »ta en rökpaus« i anslutning till en operation. Att erbjuda ett konkret rökavvänjningsprogram är i detta sammanhang en självklarhet.

Ingen hälsointervention



Collage: Ewa Knutsson

Svensk ortopedisk förening vill få patienter att avstå från rökning kring planerade ingrepp.

har tillnärmelsevis lika stor kostnadsnytta som rökavvänjning, inte ens höftprotes eller ballongvidgning vid koronarsjukdom spelar i samma division. SOF gör för närvarande en inventering av tillgången till rökavvänjning hos olika vårdgivare. Skillnaderna är stora. Köparna av sjukvård borde därför kräva att leverantörerna är proaktiva.

Att som Jörg Carlsson nämner »redan i remissen« ange faktorer som påverkar ställningstagandet till kirurgi, exempelvis rökning, är en utmärkt utveckling. Ju bättre underlag, desto lättare blir det att göra en individuell bedömning av patientens behov av kirurgi, och behovet av preoperativ optimering. När det gäller interventioner på relativa indikationer finns det inte någon rättighetslagstiftning. Det skulle få absurda konsekvenser. Ingen kan tvinga en kirurg att operera om han/hon inte anser det motiverat. Det finns dessutom också en övertro på vad man kan åstadkomma med kirurgi.

Jörg Carlsson ställer slutligen en mycket relevant fråga: Vad händer med dem som inte förstår sluta röka? Som ovan antytts anser vi att det inte går att generalisera och schablonisera, och att rökningen bara är en av de faktorer som får vägas in, att den då ska hanteras som andra riskfaktorer. I en del fall kan operationen bedömas som utsiktslös, exempelvis vid kärkirurgi eller



OLLE SVENSSON
verksamhetschef,
Norrlands universitetssjukhus, Umeå,
ordförande i Svensk
ortopedisk förening (SOF)
olle.svensson@orthop.umu.se



GÖRAN MODIN
chefläkare, Akademi-
ska sjukhuset,
Uppsala, ordförande i
SOF:s patientsäker-
hetskommitté
goran.modin@akademiska.se

operationer som kräver benläkning, och det kan då vara etiskt direkt förkastligt att operera. I andra situationer kan summan av riskfaktorer bli så stor att det inte är rimligt att ta risken; här finns det naturligtvis en gränz.

Det blir till syvende och sist en patientsäkerhetsfråga. Inte diskriminerar man diabetiker genom att insistera på en optimal sockerkontroll före ett planerat ingrepp? Eller en alkoholist genom att kräva behandling för att minska risken för att missbrukskomplikationer spolieerar operationsresultatet? Likaså för en person med okontrollerad epilepsi?

Det finns i dag effektiva farmakologiska och psykologiska medel att ta till för att hjälpa missbrukare. Det är enligt vår uppfattning därför oetiskt och kortsiktigt att inte erbjuda patienterna den bästa och säkraste vården.

Vid Ortopediveckan i Göteborg i slutet av augusti kommer vi att hålla ett symposium om rökning och ortopedi, som senare kommer att videosändas från SOF:s webbplats (<http://www.ortopedi.se>). Vi kommer också under hösten att driva rökningen som en patientsäkerhetsfråga i samarbete med Sveriges Kommuner och landsting och Patientförsäkring. SOF-styrelsen anser att de etiska problemen är jämförelsevis små och hanterbara, medan de humanitära och ekonomiska vinsterna är enorma.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Tobacco Free Initiative (TFI). Genéve: Världshälsoorganisationen (WHO); 2009. http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/index.html

mer fakta Tobaksfakta. <http://www.tobaksfakta.se/>
Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS). <http://www.natverket-hfs.se/>

Ofullständig beskrivning av effektdata vid fönstertittarsjuka

■ Under 2010 har det utkommit två viktiga publikationer kring claudicatio intermittens som bägge berör symtomatisk farmakologisk behandling [1, 2]. Bägge arbetena redovisar att cilostazol (Pletal) har symtomlindrande effekt vid claudicatio. Emellertid beskriver de att ökningen i gångsträcka är cirka 50 meter utan att redogöra för hur dessa data registrerats och vad detta har för klinisk betydelse. En ökning av gångsträckan med 50 meter, som den redovisas i den metaanalys som Koraen och Wahlberg refererar till, kräver en utförlig förklaring kring effektregistreringen för att det numeriska värdet ska bli meningsfullt för läsaren.

Koraen och Wahlberg är något mer utförliga i sin redovisning av effekten av symtomatisk terapi än SBU genom att de anger vilken genomsnittlig gångsträcka som patientpopulationerna i metaanalysen hade före insatt terapi. Detta är dock inte tillräckligt.

Gångsträckan i de kliniska studierna har uppmätts vid gång på gångmatta. För att kunna objektivera och i viss mån provocera fram gångsmärtan sker mätningen standardiserat med en gånghastighet som oftast är högre än normalt för den studerade populationen och med ett fast eller ökande motlut. Detta är en nödvändig upplysning för den mindre initierade läsaren av dessa översikter.

Även om ökningen av gångsträckan har konstaterats vara statistiskt signifikant och tilldelats ett numeriskt värde är detta inte tillräckligt för att avgöra patientnyttan med behandlingen. I SBU:s genomgång Benartärsjukdom – diagnostik, som utkom i september 2007, beskriver man patienternas livssituation på följande sätt: »De svärbemästrade smärtorna i

förening med starkt begränsad gångförmåga leder till försämrad livskvalitet, som visserligen upplevs olika från individ till individ men som hos alla drabbade påverkar livssituationen på ett genomgripande, ofta invalidiserande sätt.«

En ökning av gångsträckan såsom den uppmätts under ovan beskrivna studiebetingselser kanske inte ter sig så stor men motsvarar ofta en större rörlighet i vardagen (ADL) med därtill ökande social och fysisk livskvalitet för den drabbade patienten. Detta finns väl dokumenterat för Pletal, som visat positiv effekt på livskvalitet med såväl generella som sjukdomsspecifika livskvalitetsinstrument ingående i de jämförande effektstudier som genomförts.

Denna koppling mellan uppmätt effekt och livskvalitetsökning utgjorde underlag för TLV:s (f d LFN) beslut att inkludera Pletal i läkemedelsförmånen strax efter registreringen. Med de kriterier som myndigheten tillämpade fann man att Pletal är kostnadseffektivt för symtomatisk behandling av claudicatio.

Benartärsjukdom och därmed claudicatio är associerad med ökad kardiovaskulär mortalitet och morbiditet varför det är viktigt att dessa patienter fångas upp tidigt och erbjuds behandling för kardiovaskulära riskfaktorer. Detta är väl dokumenterat och redovisat bland annat i Koraens och Wahlbergs artikel. Handledd gångträning är tyvärr en bristvara, men även träning på egen hand bör uppmuntras efter en funktionsbedömning avseende ischemisk hjärtsjukdom. Pletal har en väldokumenterad effekt och en betydande säkerhetsdokumentation efter 20 års klinisk användning. Det bör därför



Illustration: Ewa Knutsson

»En ökning av gångsträckan med 50 meter ... kräver en utförlig förklaring kring effektregistreringen för att det numeriska värdet ska bli meningsfullt ...«

kunna övervägas när gångträning inte ger tillräcklig effekt eller inte kan genomföras. För denna symtomatiska terapi har cilostazol högsta evidens och rekommendationsgrad i de välrenommerade, internationella riktlinjer som både SBU Alert och Läkartidningens ABC-artikel refererar till.

Vi vill med denna kommentar belysa att effektdata vid claudicatio uttryckta enbart som ökning i meter är ett ofullständigt sätt att redovisa den kliniska effekten och nyttan av en behandling. Kopplingen mellan gångsträcka, livskvalitet och kostnadseffektivitet är viktig för förståelsen av värdet med symtomatisk terapi både ur patientens och den behandlande läkarens perspektiv.

K Anders Nilsson
leg läkare, docent

Anders.Nilsson@otsuka.se

Charles Cline

leg läkare, medicine doktor;
båda verksamma vid Otsuka
Pharma Scandinavia AB,
som marknadsför Pletal

REFERENSER

1. Koraen L, Wahlberg E. ABC om Claudicatio intermittens. Läkartidningen. 2010;107:1774-9.
2. Cilostazol vid behandling av fönstertittarsjuka (claudicatio intermittens). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU Alert-rapport nr 2010-01. ISSN 1652-7151. <http://www.sbu.se>