

# Fel att schablonmässigt neka rökare sjukvård

Om riskerna med ett ingrepp på en patient som röker är större än vinsterna är det självklart att kirurgen inte ska operera. Jag vänder mig dock emot att man på några ställen i landet schablonmässigt börjat utesluta rökare från elektiv vård. En patient har rätt att bli bedömd individuellt och inte som medlem av en grupp.

Inom pågående antirökningskampanjer har man nu på flera ställen i landet, framför allt inom ortopedisk verksamhet, infört ett stopp för elektiva operationer av rökare. Med hänvisning till vissa studier som visar att rökare har en större risk för perioperativa komplikationer, exempelvis fördröjd sårsläkning, än icke-rökare säger man sig ha stöd för att kunna neka rökare vård. Det har också gjorts studier som visar att redan ett kortvarigt rökstopp minskar komplikationsriskerna avsevärt. Man anser därför att det vore oetiskt att behandla individer som fortsätter att röka (läkaretikens icke skada-princip). Motiven till att säga nej är dock blandade, från att »patienten måste själv ta ansvar« till att »samhället bör inte stå för rökarnas extrakostnader«. Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm har yttrat sig på liknande sätt [1].

Om en kirurg efter en individuell patientbedömning anser att riskerna med ett ingrepp inte står i rimlig proportion till möjliga vinster därför att patienten röker är det självklart, och har så alltid varit, att kirurgen inte får operera. Enbart en något förhöjd risk räcker där emot inte för att neka en patient en operation som han eller hon behöver. Sådana förhöjda risker ses vid många »självförvällade« faktorer, såsom rökning, övervikt, brist på motion, överdriven alkoholkonsumtion eller konsum-

tion av andra droger. Upplysning om risker och vinster med ett ingrepp krävs alltid. I fråga om detta skiljer sig inte rökning från andra riskfaktorer; om tiden tillåter måste man optimera utgångsläget inför en operation.

Jag vänder mig dock emot att man på några ställen i landet schablonmässigt börjat utesluta rökare från elektiv vård. Även några lungläkare i Skåne har debatterat i Dagens Medicin i ämnet och skriver där att man inte bör skriva ut läkemedel mot kroniskt obstruktiv lungsjukdom till rökare [2]. I en annan artikel i Dagens Medicin har man kunnat läsa att man börjat »sätta rökare i ett eget fack på väntelistan« [3]. I Kalmar har man diskuterat att remittenten redan i remissen till sjukhuset måste kryssa i om patienten är rökare.

En patient har rätt att bli bedömd individuellt och inte som medlem av en grupp. Några punkter angående detta: 1. *De nu gällande kriterierna* för prioriteringar inom sjukvården omfattar tre principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. En fjärde princip, ansvarsprincipen, som Prioriteringscentrum i Linköping har föreslagit, har diskuterats vid flera tillfällen. Statens medicinsk-etiska råd har sagt nej till detta förslag [4], och likadant yttrade sig etikertitessorn Nils-Eric Sahlin i en debattartikel i Läkartidningen [5].

2. *Svensk sjukvård är baserad* på solidaritet. Det är solidaritet mellan de friska och de sjuka, mellan de rika och de fattiga, mellan de kloka och de mindre begåvade, och så vidare. I nuläget krävs ingen privat sjukförsäkring för att få den vård man behöver. Man betalar än



Foto: Colourbox

»Jag värnar det svenska sjukvårdssystemet och varnar för att börja exkludera vissa grupper från det«, skriver Jörg Carlsson.

så länge inte mer pengar till sjukvården om man skadar sig själv genom rökning, övervikt eller extremsporter. Jag värnar det svenska sjukvårdssystemet och varnar för att börja exkludera vissa grupper från det.

3. *I en sammanställning* av alla randomiserade studier angående rökavvänjning inför planerad operation drog man slutsatsen att »surgical patients may benefit from intensive preoperative smoking cessation interventions« [6]. Totalt har man publicerat resultat av sex randomiserade studier med 552 patienter i hela världen där man undersökt perioperativa komplikationer efter intervention mot rökning och jämfört med en kontrollgrupp. Fyra studier visade ingen skillnad, men där ingick också mycket få patienter (i den minsta studien bara 20 patienter). Två andra visade fördelar med rökavvänjning. Om man är van vid att tolka studier får man nog dra slutsatsen att intervention mot rökning i vissa fall minskar komplikationer, i andra fall inte gör det. Sådana data tillåter endast slutsatsen att det krävs en individuell bedömning av varje patient.

4. *Jag minns erfarenheter* jag fick i Tyskland på 1980- och 1990-talen. Där fick



**JÖRG CARLSSON**  
professor, Justus-Liebig-Universität, Gießen, Tyskland; överläkare, kardiologi- och PCI-sektionen, Länssjukhuset, Kalmar  
JorgC@ltkalmars.se

»Hur går det med de patienter som inte förmår sluta röka? ... Har man gjort en konsekvensbeskrivning för dem?«

patienten lov att vänta på en bypass-operation om man var överviktig eller rökare. Mottot var »gå ner i vikt och sluta röka«. Frånsett att vissa patienter på väntelistan på så sätt dog, var det helt problemfritt att bli opererad som överviktig eller rökare om man hade en privat sjukförsäkring.

5. Det måste finnas möjlighet att delta i rökavvänjningsprogram. I de bästa av dessa program för preoperativ rökavvänjning, vars resultat publicerats i vetenskapliga tidskrifter, har man kunnat få 50–60 procent av deltagarna att sluta röka, åtminstone tillfälligt. Det lämnar kvar många patienter som antingen inte kan eller inte vill sluta röka. I nuläget kan man i Sverige inte erbjuda sådana kurser utan längre väntetid.

6. Hur går det med de patienter som nämndes i punkt 5, de som inte förmår att sluta röka? Vilka är de? Har man gjort en konsekvensbeskrivning för dem? Det finns en tydlig koppling mellan människors socioekonomiska grupptillhörighet och rökning. Bland högre tjänstemän röker bara 4,8 procent medan 36 procent av förtidspensionerade och långvarigt arbetslösa röker. Högst frekvens av rökning finns bland psykiskt sjuka människor. Där kan andelen rökare vid vissa sjukdomar överstiga 50 procent.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Haverdahl AL. Rökstopp krav för operation. Svenska Dagbladet. 27 november 2009. [http://www.svd.se/nyheter/inrikes/rokestopp-krav-for-operation\\_3854367.svd#tw\\_link\\_widget](http://www.svd.se/nyheter/inrikes/rokestopp-krav-for-operation_3854367.svd#tw_link_widget)
2. Ekberg M, Tunsäter A, Willers S, Johnsson P. Ska vi med skattemedel finansiera KOL-patientens möjlighet att röka? Dagens Medicin. 2009; (51-52):23.
3. Leder & Skelett. Tematidning. Dagens Medicin. 2010; (11):4-5.
4. Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Statens medicinska etiska råd; 2009. <http://www.smer.se/Uploads/Files/66.pdf>
5. Sahlin NE. Från allas lika värde till hälsoekonomisk kalkyl. Läkartidningen. 2008;105: 2465-6.
6. Thomsen T, Tønnesen H, Möller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. Br J Surg. 2009;96:451-61.

apropå! Transplantationer och begreppsförvirring

## Levande donator, död donator

På Läkaresällskapet i Stockholm hölls den 14 juni en konferens om »DCD – Donation after cardiac death«, donation efter hjärtdöd. Konferensen var välorganiserad, välbesökt och bjöd på utomordentliga föreläsningar, vilka redogjorde för framgångsrik verksamhet med organ donation från hjärtdöda i USA och Kanada samt begynnande verksamhet i Norge.

Organbristen är stor i hela världen, inte minst i Sverige, och syftet med mötet – det första i en serie av state of the art-möten på Läkaresällskapet – var att utvärdera huruvida vi i Sverige är beredda att påbörja transplantationer med organ från hjärtdöda. I flera inlägg i diskussionen betonades vikten av »att skynda långsamt« för att undvika risken av ett bakslag. Men vad skulle kunna utlösa ett bakslag? Möjligen de olika definitionerna av död, vilka kan ge/ger upphov till begreppsförvirring.

Det definitiva och oåterkalleliga upphörandet av cirkulationen (oåterkalleligt hjärtstopp) av syresatt blod i hela kroppen – inklusive hjärnan – medför total hjärninfarkt, dvs hjärndöd, som i sin tur är lika med människans död. Av praktiska skäl anges dödsögonblicket på dödsattesten när hjärtat upphört att slå, även om vi vet att den definitiva och oåterkalleliga döden inträffar cirka 20 minuter efter det att hjärnan berövats all blodcirkulation.

Men – om blodcirkulationen till hjärnan (stora hjärnan, lilla hjärnan, för-

längda mårmen) upphör i samband med en allvarlig hjärnskada, och patienten ligger på en intensivvårdsavdelning och erhåller modern intensivvård, uppstår följande situation:

Respiratorn ersätter andningscentrum i hjärnan (förlängda mårmen), spontan hjärtverksamhet åstadkommer cirkulation av syresatt blod i hela kroppen – utom till hjärnan! – organen fungerar och kan transplanteras, och är patienten en gravid kvinna kan hon föda ett levande barn med hjälp av kejsarsnitt.

Men – eftersom patienten inte har någon blodcirkulation i hjärnan föreligger följaktligen hjärndöd, dvs människan är död enligt lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död. Denna lag trädde i kraft den 1 januari 1988 efter ett riksdagsbeslut den 6 maj 1987.

Dessa hjärndöda = döda personer kan donera sina organ till patienter med livshotande sjukdomar – en legitim, viktig och god gärning. Således »Donation after brain death« = donation efter hjärndöd = hjärndödsdonator.

Läkaresällskapets konferens handlade emellertid om DCD = »Donation after cardiac death« = donation efter hjärtdöd, hjärtdödsdonator. Möjligen borde beteckningen egentligen vara DCBD = »Donation after cardiac brain death« = donation efter hjärt-hjärndöd = hjärt-hjärndödsdonator.

Tillgången på organ skulle kunna ökas om organen kunde erhållas

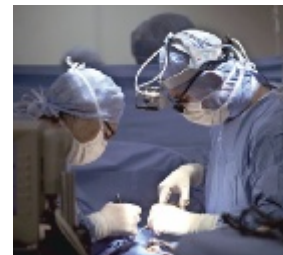


Foto: Martin Bureau/Scampix

Beteckningen hjärtdöd är felaktig. Den definitiva döden inträder med hjärnans död, anser Kjell Barlov, som föreslår en ny terminologi.

från människor som avlider efter upphörd cirkulation av syresatt blod, dvs upphörd hjärtfunktion, vilket inom cirka 20 minuter medför hjärnans död = människans död.

I dag betecknas denna person som hjärtdöd, vilket är en felaktig och förvirrande terminologi eftersom den definitiva döden är hjärnans död.

Dock användes termen hjärtdöd såväl på Läkaresällskapets konferens som i dagspressen, t ex i Göteborgs-Posten den 2 juni 2010, »Organ kan tas från hjärtdöda«.

Alla dessa bokstavsbe-teckningar ger upphov till oklarheter, som om det t ex skulle föreligga två olika sorters döda – hjärndöda och hjärtdöda – och två olika kategorier organatorer.

Låt mig i stället föreslå följande entydiga terminologi:

- LD = levande donator (living donator), t ex anhörigdonator.
- DD = död donator (dead donator), hjärndöda och hjärtdöda.

Kjell Barlov  
leg läkare, Ystad  
[kjell@barlov.se](mailto:kjell@barlov.se)