

# Rökfri operation – en patientsäkerhetsfråga



**GÖRAN BOËTHIUS**, docent, vice ordförande, Läkare mot tobak, Stockholm  
boethius@globalink.org

I en artikel i detta nummer av Läkartidningen summerar David Lindström et al de studier som under de senaste åren visat att rökfrihet – såväl inför planerad operation som i samband med akuta ingrepp – halverar risken för postoperativa komplikationer. Det potentiella värdet av förbättrad behandlingseffekt, minskad läkemedelsanvändning, kortare vårdtid och sjukskrivningstid är betydande.

En del kliniker har börjat tillämpa denna kunskap i praktiken. Ortopedkliniken i Umeå utgör ett gott exempel. I början av 2009 infördes som rutin 2 månaders rökfrihet före och efter elektiva ingrepp. Den rökande patienten informeras om klinikens policy och erbjuds rökavvänjningsstöd men sätts inte upp på väntelista förrän hon/han rapporterat 1 veckas rökfrihet. Även vid akuta ingrepp erbjuds stöd och nikotinläkemedel.

I landet i stort verkar situationen vara en annan. En mejlenkät hösten 2009 till landets sjukhus och deras operativa verksamheter visade att endast hälften hade vårdprogram eller riktlinjer för ett professionellt avvänjningsstöd till rökande patienter i samband med operation [1].

Att tillgången på avvänjningsstöd är begränsad är ingen ursäkt men sannolikt en bidragande orsak. Statens folkhälsoinstitut rapporterade 2009 att knappt tre av fyra vårdcentraler har någon form av resurs för avvänjningsstöd och att bara hälften av landets sjukhus har någon grad av egen avvänjningsverksamhet [2].

## Gemensamt vårdprogram grunden

Hur ska då avvänjningsstödet för rökare i samband med operation organiseras? Med tanke på att vi ännu har 1 miljon dagligrökare i riket är detta en ange-

lägen fråga, vars praktiska lösning innebär stora vinster för alla parter. Ett gemensamt vårdprogram för sjukvårdsområdet bör vara grunden. Operatörer, primärvårdsläkare och tobaksavvänjare måste inventera resurserna och diskutera hur luckorna ska fyllas.

Detta är en patientsäkerhetsfråga och en folkhälsofråga som ger omedelbara och kostnadsbesparande effekter och långsiktiga hälsovinster. Varför då ett så ljumt intresse i läkarkåren och hos huvudmännen?

Primärvårdens närhet till befolkningen gör att varje vårdcentral – själv eller i samarbete med annan vårdcentral – ska kunna erbjuda landets rökare och snusare professionellt stöd.

Men lika viktigt är att specialistsjukvården har resurser och kompetens att ge stöd i relevanta situationer – tex just i samband med operationer.

Primärvårdsläkare bör redan i samband med remiss till specialist för ett tillstånd som kan tänkas leda till kirurgi ta upp rökfrågan med patienten och då informera och hänvisa till avvänjare lokalt.

Informationen och stödet bör sedan förstärkas i samband med besök hos specialist, vid beslut om operation och vid inskrivning inför in-

greppet. Just vid sjukdom, olycksfall eller inför en operation är vi särskilt mottagliga för information om livsstilsförändringar.

## Med sikte på rökslut

Under vårdtiden har specialistvården förstås ett ansvar att på ett professionellt sätt stödja patientens tobaksfrihet, antingen den har inletts i väntan på operation eller inte tidigare har aktualiserats. Vinsterna av rökfrihet i det omedelbara postoperativa förloppet är dokumenterade, och här måste sjukhusen investera i kompetens och resurser för avvänjning.

Ju kortare vårdtid, desto viktigare att det stödjande ansvaret överlämnas »personligen« till kompetent personal på patientens hemmaplan. Kontinuiteten i stödet är ofta avgörande för fram-



Foto: Colourbox

Att fimpa för en operation – och förhoppningsvis för gott – lönar sig rejält, bl a i en halverad risk för postoperativa komplikationer.

gången. Det är väl känt att rökares återfall inträffar främst inom de första 3 månaderna. Därför bör ett gemensamt vårdprogram innehålla riktlinjer för stöd under minst ett kvartal postoperativt.

Man kan i detta sammanhang diskutera om målet för det aktuella stödet är rökstopp eller rökslut. Självklart är den

## ■ sammanfattat

Det finns stark evidens för att rökfrihet i samband med operation påtagligt reducerar risken för postoperativa komplikationer.

Endast hälften av landets sjukhus har vårdprogram för avvänjningsstöd vid operation.

På riksstämman 2009 diskuterades hur patientsäkerheten i detta avseende kan förbättras: organisering av avvänjningsstöd, etiska aspekter, olika aktörers möjlighet att främja utvecklingen och åtgärdens roll i ett bredare perspektiv.

omedelbara vinsten med en reduktion av postoperativa komplikationer viktig. Men den långsiktiga vinsten med en i fortsättningen, ofta under flera decennier, rökfri patient är många gånger större – för patient, sjukvård och samhälle. Därför bör varje operation betraktas som ett viktigt incitament för patient och vårdapparat att samverka för ett rökslut.

## Rökare kan knappast nekas operation

Hur ska vi då se på de etiska aspekterna? »Kan man neka en rökare operation?» hör till de frågeställningar som lätt får feta rubriker i medierna. Socialstyrelsens råd för etiska frågor sammanfattar sin diskussion av ämnet så här:

- Det är svårt att neka en rökare operation enbart på grund av rökning. Om operationen är medicinskt försvarbar, bör patienten opereras trots att denne röker.
- Sjukvården är skyldig att informera patienten om vikten och värdet av att inte röka och att stödja patientens försök att bli rökfri.
- Denna skyldighet gäller särskilt om det är dokumenterat att rökfrihet ökar möjligheten att operationen lyckas och minskar risken för komplikationer.
- Sjukvården bör därför ha resurser att erbjuda professionellt avvänjningsstöd i samband med operativa ingrepp.

## Kortsiktig felsyn

Frågans svårighetsgrad poängterar värdet av fler vetenskapliga studier för att avgöra effekten av rökfrihet på förloppet av den enskilda behandlingen. Kring den halvering av risken för sårinfektioner som rapporterats i aktuella svenska studier finns rimligen ett kontinuum av konsekvenser: från utebliven läkning vid ortopediska steloperationer till enklare ingrepp utan påvisbar risk.

Även om det finns svåra etiska avvägningar att diskutera avseende rökande patienters behandling, är det enklare att peka på brister i etiskt ansvarstagande i frågan. Hälso- och sjukvårdens verksamhet ska följa vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom tobaksområdet är det klen beställt med detta. Rökning är ett av våra allvarligaste hälsohot, som samtidigt är bland de mest förebyggbara.

Men många har svårt att rätta sig efter den evidens som finns i överflöd, vad gäller både skador och förebyggbarhet. Tobaksavvänjning hör till de verksam-

heter som vid besparingar först får stryka på foten. Ansvar för denna kortsiktiga felsyn får delas av alla medicinska, administrativa och politiska beslutsfattare.

Och innan detta ansvar har tagits ska vi kanske inte förvånas över att en del patienter blir upprörda över att uppleva att krav ställs att de, oftast utan nämnvärd hjälp, måste kämpa sig ur ett svårt beroende för att få opereras.

**Flera aktörer kan påverka utvecklingen**  
Läkarkåren bör fundera över sitt förhållningssätt i dessa frågor och ställa krav på huvudmannen att investera i avvänjningskompetens och -resurser. Huvudmannen bör på allvar ta till sig kunskapen att rökavvänjning generellt är bland de mest kostnadseffektiva åtgärder som sjukvården kan engagera sig i – i samband med operation är det särskilt tydligt.

Både läkare och huvudmän kommer under hösten 2010 att få hjälp av riktlinjer för tobaksavvänjning från Socialstyrelsen. Här kommer tydligt att framgå att tobaksavvänjning, liksom alla evidensbaserade behandlingsmetoder, ska vara tillgänglig i vården – inte bara om några folkhälsoentusiaster finns på plats.

Fortsatta öppna jämförelser i vården med utveckling av indikatorer för hälsofrämjande arbete kommer att visa vilka sjukvårdsområden som förstärker och agerar. Sveriges läkarförbund bör genom sitt engagemang i patientsäkerhetsarbetet ha intresse av att följa utvecklingen.

Ett femtontal specialistföreningar eller sektioner inom opererande verksamheter har naturligtvis en särskilt stor möjlighet att ta ansvar för utvecklingen. Som en följd av symposiet »Patientsäkerheten upp i rök» på riksstämman förra året har Svensk ortopedisk förening tagit initiativ till ett nätverk som tillsammans med primärvårdens företrädare kan stimulera genomförandet av rökfrihet i samband med operation.

## Vården måste föregå med gott exempel

Rökfrihet i samband med operation är ett mönsterexempel på ett hälsofrämjande förhållningssätt i sjukvården. »En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård» är ett eget målområde i riksdagens beslut 2003 om en nationell policy för folkhälsan.

Nätverket »Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer», med i dag ett 60-tal medlemmar, arbetar för en praktisk hälsoorientering utifrån såväl pa-

tient- och medarbetar- som befolkningsperspektiv.

En tobaksfri policy inom sjukvårdsorganisationen är en förutsättning för ett trovärdigt stöd till rökande och snusande patienter. En sådan policy omfattar bla att personalen är tobaksfri under betald arbetstid, att tobaksförsäljning inte förekommer i vårdens lokaler, att tobaksfrågan alltid ställs och journalförs och att resurser finns för kompetent tobaksavvänjning.

Detta ska vara ett tydligt uppdrag, synligt i avtal, ersättningssystem och verksamhetsuppföljning.

## Läkarna har ett speciellt ansvar

Rökfrihet i samband med operation är också en viktig del i den breda tobaksförebyggande strategin. Att minska rökningen går inte fortare än den allmänna opinionen »medger». Forskning har gjort frågan om rökfri operation så tydlig att den kan bidra till att ytterligare påverka opinionen. Här har läkarkåren en chans att leva upp till de förväntningar som ställs på den av Världshälsoorganisationen i dess ramkonvention om tobakskontroll, den första globala konventionen på hälsoområdet [3].

Alla i vården måste kunna bli bättre hälsofrämjare och opinionsbildare – och läkarna har ett speciellt ansvar.

Den nya målbeskrivningen för samtliga ST-utbildningar preciserar [4]: »Den specialistkompetenta läkaren ska ha kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer och andra folkhälsoaspekter samt om metoder för hälsofrämjande samt skade- och sjukdomsförebyggande insatser för att i det medicinskt vetenskapliga arbetet och kvalitetsarbetet kunna beakta denna kunskap.»

Det är dags att leva upp till detta!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Björkman K, Nilsson E, Lindberg M. Fri från tobak i samband med operation – en kartläggning av arbetet som utförs på sjukhus i Sverige. Linköping: Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer; 2010. Rapport 2010. <http://www.natverket-hfs.se/node/521>
2. På väg mot ett tobaksfritt landsting. En uppföljning av landstingens och regionernas policyarbete kring tobaksprevention 2009. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010. R 2010:02.
3. Boëthius G. WHO's globala tobakskonvention utmanar svenska läkare att »kavla upp ärmarna». Läkartidningen. 2005;102:3282-3
4. Målbeskrivning för ST-utbildningar i Sverige. Läkarnas specialiseringstjänstgöring – föreskrifter och allmänna råd. Målbeskrivningar 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. SOSFS 2008:17.