



**Göran Boëthius**, docent, överläkare, Tobakspreventiva enheten, Jämtlands läns landsting; ordförande, Läkare mot tobak; ledamot, European Network for Smoking Prevention och European Network Smoke-free Hospitals  
goran.boethius@jll.se

## WHO:s globala tobakskonvention utmanar svenska läkare att »kavla upp ärmarna«

»Tobacco is a killer!« En av Gro Harlem Brundtlands första åtgärder 1998 som Världshälsoorganisationens generalsekreterare var att starta arbetet på en ramkonvention om tobak. »Framework Convention on Tobacco Control« (FCTC) har manglats fram under intensivt förhandlingsarbete mellan de 192 medlemsländernas regeringar med viktig sakkunskap från folkhälsoföreträdare och frivilligorganisationer. Tobaksindustrin har under hela processens gång försökt att förleda och urvattna formuleringar, och ända in till slutet har det största motståndet kommit från de tobaksproducerande länderna USA, Japan och Tyskland.

Men i maj 2003 kunde Världshälsoorganisationens generalförsamling godkänna konventionen [1]. Sverige har nu, som 67:e nation, ratificerat konventionen och är därmed berättigat att delta i det viktiga uppföljningsarbetet som startar i februari 2006. Mycket och långvarigt arbete återstår förstärkt för att konventionen inte ska bli en hyllvärmare!

Konventionen – den första av sitt slag på hälsoområdet – har tillkommit eftersom Världshälsoorganisationen (WHO) är medveten om att tobaksepidemin är ett globalt problem av största mått och samtidigt en katastrof som går att förebygga. Fem miljoner människor dör i förtid varje år i tobaksrelaterad sjukdom. Av världens 1,3 miljarder rökare kommer 650 miljoner att dö en för tidig död.

Syftet med konventionen är att stödja alla länder att implementera den breda strategi som nu accepteras som nödvändig för att minska tobaksskadorna (Figur 1). Komponenterna i denna strategi är väl kända:

- Skyddande och begränsande lagstiftning
- Stödjande tillsynsarbete så att regelverket verkligen fungerar
- Information, utbildning och opinionsbildning
- Förebildsskapande beteende i hela vuxenvärlden för att så få unga som möjligt ska utveckla nikotinberoende
- Professionellt och tillgängligt stöd för de många rökare och snusare som säger sig vilja sluta

Alla dessa komponenter måste finnas, ingen ersätter någon annan. Och denna breda strategi måste tillämpas på alla nivåer – här blir hälso- och sjukvårdens roll på regional och lokal nivå synlig som en viktig del i den nationella strategin.

Ramkonventionen inleds med »vägledande principer« och »allmänna skyldigheter« för att sedan övergå i ett antal artiklar inom bl a områdena: »Åtgärder för att minska efterfrågan på tobak« (t ex priser och skatter samt reglering av innehåll, förpackning, märkning och marknadsföring av tobaksvaror), »Åtgärder för att minska tillgången till tobak« (t ex smuggling, åldersgräns för försäljning), »Miljöskydd« och »Vetenskapligt och tekniskt samarbete och lämnande av information«.

Konventionen reglerar slutligen hur uppföljningsarbetet

### Sammanfattat

Tobaksbruket i Sverige och globalt är ett av de allvarligaste folkhälsoproblemen. Att minska skadorna kräver bred och långsiktig strategi, ledarskap, samordning och kontinuerlig finansiering.

WHO:s ramkonvention om tobak har tillkommit för att stödja implementeringen av denna strategi.

Även om Sverige kommit längre i tobaksförebyggande arbete än många andra länder finns exempel på områden där konventionen utmanar även svenska läkare och andra vårdprofessioner – t ex inom grundutbildning, opinionsbildning och avvänjningsstöd.

*Det gäller ju ändå en faktor som ökar risken för att utveckla ett 40-tal sjukdomar eller sjukdomstillstånd ...*

ska gå till under ledning av en »parts-konferens« av ratificerande länder.

Redan i inledningen betonas värdet av de insatser som görs nationellt och internationellt för tobakskontroll av bl a »yrkesorganisationer för hälsovårdspersonal«, »akademiska institutioner och hälsovårdsinstitutioner«.

Sverige har ju kommit långt i sitt tobaksförebyggande arbete jämfört med många andra länder. Men fortfarande har vi en miljon daglig rökare, av vilka en fjärdedel riskerar att förlora 20–25 år av sitt liv – om de inte kan stödjas till att sluta. Och en ny nikotinepidemi i form av snusning hotar.

Därför finns all anledning även för oss i Sverige att hämta stöd i konventionens olika delar. Här följer de mest aktuella exemplen.

### Skydd mot exponering för tobaksrök (artikel 8)

Även om ett stort opinionsmässigt kliv framåt just tagits i och med införandet av rökfria serveringslokaler återstår miljöer att bearbeta. Nyligen rapporterades att 5 procent av svenska barn fortfarande exponeras för passiv rökning [2]. Personal i

hemtjänsten och på fängelser är andra grupper som måste tillförsäkras en mer rökfri arbetsmiljö.

I detta sammanhang är det inte minst viktigt att påminna om den passiva exponering som fortfarande sker under graviditet genom rökning och snusning. Om en bagatellisering av snusets effekter fortsätter är risken stor att den sakta sjunkande frekvensen av rökande, gravida kvinnor byts mot en ökande andel snusande, gravida kvinnor – trots att snusets skadliga inverkan under graviditet är dokumenterad. Den situationen är redan verklighet i t ex Jämtlands län.

## Utbildning, information och allmän upplysning (artikel 12)

Ett pedagogiskt problem som vi ständigt möter, såväl inom som utom sjukvården, är att många uppfattar sig veta att »rökning är farlig« men ändå inte förstår vidden av frågan med alla dess medicinska, ekonomiska, ekologiska, etiska och (folkhälso)politiska aspekter. Inget lärosäte inom vårdsektorn har någon grundutbildning i paritet med frågans betydelse för folkhälsan. Den träning som ges för att kommunicera med patienter i denna och andra livsstilsfrågor är otillräcklig. Inte heller utåt samhället har läkarkårens information och opinionsbildning varit särskilt tydlig. För detta kan vi blygas.

Intrycket att läkarna och övriga vetenskapssamhället genom passivitet fördröjt tobakskontrollprocessen förstärktes när jag för några veckor sedan lyssnade på den världsberömda 92-årige epidemiologen och nestorn inom tobaksforskningen, Sir Richard Doll; under 1950-talet bemöttes hans bevis för att rökning orsakar cancer med starkt motstånd från vetenskapsvärlden [3]. Låt oss skärpa oss inför nästa nikotinepidemi!

## Åtgärder mot beroende och för avvänjning (artikel 14)

I strategin ovan har avvänjningsstöd till rökare en viktig roll, inte minst i förhållande till primärförebyggande aktiviteter riktade mot barn och unga. Erfarenheterna är mycket tydliga – vi kan inte förvänta oss stordåd av de unga om inte vuxenvärlden går före! Att hjälpa vuxna att sluta röka och snusa är därför en förutsättning för att arbetet med de unga ska bli trovärdigt och kostnadseffektivt.

Att få hälso- och sjukvården att känna samma utmaning och ansvar för tobaksavvänjning som för smärtbehandling eller blodtrycks- eller blodfetsksbehandling är därför konventionens uppmaning. Hela kedjan behöver smörjas:

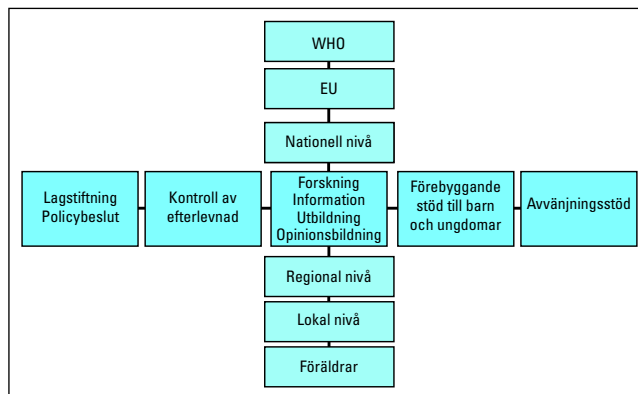
- Fråga om tobaksvanor
- Registrera desamma i journal
- Anteckna beroendediagnos (F17,2)
- Ge korta råd och förmedla fortsatt stöd till personal med utbildning och avsatt tid för detta

Ovanstående är åtgärder som för länge sedan borde vara självklara för varje läkare. Det gäller ju ändå en faktor som ökar risken för att utveckla ett 40-tal sjukdomar eller sjukdomstillstånd [4].

## Forskning, övervakning och utbyte av information (artikel 20)

Fortfarande rapporteras titt och tätt nya effekter av rökning. Nyss läste vi t ex om påverkan av mörkerseende hos rökare [5]. Och vi är egentligen inte förvånade, eftersom vi så småningom förstått att inget organsystem sparas. När det således gäller effekter av cigarettökning kan man tycka att vi inte behöver så värst mycket mer kunskap. Från folkhälso synpunkt är det betydligt mer angeläget att vi äntligen drar konsekvensen av alla de forskningsresultat som redan dokumenterats, att vi läkare blir ännu tydligare i opinionsbildning och att det investeras ännu mer i avvänjningsstöd.

Det stora forskningsbehov som finns gäller i stället lång-



Figur 1. Det tobakspreventiva arbetet måste vara brett, kontinuerligt och omfatta alla nivåer.

tidseffekter av snusning, och det är viktigt att inta en ödmjuk attityd i tolkningen av de spretiga resultat som alltid finns i början av forskningsutvecklingen på ett nytt område. Vi är där tillbakaflyttade till 1970-talet då vetenskapssamhället ännu inte var särskilt medvetet om rökningens allvarliga effekter på hjärt-kärlsystemet. Det passar bra att påminna om ledaren i BMJ 1978 som, mer än 20 år efter det att de första bevisen för rökning och lungcancer publicerats, hävdade att anledningen att kräva rätten att andas rökfri luft snarare vilade på estetisk än vetenskaplig bas ... [6].

Och låt oss inte glömma lightcigarettlåxan! Introduktionen av lightcigaretterna fick miljontals kvinnor att fortsätta röka, i tron att hälsoriskerna minskade. Nu 20 år senare har vi facit: lungcancerrisken är väsentligen oförändrad, men tumörbildningen förändrad på grund av förändrat inhalationsmönster.

Försiktighet och ödmjukhet i snusfrågan alltså. Det måste finnas en bredare och mer långsiktig folkhälsosyn, som förmår värdera och väga dels de enstaka »evidensbaserade« forskningsfynd som föreligger, dels de indikationer på allvarliga hälsoeffekter som ännu väntar på bekräftelse eller förkastelse, dels andra möjliga bieffekter på befolkningsnivå [7].

Sammanfattningsvis ger ramkonventionen även svenska läkare anledning att kavla upp ärmarna. Vi kan med stolthet konstatera att Läkarförbundet, tillsammans med elva andra vårdförbund, har gått före genom sitt upprop den 2 juni i år om större ansvarstagande [8]. Till detta sporrades de av ett annat WHO-initiativ: årets »World No Tobacco Day« den 31 maj hade temat »Health Professionals Against Tobacco« [9]. Låt oss förlänga temat året ut – minst!

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll. [www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-28.
7. Boëthius G. Snus är inte lösningen på rökningproblemet. *Incitament* 2005;14:205-7.
8. Nilsson Bågenholm E, Ahlin L, Bernsten C, Eklund AK, Kongslov I, Johansson C, et al. Vårdpersonal måste väga ta större ansvar för att minska antalet rökare. *Dagens Medicin* 2005;(22).
9. Nilsson Bågenholm E. Rökfria restauranger [ledare]. *Läkartidningen* 2005;102:1697.



I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://larkiv.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

