

DN Debatt**"Rökstopp ska halvera riskerna vid operation"**

Publicerad 2013-02-04

Kostnadseffektivt. Sveriges kirurger och narkosläkare kräver nu att patienter ska vara rökfria inför operation. Det halverar risken för infektioner, blodpropp och andra komplikationer. Det här är inte en fråga om moralism eller översitteri, det handlar om patientsäkerhet, skriver företrädare för en rad läkarföreningar.

Rökstopp inför operation minskar risken för komplikationer som infektion, sårläkningsstörning och blodpropp med 50 procent. Av den anledningen har de opererande specialistföreningarna beslutat att införa rökstopp (utom i vissa undantagsfall*) inför operation under 2013.

Icke önskade händelser, komplikationer och vårdskador uppkommer i 10–20 procent hos ickerökare i samband med operation och i betydligt högre frekvens hos rökare. Det gäller både planerade och akuta operationer: från tämligen triviala sårläkningsstörningar till infektioner, blodpropp, cirkulationsstörningar och död. Det ger 16 000 komplikationsfall per år hos dem som vårdas inläggande på sjukhus.

En av de viktigaste åtgärdbara riskfaktorerna för komplikation efter operation är rökning. Rökare drabbas av dubbelt så många komplikationer efter operation jämfört med ickerökare. Riskerna efter operation beror till stor del på rökgaserna som minskar syrehalten i blodet och vävnaderna. Syre är nödvändigt för att kroppens vävnader ska kunna läka.

Den goda nyheten är att man kan halvera riskerna genom att sluta röka i samband med operationen.

Hur länge ska man avhålla sig från rökning? Troligen så länge som möjligt av allmänna hälsoskäl, men risken för komplikationer halveras även om man slutar i samband med en akut skada eller 4–8 veckor före en planerad operation samt att man gör ett uppehåll minst under hela läkningsförloppet, det vill säga åtta veckor.

"Det är inte svårt att sluta röka; jag har gjort det tusentals gånger", sa Mark Twain. Rätt! Tobaksrökning är lika beroendeframkallande som heroin! Vid halsbloss förs nikotinet direkt från lungan med artärblodet till hjärnans lustcentrum på några sekunder; cigaretterna är designade att ge en maximal nikotinkick.

Det är fråga om starkt beroende, inte om sofistikerad smak. Det är därför som drygt 15–20 procent av svenskarna fortfarande röker, inklusive tillfällighetsrökarna. I låg- och mellaninkomstländerna röker större delen av den vuxna befolkningen, rökningen är ett stort globalt folkhälsoproblem. Rökning dödar fler människor (sex miljoner per år) än krig och terror enligt siffror publicerade i den medicinska tidskriften The Lancet.

Rökpaus vid operation är en av de mest kostnadseffektiva patientsäkerhetsåtgärderna. För det är just patientsäkerhet det är fråga om, inte moralism, översitteri eller storebrorsfasoner. Därför har Svenska läkaresällskapet och Svenskt kirurgiskt råd som består av alla kirurgiska specialistföreningar, tagit ett principbeslut om att verka för det avgränsade målet att alla operationer ska bli rökfria. Rökning är inte en lätt last att lämpa överbord, som Mark Twain konstaterade.

Alla som ska opereras måste få detaljerad information om rökningens komplikationer inte bara av kirurgen eller narkosläkaren utan av all personal som de möter i vården inför operationen: Du som patient kan själv göra något! Du kan själv ta ansvar för din egen hälsa! Men det räcker inte. Utsikterna att lyckas hålla upp med rökningen ökar kraftigt om patienten får professionell hjälp.

Därför kräver Sveriges kirurger och narkosläkare kraftigt ökade resurser för rökavvänjning. Det krävs särskilda insatser med professionella rökavvänjare som kan stödja, uppmuntra och ge effektivt psykologiskt och eventuellt farmakologiskt stöd.

För varje patient krävs i storleksordningen 3–4 timmars arbete, inkluderande besök och uppmuntrande och stödjande telefonsamtal. Kostnaderna för rökavvänjning blir ändå bråkdelar jämfört med kostnaderna för all den ohälsa i samhället som följer med rökning.

Nästan alla patienter vill sluta. Den omskakande skadan/operationen ger i sig en kraftig motivation, och vårdpersonal har en stark auktoritet i ett sådant skarpt läge. Men det saknas fortfarande utbildad personal för professionell rökavvänjning. De måste bli fler, det är direkt patientsäkerhetsarbete.

Insatserna och deras effekter måste mätas. Obligatorisk diagnos och åtgärd – det vill säga exakt vad man gjort i det enskilda fallet – är nödvändiga, annars blir det ingen ersättning.

Registrering av kirurgiska komplikationer krävs enligt ett internationellt system för att kategorisera diagnoser och åtgärder (ICD10-kod), inte i ytterligare något separat register som mest ger dubbelarbete.

Patienter som slutat att röka är de stora vinnarna, men även för samhället är ett rökstopp i samband med operation en lysande affär både ekonomiskt och humanitärt.

(*) För patienter med livshotande sjukdom och andra trängande fall görs undantag från rökstopp före operation. För att öka patientsäkerheten och minska risken för komplikation rekommenderas rökstopp i efterförloppet.

Peter Friberg, ordförande, Svenska läkaresällskapet. Svenskt kirurgiskt råd inom Svenska läkaresällskapet med följande sektioner: Helén Seeman-Lodding, ordförande Svensk förening för anestesi och intensivvård. Li Felländer-Tsai, ordförande Ortopedisk förening. Lars B Dahlin, ordförande Svensk handkirurgisk förening. Harald Almström, ordförande Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Agneta Montgomery, ordförande Svensk kirurgisk förening. Åsa Edsander-Nord, vetenskaplig sekreterare Svensk plastikkirurgisk förening. Lars Henningsohn, ordförande Svensk urologisk förening. Anders Holmgren, ordförande Svensk thoraxkirurgisk förening. Niklas Marklund, ordförande Svensk neurokirurgisk förening. Johan Hellgren, ordförande

Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi. Sven Crafoord, ordförande Sveriges ögonläkarförening.
