

Fri från tobak i samband med operation

– en kartläggning av arbetet som utförs på sjukhus i Sverige

Författare: Karin Björkman, projektsekreterare
Evalill Nilsson, biträdande nationell koordinator för HFS
Malou Lindberg, projektledare

Förord

Föreliggande rapport är en delrapport inom projektet *Tobaksfri i samband med operation*, ett projekt inom nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS), som finansieras med medel från Statens folkhälsoinstitut. Projektet, som har pågått sedan april år 2009, har i syfte att kartlägga och sprida erfarenheter, samt kunskaper i metod och implementering, som erhållits på sjukhus i Sverige avseende tobakspreventivt arbete i samband med operation. Målgruppen för projektet i sin helhet är såväl HFS-nätverkets medlemsorganisationer som andra intressenter såsom övriga hälso- och sjukvårdsorganisationer i Sverige. Kunskapen som projektet genererar ska finnas tillgänglig via till exempel HFS-nätverkets hemsida samt via andra spridningskanaler tillgängliga för allmänheten.

Föreliggande rapport innehåller en kartläggning av arbetsområdet tobaksprevention i samband med operation, genomförd med hjälp av enkätundersökning till sjukhusen i Sverige. Målgruppen för denna rapport är främst HFS-nätverkets medlemsorganisationer samt övriga hälso- och sjukvårdsorganisationer i Sverige.

Nästa steg i projektet är att utifrån den gjorda kartläggningen, inklusive fokusgruppsintervjuerna och insamlat skriftligt material inom området från de deltagande sjukhusen, utarbeta ett informationspaket. Hänsyn kommer även att tas till de nya riktlinjer inom området som kommer från Socialstyrelsen inom kort. Informationspaketet är tänkt att fungera som ett stöd för, och ge struktur åt, HFS-nätverkets medlemsorganisationers arbete inom området. Såväl informationspaketet som slutrapporten kommer att publiceras under hösten år 2010.

Sammanfattning

Inom nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS), finns ett antal temagrupper vars mål är att inom specifika områden ta tillvara och stärka nätverkets hälsofrämjande och sjukdomspreventiva arbete. Sedan några år arbetar temagruppen för tobaksprevention bland annat med att stimulera systematiska insatser för att hjälpa patienter, som ska opereras, till rökstopp eller tobaksstopp. Evidens finns för att rökare har en högre frekvens av postoperativa komplikationer och att antalet komplikationer minskar om patienten är rökfri ett antal veckor före och efter operation. Snusets påverkan på hälsan är inte utforskat i samma utsträckning.

Syftet med föreliggande rapport var att kartlägga hur sjukhus med opererande verksamhet i Sverige arbetar med tobakspreventivt arbete i samband med operation. Data samlades in genom fokusgruppsintervjuer med medlemmar i temagrupp tobaksprevention samt genom en semistrukturerad webbenkät till alla sjukhus i Sverige som har opererande verksamhet.

Genom fokusgruppsintervjuerna identifierades områden att täcka in i frågorna i enkäten, vilken utformades med fyra delavsnitt. Den första delen innehöll bakgrundsfrågor, den andra delen tog upp generellt tobakspreventivt arbete på sjukhuset, den tredje och mest omfattande delen bestod av frågor rörande tobaksprevention i samband med operation, och den fjärde och sista delen frågor kring synen på sjukhusets uppdrag att arbeta med detta område.

Totalt identifierades 87 sjukhus med opererande verksamhet, varav 53 var medlemmar i HFS-nätverket. Respondenter för 60 sjukhus (69%) besvarade enkäten, 45 (75%) av dessa var HFS-medlemmar. Huvuddelen av respondenterna angav att man ansåg sig vara ett Rökfritt och/eller Tobaksfritt sjukhus, detta gäller både HFS-medlemmar och icke-medlemmar.

Sammantaget visar denna kartläggning att det finns en förbättringspotential i arbetet med tobaksfrihet i samband med operation. Uppdrag finns, men dessa kopplas inte alltid till ekonomiska resurser. Det är vanligare att det finns informationsmaterial riktat till patienter än stöddokument och arbetsmaterial avsett för personal, och utbildningsinsatser för personal inom området sker i låg omfattning. Datoriserat journalsystem är väl utbyggt, och de flesta uppger att de har fastställda sökord inom området, men endast ett fåtal använder åtgärds-koder. Brister framkommer i uppföljningen av effekter av insatser som genomförts, exempelvis i form av rökstopp eller färre komplikationer i samband med operation.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	1
1.1 NÄTVERKET HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS OCH VÅRDORGANISATIONER (HFS)	1
1.1.1 HFS-nätverkets tobakspreventiva arbete	1
1.2 TOBAKSANVÄNDANDE	2
1.2.1 Tobaksanvändande i ett internationellt perspektiv	2
1.2.2 Tobaksanvändande i ett nationellt perspektiv	2
1.3 TOBAKSPREVENTIVT ARBETE I SVERIGE	3
1.3.1 Tobaksfrihet i samband med operation.....	4
2. Syfte	6
3. Metod	7
3.1 INSAMLING AV DATA	7
3.1.1 Fokusgruppsintervju	7
3.1.2 Semistrukturerad enkät	7
3.2 BEARBETNING OCH ANALYS AV DATA	8
3.2.1 Fokusgruppsintervju	8
3.2.2 Semistrukturerad enkät	9
4. Resultat	10
4.1 FOKUSGRUPPSINTERVJUER	10
4.2 SEMISTRUKTURERAD ENKÄT	10
4.2.1 Del 1: Inledande frågor	11
4.2.2 Del 2: Generellt tobakspreventivt arbete på sjukhuset	12
4.2.3 Del 3: Tobaksprevention i samband med operation	12
4.2.4 Del 4: Avslutande frågor.....	20
5. Diskussion.....	21
Referenslista	25

1. Bakgrund

1.1 Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS)

Internationellt växte idén om Health Promoting Hospitals (HPH) fram som ett svar på ett behov att koppla samman, och att tydligare förankra, sjukvårdssystem utefter samhällsbehov, med hälsofrämjande insatser i fokus [1, 2]. Det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus (HFS) etablerades 1996 och är en del i det internationella nätverket HPH. HFS-nätverket, som i februari 2008 utökade sitt namn till Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS), har idag 28 medlemsorganisationer med över 60 medlemssjukhus/vårdorganisationer.

HFS kan beskrivas som en idéburen ideell verksamhet där det viktigaste kriteriet för medlemskap är viljan att utveckla sin organisation mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. För att stödja medlemsorganisationernas styrning mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård arbetar HFS bland annat med att utveckla de sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatserna samt med att förmedla kunskap. [3] HFS-nätverkets vision är:

”... att skapa en effektivare hälso- och sjukvård genom en tydligare målinriktning mot förbättrad hälsa för patienter, medarbetare och befolkning – det vi kallar hälsoorientering.” [3]

I slutet av 2005 inrättade HFS ett antal temagrupper, med målet att inom specifika områden bättre ta tillvara och stärka nätverkets hälsofrämjande och sjukdomspreventiva arbete, samt för att öka kunskapsutbytet inom HFS-nätverket. För närvarande finns sex temagrupper, en av dessa arbetar med tobaksprevention.

1.1.1 HFS-nätverkets tobakspreventiva arbete

I temagrupp tobaksprevention ingick vid projektets start (våren 2009) 27 medlemmar från 21 medlemssjukhus eller vårdorganisationer från olika landsting/regioner [4]. Under år 2008 och 2009 bedrev ett flertal sjukhus någon form av tobakspreventivt arbete och dessa har samarbetat i olika grad och former med andra organisationer, exempelvis kommuner, frivilligorganisationer, skolor och tandvård. [3]

Flera av medlemsorganisationerna har sedan ett par år fokuserat sitt arbete mot att patienter som ska opereras ska stimuleras till rökstopp eller tobaksstopp (rökning och snusning). Ett stort antal studier visar att rökare har en högre frekvens av postoperativa komplikationer och att antalet komplikationer minskar om patienten kan vara rökfri ett antal veckor före och efter operationen [5-9]. Målet för medlemsorganisationerna har varit att stödja personer som är tobaksanvändare att sluta med tobak i samband med (inför och/eller efter) en planerad eller en akut operation. En del av medlemsorganisationerna har även haft som mål att stödja opererande centrum samt primärvård och närsjukvård i utvecklingen av det tobakspreventiva arbetet, exempelvis genom diplomering av tobaksavvänjare, informationsmaterial med mera.

1.2 Tobaksanvändande

1.2.1 Tobaksanvändande i ett internationellt perspektiv

Tobak är den största enskilda förebyggbara orsaken till sjukdom och död i världen idag och Världshälsoorganisationen (WHO) räknar med att cirka 50 procent av tobaksanvändarna kommer att dö som en följd av tobak [10, 11]. Uppskattningsvis röker drygt en miljard människor, samtidigt är det svårt att ange den globala prevalensen av tobaksanvändning. WHO menar att prevalensstudier avseende tobaksanvändning oftast inte är jämförbara eftersom de skiljer sig åt vad gäller till exempel studiedesign, definition av tobaksanvändning, tidsperspektiv och åldersintervall [11, 12]. I internationella data över tobaksanvändandets effekter på (folk)hälsan framträder tobak som en tydlig riskfaktor för sex av åtta av de vanligaste dödsorsakerna, och tobak spelar en betydelsefull roll i uppkomsten av bland annat hjärt- kärlsjukdomar, stroke, infektioner i andningsorganen, KOL, tuberkulos och flera former av cancer [11].

Tobaksepidemins globala förlopp kan förklaras med hjälp av en modell, enligt Lopez et al. Modellen är indelad i fyra faser, vilka innefattar utvecklingen av förekomst av rökning samt utvecklingen av rökningens skadeeffekter. Sammanfattningsvis beskriver modellen att rökning sprids bland män före kvinnor, och dessutom i högre utsträckning bland män än bland kvinnor [13]. Enligt Socialstyrelsens *Folkhälsorapport 2009* spelar rökning en betydelsefull roll vad gäller skillnaderna i medellivslängd mellan i övrigt socialt och ekonomiskt jämförbara länder. Tobak och tobaksanvändande är, i ett internationellt perspektiv, relaterat till tydliga skillnader i könsmönster samt i socioekonomisk status. [14-16]

1.2.2 Tobaksanvändande i ett nationellt perspektiv

Cirka en miljon personer i Sverige röker, samtidigt som nästan lika många snusar. Enligt Statens folkhälsoinstitutets (FHI) publikation *Livsstilsrapport 2008, Lägesrapport om livsstilsfrågor*, är tobaksrökning den vanligaste orsaken till såväl sjukdom som förtida dödsfall i Sverige [14]. Cirka 40 sjukdomstillstånd har ett samband med rökning, exempelvis hjärt- kärlsjukdomar, cancer (i lunga, munhåla, strupe, näsa, magsäck, bukspottskörtel, tjocktarm, njurar, urinblåsa och livmoderhals), lungsjukdomar, problem med tandhälsan, stress och psykisk ohälsa. [17] Enligt *Folkhälsorapport 2009* är det vanligast att börja röka före 20 års ålder, och även om effekterna ibland låter vänta på sig, dör ungefär 50 procent av alla rökare som en följd av rökningen, varav ungefär hälften av dödsfallen sker i medelåldern. [15]

Även i Sverige är tobak och tobaksanvändande relaterat till tydliga skillnader i könsmönster samt i socioekonomisk status, såsom utbildningsnivå, yrkeskategori, inkomstnivå, boendeförhållanden och etnicitet [14, 15]. Förhållandet kvinnor, män och rökning har förändrats under årtiondena, och sedan början av 1990-talet är rökning vanligare bland kvinnor än män. Inom åldersspannet 16-84 år röker idag cirka 18 procent av kvinnorna och cirka 14 procent av männen [15]. Kvinnor representerar också den största delen dagligrökare i Sverige [14].

Forskningen kring snus, och dess påverkan på hälsan, är begränsad och omdebatterad. De som är dagligsnusare utsätter sig för större mängder nikotin under en större del av dygnet än dagligrökare. Forskning har inte kunnat utesluta att snusning påverkar hjärt- kärlsystemet negativt eller att snusning kan vara en bidragande orsak till vissa former av cancer. [5, 14, 18] Resultaten från en systematisk översikt utförd inom området, publicerad 2009, visar att det finns ett samband mellan användandet av rökfri tobak och risk att drabbas av dödlig hjärtinfarkt respektive dödlig stroke [18].

Sedan 1970-talet har andelen snusare ökat, till att idag innefattas i cirka 20 procent av mäns, och fyra procent av kvinnors dagligvanor i Sverige [5, 14].

1.3 Tobakspreventivt arbete i Sverige

WHO antog år 2003 världens första folkhälsokonvention, *Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll (WHO Framework Convention on Tobacco Control)*. Konventionen är en vetenskapligt grundad överenskommelse mellan länder mot all form av tobak, både cigaretter och snus, och Sverige anslöt till konventionen 2005. Konventionen består av två delar; att minska efterfrågan på tobak samt att begränsa tillgängligheten till tobak. Det tobaksförebyggande arbetet i Sverige, som i internationella jämförelser kommit relativt långt vad gäller lagstiftningen, behöver ytterligare fokuseras mot till exempel tobaksfria miljöer och utveckling av tobakspreventivt arbete. Sverige, liksom övriga enskilda länder, kan hämta stöd i konventionen för det tobakspreventiva arbetet på alla samhällsnivåer, och har genom anslutningen till konventionen yttrat en politisk vilja att kontinuerligt arbeta med, och förstärka, det tobakspreventiva arbetet. [19, 20]

Målet med Sveriges övergripande nationella folkhälsopolitik, är att:

”skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” [21]

Vidare har 11 specifika målområden utarbetats utefter de bestämningsfaktorer¹ som anses ha särskilt stor relevans för hälsa. Ett av dessa är målområde nummer 11, *Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel*. Inom målområde 11 anges specifikt fyra prioriterade delmål att arbeta inom vad gäller minskat bruk av tobak fram till år 2014:

1. Tobaksfri livsstart.
2. Halvering av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa.
3. Halvering av andelen rökare bland de grupper som röker mest.
4. Ingen ska ofrivilligt utsättas för rök i sin omgivning. [20-22]

Arbetet med tobaksprevention bör ha ett brett fokus och omfatta insatser inom information och utbildning, tobaksavvänjning, lagstiftning och tillsyn samt verka opinionsbildande [5, 17].

Tobakspreventivt arbete såsom till exempel rökavvänjning inom hälso- och sjukvården, är, sett ur samhällsekonomiska aspekter, mycket lönsamma [23, 24]. I Sverige har arbetet inriktats mot rådgivning, psykologiska behandlingsmetoder och nikotinersättningsmedel [23]. Det finns breda kunskaper om såväl hälsovinster som samhällsekonomiska vinster när en person slutar röka. Medan kostnaden per räddat levnadsår vid rökavvänjningshjälp kan variera mellan 5 000-80 000 kronor, kostar behandlingen av högt blodtryck mellan 150 000-200 000 kronor per räddat levnadsår i Sverige idag. Rökavvänjning bedöms, i förhållande till många andra sjukvårdsåtgärder, vara kostnadseffektivt. [23, 25]

I rapporten *Metoder för rökavvänjning*, utgiven av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), beskrivs utfallet av olika rökavvänjningsmetoder variera beroende av till exempel vem som ger respektive tar emot, rökavvänjningsstödet, och hur väl metoden förankras och anpassas efter rådande förhållanden. Vidare konstateras det att hälso- och sjukvården är en arena med stora kontaktytor mot befolkningen. Den spelar en viktig roll att rutinmässigt fråga patienter om rökvanor

¹ ”...de faktorer i människors livsvillkor och vanor som har störst betydelse för hälsan” [22].

och att därefter följa upp med uppmuntran/uppmaning om rökstopp, samt anpassad erbjudan om hjälp att sluta röka. [23]

1.3.1 Tobaksfrihet i samband med operation

Inom kirurgin har kvalitetsarbetet länge fokuserats på att utveckla säkra operationsmetoder, men även andra faktorer påverkar operationsresultatet, till exempel patienternas livsstil och levnadsvanor [26]. Rökning i samband med operation är en faktor som leder till såväl en ökad mängd komplikationer som ökad sjuklighet, och resulterar i längre rehabiliteringstid och sjukhusvistelse för patienten [9, 25, 27]. En studie publicerad i *The Lancet* 2002, visar att ett effektivt interventionsprogram mot rökning insatt 6-8 veckor före operationen mer än halverar antalet postoperativa komplikationer [9]. Senare publicerade studier, till exempel avhandlingen *The Impact of Tobacco Use on Postoperative Complications*, av David Lindström (2008), visar att interventioner för rökfrihet i samband med operation kan ge positiva resultat när de genomförs fyra veckor före själva operationen. Lindströms avhandling åskådliggör att ett rökstopp fyra veckor inför en operation, likt ett rökstopp 6-8 veckor inför en operation, både reducerar postoperativa komplikationer och verkar för en längre period av rökfrihet efter operationen. [7, 28] I en nyligen publicerad studie visar Tønnesen et al att interventionsprogram som startar så sent som tre veckor innan operation signifikant minskar risken för postoperativa komplikationer [8].

De vanligaste komplikationerna av rökning i samband med operation är sårinfektioner och fördröjd läkning av varierande grad. Allvarligare komplikationer är infektioner i luftrör och lungor samt blodproppar i större blodkärl. Grundorsaken till komplikationerna är syrebrist i kroppens vävnader, orsakad av framförallt kolmonoxid och nikotin, vilka är två av cirka 4 700 olika ämnen och kemiska föreningar som ingår i varje rökpuff. Nikotin har en sammandragande effekt på vissa blodkärl, till exempel i huden, och orsaker dessutom förtjockning av blod på grund av att blodplättarna blir klibbiga och lättare klumpar ihop sig. Risken för blodproppar ökar. Kolmonoxid i sin tur blockerar de röda blodkropparnas möjlighet att ta upp syre i lungorna. Ju mer en person röker och därmed andas in kolmonoxidgasen, desto fler blodkroppar blockeras, vilket orsakar större syrebrist i kroppens samtliga delar. Resultatet blir att nikotin och kolmonoxid bidrar till försämrad genombildning i samtliga vävnader i kroppen. Dessutom bidrar en minskad bildning av kollagen till försämrad sårhäkning, och en försämring av immunförsvaret ger ökad infektionsrisk. Generellt kan man säga att ju längre en person har rökt, desto större är risken för att dessa bakomliggande mekanismer är rubbade och således löper rökaren större risk för komplikationer. [25, 29]

Rökfrihet i samband med operation kan positivt påverka ovanstående mekanismer och således minska komplikationsrisken. Även rökfrihet som påbörjas vid akut operation, det vill säga, vanligen inledd i ett senare skede än vid planerad operation, har visat sig ha positiv effekt (personlig kommunikation med David Lindström, artikel accepterad för publikation).

Snusning medför inte samma syrebrist som rökning i kroppens vävnader, och därför förväntas inte snusning orsaka samma grad av komplikationsrisker. Den ringa forskning som utförts på snusare stödjer detta antagande men ytterligare studier behövs. [25] Teoretiskt sett borde stora mängder nikotin som tillförs genom snus bidra till komplikationer, dels genom kärleksammandragning och försämrad blodcirkulation, dels genom påverkan på hjärtats retledningssystem med rytmrubbning som följd.

Den kunskap avseende tobaksbruk och tobaksprevention som erhållits genom forskning och som beskrivits ovan, samt det faktum att HFS temagrupp för tobaksprevention arbetat intensivt med frågan, gör det intressant att studera hur sjukhus som bedriver opererande verksamhet arbetar inom området.

2. Syfte

Syftet med föreliggande arbete var att kartlägga arbetet inom området tobaksprevention i samband med operation, som utförs på sjukhus i Sverige.

3. Metod

3.1 Insamling av data

Fokusgruppsintervjuer har genomförts med medlemmar ur temagrupp tobaksprevention inom HFS-nätverket, med målet att skapa ett underlag till en semistrukturerad webbenkät. Webbenkäten skickades till ledningsperson vid respektive sjukhus där operationer utförs, både inom och utanför HFS-nätverket. Vid bägge materialinsamlingarna har det varit skriftligt uttalat att respondenterna inte är anonyma, eftersom planen har varit att kunna kontakta dem för ytterligare information etc.

3.1.1 Fokusgruppsintervju

Målsättningen med fokusgruppsintervjuerna var att identifiera och ta del av de erfarenheter och kunskaper medlemmarna i temagruppen hade inom området tobaksprevention i samband med operation. Inbjudan till deltagande i fokusgruppsintervjuerna utgick till samtliga personer som fanns registrerade som medlemmar i HFS temagrupp för tobaksprevention under maj 2009. Av totalt 27 personer tackade 15 ja till deltagande och tre fokusgruppsstillfällen genomfördes. Vid fokusgruppsintervjuerna medverkade en moderator (projektsekreteraren för projektet) och en observatör (projektledaren för projektet) [30]. Varje fokusgruppsintervju tog cirka en och en halv timma att genomföra. Intervjuerna spelades in på band och deltagarna fick börja med att uppge namn och titel, som ett röstprov för identifiering av vem som sade vad, i syfte att underlätta transkriberingsarbetet.

Vid fokusgruppsintervjuerna användes en intervjuguide som togs fram enligt anvisningar där målet var att deltagarna diskuterar fritt och att diskussionen inte ska vara styrd. [30] Framträdande frågeområden i intervjuguiden var möjligheter, framgångsfaktorer och hinder i arbetet med tobaksprevention, se bilaga 1.

3.1.2 Semistrukturerad enkät

Vid konstruerandet av enkäten användes det webbaserade verktyget Landstingets Enkäter Överallt (LEO, Publech ® Survey), vilket är ett konstruktions- och bearbetningsprogram för webbenkäter. Programmet hanterar även enkätutskick.

Samtliga sjukhus i Sverige där operationer bedrevs tillfrågades om deltagande. För att identifiera vilka sjukhus som var aktuella kontaktades samtliga 21 landstings/kommuners/regioners växel via telefon. Där ombads personalen att uppge vilka sjukhus som fanns i respektive område. Uppgifterna jämfördes och kompletterades med landstingens/kommunens/regionernas information om sjukhus på respektive hemsida samt med informationen i den senaste utgåvan av katalogen *Förteckning över sjukhusanläggningar*, utgiven av förlaget Hälso- och SjukvårdsInformation (HSI) [31]. Genom detta tillvägagångssätt identifierades totalt 105 sjukhus². Följande kriterium ställdes upp för vad som skulle betecknas som ett sjukhus; en organisation som består av en eller flera sjukhusenheter, eller sjukhusbyggnader med egna namn, vilka ingår under samma organisatoriska enhet/område.

De sjukhus som inkluderades skulle bedriva opererande verksamhet, totalt inkluderades 87 sjukhus i enkätundersökningen, se bilaga 2.

² Begreppet "sjukhus" definieras som "vårdinrättning", och är varken ett formellt skyddat begrepp eller mer specifikt preciserat i lagtext [32]. I Hälso- och sjukvårdslagens 5 § anges "För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus", men ingen närmare beskrivning av vad ett sjukhus är i övrigt.

Varje sjukhus som erbjöds att delta i undersökningen kontaktades och uppgifter om ledningsperson på tjänstemannanivå i form av sjukhuschef eller motsvarande efterfrågades. En lista togs fram över kontaktuppgifter i form av e-postadress för sjukhusens ledningspersoner. Valet att vända sig direkt till ledningspersonerna gjordes med målet att behandla samtliga på ett likvärdigt sätt oavsett hur det tobakspreventiva arbetet var organiserat. Sjukhuschefen (eller motsvarande) mottog webbenkäten via en länk till sin e-postadress och kunde sedan enligt medföljande instruktioner välja att antingen besvara enkäten själv, att besvara den med hjälp av eller tillsammans med medarbetare eller att helt lämna över besvarandet av enkäten till en eller flera medarbetare. Endast en enkät per sjukhus sändes ut. Varje enkät hade en unik länkadress och genom detta kunde respondenten/erna från varje sjukhus endast besvara enkäten en gång. Två påminnelseenkäter skickades med cirka två veckors mellanrum till dem som inte besvarat enkäten.

Enkätens svarsalternativ var oftast fasta (förutbestämda svarsalternativ där respondenten kryssar det alternativ som passar bäst), men i några fall öppna (respondenten skriver själv sitt svar). Hänsyn togs till evidens gällande frågekonstruktion såsom enkelhet i språkbruk, entydighet, undvikande av ledande frågor etc. [33, 34] Enkätfrågorna var villkorade på så sätt att respondenten för att komma vidare till nästa fråga var tvungen att besvara föregående fråga. Endast de två sista enkätfrågorna (vem som varit uppgiftslämnare i enkäten samt en kontaktperson att nå vid eventuella frågor), var frivilliga att besvara. Flera av frågorna i enkäten var också villkorade så att respondenten skickades vidare till nästkommande fråga utefter hur de svarat på föregående fråga. Vissa av frågorna var envalsfrågor medan andra var flervalsfrågor. Vid flervalsfrågorna fanns information om att det gick att välja flera svarsalternativ.

Utformandet av enkätfrågorna utgick från de områden som var mest frekventa och framträdande under fokusgruppsintervjuerna. Vidare togs hänsyn till evidens inom området samt att inspiration hämtades från tidigare genomförda enkätstudier inom området av till exempel FHI. I processen av framtagandet av enkäten fördes en kontinuerlig dialog med en arbetsgrupp inom HFS-nätverkets temagrupp för tobaksprevention.

Enkäten utformades i fyra delar; den första delen innehöll bakgrundsfrågor, den andra delen tog upp generellt tobakspreventivt arbete på sjukhuset, den tredje och mest omfattande delen bestod av frågor rörande tobaksprevention i samband med operation, samt en fjärde del med avslutande frågor gällande vilket uppdrag sjukhusledningen hade i det tobakspreventiva arbetet samt respondentens egen inställning till att arbeta med rökfrihet i samband med operation, se bilaga 3.

3.2 Bearbetning och analys av data

3.2.1 Fokusgruppsintervju

Transkriberingen av de tre fokusgruppsintervjuerna genomfördes kontinuerligt. Projektsekreteraren skrev ut en av intervjuerna, resterande intervjuer skrevs ut av en projektanställd personal. Vid transkriberingen användes programmet Olympus DSS Player. Vid transkriberingen skrevs varje ord ut, med målet att erhålla en fullständig utskrift av det som hade sagts. Även pauser, suckar, skratt med mera, dokumenterades.

Därefter lästes de utskrivna intervjuerna igenom av projektsekreteraren och anteckningar fördes över områden som deltagarna uttryckt i intervjuerna som väsentliga inom arbetet med

tobaksprevention. Områdena kunde röra både möjligheter, framgångsfaktorer och hinder i arbetet. Utifrån de identifierade områdena sattes rubriker som områdena sedan sorterades in under. Vid enkätkonstruktionen användes denna kunskap och påverkade innehållet i enkätfrågorna.

3.2.2 Semistrukturerad enkät

Det webbaserade verktyget LEO är kopplat till kalkylprogrammet Excel, Microsoft Office. Enkätsvaren lades automatiskt in i Excel via LEO, och konverterades därifrån över till statistikprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS). Tre enkäter lades in manuellt i SPSS beroende på att respondenterna till dessa enkäter skrev ut webbenkäten på papper och besvarade den för hand. Dessa enkäter kom projektledningen till handa genom postgång.

De statistiska bearbetningar som utförts är deskriptiva. Diagram och tabeller skapades i både Excel och SPSS.

4. Resultat

4.1 Fokusgruppsintervjuer

Under nedanstående rubriker redovisas de områden som var mest frekventa och framträdande under fokusgruppsintervjuerna med temagrupsmedlemmarna och som påverkade innehållet i frågorna i den semistrukturerade webbenkäten.

Organisatoriska frågor

- Roller
- Nyckelpersoner, ”stödpersoner”
- Nätverk, formella och informella
- Påverka genom budskap på flera nivåer

Former och förutsättningar (struktur och process) för verksamheten

- Arbetas in i befintlig verksamhet
- Samarbete inom/utanför egen verksamhet på sjukhuset
- Hela vårdkedjan, inklusive primärvård
- Uppdelning av process och struktur

Perspektiv

- Ledning
- Medarbetare
- Patient

”Det lilla i det stora”, det preventiva tänkandet

- Koppling till hela det (tobaks)preventiva arbetsområdet

Ett långsiktigt arbete

- Planering
- Långsam process
- Utbildning och kompetens
- Uppföljning av verksamhet
- Lyfta fram vinster

4.2 Semistrukturerad enkät

Totalt identifierades 87 sjukhus med opererande verksamhet. Majoriteten av dessa tillhörde HFS-nätverket. Svarefrekvensen var totalt 69%, och högre bland HFS-medlemmar än bland icke-medlemmar. Tre fjärdedelar av de svarande tillhörde HFS-nätverket (Tabell 1).

Tabell 1. Antal respondenter som ombads besvara enkäten samt svarsfrekvens uppdelat på enkätens fyra delar.

	Antal tillfrågade	Antal svarande	Del 1 Fråga 1-4	Del 2 Fråga 5-14	Del 3 Fråga 15,16	Del 3 Fråga 17-30	Del 4 Fråga 31-33
Ej medlem							
HFS	34	15	15	12	12	10	14*
Medlem							
HFS	53	45	45	41	41	24	45
Totalt	87	60	60	53	53	34	59*

*svarsbortfall finns i del 4

Bland HFS-medlemmarna besvarades enkäten i hälften av fallen av processledarna, det vill säga nätverkets lokala HFS-koordinatörer. I övrigt var det för både medlemmar och icke-medlemmar vanligast att någon i chefsställning besvarade enkäten, till exempel verksamhetschefer. Resterande enkäter besvarades av läkare, rökavvänjare, hälsoutvecklare med flera. I några fall besvarades enkäten av mer än en person. Endast ett mindre antal av respondenterna valde att inte besvara den frivilliga frågan om vem som svarade på enkäten.

Bland HFS-medlemmarna svarade 85% på enkäten medan andelen svarande bland icke-medlemmar var 44% (Tabell 1). Enbart fullständigt besvarade enkäter inkluderades i undersökningen, undantaget en respondent som enbart underlåtit att besvara del fyra i enkäten. Fem respondenter lämnade in ofullständiga enkäter vilka ingår i det totala bortfallet som var 31%.

4.2.1 Del 1: Inledande frågor

Bland HFS-medlemmar uppgav huvuddelen, 42 stycken (93%), att deras sjukhus hade någon av benämningarna Rökfritt sjukhus, 31 stycken (69%), Tobaksfritt sjukhus, 7 stycken (16%), eller både och, 4 stycken (9%). Även bland icke-medlemmar uppgav huvuddelen, 13 sjukhus (87%), att de hade någon av benämningarna Rökfritt sjukhus, 11 stycken (73%), Tobaksfritt sjukhus, 1 sjukhus (7%), alternativt bägge benämningarna, 1 sjukhus (7%).

I det totala materialet svarade respondenter för 53 sjukhus (88%) att de bedrev tobakspreventivt arbete för patienter och/eller personal på sjukhuset. Av medlemmarna i HFS-nätverket uppgav 41 stycken (91%) att preventivt arbete bedrevs och av sjukhusen som inte var medlemmar, 12 stycken (80%). Av samtliga respondenter uppgav 39 stycken (65%) att tobakspreventionen bedrevs både för personal och för patient. I de fall där arbetet bedrevs *antingen* för personal *eller* för patient, var det 6 sjukhus (10%) som svarade att tobakspreventionen riktades endast till patienter, och 8 sjukhus (13%) där tobakspreventionen istället riktades endast till personal. Det var vanligare bland icke-medlemmar att det tobakspreventiva arbetet endast bedrevs för personal medan medlemssjukhusen bedrev tobakspreventivt arbete för personal respektive för patient i lika stor utsträckning.

De respondenter från 53 sjukhus som svarade att tobakspreventivt arbete bedrevs på sjukhuset sändes automatiskt vidare till del två i webbenkäten. Övriga respondenter från 7 sjukhus sändes automatiskt direkt vidare till den avslutande fjärde delen av webbenkäten (Tabell 1).

4.2.2 Del 2: Generellt tobakspreventivt arbete på sjukhuset

Cirka hälften av respondenterna uppgav att de hade en särskild styr- eller ledningsgrupp för tobakspreventivt arbete och hos tre fjärdedelar var detta ett specifikt uppdrag. En tredjedel hade avsatta ekonomiska medel för arbetet. Vårdprogram/riktlinjer fanns vid drygt hälften av sjukhusen, något oftare bland HFS-medlemmar. Datoriserat söksystem fanns hos majoriteten av sjukhusen och särskilda sökord hos tre fjärdedelar, även detta var vanligare bland HFS-medlemmar. I övrigt var skillnaderna små mellan grupperna. Fastställda åtgärds-koder³ användes på en låg nivå i bägge grupperna. Uppföljning av medicinska mått och självskattad hälsa var även det ovanligt (Tabell 2).

Tabell 2. Responderande sjukhus som svarat ”ja” på frågor om förutsättningar för generellt tobakspreventivt arbetet på sjukhuset. Redovisas antal och (andel).

Tobakspreventivt arbete bedrivs på sjukhuset.	Ej medlem HFS ¹ (n=12) Antal (%)	Medlem HFS ¹ (n=41) Antal (%)	Totalt (n=53) Antal (%)
Styr-/ledningsgrupp	6 (50)	19 (46)	25 (47)
Specifika uppdrag att arbeta inom området	8 (67)	31 (76)	39 (74)
Avsatta medel (ekonomiska)	4 (33)	13 (32)	17 (32)
Vårdprogram/riktlinjer inom området	5 (42)	25 (61)	30 (57)
Om Ja, anges medicinska mått som ska följas på patienten? (n=30)	1 (20)	0 (0)	1 (3)
Om Ja, anges mått för hälsovinstmätning som ska följas på patienterna? (n=30)	0 (0)	1 (4)	1 (3)
Datoriserat journalsystem ²	10 (83)	40 (98)	50 (94)
Om Ja, fastställda sökord inom området? (n=50)	4 (40)	32 (80)	36 (72)
Om Ja, fastställda åtgärds-koder inom området? (n=50)	2 (20)	10 (25)	12 (24)

¹= Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer

²= Svaren Ja och Delvis redovisas tillsammans som Ja

4.2.3 Del 3: Tobaksprevention i samband med operation

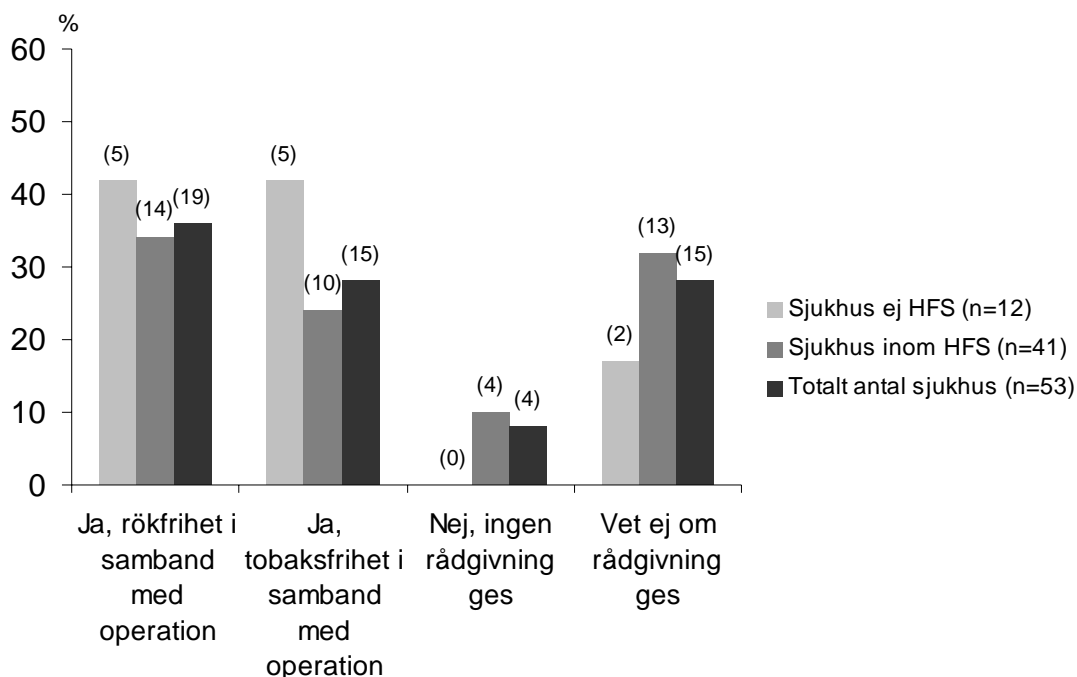
Del tre i enkäten inleddes med två frågor som samtliga 53 sjukhus där tobaksprevention bedrevs svarade på (det vill säga de som svarat på del 2 i enkäten). Dessa frågor var; om patienters tobaksbruk registreras i journalen på sjukhuset i samband med operation (fråga 15) och huruvida personalen på sjukhuset ger rådgivning angående tobaks- eller rökfrihet i samband med operation (fråga 16). De respondenter som på fråga 16 svarade att de gav rådgivning till patienter angående

³ Åtgärds-kod är en kod, eller kodbeteckning, som används vid statistisk beskrivning av åtgärder inom till exempel hälso- och sjukvård. Åtgärds-koder beskriver hur utförda åtgärder ska grupperas, eller klassificeras. Inom hälso- och sjukvården består åtgärder huvudsakligen av patientinriktade insatser som kan grupperas i förebyggande, behandlande eller utredande syfte, där rökavvänjning tillhör den första kategorin. [35].

tobaks- eller rökfrihet i samband med operation, svarade även på resterande frågor i del tre i enkäten. Övriga sändes automatiskt vidare till del fyra (Tabell 1).

På fråga 15 svarade 39 stycken (74%) att tobaksbruk registrerades i journalen. Vid 28 (68%) av 41 medlemssjukhus i HFS-nätverket skedde en sådan registrering, medan 11 (92%) av 12 respondenter från sjukhus utanför HFS-nätverket uppgav att de registrerade detta. Vid 6 (15%) av medlemssjukhusen registrerades inte detta och i 7 fall (17%) visste man inte om tobaksbruk registrerades i samband med operation på sjukhuset. Ett (8%) av de responderande sjukhusen utanför HFS-nätverket uppgav att de inte visste om sådan registrering genomfördes.

I figur 1 redovisas fördelningen vad gäller fråga (16), rådgivning angående tobaks- eller rökfrihet i samband med operation. I det totala materialet uppgav respondenterna för 34 (64%) av sjukhusen att personal vid sjukhuset gav rådgivning om rökfrihet eller tobaksfrihet vid operation. Vid fyra (8%) av sjukhusen gavs ingen rådgivning, medan 15 (28%) uppgav att de inte visste om rådgivning gavs. Av respondenterna inom HFS-nätverket svarade 24 (59%) att de gav någon form av rådgivning (rökfrihet eller tobaksfrihet) till patienter i samband med operation. Av respondenterna utanför HFS-nätverket svarade 10 (83%) att de gav någon form av rådgivning.



Figur 1. Andel och (antal) sjukhus som ger rådgivning angående tobaks- eller rökfrihet i samband med operation.

Respondenterna för 16 (47%) av de totalt 34 sjukhus, som på fråga (16) svarade att de bedrev någon form av rådgivning om tobaks- eller rökfrihet i samband med operation, svarade också att de hade vårdprogram eller riktlinjer för arbetet. För de sjukhus där respondenterna uppgav att de hade vårdprogram/riktlinjer inom området, var det vanligast att sjukhuset hade ett gemensamt program, och sjukhusen utanför HFS-nätverket uppgav i högre grad att de hade detta (Tabell 3).

Tabell 3. Responderande sjukhus som besvarat frågan vilka kliniker som har vårdprogram/riktlinjer för arbetsområdet tobaksfrihet i samband med operation (flera svarsalternativ möjligt). Redovisas antal och (andel).

Vårdprogram/riktlinjer, vilka kliniker:	Ej medlem HFS ¹ (n=5) Antal (%)	Medlem HFS ¹ (n=11) Antal (%)	Totalt (n=16) Antal (%)
Sjukhuset har ett gemensamt	3 (60)	5 (46)	8 (50)
Kirurgi	1 (20)	3 (27)	4 (25)
Ortopedi	2 (40)	3 (27)	5 (31)
Gynekologi	0 (0)	1 (9)	1 (6)
Öron/näsa/hals	1 (20)	1 (9)	2 (13)
Annan klinik/enhet	1 (20)	3 (27)	4 (25)

¹= Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer

Resultatet visar att det vid planerade operationer var vanligast att ge rådgivning om tobaksfrihet vid operation till patienten i samband med besöket då operationen planerades, hälften av patienterna gavs rådgivning vid detta tillfälle. Cirka en femtedel av respondenterna i det totala materialet uppgav att de vid planerade operationer inte visste när rådgivning gavs (Tabell 4). Vid akuta operationer var det istället vanligast att rådgivningen gavs i samband med operationsbedömningen, en femtedel av rådgivningen vid akuta operationer skedde då. Vid akuta operationer uppgav också över hälften av respondenterna att de inte visste när rådgivning gavs (Tabell 4).

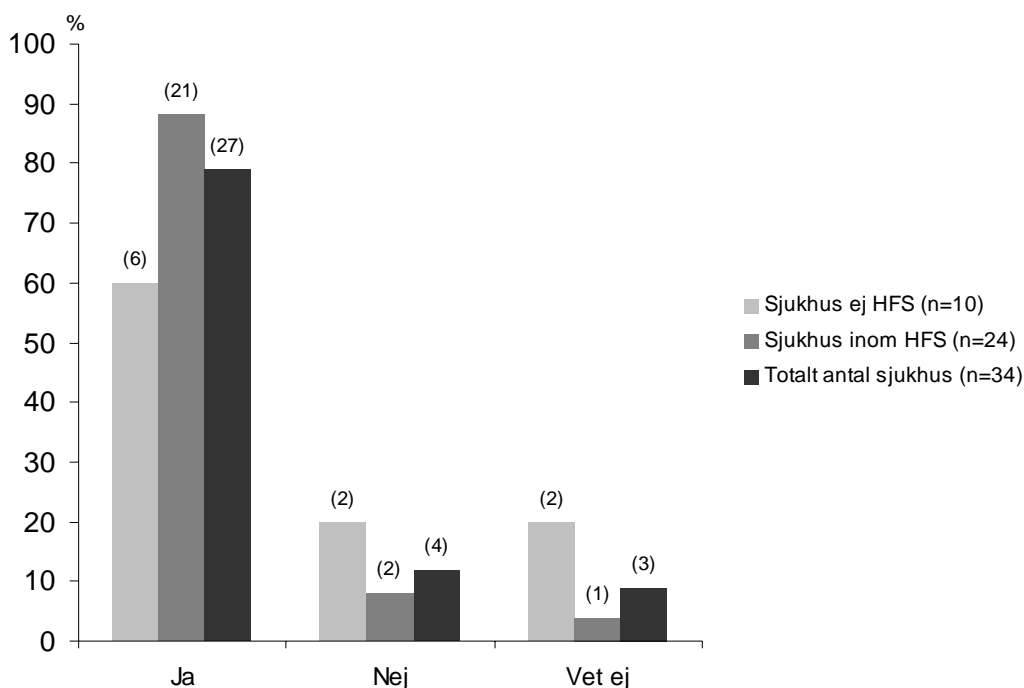
Tabell 4. Responderande sjukhus som svarat på frågorna avseende när i tid det är vanligast att ge rådgivning till patienter vid operation (flera svarsalternativ möjligt). Redovisas antal och (andel).

Tidpunkt då det är vanligast att ge rådgivning vid planerade operationer:	Ej medlem HFS ¹ (n=10) Antal (%)	Medlem HFS ¹ (n=24) Antal (%)	Totalt (n=34) Antal (%)
6 – 8 veckor för operation	2 (20)	6 (25)	8 (26)
4 – 5 veckor före operation	0 (0)	2 (8)	2 (6)
1 – 3 veckor före operation	1 (10)	2 (8)	3 (9)
I samband med att operationen planeras	4 (40)	13 (54)	17 (50)
I samband med inläggning	2 (20)	2 (8)	4 (12)
När operationen är genomförd	0 (0)	1 (4)	1 (3)
I samband med utskrivning	0 (0)	1 (4)	1 (3)
Ingen fastställd tidpunkt	1 (10)	3 (13)	4 (12)
Vet ej	3 (30)	3 (13)	6 (18)

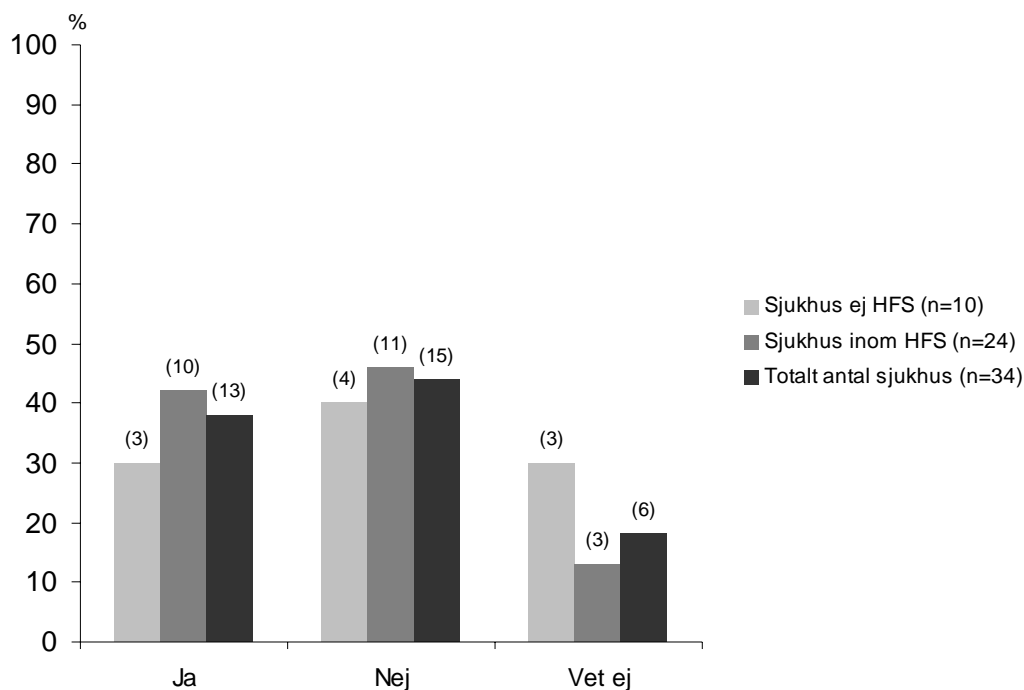
Tidpunkt då det är vanligast att ge rådgivning vid akuta operationer:	Ej medlem HFS ¹ (n=10) Antal (%)	Medlem HFS ¹ (n=24) Antal (%)	Totalt (n=34) Antal (%)
I samband med operationsbedömningen	2 (20)	5 (21)	7 (21)
När operationen är genomförd	0 (0)	5 (21)	5 (15)
I samband med utskrivning	1 (10)	4 (17)	5 (15)
Ingen rådgivning erbjuds	1 (10)	5 (21)	6 (18)
Vet ej	6 (60)	12 (50)	18 (53)

¹= Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer

I det totala materialet uppgav 79% av respondenterna att de hade informationsmaterial för patienter (Figur 2). Detta kan jämföras med att 38% uppgav att de hade någon typ av stöddokument eller arbetsmaterial avsett för personalen (Figur 3). Vad gäller utbildning av personal på sjukhuset inom området tobaks- eller rökfrihet i samband med operation, uppgav respondenter från 13 (38%) sjukhus att så sker. Av sjukhusen inom HFS-nätverket uppgav 10 (42%) av respondenterna att personalen på sjukhuset utbildades. Motsvarande siffra för de responderande sjukhusen utanför HFS-nätverket, var 3 sjukhus (30%).



Figur 2. Andel och (antal) sjukhus som har informationsmaterial på sjukhuset avsett för patienten, angående tobaks- eller rökfrihet i samband med operation.



Figur 3. Andel och (antal) sjukhus som har någon typ av stöddokument eller arbetsmaterial avsett för personalen, angående tobaks- eller rökfrihet i samband med operation.

De åtgärder/metoder som enligt respondenterna var vanligast att använda sig av för att stödja patienter att vara tobaksfria i samband med operation var nikotinersättningsmedel, informationsmaterial, rådgivning genom samtal samt Motiverande samtal (MI). Respondenterna för medlemssjukhusen i HFS-nätverket uppgav i större utsträckning än övriga sjukhus att de använde sig av rådgivning genom samtal, nikotinersättningsmedel och Motiverande samtal (Tabell 5).

De respondenter som svarade ”Annat” angav bland annat att personalen på sjukhuset hänvisade patienterna till rökavvänjning i annan regionalt eller lokalt anpassad regi, till exempel till en tobakspreventiv enhet, till en specifik rökavvänjningsgrupp eller till en hälsosamordnare.

Tabell 5. Responderande sjukhus som svarat på frågan avseende vilken typ av åtgärd/metod de erbjöd patienterna för att vara fria från tobak i samband med operation (flera svarsalternativ möjligt). Redovisas antal och (andel).

Åtgärd/metod som erbjöds:	Ej medlem HFS ¹ (n=10) Antal (%)	Medlem HFS ¹ (n=24) Antal (%)	Totalt (n=34) Antal (%)
Informationsmaterial	8 (80)	18 (75)	26 (77)
Rådgivning genom samtal	6 (60)	19 (79)	25 (76)
Nikotinersättningsmedel	7 (70)	20 (83)	27 (79)
Motiverande samtal (MI)	4 (40)	14 (58)	18 (53)
Kognitiv beteendeterapi	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Vet ej	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Annat	2 (20)	8 (33)	10 (29)

¹= Hälsöfrämjande sjukhus och vårdorganisationer

Vad gäller överenskommelser för samverkan inom området tobaks- eller rökfrihet i samband med operation svarade ungefär en tredjedel av det totala antalet respondenter att de hade sådana överenskommelser mellan enheter *inom* sjukhuset och med enheter *utanför* sjukhuset. Medlemmar i HFS-nätverket uppgav i större utsträckning än icke-medlemmar att de hade överenskommelser för samverkan mellan enheter inom sjukhuset. Av de respondenter som svarade att sjukhuset hade överenskommelser för samverkan med enheter utanför sjukhuset, uppgav samtliga att överenskommelsen/ överenskommelserna fanns specifikt mellan sjukhuset och primärvård (Tabell 6).

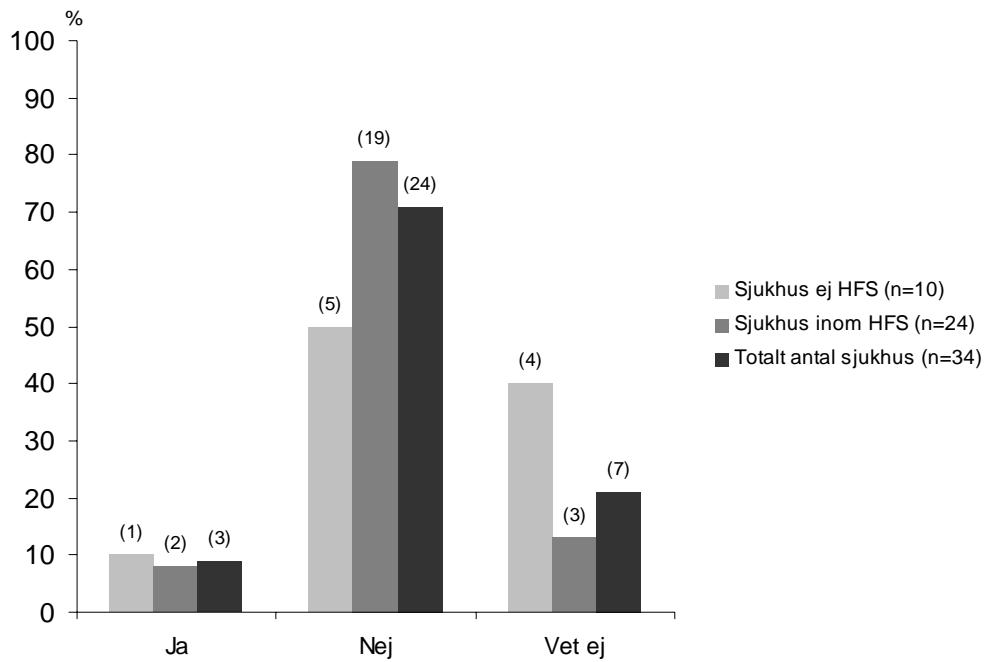
Tabell 6. Responderande sjukhus som svarat ”ja” på frågan om det fanns överenskommelser för samverkan inom området tobaksfri i samband med operation. Redovisas antal och (andel).

Överenskommelser för samverkan inom området	Ej medlem HFS ¹ (n=10) Antal (%)	Medlem HFS ¹ (n=24) Antal (%)	Totalt (n=34) Antal (%)
Inom sjukhuset	3 (30)	9 (38)	12 (35)
Med enheter utanför sjukhuset	3 (30)	7 (29)	10 (29)
Vilka ² :			
Primärvård, n=10	3 (30)	7 (70)	10 (100)
Närsjukvård, n=10	0 (0)	3 (43)	3 (30)
Vård i kommunal regi, n=10	0 (0)	1 (14)	1 (10)
Privata vårdgivare, n= 10	1 (10)	2 (29)	3 (30)
Vet ej, n=10	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Annan, n=10	2 (66)	0 (0)	2 (20)

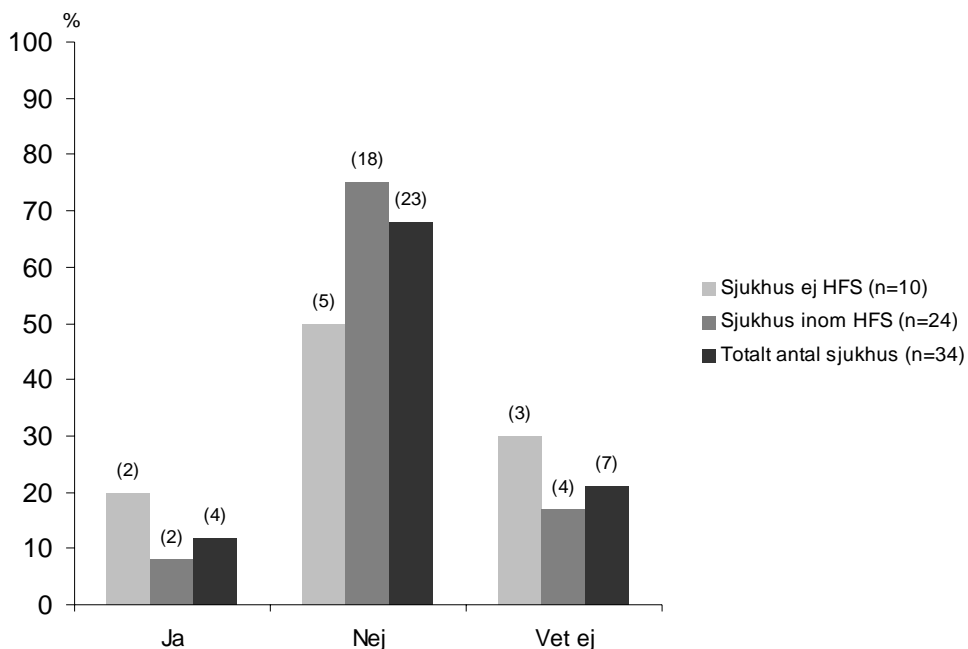
¹= Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer

²= Flera svarsalternativ möjligt

Angående uppföljning av eventuella komplikationer samt eventuellt fortsatt tobaksbruk hos patienter som erhållit rådgivning att vara tobaks- eller rökfria i samband med operation, svarade ungefär 70% av det totala antalet responderande sjukhus att de inte genomförde sådana uppföljningar på sjukhuset (Figur 4 och 5). Cirka 10% svarade att de genomförde uppföljning av tobaksbruk respektive komplikationer och cirka 20% svarade att de inte visste om några sådana uppföljningar genomfördes (Figur 4 och 5).



Figur 4. Andel och (antal) sjukhus vars medarbetare genomför uppföljning avseende komplikationer hos patienter som erhållit rådgivning att vara tobaks- eller rökfria i samband med operation.



Figur 5. Andel och (antal) sjukhus vars medarbetare genomför uppföljning avseende tobaksbruk hos patienter som erhållit rådgivning att vara tobaks- eller rökfria i samband med operation.

Den sista frågan i del tre i enkäten efterfrågade huruvida respondenterna ansåg att deras sjukhus arbete inom området tobaks- eller rökfrihet i samband med operation kunde fungera som ett gott exempel för andra sjukhus. Av totalt 34 responderande sjukhus ansåg 5 (15%) att så var fallet, 4 av dessa var medlemmar i HFS-nätverket. Bland HFS-medlemmar ansåg 11 (46%) att deras arbete på sjukhuset inte kunde fungera som ett gott exempel, medan 9 (38%) inte visste om deras arbete inom området kunde fungera som ett gott exempel för andra sjukhus. Av icke-medlemmarna ansåg 4 respondenter (40%) att deras arbete inom området inte kunde fungera som ett gott exempel för andra sjukhus, medan 5 (50%) inte visste om det kunde det.

4.2.4 Del 4: Avslutande frågor

Sista delen av enkäten efterfrågade respondenternas uppfattningar i tre olika frågeställningar. Av samtliga respondenter ansåg 50 (85%) att det, helt eller delvis, ingår i sjukhusledningens uppdrag att stimulera det tobakspreventiva arbetet, och 42 (71%) ansåg att det, helt eller delvis, ingår i sjukhusledningens uppdrag att stimulera arbetet med det tobakspreventiva arbetet i samband med operation. Endast i gruppen HFS-medlemmar fanns respondenter som ansåg att detta inte ingår i sjukhusledningens uppdrag.

På frågan om respondenterna själva ansåg att arbetet med tobaksprevention i samband med operation var ett viktigt område på deras sjukhus svarade 57 (97%) att de instämde helt eller delvis. Inga skillnader framkom mellan HFS-medlemmar och icke-medlemmar.

5. Diskussion

Sammantaget visar denna kartläggning att det finns en förbättringspotential i arbetet med tobaksfrihet i samband med operation. Uppdrag finns, men dessa kopplas inte alltid till ekonomiska resurser. Det är vanligare att det finns informationsmaterial riktat till patienter än stöddokument och arbetsmaterial avsett för personal, och utbildningsinsatser för personal inom området sker i låg omfattning. Datoriserat journalsystem är väl utbyggt, och de flesta respondenterna uppger att de har fastställda sökord inom området, men endast ett fåtal använder åtgärds-koder. Brister framkommer i uppföljningen av effekter av insatser som genomförts, exempelvis i form av rökstopp eller färre komplikationer i samband med operation. Uppföljningar skulle kunna öka motivationen att förbli tobaksfri även efter operation, och skulle kunna ha en positiv inverkan på hälso- och sjukvårdspersonal, genom att detta markerar att deras arbete är viktigt.

Huvuddelen av respondenterna angav att man anser sig vara ett Rökfritt och/eller Tobaksfritt sjukhus, och detta gäller både HFS-medlemmar och icke-medlemmar. Det är viktigt att notera att bland de senare fanns ett betydligt större bortfall, det vill säga de som besvarade enkäten är, sannolikt, sjukhus med ett uttalat engagemang i dessa frågor.

Utvecklingen av "Rökfritt sjukhus" är ett av de kärnområden som ska fokuseras vid ett medlemskap i HFS. I Avsiktsförklaringen (Letter of Intent), som skrivs under inför medlemskap i HFS och HPH finns det beskrivet att respektive medlemsorganisation ska "stödja implementeringen av Rökfritt sjukhus såsom ett nyckelområde". [36] Eftersom HFS-nätverket i stort och särskilt temagrupp tobaksprevention jobbar aktivt med att sprida information om vikten av tobaksfrihet i samband med operation, var förväntningen att samtliga medlemssjukhus skulle arbeta med tobaksprevention och kalla sig rök- eller tobaksfria samt att en klar majoritet skulle arbeta med tobaksfrihet i samband med operation. Det är därför anmärkningsvärt att några medlemssjukhus anger att de inte arbetar med tobaksprevention, speciellt som ett par av dessa faktiskt anger att de benämner sig själva Rökfritt sjukhus. Dessutom är det endast drygt hälften som anger att de arbetar med tobaksfrihet i samband med operation.

Vikten av samarbete inom vårdkedjan lyfts upp som en viktig komponent för att en rökstoppintervention ska vara genomförbar i tillräckligt god tid före patientens operation [9, 27]. Föreliggande kartläggning visar att endast en dryg tredjedel av sjukhusen har denna typ av samarbete inom den egna organisationen och att det vid en knapp tredjedel sker sådan typ av samarbete mellan det egna sjukhuset och verksamheter utanför. Det gör detta till ett viktigt förbättringsområde. Samarbete utanför sjukhuset fanns nästan enbart med primärvården, vilket också ger utrymme för nytänkande när det gäller tänkbara samarbetspartners inom arbetsområdet.

Flera studier visar att utformandet av själva interventionen för rökstopp vid operation har avgörande betydelse. Enligt en Cochrane Review angående interventioner avseende rökstopp hos inläggande patienter, anses följande faktorer vara betydelsefulla för huruvida en intervention om rökstopp ska lyckas: typen av intervention, när interventionen genomförs, intensiteten i interventionen, kombinationen av olika metoder i interventionen (till exempel samtalsrådgivning och nikotinersättning) samt huruvida uppföljningsstöd finns och när i förhållande till interventionen detta stöd i så fall ges. Resultaten påvisar att interventionen om rökfrihet dels bör vara varaktig under patientens sjukhusvistelse och, lika viktigt, att interventionen inkluderar uppföljningsstöd under minst en månads tid efter att patienten skrivs ut. Eftersom vi inte tog reda på vilken typ av

operation respondenterna avsåg i sina svar, till exempel om operationerna krävde inläggning eller inte, är det svårt att göra direkta kopplingar till vårt material angående detta. Däremot styrker denna Cochrane Review att arbetet inom området bör ske i samband med och inte endast inför en operation och understryker också vikten av uppföljning, vilket i föreliggande kartläggning skedde i mycket låg grad, både vad gällde tobaksbruk och komplikationer. [37] Att trenden under senare år alltmer har gått mot kortare sjukhusvistelser och större utbredning av dagkirurgi, gör också att fler komplikationer efter operation inträffar efter utskrivningen från sjukhuset. Desto viktigare att ha en fungerande vårdkedja där antingen sjukhuset eller annan relevant verksamhet, till exempel primärvård, följer upp hur det går för patienten efter operation.[6]

Møller et al uppmärksammar att förutsättningen för att kunna reducera antalet komplikationer som sker på grund av tobaksanvändning vid en operation, är att ett interventionsprogram används. Samtliga komponenter i ett sådant program, till exempel rökstopp/reducering av rökning, användande av nikotinersättningsmedel, tillgång till information samt relationen mellan vårdgivaren som ger rökslutarstödet och den mottagande patienten, är viktiga och svåra att särskilja från varandra. [9] Föreliggande kartläggning visar att över hälften av samtliga deltagande sjukhus arbetar med tobaksprevention i samband med operation, men att bara cirka hälften av dessa har vårdprogram eller riktlinjer för detta arbete. Vanligast är att sjukhuset har gemensamma vårdprogram/riktlinjer, men vissa kirurgspecialiteter har egna vårdprogram/riktlinjer. De kommande nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen, gällande sjukdomsförebyggande metoder för att stödja förändring av levnadsvanor, kommer förhoppningsvis att innehålla rekommendationer avseende tobaksfrihet i samband med operation.

Vad gäller utformandet, och användandet, av interventionsprogram om rådgivning för rökfrihet vid operation, går forskningen till viss del isär. Medan vissa studier klargör att det mest effektiva är en intensiv intervention med varaktig rådgivning (persistent counselling) [6], fokuserar andra studier snarare på att det inte spelar någon roll om tobaksrådgivningen innefattas av korta råd (brief advice), eller utvidgad rådgivning (extended counselling), utan att vad som snarare har betydelse är att det tobakspreventiva arbetet bedrivs i ordinarie verksamhet samt att själva implementeringsprocessen av interventionen är minst lika viktig som själva interventionen i sig. [38] Flera studier har dock gemensamt att de lyfter upp ”den mänskliga faktorn”, som i det här fallet innebär inställningen hos såväl vårdpersonal som patient, samt även vikten av att kunna anpassa effektiva rökstoppinterventioner efter till exempel skilda organisationer eller olika regionala och kulturella förutsättningar. [6, 38]

Kartläggningen visar att de vanligaste metoderna som sjukhusen erbjuder patienterna för att vara tobaks- eller rökfria i samband med operation, är nikotinersättningsmedel, informationsmaterial och samtalsrådgivning. Vad samtalsrådgivning innebär gick inte enkätfrågorna in på, men drygt hälften av det totala antalet respondenter svarade att de använder metoden Motiverande samtal (MI), vilket sannolikt innebär att dessa sjukhus använder ett exempel på utvidgad rådgivning.

Patienters grad av motivation; både de som tackar ja och nej till att delta i en rökstoppintervention (till exempel i ovan beskrivna studier), ser väldigt olika ut, beroende av till exempel hälsostatus, socialt liv och ålder [9]. Huruvida veckorna före en operation är gynnsamma eller ej att erbjuda patienter hjälp att vara tobaksfria inför en operation, kan diskuteras ur olika perspektiv. Å ena sidan kan en förestående operation höja motivationen att sluta röka eller snusa, å andra sidan kan omständigheterna kring operationen vara tillräckligt stressande i sig, utan ett tobaksstopp. [5, 27]

Generellt sett är det svårt för många personer att hitta tillräckligt starka motiverande faktorer för att sluta använda tobak. Hälsoeffekterna vid ett avslut är ofta långsiktiga, snarare än kortsiktiga, med sviktande motivation som följd. Fördelen med att erbjuda stöd till tobaksfrihet i samband med operation, är att tobaksanvändaren kan uppleva ökad motivation tack vare att hon/han blir informerad och medveten om att tobaksstoppet vid operationen kan ha effekt, inte bara långsiktigt, utan framförallt i form av mindre och färre komplikationer direkt efter operationen. [5] Att hälften av sjukhusen i föreliggande kartläggning har valt MI som metod skulle kunna tyda på en medvetenhet från de aktuella sjukhusens sida om betydelsen av individuell motivationsgrad och att anpassa metoderna därefter.

Studier om rökstoppinterventioner visar att tidsaspekten är viktig, det vill säga när rådgivning om rök- eller tobaksslutarstöd genomförs i förhållande till planerad operation. Dock är det idag svårt att ange optimal tidpunkt, då nya studier som visar att rökstopp lönar sig allt kortare in på operation publiceras kontinuerligt. Betydelsefullt för om en rökstoppintervention lyckas, är vilken typ av operation patienten ska genomgå och om processen kan anpassas efter detta. [27] Föreliggande kartläggning visar att det vanligaste tillvägagångssättet är att ge rådgivning om rök- eller tobaksstopp i samband med planeringen av operationen och näst vanligast att detta skedde 6-8 veckor före operation. Detta indikerar att man känt till aktuell evidens kring tidsaspekten, men också att man har varit pragmatisk och införlivat rådgivningen i befintlig operationsplanering.

Den övervägande delen av respondenterna instämde helt eller delvis i att det ingår i sjukhusledningens uppdrag att stimulera det tobakspreventiva arbetet i allmänhet och arbetet med tobaksfrihet i samband med operation i synnerhet. Respondenternas egen uppfattning var ännu tydligare i att nästintill samtliga instämde helt eller delvis i att tobaksprevention i samband med operation var ett viktigt arbetsområde på deras sjukhus. Dessa svar kan naturligtvis innebära att de som svarade på enkäten har ett större intresse än andra för just detta område, men det skulle också kunna tyda på en förändring i vad som idag anses ingå i arbetsuppgifterna vid ett sjukhus, nämligen att sjukdomsförebyggande arbete tillåts ta en allt större plats. Viktigt att lyfta fram i detta sammanhang är att en intervention inom en viss levnadsvana, till exempel tobaksprevention, samtidigt kan påverka andra levnadsvanor i positiv riktning, vilket ytterligare kan minska risken för komplikationer efter operation [9].

Det var få respondenter som ansåg att arbetet på deras sjukhus kunde fungera som ett gott exempel för andra sjukhus, vilket kan bero på att respondenterna upplever att det finns brister inom arbetsområdet och att det saknas evidens i kliniken beroende på att detta är ett relativt nytt forskningsområde.

Det är alltid relevant att fundera kring valet av insamlingsmetoder och kvaliteten på data som samlats in i undersökningar. I denna kartläggning valde vi två etablerade metoder, fokusgruppsintervju och semistrukturerad enkät, båda har sina styrkor och svagheter. En svaghet i kartläggningen är att svarsfrekvensen är låg från respondenter vid sjukhus som inte tillhör HFS-nätverket. Detta kan innebära, som vi tidigare nämnt, att det är de med ett särskilt engagemang och intresse som besvarat enkäten. Om så skulle vara fallet kan man spekulera kring om resultatet i denna grupp skulle ha varit sämre om alla tillfrågade besvarat enkäten. Det är också viktigt att poängtera att grupperna sjukhus som är "Medlem i HFS" och "Ej medlem i HFS" är olika, bland HFS-medlemmar återfinns samtliga universitetssjukhus i Sverige utom ett, medan små privata opererande verksamheter uteslutande finns bland dem som inte är medlemmar. Huvudskälet till den

höga svarsfrekvensen bland HFS-medlemmar kan vara att kartläggningen genomfördes av det egna nätverket.

På grund av de ovan nämnda svagheter utfördes inga signifikansprövningar mellan grupperna.

En svårighet i kartläggningen var att definiera begreppet sjukhus, det är varken lagskyddat, preciserat i lagtext, eller ingår i Socialstyrelsens termbank, därmed blir begreppet ungefärligt och något godtyckligt. I några fall var det oklart för personalen ifall den egna arbetsplatsen var ett ”regelrätt” sjukhus eller inte. Därför uppställdes kriterium för vad som skulle beteckna som ett sjukhus i kartläggningen och därmed inkluderas.

Nästa steg i projektet är att skapa ett uppdaterat informationsmaterial för patienter utifrån senaste forskningsrönen och att ta fram ett stödmaterial för medarbetare inom hälso- och sjukvården inom området.

Referenslista

1. http://www.euro.who.int/document/E90777.pdf?bcsi_scan_5E051324C74F58A3=0&bcsi_scan_filename=E90777.pdf. *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services - concept, framework and organization*. The World Health Organization. 2007.
2. <http://www.natverket-hfs.se/sites/default/files/uploads/dokument/franottawa.pdf>. *Från Ottawa Charter 1986 till det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus*. Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. 2005.
3. <http://www.natverket-hfs.se/>. *Välkommen till nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS)*, Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. 2010-03-10.
4. Persson, I. *Adresslista Temagrupp Tobak*. 2009.
5. Boëthius, G., Lisspers, J., Weimer, K. *Operation Tobaksfri - avvänjningsstöd till patienter som ska genomgå operation. Delrapport maj 2005 i projektet*. 2005.
6. Thomsen, T., Tønnesen, H., Møller, A.M. *Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation*. British Journal of Surgery, 2009(96): p. 451-461.
7. Lindström, D., Sadr Azodi, O., Wladis, A., Tønnesen, H., Linder, S., Nåsell, H., Ponzer, S., Adami, J. *Effects of a Perioperative Smoking Cessation Intervention on Postoperative Complications*. Annals of Surgery, 2008. 248(5): p. 739-745.
8. Tønnesen, H., Nielsen, P.R., Lauritzen, J.B., Møller, A.M. *Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice*. British Journal of Anaesthesia, 2009. 102(3): p. 297-306.
9. Møller, A.M., Villebro, N., Pedersen, T., Tønnesen, H. *Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial*. The Lancet, 2002. 359: p. 114-117.
10. <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Alkohol-narkotika-dopning-och-tobak-ANDT/Tobak/Halsorisker/>, *Hälsorisker av tobak*, Statens folkhälsoinstitut. 2010-03-10.
11. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. The World Health Organization. 2008.
12. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562099.pdf>, *The Tobacco Atlas*. The World Health Organization. 2002.
13. Lopez, A., Collishaw, NE., Piha, T. *A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries*. Tobacco Control, 1994(3): p. 242-247.
14. Wadman, C., Ten Berg, H. *Livsstilsrapport 2008. Lägesrapport om livsstilsfrågor*. Statens folkhälsoinstitut. 2008.
15. Danielsson, M., Berlin, M., Heimerson, I., Talbäck, M. *Folkhälsorapport 2009*. Socialstyrelsen. 2009.
16. Huisman, M., Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. *Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income*. Preventive Medicine, 2005. 40: p. 756-764.
17. Holm Ivarsson, B. *Tobak och avvänjning. En faktaskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning*. Statens folkhälsoinstitut. 2004.
18. Boffetta, P., Straif, K. *Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis*. British Medical Journal, 2009;339:b3060.
19. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. The World Health Organization. 2003.

20. Lundquist, Å., Haglund, M. *Tobakskonventionen - världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera det tobaksförebyggande arbetet i Sverige*. Mölnlycke, 2009.
21. *Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan*. Socialdepartementet, Regeringskansliet. 2002.
22. *Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik*. Socialdepartementet, Regeringskansliet. 2007.
23. Jonsson, E. *Metoder för rökavvänjning. SBU-rapport nr 138*. 2000.
24. Bolin, K., Lindgren, B. *Rökning - produktionsbortfall och sjukvårdskostnader*. 2004.
25. Lindström, D. *The Impact of Tobacco Use on Postoperative Complications*. Karolinska Institutet, Stockholm. 2008.
26. Lindstöm, D., Wladis, A., Linder, S., Näsell, H., Adami, J. *Preoperativt rökstopp tycks minska komplikationsfrekvensen*. *Läkartidningen*, 2004. 101(21-22): p. 1920-1922.
27. Møller AM, Villebro N. *Interventions for preoperative smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 3.
28. Sadr Azodi, O., Lindström, D., Adami, J., Tønnesen, H., Näsell, H., Gilljam, H., Wladis, A. *The efficacy of a smoking cessation programme in patients undergoing elective surgery – a randomised clinical trial*. *Anaesthesia*, 2009. 64: p. 259-265.
29. <http://www.tobaksfakta.org/>. Tobaksfakta.se.2010-03-10.
30. Wibeck, V. *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund, Studentlitteratur. 2000.
31. *Förteckning över sjukhusanläggningar*. HSI Förlag AB - Hälsa och SjukvårdsInformation. Märsta, 2009.
32. Janlert, U. *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Folkhälsoinstitutet. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm, 2000.
33. Trost, J. *Enkätboken*. Studentlitteratur, Lund, 2007.
34. Ejlertsson, G. *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Studentlitteratur, Lund, 2005.
35. <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoder>, *Åtgärds-koder*. Socialstyrelsen. 2009.
36. http://www.natverket-hfs.se/sites/default/files/uploads/dokument/Letter_of_Intent_Svenskt_tillagg.doc, *Letter of Intent*. Nätverket Hälsöfrämjande sjukhus och vårdorganisationer. 2010-03-10.
37. Rigotti N, Munafo' MR, Stead LF. *Interventions for smoking cessation in hospitalised patients*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 3.
38. Hjalmarson, A., Boëthius, G. *The effectiveness of brief advice and extended smoking cessation counseling programs when implemented routinely in hospitals*. *Preventive Medicine*, 2007. 45: p. 202-207.