

»Sjukhussjukan»

I Läkartidningen 32/65 skrev jag en debattartikel om postoperativa sår/infektioner med den koncisa rubriken »Sjukhussjukan». Så myntades ordet. Tidigare sades »nosokomiala infektioner». Artikeln blev mycket uppmärksam. 90 svenska och flera europeiska tidningar med The Sun i spetsen kommenterade. Debatten kom verkligen igång.

Nya hygienrutiner infördes och sjukhusinfektionerna började sjunka. Händerna och dålig kroppshygiene var huvudorsaken till spridningen av bakterier. Då liksom nu.

Renaste sjukhuset i världen

Efter ett par år var sårinfektionerna nere på 2 procent i genomsnitt. Bäst lyckades Malmö Allmänna Sjukhus, som arbetade metodiskt och blev ett föredöme, internationellt känt som »The worlds first soapless hospital» och »The cleanest hospital in the world». Succén var till största del bakteriologen Ingmar Juhlin's förtjänst. Huvudansvarig för hygien på hela MAS styrde han med fast hand. De nya hygienrutinerna följdes till punkt och pricka.

Mänskliga faktorn

Varför försvann inte sjukhussjukan för gott från våra sjukhus? Den återkommer med jämna mellanrum och lokala epidemier är inte ovanliga. Orsaken är den mänskliga faktorn. Teoretiskt är det enkelt att hålla rent och att tvätta händerna före och efter varje moment, operation, omläggning, efter toalettbesök osv, samt duscha och tvätta håret före operation. I praktiken däremot är det svårt med rigorösa rutiner månad efter månad, år efter år. Det blir jobbigt, särskilt för alla som är omotiverade. På våra sjukhus blir personalen sällan eller aldrig motiverad. I sämre tider är det dessutom alltid hygien, som får ta stryk. Därför kommer sjukhussjukan att öka i stor utsträckning om det ej tas krafttag.

Hälften av all sjukvårdspersonal har för mycket bakterier någonstans på kroppen, i näsan och håret mestadels med gula stafylokocker (5/82).

Sjukhushygieniker, tekniker och hygiensköterskor måste arbeta i team på

varje sjukhus, informera och hela tiden kolla hygienrutinerna. Föredrag hållas och motivationskurser arrangeras. Det går ej att bara skylla på resistent bakterier längre. Förutom mänskligt lidande

och elände kostar sjukhussjukan 500 miljoner extra varje år i förlängd vårdtid. (Svenska Dagbladet 27 maj 1999).

Carl Gustaf Carpel
hygienråd, Nykvarn

Sällsynt att friska barn som ligger på rygg får asymmetrisk skalle

Min personliga favorit bland lärarna vid medicinska fakulteten i Lund på 1950-talet, Sture Siwe, pediatrik professor, formulerade sig vid ett tillfälle ungefär så här: Det skall ni veta, kamrater (en term han gärna använde om studenter och andra barn) att då jag en dag skall stå inför Sankte Per och de fall för vilka jag gjort nytta lägges i ena skålen på balansvägen, och de för vilka jag gjort skada i den andra, så hoppas jag att den första skall väga tyngre, men säker är jag inte.

Då jag läser diskussionen mellan barnläkare och plastikkirurger angående skalldeformering på spädbarn (Läkartidningen 12 och 19/99) faller denna sofism mig i minnet av flera skäl.

Först barnläkarna: Såvitt känt låg spädbarn alltid mer eller mindre på rygg sedan tidernas begynnelse. Då mitt första barnbarn föddes på 1980-talet blev jag därför förvånad och lite upprörd då min dotter påpekade att barnläkarna sagt att barnet absolut skulle ligga på mage. Och vad båtar en faders sunda förnuft och erfarenhet gentemot den samlade barnläkarkåren? Dotterdottern, och följande barn, fick följaktligen ligga på mage.

Efter ett tiotal år inser även barnläkarna att deras rekommendation var felaktig och riskfylld. Om detta är intet att säga utöver att det givetvis är berömvärt att ändra sig på basis av förnuftsskäl, även om dessa förvisso varit tillgängliga hela tiden.

Mera anmärkningsvärt är kanske att pediatriki lyckas vända det hela till, och även får medier och allmänhet att acceptera, att de nu räddat massor av barn från spädbarnsdöd genom denna förändrade rekommendation. Alltså inte ett ord om vad de ställt till med tidigare!

Så till plastikkirurgerna: Även dessa behöver tydligen informeras om att spädbarn i alla tider legat på rygg, till och med innan mjuka kuddar var i bruk. Och om att ett friskt spädbarn inte ligger blickstill med huvudet dygnet runt i långa tider.

Prematur suturslutning

Själv har jag opererat ett stort antal barn med olika former av prematur suturslutning, däremot inget som fått egendomlig skullform av annan anledning. Dessa senare fall torde vara mycket få, varför jag förstärker att man lugnt kan rekommendera profylax för dem utan att riskera att säga i den gren man sitter på.

Det övervägande antalet fall av prematur suturslutning är lätt att åtgärda för en välutbildad neurokirurg. Det finns ett par kliniker i Europa (och Amerika) där man etablerat centra för samarbete mellan neurokirurger och plastikkirurger för speciellt komplicerade missbildningar av typ mb Crouzon (jag har själv arbetat på ett och haft nära kontakt med ett annat av dessa centra). Dessa mera komplicerade tillstånd föreföll åtminstone då vara tämligen ovanliga.

Jag är övertygad om att de operativa resultaten i Göteborg är goda (Lauritzen och Tarnow, Läkartidningen 12/99) men vore intresserad av en uppgift om hur många i övrigt friska barn utan prematur suturslutning som opererats för asymmetrisk skalle och hur det gått för den kontrollgrupp som inte opererats.

Lennart Rabow
docent,
medicinsk chef vid
Smärtkliniken Kronan,
Stockholm