

Etiska rådet vid KI påtalar brister i studie om ryggoperationer

Etiska rådet vid Karolinska institutet har påtalat brister i kommunikation och information i samband med den utvärdering av ryggbehandling som belysts i debattinlägg i Läkartidningen 13, 22, 24 och 30 1998.

Etiska rådet inrättades för några år sedan av rektor, Hans Wigzell, för att behandla frågor av etisk karaktär. Rådet har arbetat förebyggande, t ex genom att initiera information och utbildning för att öka medvetenheten om att etiska frågeställningar bör få hög prioritet som en del av kvalitetsarbetet.

Rådet tar också ställning i frågor av tvistekaraktär, t ex om hantering av data, publicering, ordningsföljd mellan författare och liknande. Det är situationer där det ofta föreligger bristande kommunikation, ibland avsiktlig, på grund av personmotsättningar. I sådana fall tillkallas ofta en expert för att belysa frågan inför rådets ställningstagande. Slutligen har rådet tagit upp anmärkningar om forskningsfusk eller att agera där forskningsfusk kan tänkas föreligga. I dessa fall föreligger som regel behov av en från Karolinska institutet fristående bedömning, och ärendet remitteras då till Medicinska forskningsrådets expertgrupp för utredning av ohederlighet i medicinsk forskning.

Ett nyligen inträffat ärende där Etiska rådet yttrat sig avser resultat från en utvärdering av patienter med kronisk ryggsmärta. Patienterna hade dels behandlats vid Ortopediska kliniken vid Huddinge sjukhus (HS), dels vid ryggkirurgiska kliniken i Strängnäs. Föreståndaren vid den senare kliniken, Bo Nyström, riktade en anmälan mot Huddinge-kliniken, där resultaten av behandlingarna analyserats, och framför allt mot det sätt resultaten av utvärderingen redovisats på i presentationer vid Riksstämman 1995 och 1997. Nyström ifrågasätter om materialet håller för en jämförelse mellan klinikerna, och han anser sig inte ha blivit informerad om resultaten före offentliggörandet och inte ha blivit behandlad på ett likvärdigt, just och ärligt sätt.

Inte grund för tillfälliga slutsatser

Etiska rådet utsåg professor Hans-Olov Adami, institutionen för medi-

cinsk epidemiologi, Karolinska institutet, som extern sakkunnig för att värdera studien. Adami påpekar att problematiken kring svår kronisk ryggsmärta är i sig omfattande. Ett projekt med klart formulerade hypoteser, omsorgsfullt planeringsarbete och kollegialt samarbete krävs för ett meningsfullt ställningstagande till om operation är motiverad som behandlingsform. I stället har »möjligheten att tackla en mycket viktig klinisk frågeställning förfuskats. Ett i kliniska sammanhang som detta mycket betydande anslag har använts till en legerat planerad studie som inte kan ligga till grund för tillförlitliga slutsatser i de centrala frågorna och som har genomförts på ett sådant sätt att goda etiska riktlinjer för klinisk forskning åsidosatts och i stället ersatts av personliga motsättningar».

Det skall påpekas att varken Adami eller etiska rådet tar ställning till den sjukvårdsmässiga handläggningen av dessa patienter.

I Adamis utredning framhålls att Huddinge-gruppen lagt ner ett ambitiöst arbete för att utvärdera det terapeutiska utfallet av fusionskirurgi sådan som den bedrevs vid de aktuella klinikerna. Eftersom studiens design är i sig problematisk har resultatet ett begränsat värde.

Vid etiska rådets sammanträde den 12 mars 1999 var förutom rådets ledamöter Sture Eskilsson, Paul Hjemdahl, Gunilla Myrberg, Hans Sievertsson, Marie Åsberg och Lars Terenius (Gösta

Gahrton hade förhinder) också professor Hans-Olov Adami, professor Urban Lindgren, HS, klinikchef Gunnar Öhlén, HS, och dr Bo Nyström, Strängnäs-kliniken, närvarande.

Adami kommenterade att studien inte utförts på ett sådant sätt att den ger tillförlitlig kunskap om värdet av ryggfusion. Övriga deltagare gavs möjlighet att ge sina synpunkter. Från Huddinge-representanten framfördes att studien var en politiskt initierad och beslutad utvärdering där politiska beslut legat till grund för starttidpunkt, slutpunkt och hur många patienter som inkluderats samt att någon randomisering inte var aktuell. Det anges specifikt i direktivet från politisk sida att »det är angeläget att de patienter från Stockholms läns landsting som gått igenom alla utredningar på Strängnäs-kliniken och som står i tur för operation får göra dessa utan ytterligare utredningar inom landstinget».

Etiska rådets slutsatser

Etiska rådet tog slutlig ställning till ärendet genom att uttala att rådet ansluter sig till Adamis uppfattning och har vidare funnit att det har brustit i kommunikation mellan klinikerna och att Strängnäs-kliniken inte hållits informerad om studien och dess utvärdering.

Lars Terenius

professor, ordförande i etiska rådet, Karolinska institutet, Stockholm

Sjukhussjukan ökar om inte krafttag tas

Ett utmärkt reportage i Läkartidningen 16/99 om sjukhusinfektioner ger klara besked: Det slarvas med hygienrutinerna på våra sjukhus. Hand- och kroppshygienen är minst sagt dålig.

Förutsättningar ändras alltid med tiden men nu gäller det samma gula stafylokocker. Det är uppfriskande med sjukhushistoria ibland. Tillbaka till tidigt sextiotal, alltså. På den tiden florerade sjukhusinfektionerna, som värst. Sårinfektionerna låg på drygt 10 procent i genomsnitt.

Bakterierna var övervägande gula stafylokocker. Då liksom nu. Då var de

penicillin- och tetracyklinresistenta. I dag meticillinresistenta.

Kirurgerna gick omkring med sprickor i handflatorna där gula stafylokocker växte obehindrat. Orsaken var sjukhusens tvållösningar där bakterierna frodades. Gula stafylokocker fördes med händerna via lederade operationshandskar ner i operationsområdet.

Patienterna låg kvar i veckor och månader med variga operationssår och skickades hem med bölder på kroppen. »Familjeepidemier» uppstod i hemmet. Bölderna vandrade runt i årtal bland familjemedlemmarna. ▶

»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 berömvärd 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 skallform 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