

# Sjukvårdsklädsel måste förena bra förtroende och god hygien

Klädburen kontaktsmitta är den näst vanligaste smittvägen i sjukvården. En dresskod för läkaren måste kunna förena det förtroende som en viss klädsel skapar med kravet på att vården håller en god hygienisk standard.

Stephan Rössner och Martin Neovius tar i sin artikel i Läkartidningen 36/2006 (sidorna 2577-8) upp betydelsen av läkarens klädsel i patient-läkarmötet. En mängd referenser stödjer det som vi erfarenhetsmässigt – när vi varit läkare och patienter – vet är rätt: »Läkarens renlighet kombinerad med proper klädsel kan tänkas signalera att patientkonsultationen är en viktig akt, för vilken det tar tid att förbereda sig, medan en slarvigt klädd läkare kan uppfattas som oprofessionell och inkompetent«.

Vi vill gärna kommentera artikeln då vi tycker att det är olyckligt om det etableras en motsättning mellan det förtroende läkarens klädsel skapar och patientens rimliga – och lagstödta – krav på att vården har god hygienisk standard.

Alla företag, där medarbetarna har

## ANN TAMMELIN

överläkare  
ann.tammelin@karolinska.se

## ANN-CHRISTINE KARELL

överläkare  
PER NILSSON  
överläkare

## AGNETA SAMUELSON

överläkare; samtliga vid Vårdhygien Stockholms län, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

## EVA TILLMAN

chefläkare, Södersjukhuset, ordförande för Central Hygienkommitté, Stockholm

## ÅKE ÖRTQVIST

smittskyddsläkare, Smittskyddsenheten i Stockholms läns landsting

kundkontakter, vet hur viktig de anställas klädsel är. »Dress-code« och olika typer av uniformering är inga nyheter – gå tillbaka 75 år i tiden och tänk på Enskilda Banken och Statens Järnvägar. Klädseln ska signalera professionalitet – kunskap och trevligt bemötande – och vara varumärkesskapande.

Kläderna ska göra det lätt för kunden och de anställda att skilja företagets medarbetare från besökande allmänhet. Kläderna ska skapa en känsla av samhörighet mellan de anställda i företaget. Alla dessa aspekter är välkända för IKEA, flygbolagen, SJ, de lokala bussbolagen m fl, som lägger ner stora resurser på att ta fram kläder som tillgodoser allt detta. Vården är som företag nybörjare i detta sammanhang.

**På vägen till de rätta kläderna** finns en rad svårigheter ur brukar- och arbetsgivarperspektiv: De ska bäras av män och kvinnor – korta och långa, tjocka och smala – som alla vill ha välsittande kläder i rätt storlek. De ska uppfattas som snygga men inte pråliga av majoriteten av kunder/patienter och bärare. De ska vara bekväma och tåla många tvättar utan att tappa färg eller form, och de ska vara varma under den kalla årstiden och

svala under sommarens värmeböljor. Om arbetsgivaren ska tillhandahålla kläder och stå för tvätten av dessa, ska de dessutom vara slitstarka, kunna gå i cirkulationstvätt och endast finnas i få varianter.

**Vårdkläderna – den vita rocken** och den vita arbetsdräkten – signalerar renhet. Risken att drabbas av en vårdrelaterad infektion (VRI) är inget som genomsnittspatienten funderar över – för henne/honom är det självklart att vårdpersonal av alla kategorier, särskilt den välutbildade läkaren, har full kunskap om hur VRI uppkommer och har vidtagit alla mått och steg, inklusive rätt klädsel, som krävs för att förebygga dessa.

Patienten kan inte värdera eventuell förekomst av för ögat osynliga mikroorganismer på doktors kläder. Precis som de refererade studierna visar, känner patienten större trygghet om hon/han träffar en läkare i vit rock än i fritidsdress – underförstått tror patienten att detta medför lägre risk att få en VRI. Tyvärr är detta endast delvis sant.

**Som Rössner och Neovius** nämner, har man i studier visat att läkarrockar och



Stundom sammanfaller patientens förväntan om proper klädsel hos läkaren med de krav som bör ställas från smittskyddssynpunkt.

slipsar är bärare av smittämnen. Detta gäller naturligtvis även jeans, tröjor, skjortor och blusar, trots att detta inte undersökts i vetenskapliga studier. Så länge bakterier och virus stannar kvar på läkarrock, slips, jeans, »smurfklädsel« m m utgör de inget problem. Problemet är överföringen av smittämnen inom vården.

### Patienter skiljer sig på

många sätt från friska: De har oftare kroniska hudlesioner (ben- och trycksår, eksem och andra hudsjukdomar), de har oftare artificiella in- och utfarter (centralvenkateter, central dialyskateter, peritonealdialyskateter, kvarsittande urinkateter, stomi etc), de står oftare på antibiotikabehandling, de är oftare immunsupprimerade genom sin sjukdom eller sin behandling, och de flesta har regelbundet ett stort antal vårdkontakter.

Allt detta gör att patienter lättare än friska drabbas av VRI. Det medför också att patienterna i större utsträckning än de friska är bärare och avgivare av smittämnen – mer eller mindre resistent mot antibiotika – som av vårdpersonalen, inklusive läkare, kan föras vidare till nästa patient.

**Patientkontakter ser mycket olika ut.** En psykiater kan sitta i samtal med en patient med hel hud vid ett bord på sin expedition, medan en narkosläkare kan stå böjd över en infekterad traumapatient i säng på intensivvårdsavdelningen för att intubera. En överviktsläkare kan undervisa en grupp av patienter i en lek-tionssal, och en invärtesmedicinare kan

stödja en patient med reumatoid artrit då hon sätter sig upp i sängen, för att sedan lyssna på hennes lungor med stetoskopet lagt mot den atrofiska och såriga huden på bröstkorgen.

Många läkare har flera olika sorters patientkontakter under samma dag – vi går från rond på avdelningen till dagens mottagning, vidare till en konsultation och sedan tillbaka till vårdavdelningen för inskrivningar. Alla dessa patienter som vi möter – dagens och veckans första, andra, tredje och sista – har rätt till samma kvalitet vid sitt läkarmöte.

Klädburen kontaktsmitta är den näst vanligaste smittvägen i vården (kontaktsmitta via händer är vanligast). Om alla vårdens medarbetare med patientkontakt använder en arbetsdräkt (kortärmad överdel plus byxor) som byts varje dag, får vi en rimlig och praktiskt genomförbar nivå för att förebygga kontaktsmitta via kläder och händer i den stora och mångskiftande vården i Stockholms län (omkring 40 000 personer i patientkontakt) [1-8].

**Men den förtroendeskapande läkarrocken** då, invänder Rössner och Neovius, varför får vi inte bära den?

Vi är övertygade om att de flesta läkare, liksom annan vårdpersonal, byter det plagg som bärs närmast kroppen – den kortärmade bussarongen, pikétröjan, t-shirten, klänningen – dagligen, medan bytesfrekvensen är väsentligt lägre för läkarrocken – som man betraktar som något slags ytterplagg. Arbetsdräktens korta ärmar ger dessutom möjlighet att desinfektera händer och underarmar på

ett effektivt sätt. Ni får gärna bära läkarrocken då ni inte har patientkontakt – på vandringen mellan mottagningen och vårdavdelningen, i matsalen, vid administrativt arbete på det egna rummet etc.

I dagsläget erbjuds bara det som Rössner och Neovius upplever som »smurfklädsel«, men för framtiden hoppas vi att arbetsgivaren Stockholms läns landsting i samråd med sina anställda ska ta fram en arbetsdräkt, som både av patient och läkare upplevs som förtroendeskapande i relationen dem emellan, och i övrigt uppfyller alla de krav som beskrivits i de inledande styckena ovan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

### REFERENSER

- Lidwell OM, Towers AG, Ballard J, Gladstone B. Transfer of microorganisms between nurses and patients in a clean air environment. *J Appl Bacteriol.* 1974;37:649-56.
- Hambraeus A. Transfer of *Staphylococcus aureus* via nurses' uniforms. *J Hyg (Camb).* 1973;71:799-813.
- Speers R, Shooter RA, Gaya H, Patel N, Hewitt JH. Contamination of nurses' uniforms with *Staphylococcus aureus*. *Lancet.* 1969;ii:233-5.
- Wong D, Nye K, Hollis P. Microbial flora on doctors' white coats. *BMJ.* 1991;303:1602-4.
- Loh W, Ng VV, Holton J. Bacterial flora on the white coats of medical students. *J Hosp Infect.* 2000;45:65-8.
- Perry C, Marshall R, Jones E. Bacterial contamination of uniforms. *J Hosp Infect.* 2001;48:238-41.
- Nyström B. The contamination of gowns in an intensive care unit. *J Hospital Infect.* 1981; 2:167-70.
- Socialstyrelsen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Kap. Smittspridning och skyddsåtgärder, s. 64-95. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

## Replik: Vi fogar oss – men förstår inte helt ...

■ Tack för en synnerligen fyllig kommentar till vårt inlägg om klädsel i vården. Det var ju inte så mycket ett svar som en programförklaring. Vi har naturligtvis inte några åsikter som bryter mot de hygienkrav som författarna framför.

**Artikeln publicerades** på Läkartidningens kultursida och inte som ett inlägg i en sjukhushygienisk debatt, men det långa svaret ger oss uppfattningen att vi därmed faktiskt krattat manegen för hygienikerna, som får framföra sina

välartikulerade argument på detta sätt.

**Orsaken till artikeln** var diskrepansen i regelverket för vår enhet, där vi aldrig sköter inneliggande patienter, där vårdteamerna är tvärprofessionella och där sköterska och dietist arbetar sida vid sida med sekreterare och psykolog.

Varför Martin Neovius, som är forskare vid enheten men delar vår utrustning, vårt lunchrum och våra datorer, inte behöver ha smurfdräkt, medan Stephan Rössner, som är läkare men mest sitter i

möten och konferenser stora delar av arbetsveckan, ska ha sådan kostym, är lite svårt att fatta.

Men – som också framgick av artikeln: Vi fogar oss, om än något oförstående, och det privata klädkontot går med vinst.

**Stephan Rössner**  
professor, överläkare,  
Stephan.rossner@ki.se

**Martin Neovius**  
med dr; båda vid överviktsenheten,  
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge