



Legefrakk og håndhygiene

I TIDLIGERE TIDER

KASHIF WAQAR FAIZ

E-post: kashif.faiz@ahus.no

Kashif Waqar Faiz er spesialist i nevrologi, ph.d., master i helseadministrasjon og seksjonsleder/overlege og forsker ved Nevroklinikken og Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ESPEN SAXHAUG KRISTOFFERSEN

Espen Saxhaug Kristoffersen er ph.d., lege i spesialisering i nevrologi ved Nevroklinikken, Akershus universitetssykehus, og førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANTJE SUNDSETH

Antje Sundseth er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege ved Nevroklinikken, Akershus universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIANNE ALTMANN

Marianne Altmann er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege ved Nevroklinikken, Akershus universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Legefrakken er en viktig del av legeidentiteten, og er sammen med stetoskop blant de vanligste symbolene folk flest forbinder med en lege. Det er en over 100 år gammel tradisjon som startet for å unngå smitte. Dessverre har pendelen snudd, og bruk av legefrakk mistenkes nå å påføre smitte.



Illustrasjon: corbac40/iStock, tilpasset av Tidsskriftet

Legefrakken symboliserer på mange måter legeprofesjonen. Allerede i de hippokratiske skriftene er legens antrekk nevnt: Legen skal være ren, velkledd og påsmurt søtluftende krem (1).

Frem til slutten av 1800-tallet brukte leger svarte frakker under operasjoner og obduksjoner. Frakken hadde en dobbeltfunksjon, den beskyttet både legen og pasienten fra smitte under operative inngrep (2, 3). Fra slutten av 1800-tallet ble de svarte frakkene erstattet av hvite laboratoriefrakker. Hensikten var blant annet å kunne identifisere seg mer som forskere og vitenskapsfolk, noe som ga mer autoritet. Hvit farge symboliserte renhet, som var i tråd med økt forståelse for smitte og hygiene. Dette sto i motsetning til svart, som symboliserte håpløshet og død (3). Begrepet «aseptisk kirurgi», med forståelse for kontaminering og krysskontaminering, ble etablert (2). Samtidig ble den hvite frakken introdusert i en tid hvor medisnutdanningen ble mer formalisert, medisinsk forskning var i utvikling og pasientbehandlingen ble flyttet fra hjemmet til sykehus (2). De medisinske institusjonene adopterte hvitfargen som klesdrakt, som et symbol på helbredelse (2).

The white coat ceremony

I 1993 introduserte barnenevrologen Arnold P. Gold *The white coat ceremony* ved Columbia University College of Physicians and Surgeons i New York. Der får medisinstudenter ved studiestart på seg hvite frakker, som et symbol på den kunnskapen og æren, men også det ansvaret, som ligger i legegjerningen (4, 5, 6). Seremonien holdes nå ved over 100 universiteter i USA, og tradisjonen har bredt seg til flere andre land. Seremonien har blitt kritisert for å symbolisere status, makt og prestisje (6).

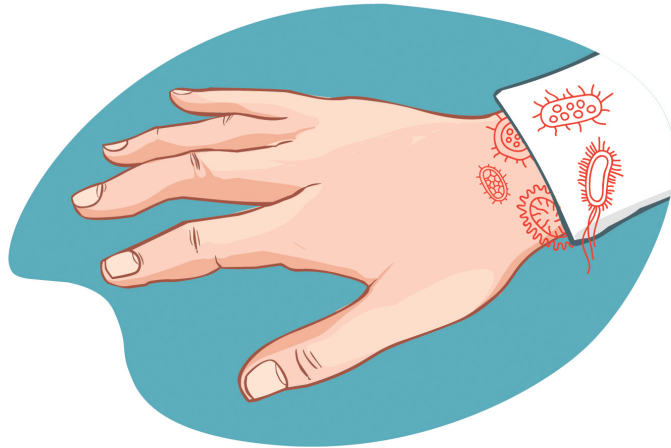
Ulike funksjoner

I tillegg til den symbolske betydningen er legefrakken med sine store lommer svært praktisk for oppbevaring av blant annet prosedyrehefter, notatblokker, penner, pennelykt, reflekshammer, stemmegaffel og ikke minst stetoskopet, som man slipper å gå med rundt halsen. Selv om mer og mer informasjon blir elektronisk tilgjengelig, er legefrakken ofte full av nyttig kunnskap. Som nevnt har legefrakken også en hygienisk funksjon og beskytter

legen fra ulike patogener samt sprut og søl fra ulike kroppsvæsker.

Håndhygiene og sykehusinfeksjoner

Med økt oppmerksomhet rundt pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring de siste årene har man blant annet sett på medisinske feil og forekomst av pasientskade i helsetjenesten (7). En av kvalitetsindikatorerne som brukes hyppig er sykehusinfeksjoner/helsetjenesteassosierte infeksjoner (hospital-acquired infections) (8). I den sammenhengen har legefrakken fått en sentral plass, men da i negativ betydning, som en potensiell kilde for overføring av mikroorganismer fra leger til pasienter. I enkelte land er det innført forbud mot legefrakken i sin helhet eller mot legefrakk med lange ermer (9).



Illustrasjon: corbac40/iStock, tilpasset av Tidsskriftet

I Storbritannia introduserte National Health Service kampanjen *Bare below the elbows* i 2007, med ulike tiltak for å redusere antall sykehusinfeksjoner etter en periode med økende forekomst av slike infeksjoner, spesielt *Clostridium difficile* og *meticillinresistente Staphylococcus aureus* (MRSA) (10). Det var ikke lenger lov å bruke klokke, smykker, slips eller lange ermer, og leger kunne ikke lenger bruke legefrakk. Legefrakken ble heller ikke erstattet av noe annet plagg. Paradoksalt nok var det lov å bruke gifteringer, selv om mikroorganismene sannsynligvis ikke klarer å skille gifteringer fra andre ringer. Forbudet mot legefrakk skapte debatt. Det ble argumentert med at lange ermer kunne medføre smittespredning og påvirket kvaliteten på håndhygiene – med legefrakken på kunne man risikere at legene ikke vasket hendene og håndleddene godt nok (10, 11). Håndhygiene er en av de basale smittevernrutinene for å forhindre smittespredning. Et av argumentene mot forbudet var at tiltaket ikke var evidensbasert – det er ikke vist i noen studier at bruk av legefrakk medfører flere sykehusinfeksjoner eller om lange ermer fører til dårligere håndhygiene (12). Da flere tiltak ble innført samtidig, var det heller ikke mulig å evaluere hvilke(t) av tiltakene som ga ønsket effekt (11, 12).

Syndebutikk

Det ble påpekt at legefrakken ble en form for syndebutikk for å slippe å sette inn andre ressurskrevende tiltak. Eksempler på problemområder som ble ignorert var mange korridorsenger, lav bemanning, manglende isolasjonsmuligheter, dårlige rengjøringsrutiner på sengeposter og mangel på rent sykehustøy hver dag (11–13). Det ble også spekulert i om dette var et forsøk på å fjerne legens status og respekt, og i en travel sykehushverdag var det ikke lenger mulig å skille mellom for eksempel leger og sykepleiere. I ytterste konsekvens kunne lege-pasient-forholdet bli skadelidende (11, 12). Videre ble det harselert med at man også burde innføre forbud mot bruk av stetoskop, som er et annet potensielt patogenreservoar (11).

I USA ble et forbud mot legefrakk vurdert av den amerikanske legeforeningen i 2009, men

på grunn av sterke protester ble forslaget om å endre legenes kleskode lagt på is (14).

En studie fra 2010 viste at *Bare below the elbows* ikke medførte bedre håndhygiene (15). I en annen studie fra 2011 ble det vist at det ikke var noen signifikant forskjell i kontaminering av langermede legefrakker sammenlignet med kortermede uniformer (16). Flere studier har vist at pasienter foretrekker leger som bruker legefrakk fremfor andre klesdrakter (17–19). Leger i legefrakk virker mer tillitvekkende, profesjonelle og kompetente (20).

Norsk standard

Det er mye som skiller norsk og utenlandsk praksis når det gjelder smittevern, håndhygiene og sykehusinfeksjonsrater. I Norge er hele sykehusantrekket hvitt (med unntak av grønt i operasjonsstuen), og foruten sko, sokker og undertøy benyttes ikke privat tøy. Det er heller ikke tradisjon for slips eller sløyfer. Legefrakkene og annet sykehustøy leveres inn til vask og skal (ideelt sett) byttes daglig. Videre er desinfeksjonsvæsker tilgjengelige rundt hvert sykehushjørne. På den annen side er det satt spørsmålsteget ved rengjøringen av norske sykehus (21, 22), og hvis mye tid går med til å hente ut rent tøy, må man anta at terskelen for å bruke gårsdagens tøy vil være lavere.

Trenden med legefrakk med korte ermer har etter hvert også kommet til Norge. Norsk standard for frakker i helsevesenet er endret til frakk med korte ermer, maksimalt $\frac{3}{4}$ lange (23). Det er imidlertid opp til hvert helseforetak å avgjøre uniformsreglementet internt (9). Frakker med korte ermer er innført i Helse Nord. Dette skapte problemer for en muslimsk bioingeniørstudent som ønsket å bruke langermet laboratoriefrakk (24).

Ved Akershus universitetssykehus ble legefrakker med korte ermer ($\frac{3}{4}$ armlengde) innført i 2016, og frakker med lange ermer ble fjernet. Reaksjonene gikk fra lett irritasjon til indignasjon. Muligens er leger mer skeptiske til endringer enn andre, men den nye frakken ble ikke tatt imot med åpne armer. Den så merkelig ut, noen frøs, andre følte seg ukomfortable. Enkelte beholdt de gamle frakkene og vasket de hjemme. Noen sluttet å bruke frakk, andre tok på seg privat langermet tøy under frakken. Selv om vi ikke har gjort noen systematisk undersøkelse, virker det som om flere leger dropper å bruke frakken. Da uteblir den såkalte hygieneeffekten, og symboleffekten forsvinner gradvis. Videre blir skillet mellom leger og annet helsepersonell borte. Uten frakk må man være nøye med hvordan man presenterer seg, slik at ikke pasienten etter en samtale spør om når legen kommer.

En interessant observasjon er at også andre profesjoner enn leger nå bruker frakk på sykehus: radiografer, sykepleiere, bioingeniører, kjøkkenpersonell, vaskepersonell og ledere av ulike fagbakgrunner. Erfaringsmessig fungerer frakk med korte ermer dårlig som en «lederfrakk», med deler av genseren eller skjorten stikkende ut.

Lenge leve legefrakken

Legefrakken ble introdusert i en tid med økt forståelse for hygiene og kontaminasjon, som en beskyttelse mot smitteoverføring. Gjennom årene har den blitt identitetsskapende for legeprofesjonen. Ironisk nok har samme tematikk om infeksjon og håndhygiene brakt legefrakken i miskreditt og urettmessig fått den stemplet som en potensiell smittekilde. Legefrakken er død. Lenge leve legefrakken.

LITTERATUR:

1. Hippokrates. *The physician*. I: Hippocrates. Oversatt av WHS Jones. Bd. II. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1923: 311.
2. Blumhagen DW. The doctor's white coat. The image of the physician in modern America. *Ann Intern Med* 1979; 91: 111 - 6. [PubMed][CrossRef]
3. Hochberg MS. The doctor's white coat – an historical perspective. *Virtual Mentor* 2007; 9: 310 - 4. [PubMed][CrossRef]

4. Karnath BM. A symbol of our profession: white coat ceremony address to the class of 2014. *J Gen Intern Med* 2011; 26: 673 - 4. [PubMed][CrossRef]
5. Freeman JW. Extenuating circumstances: The white coat ceremony–symbolism and promise. *S D Med* 2010; 63: 101 - 2. [PubMed]
6. Wear D. On white coats and professional development: the formal and the hidden curricula. *Ann Intern Med* 1998; 129: 734 - 7. [PubMed][CrossRef]
7. Makary MA, Daniel M. Medical error–the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353: i2139. [PubMed][CrossRef]
8. Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus. Helsenorge.no. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner/sykehusinfeksjoner> (6.9.2018).
9. Nesle-Sletteng SA. OUS: Ikke absolutt krav om korte ermer. *Bioingeniøren* 17.2.2015. <https://www.bioingenioren.no/aktuelt/2015/ous-ikke-absolutt-krav-om-korte-ermer/> (6.9.2018).
10. Uniform and workwear: an evidence base for developing local policy. London: Department of Health, UK, 2007. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078433 (6.9.2018).
11. Dancer SG, Duerden BI. Changes to clinician attire have done more harm than good. *J R Coll Physicians Edinb* 2014; 44: 293 - 8. [PubMed][CrossRef]
12. Tse G, Withey S, Yeo JM et al. Bare below the elbows: was the target the white coat? *J Hosp Infect* 2015; 91: 299 - 301. [PubMed][CrossRef]
13. Dancer SJ. Pants, policies and paranoia... *J Hosp Infect* 2010; 74: 10 - 5. [PubMed][CrossRef]
14. Henderson J. The endangered white coat. *Clin Infect Dis* 2010; 50: 1073 - 4. [PubMed][CrossRef]
15. Farrington RM, Rabindran J, Crocker G et al. 'Bare below the elbows' and quality of hand washing: a randomised comparison study. *J Hosp Infect* 2010; 74: 86 - 8. [PubMed][CrossRef]
16. Burden M, Cervantes L, Weed D et al. Newly cleaned physician uniforms and infrequently washed white coats have similar rates of bacterial contamination after an 8-hour workday: a randomized controlled trial. *J Hosp Med* 2011; 6: 177 - 82. [PubMed][CrossRef]
17. Dunn JJ, Lee TH, Percelay JM et al. Patient and house officer attitudes on physician attire and etiquette. *JAMA* 1987; 257: 65 - 8. [PubMed][CrossRef]
18. Landry M, Dornelles AC, Hayek G et al. Patient preferences for doctor attire: the white coat's place in the medical profession. *Ochsner J* 2013; 13: 334 - 42. [PubMed]
19. Petrilli CM, Saint S, Jennings JJ et al. Understanding patient preference for physician attire: a cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the USA. *BMJ Open* 2018; 8: e021239. [PubMed][CrossRef]
20. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW et al. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med* 2005; 118: 1279 - 86. [PubMed][CrossRef]
21. Løland LF. Alvorlig kreftsyke blir behandlet på skittent sykehus. *NRK* 13.8.2013. <https://www.nrk.no/livsstil/behandles-pa-mokkete-sykehus-1.11177820> (6.9.2018).
22. Thyrum AM. Så sjeldent vaskes det på norske sykehus. *TV2* 24.8.2016. <https://www.tv2.no/a/8539854/> (6.9.2018).
23. Helsevesen – Unisex frakk. *Standard NS 3342:2014*. <http://www.standard.no/no/Nettbutikk/produktkatalogen/Produktpresentasjon/?ProductID=705241> (6.9.2018).
24. Nesle-Sletteng SA. Lange ermer kan koste vitnemål og jobb. *Bioingeniøren* 17.2.2015. <https://www.bioingenioren.no/aktuelt/2015/lange-ermer-kan-koste-vitnemal-og-jobb/> (6.9.2018).

Publisert: 10. desember 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0695
Mottatt 6.9.2018, første revisjon innsendt 10.10.2018, godkjent 18.10.2018.

