

egen säng om det är yngre än 2–3 månader. Men rådet kan knappast bli lika kategoriskt som de om sovläge och rökning. Så mamman i Catarina Canivets inledning får naturligtvis ha babyn sovande hos sig om hon finner att fördelarna med det är stora. Efter de första 2–3 månaderna har inte någon ökad risk visats. Undantag är om mamman är rökare och naturligtvis om föräldern är mycket uttröttad eller påverkad av alkohol eller mediciner.

Vid »samsovning« är det vidare viktigt att barnets ansikte är fritt och att det inte är för varmt och trångt. Vi är alla eniga om att det är gynnsamt att barnet sover i samma rum som föräldrarna. I en aktuell studie har vi funnit att cirka 20 procent av sexmånaders spädbarn sover i föräldrarnas säng [10]. Mycket få, bara cirka 13 procent, sov i annat rum än föräldrarnas sovrum.

Catarina Canivet lyfter fram James McKennas observationsstudier, vilket ofta görs när det gäller positiva effekter av att sova i samma säng som föräldern [11]. McKenna har dock inte gjort några studier som visar lägre incidens av plötslig spädbarnsdöd om spädbarnet sover i samma säng som förälder. De epidemiologiska studier som finns är de

som vi redogör för ovan och som antingen inte kunnat visa någon riskökning för barn till icke-rökande mödrar eller visar riskökning när modern röker eller när spädbarnet är under viss ålder (även utan att modern röker).

Sammanfattningsvis var avsikten med vår artikel att presentera nya rön om riskfaktorer och vår värdering av dem. Vi belyste vad vi tror att de allra flesta föräldrar vill veta, nämligen vad som verkar vara säkrast för spädbarnet. Under det närmaste halvåret kommer Societalstyrelsens broschyr »Minska risken för plötslig spädbarnsdöd« att uppdateras. I det arbetet kommer hänsyn att tas till alla för- och nackdelar med »samsovning«.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Policy Statement. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
2. Alm B, Wennergren G, Norvenius SG, Skjaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in

- Scandinavia, 1992–95. *Arch Dis Child* 2002;86:400-2.
3. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30:181-8.
 4. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, Stewart AW, Ford RP, Thompson JM, et al. Bedsharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death study Group. *BMJ* 1993;307:1312-8.
 5. Øyen N, Skjærven R, Helweg-Larsen K, Markestad T, Irgens LM. Co-sleeping and risk of sudden infant death syndrome (SIDS). The Nordic Epidemiological SIDS Study. *Anales Espanoles de Pediatria* 1997;Suppl 92:25.
 6. Blair PS, Fleming PJ, Smith LJ, Ward Platt M, Young J, Nadin P, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1999;319:1457-61.
 7. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91.
 8. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, room-sharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *J Pediatr* 2005;147:32-7.
 9. McGarvey C, McDonnell M, Chong A, O'Regan M, Matthews T. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child* 2003;88:1058-64.
 10. Alm B, Möllborg P, Erdes L, Pettersson R, Åberg N, Norvenius G, et al. SIDS risk factors and factors associated with prone sleeping in Sweden. *Arch Dis Child*. In press. Epub 2006 Feb 7.
 11. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev* 2005;6:134-52.

Slutreplik om psykoterapi:

Uppsala är inte hela Uppland

Inte oväntat undviker SBU-representanter (Lars von Knorring, Mats Fredrikson och Agneta Pettersson) i sitt svar på vår kritik i LT [1, 2] att ge sig in på den viktiga diskussionen om vad psykoterapi är – en standardiserad behandling analog med en medicin eller en öppen interaktion mellan en patient och en terapeut, lika bra eller dåliga beroende på vad som passar olika patienter och terapeuter.

Som av en händelse inbjuder i dagarna bland andra Mats Fredriksson till Svenska psykiatriska föreningens vårmöte i Uppsala under temat Psykoterapi, varvid hela programmet visar sig bestå av olika kognitiva beteendeterapier och SBU-rapporten. Att det finns olika – vetenskapligt grundade – psykoterapier tycks inte passa den hegemonibild som kommer till uttryck i programmet.

Betydelsen av terapeutfaktorn tillbakavisar de med en desinformation. Terapeutfaktorn svarar enligt flera studier [3, 4] – också av beteendeterapi [5] – ty-

piskt för ca 8 procent av den totala variationen i patienters förändring [6], med en stor spridning däromkring. Men en stor del av den totala variationen beror på utomterapeutiska faktorer. I förhållande till resten, den variation som överhuvudtaget har med psykoterapi att göra, svarar terapeuten för drygt hälften.

Vad värdet av randomiserade prövningar beträffar, är det tilltron till dem som enda sanningskriterium som vi vänder oss mot.

Ytterligare en desinformation producerar SBU-representanterna: Om de hade givit ett något längre citat ur det amerikanska psykologförbundets redovisning av sin syn på »evidence-based practice in psychology« [8], hade LT:s läsare kunnat läsa dess övergripande slutsats: »Multiple research designs contribute to evidence-based practice, and different research designs are better suited to address different types of questions.«

Den diskussion som SBU fortsätter att undvika är hur den viktigaste frågan skall formuleras. Låt oss föreslå: »What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, under which set of circumstances?« [9].

Rolf Sandell

professor emeritus i klinisk psykologi, leg psykolog, leg psykoterapeut, psykoanalytiker, Stockholm
rolsa@ibv.liu.se

Tomas Böhm

leg läkare, leg psykoterapeut, psykoanalytiker, specialist i allmänpsykiatri, privatpraktiker, Stockholm
tomas.bohm@swipnet.se

REFERENSER

Läs mer Fullständig referenslista finns på <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

Gemensam förklaringsmodell för sjukdomar kopplade till inomhusmiljön finns inte

Socialstyrelsens uppfattning är att man i diagnostik av individer inte har något att vinna på att sammanföra olika ospecifika symtom till ett syndrom med koppling till inomhusmiljön. Samtidigt är det viktigt att konstatera att det finns väl belagda samband mellan inomhusmiljö och sjukdom.

I ett debattinlägg i Läkartidningen 9/2006 (sidan 662) ifrågasätter Robert Wålinder användningen av »sjuka hus-syndromet« som klinisk diagnos för enskilda patienter och efterfrågar Socialstyrelsens synpunkt på detta.

Begreppet »sick building syndrome«, SBS, växte fram i början på 1980-talet efter det att man noterat en ökande rapportering av vissa typer av inomhusmiljörelaterade besvär. De besvär som avsågs härrörde från ögon, näsa, hals och hud, men de omfattade också vissa allmänna symtom, främst huvudvärk och trötthet. Eftersom dessa typer av besvär är både ospecifika och mycket vanliga i befolkningen förutsattes att begreppet endast skulle användas för grupper av brukare i en större byggnad, vilket skulle möjliggöra en bedömning av om besvären förekom i större utsträckning »än normalt«. Trots det används begreppet även när det gäller enskilda patienter. Vi instämmer med Robert Wålinder om att detta bör undvikas.

I medicinska sammanhang definieras »syndrom« vanligen som ett tillstånd med ett komplex av flera sammanhörande sjukdomstecken. Klassiska exempel är Cushings syndrom, som orsakas av en ökad produktion av binjurebarks-

hormon och som leder till ett typiskt utseende hos patienten. Ett annat exempel är primär ciliär dyskinesi, där patienten utvecklar orörliga eller dysfunktionella cilier och symtom som kan härledas till detta. Det är uppenbart att SBS inte på motsvarande sätt kan betraktas som ett syndrom med flera sammanhörande sjukdomstecken. I den grundläggande svenska läroboken i arbets- och miljömedicin [1] konstateras att »Termen sjuka hus-syndromet (sick building syndrome; SBS) ... skall ses som en figurativ beskrivning i vardagsspråk för vissa hälsoeffekter orsakade av inomhusmiljö, snarare än ett 'syndrom' i medicinsk mening«.

Det finns inte någon gemensam förklaringsmodell för sjukdom och besvär kopplade till inomhusmiljön. Nackdelen med att använda SBS för att beteckna besvär som en enskild individ upplever är att man riskerar att i onödan komplicera diagnostiseringen, och det i ett redan komplext sammanhang. Eventuellt kan läkaren felaktigt föreställa sig att flera av »syndromet« uppräknade besvär måste föreligga för att besvären ska vara inomhusmiljörelaterade. Alternativt kan det finnas en risk i att man missar att se att symtom som inte ingår i SBS-beskrivningen, t ex nedre luftvägsbesvär, också kan vara inomhusmiljörelaterade. Socialstyrelsen instämmer i att det är ett mer fruktbart arbetssätt att bedöma vart och ett av patientens besvär – och vad det kan ha för bakgrund och orsaker – utan omvägen över ett begrepp som »sjuka hus-sjukan«. Samtidigt måste naturligtvis en helhetssyn på patientens besvär bibehållas.

Det är väl visat att det finns en rad besvär och sjukdomstillstånd som kan orsakas eller försämrats av inomhusmiljöfaktorer. Komfortproblem i relation till inomhusmiljön är vanliga, och gränsdragningen gentemot hälsoeffekt och vad som rimligen bör hanteras inom sjukvården är inte självklar. Låg luftomsättning och hög rumstemperatur kan ge problem med huvudvärk och trötthet. Det finns viss evidens för att olika kemiska exponeringar i inomhusmiljön kan ge slemhinneirritation och sensorisk påverkan, som patienten kan uppleva som besvärande. Till mer allvarlig inomhusmiljörelaterad sjuklighet hör lungcancer på grund av



Foto: Pressens Bild

Det finns väl belagda samband mellan inomhusmiljö och sjukdom, men begreppet »sick building syndrome« är olämpligt att använda om enskilda patienter. Bilden: hussvamp.

radon och astmabesvär orsakade av allergi mot husdammkvalster eller kopplade till fukt- och mögelproblem i byggnaden.

Diskussionen om begreppet »sjuka hus-sjukan« som förekommit i LT i vinter är angelägen. Socialstyrelsen delar alltså Robert Wålinders uppfattning att man i diagnostik av individer inte har något att vinna på att sammanföra olika ospecifika symtom till ett syndrom. Samtidigt är det viktigt att konstatera att det finns väl belagda samband mellan inomhusmiljö och sjukdom.

Tack till läkaren på tåget!

Tack till den läkare, som såg mig tупpa av på X2000 den 12 januari och ringde efter ambulans, som tydligen väntade på Gävle järnvägsstation. Jag vaknade upp på Gävle sjukhus. Tack också för den information, som min mötande svarson i Stockholm fick!

Ulla Lindqvist
Västerbotten



JOHAN CARLSSON
medicinalråd, avdelningschef,
Socialstyrelsens tillsynsavdelning

Replik om yttrandefriheten på Karolinska Universitetssjukhuset:

Inte ett dugg konstigt att bristande förtroende är grund för uppsägning

Om jag klart och tydligt tar avstånd från min överordnade chef och/eller kräver dennes avgång eller deklarerar att jag inte klarar mitt uppdrag på grund av bristande resurser, är det ganska uppenbart att jag inte kan vara chef längre. Det framhåller Eva Dannert i sitt svar på ett tidigare inlägg av Jan Halldin.

I Läkartidningen 10/2006 (sidorna 773-4) för Jan Halldin ett märkligt resonemang om kopplingen mellan yttrandefrihet och chefskontrakt under rubriken »Orwells '1984' i svensk sjukvård? Självklart gäller normala regler för yttrandefriheten såväl inom Karolinska Universitetssjukhuset som övriga sjukhus i Stockholms läns landsting. Det gäller självklart också för alla personalkategorier.

EVA DANNERT

personaldirektör, Stockholms läns landsting, HR-direktör, Karolinska Universitetssjukhuset

Men chefer har en speciell position. Den som accepterar ett uppdrag som chef accepterar också att vara arbetsgivarföreträdare, dvs att stå för de beslut om verksamheten som fattats av bland andra politiker (valda i demokratiska val), styrelsen för sjukhuset och sjukhusets ledning.

Låt mig kort kommentera de punkter Jan Halldin särskilt pekar på i sjunde paragrafen av det chefskontrakt som tillämpas på Karolinska Universitetssjukhuset.

Den punkt som anger bristande förtroende (mellan exempelvis en divisionschef och en verksamhetschef) som grund för uppsägning av chefsförordnandet är faktiskt inte ett dugg konstigt. Om jag exempelvis klart och tydligt tar avstånd från min överordnade chef och/eller kräver dennes avgång eller deklarerar att jag inte klarar mitt uppdrag på grund av bristande resurser, är det ganska uppenbart att jag inte kan vara chef längre. Detta har inget att göra med möjligheten att framföra kritik rent generellt.

Det är också svårt att förstå vad som är anmärkningsvärt med nästa punkt, den som anger att skillnader i uppfattning om ledarskapets kvalitet kan vara grund för uppsägning av chefsförordnandet. Om det visar sig att en chef, exempelvis, inte klarar att leda och entusiasmera

sina medarbetare, inte klarar att organisera verksamheten efter beställarnas krav eller inte klarar krav på förändringar – då måste naturligtvis den chefen kunna skiljas från sitt förordnande. Detta har inget som helst med yttrandefrihet eller lojalitetsfrågor att göra.

Slutligen den punkt som anger organisatoriska och/eller strukturella förändringar som grund för uppsägning av ett chefsuppdrag – hur kan någon finna den märklig? Om verksamheten läggs ned, vad ska man då vara chef över?

Ett flertal sjukhus inom Stockholms läns landsting har chefskontrakt som är snarlika Karolinska Universitetssjukhusets. Även i Lagen om anställningsskydd (LAS) och Lagen om offentlig anställning (LOA) har man förutsett att problem av dessa slag kan uppstå och föreskrivit hur de ska regleras. Kontrakten inom sjukhusen inom SLL är till för att skapa tydlighet kring villkoren för chefskapet; villkor som bara bygger på vanligt sunt förnuft.

Jag vill dessutom klargöra att chefskontrakten gäller enbart för uppdraget som chef. I stort sett alla chefer på Karolinska Universitetssjukhuset har en ordinarie tjänst i botten, som de har rätt att gå tillbaka till om chefskapet avslutas. Det är således inte arbetslöshet som hotar den som blir uppsagd från en chefspost, utan bara en återgång till exempelvis en överläkartjänst.

ANNONS