

# Samsovning med spädbarn – modifiera råden en aning!

Mycket tyder på att amning liggande tillsammans med barnet på natten är en praktik som vi fysiologiskt är väl avpassade för. De råd som nyligen gavs i Läkartidningen bör modifieras genom att man pekar ut de faktorer som verkar riskabla, t ex sovande i soffa. Detta kan hjälpa mödrar som upptäckt att amningen går lättare när de sover nära barnet.

I den intressanta LT-artikeln om nya rön avseende plötslig spädbarnsdöd (SIDS) [1] blir man tyvärr inte riktigt klok på följande: En kvinna som ammar och varken röker, är uttröttad, full eller medicinpåverkad – får hon sova ihop med sitt spädbarn eller inte?

## Hur stora var riskerna?

I den stora ECAS-studien (European Concerted Action on SIDS) fanns alltså en riskökning även för icke-rökande samsovande mödrars barn [2]. Justerat för övriga faktorer var risken 1,56 (95 percents konfidensintervall 0,91–2,68). Vid en separat analys av olika åldersgrupper låg risken maximalt på ca 2,5 vid 2 veckors ålder och sjönk sedan. Det rikliga tabellmaterialet påminner läsaren om svårigheterna att formulera rekommendationer utifrån epidemiologiska data. Om kvinnan fött fyra eller fler barn tidigare ökade risken tiofaldigt (5,78–19,3). Att ha en arbetslös partner nästan dubblade risken (OR 1,85; 1,39–2,45). En stor mängd övriga faktorer var också självständigt associerade

med SIDS. Ungefär lika farligt (1,69; 1,05–2,74) som att samsova var att man hade flyttat efter det att barnet fötts!

Även i den skotska studien [3] framkom dock en riskökning. Särskilt stor var risken om barnet låg mellan föräldrarna, och i artikeln spekulerar man i om barnet då kanske råkat hamna under ett täcke och/eller bli överhettat. Att sova i en soffa tillsammans var kopplat till en mycket kraftig riskökning. Detta fynd återkommer i en studie publicerad 1999 [4]. Där försvann sambandet mellan icke-rökande samsovande mammors barn och SIDS när man justerat för just sovande i soffa, uttalad trötthet hos föräldrarna, alkoholkonsumtion hos modern, trångboddhet samt användande av duntäcke. I de två förstnämnda studierna [2, 3] fanns inte uppgifter om alla dessa faktorer.

## Samsovning underlättar amningen

Alm och medförfattare påpekar att samsovningen underlättar amningen, vilken i sin tur sannolikt utgör en skyddsfaktor mot SIDS. Varför går det lättare att amma om man sover ihop? I en studie följdes 253 nyblivna föräldra-barn-par [5]. I intervjuer berättade en del mammor att de varit oförberedda på att deras ammade barn ville äta så ofta på natten. Många gjorde processen kort: »Breast-feeding didn't allow a good nights sleep and I have a toddler as well«. »Baby now sleeps solid 12 hours at night (on formula)« (sidan 184).

Vilken strategi använde då de mammor som klarade av att fortsätta amma? Det verkade som om de lade barnet hos sig i sängen – sambandet mellan fortsatt amning och samsovning var starkt. Mamman sov bredvid barnet som fick nära till bröstet; varken mor eller barn behövde vakna helt och hållet i samband med matningen. Flera använde en kombinationsvariant – barnet startade natten i sin egen säng, togs till föräldrarnas säng någon gång mellan kl 01 och 04 och



Foto: IBL

Att dela bädd kan inte rekommenderas i exakt alla lägen, men samsovning kan alltid genomföras på ett säkert sätt, menar artikelförfattaren.

stannade där resten av natten för att ammas »on demand«.

## Vad innebär »samsovning« egentligen?

»Co-sleeping« och »bedsharing« är inte samma sak; detta är ett av de viktigaste budskapen i McKennas m fl artikel »Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding« [6]. Flera av uppgifterna i detta inlägg är hämtade därifrån.

Att sova ihop kan vara vitt skilda saker. Ett barn kan ligga på en separat futonmatta på golvet bredvid sin mor. I ett annat sammanhang lägger en 16-årig mor ner barnet bredvid sig i sin mjuka säng, eftersom hon inte har råd att köpa en barnsäng. I studier är det möjligt att båda dessa företeelser kallas »bedsharing«. Samsovning är associerat med en minskad spädbarnsdödlighet i vissa kulturer och länder. I Hong Kong är samsovning normen, och SIDS-frekvensen är bland de lägsta i världen. Detsamma gäller många andra länder i Asien. Men i de grupper där bädd-delning väljs av trångboddhetsskäl, är samtidigt också andra riskfaktorer för SIDS vanligare. Det gäller ekonomiskt marginaliserade minoritetsgrupper, t ex svarta i USAs



### CATARINA CANIVET

med dr, distriktsläkare, Vårdcentralen Södervärn, Malmö  
Catarina.Canivet@med.lu.se

storstäder, där bädd-delning ökar risken för SIDS [6].

Om ett barn ligger inom armlängds räckhåll i t ex en vagg precis bredvid moderns säng bör man förstås tala om samsovning snarare än bädd-delning. McKenna anser att »co-sleeping« aldrig är farligt men att »bedsharing« ibland kan vara det; allt beror på kontexten.

## Integrerat, anpassat system

En del av denna kontext är förstås uppfödningmetoden – flaska eller amning. McKenna hävdar att kombinationen samsovning–spädbarnet i ryggläge–amning är ett biologiskt anpassat system som bör bedömas i sin helhet. Ryggläget är inte en uppfinning som den medicinska professionen fört in i världen – ärligt talat har den pläderat för detta ganska yrvaket, efter att länge ha predikat »Lägg dem på magen!« Istället kan man se barnets ryggläge som en del av ett komplext beteende, som sannolikt utvecklats under år miljoner av nattlig samsovning mellan primatmodrar och deras barn.

Studier där man videofilmade samsovande mor–barnpar visar att mödrarna nästan alltid placerade sitt barn i ryggläge. (Det är svårt eller omöjligt att amma ett barn som ligger på magen.) De låg ofta själva på sidan, med en arm över barnets huvud. Barnet liggande på rygg har i sin tur en maximal kontroll över sin mikroomgivning. Det kan ta bort en filt som hamnat över ansiktet, flytta sig från och till bröstet, röra vid sitt eget ansikte och suga på fingrarna. Därmed kan barnet också lättare svara på moderns signaler [6, 7].

I en annan studie [8] visades att samsovning ledde till att den djupa sömnen (stadium 3 och 4) minskade i omfattning hos både mödrar och barn, med en invers ökning av stadium 1 och 2. Båda uppvisade också fler korta uppvaknanden under natten. Denna ökade »infant arousability« kan kanske utgöra en skyddsfaktor avseende SIDS.

Är det sedan den av amningen inducerade ökade oxytocininsöndringen som gör att båda somnar om utan problem i de flesta fall? Medelintervallet mellan amningarna var 1,5 timmar – precis som sömncykelns medellängd hos vuxna [6, 7]. Barnets andning [9], kroppstemperatur och hjärtfrekvens påverkas också av samsovning [6, 10].

McKenna argumenterar mot föreställningen att mödrars kroppar är po-

tentiellt dödliga vapen, »wooden rolling pins, if you will« [6] (sidan 135), och barnen är ju inte heller gjorda av porslin. Jag tycker man kan se processen som en oerhört sofistikerad, stillsam »amningsdans«, i liggande, där tusentals mestadels omedvetna signaler förmedlas fram och tillbaka mellan mor och barn.

Däggdjur vars mjölk har lågt protein- och fettinnehåll diar ungarna korta stunder och med korta intervall, och kontakten mor–barn blir då även av detta skäl i princip konstant. Hos apor ser man ett sådant mönster, och hos människa i bl a jägar–samlarkulturer [11].

## Tidigare »idealspädbarn« ifrågasätts

Tidigare kunskaper om spädbarns sömnfysiologi byggde på studier gjorda på flaskuppfödda barn, och under den epok när man gärna lade barnen i eget rum. Detta idealbarn somnade ensamt i sin egen säng, sov sedan lugnt hela natten eftersom det lärt sig att stilla sig själv (»self-soothe«) vid eventuell tillfällig oro, magknip eller dylikt. Om doktorn vid familjens kontrollbesök fick fram att så inte var fallet, kunde (och kan) speciella träningsprogram erbjudas. »The history of infant sleep studies in Western cultures

illustrates how a 'belief' in the moral 'value' of uninterrupted solitary infant sleep remains, like religion, sacred, despite recent psychobiological and developmental studies that seriously challenge the validity of its assumptions« [6] (sidan 137).

Jag blev förvånad över uppgiften om att »The American Academy of Pediatrics' Guide to your child's sleep« ger rådet att barn aldrig skall tillåtas somna vid bröstet, eller i famnen efter matningen. Som McKenna påpekar är det ju just då nästan omöjligt att hindra dem från att somna! Han påpekar syrligt att i den generation som uppfostrats enligt de Spock-inspirerade rekommendationerna är sömnproblem mycket vanliga.

## Skam att sova ihop – nästan som incest?

Att lägga spädbarn att sova för sig själva, utan nära kontakt med modern, skulle både i ett historiskt och i dagens globala perspektiv kunna ses som en bisarr avvikelser. Men i en populär amerikansk rådgivningsbok varnar en Dr Ferber: »If you find that you actually prefer to sleep with your infant ... you should consider your own feelings very carefully«.

McKenna befarar att om man offici-

ellt dömer ut alla typer av samsovning, kommer det att kunna leda till att välmenande socialarbetare kan använda samsovning som ett skäl att omhänderta barnen, »claiming abuse or neglect« [6] (sidan 146).

## Experterna är inte överens

Hur svårbedömd samsovningsfrågan är framgår av diskussionen forskargrupperna emellan. Det skotska forskarlaget kommenterar den i ECAS-studien trots allt ganska låga riskökningen och manar till försiktighet: »... we should be very wary of tampering with our own culturally derived infant care practices until we are sure that a new practice such as bedsharing is safe« [12]. I svaret raljerar över idén – »peculiarly myopic« – om att samsovning skulle vara något nytt [13]. Återigen påpekas att man måste skilja de farliga typerna av bädd-delning, t ex sovande ihop på en soffa eller med intoxikerade föräldrar, från övriga. Slutligen noteras att samsovning är ganska vanligt numera; upp till 70 procent av mödrar uppger praktisera detta delar av natten under de första månaderna.

I McKennas artikel kan man läsa mer om oenigheten: »No data ... according to two of the authors (P Fleming and P Blair) from a now controversial paper ... [ECAS-rapporten] ... support the idea that bedsharing among non-smoking breast feeding parents increases the risk of SIDS« [6] (sidan 144).

## Modifiera råden lite grann!

Sammanfattningsvis tyder mycket på att amning utövad liggande tillsammans med barnet på natten är en praktik som vi är fysiologiskt väl avpassade för. Om man utifrån ett inte särskilt starkt epidemiologiskt fynd går ut med en generell varning mot att sova tillsammans med spädbarn, kan detta leda till att amningsfrekvensen åter minskar. Det har inte gjorts någon prospektiv studie där icke-rökande ammande mödrar antingen samsovit eller inte samsovit (på olika sätt) och där man följt ifall det verkligen blev fler SIDS-fall i samsovningsgruppen (eller tvärtom).

I brist på sådan kunskap skulle man kunna något modifiera de av Alm m fl föreslagna råden genom att peka ut de samsovningsfaktorer som enligt många studier verkar riskabla. Detta kan hjälpa de icke-rökande kvinnor som vill amma och som upptäcker att samsovning gör proceduren lättare.

Även de barn vars mödrar inte lyckas sluta röka har sannolikt glädje av att bli ammade [14]. Alm m fl föreslår kognitiv terapi som ett alternativ, men inom

överskådlig framtid kommer inte alla berörda att kunna erbjudas och/eller vilja gå i sådan. Om en rökande mamma vill amma och ber om praktiska råd om t ex sovsituationen, så blir detta betydligt enklare om man klart skiljer mellan »samsovning« och »bädd-delning«.

### Förslag till ny formulering

Alm och medförfattare formulerar ett antal råd. Det tredje av dessa skulle jag mot bakgrund av ovanstående vilja formulera om så här:

»Säkrast är att spädbarnet sover i föräldrarnas sovrum. Om någon av föräldrarna är mycket uttröttad eller påverkad av alkohol eller mediciner avråds från att spädbarnet sover i samma säng. Om modern rökt under graviditeten eller röker nu, men vill sova ihop med sitt barn, kan hon för maximal säkerhet ordna en individuell sovplats för barnet i samma plan som föräldrarnas säng. Att sova ihop på en soffa respektive på mycket mjuka underlag bör undvikas, liksom tjocka täcken över barnets kropp.«

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Vår nu 18 år gamla dotter sov aldrig längre än 1,5 timme i sträck de första månaderna. Efter skuttande upp och ner från säng till fåtölj, och oräkneliga experiment med koständring till mig själv, speciell sovlamm-skinnsfäll, sovmoössa m m till barnet, försök till spädbarnsträning à la Anna Wahlgren etc, etc, gav jag upp och lade henne hos mig i sängen. Mitt liv ändrades och blev som en omvänd hand. Ljuvliga nätter, roliga dagar. Hade det funnits en officiell avrådan hade jag nog inte vågat ta detta steg. Jag hade troligen fortsatt att amma ändå, men ack så tungt livet hade varit under denna tid.*

### REFERENSER

- Alm B, Lagercrantz H, Wennergren G. Nya rön om plötslig spädbarnsdöd. Napp skyddar, »samsovning« och nikotin (även plåster/tuggummi) ökar risken. Läkartidningen 2006;103:528-9.
- Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. BMJ 1999;319:1457-61.
- 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.
- Richard C, Mosko S, McKenna J, Drummond S. Sleeping position, orientation, and proximity in bedsharing infants and mothers. Sleep 1996;19:685-90.
- Ball HL, Blair PS, Ward-Platt MP. »New« practice of bedsharing and risk of SIDS. Lancet 2004;363:1558.

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

### Replik:

## Vi måste ta ställning till nya forskningsfynd!

Vårt råd att det är säkrast att låta barnet sova i egen säng de första 2-3 månaderna är baserat på flera studier. Men rådet kan knappast bli lika kategoriskt som det om sovläge och rökning.

Vi tackar för Catarina Canivets tankvärda inlägg! Syftet med vår artikel var att uppmärksamma de möjligheter som finns att ytterligare minska antalet fall av plötslig spädbarnsdöd och som delvis tas upp i nya rekommendationer från American Academy of Pediatrics [1]. Av de råd vi lyfter fram är ett par okontroversiella. Ryggsläp är säkrare än sidoläge, och allt bruk av nikotin bör undvikas under graviditet och amning. Däremot är vi medvetna om att andra överväganden kan göras när vi föreslår att spädbarn som är yngre än 2-3 månader bör sova i egen säng. Liknande gäller uppfattningen att när amningen är etablerad, så kan napp mycket väl användas när barnet ska sova.

Vi är överens med Catarina Canivet om att det är gynnsamt att föräldern har barnet nära sig under natten. I våra egna studier har vi funnit att bröststoppning är associerad med lägre risk för plötslig spädbarnsdöd [2]. Också vi kon-

staterar att amning kan underlättas av att spädbarnet sover i mammans säng [3]. Vi är alltså medvetna om att det finns goda effekter med »samsovning«.

Dock kommer vi inte ifrån att förhålla oss till att det i vissa fall kan medföra ökad risk för plötslig spädbarnsdöd att sova i föräldrarnas säng. Den möjliga ytterligare minskning av antalet fall av plötslig spädbarnsdöd som de nya rönen kan leda till, måste dock naturligtvis vägas mot nackdelar som nya råd kan ha.

**De första studierna** som rapporterade ökad risk för plötslig spädbarnsdöd när barnet sov i samma säng som föräldrarna fann detta bara när mamman var rökare [4-6]. Det nya som hänt är att det kommit studier som visar ökad risk även för späda barn till icke-rökande mödrar. I ECAS-studien (European Concerted Action on SIDS) som lade samman studier från 20 europeiska centra var vårt svenska material från NORD-SIDS-studien det enskilt största [7]. ECAS visade på en liten men statistiskt signifikant ökad risk för plötslig spädbarnsdöd för barn under åtta veckors ålder som sov i samma säng som föräldern. För barn till rökande mödrar var risken större, och riskökningen kvarstod hela första halvåret. Teoretiskt kunde 16 procent av dödsfallen hänföras till att barnet sov i samma säng som sin förälder.

**Baserat på enbart ECAS-studien** tyckte vi inte att det var självklart att avråda från att sova i samma säng som föräldrarna annat än för spädbarn till rökande mödrar. Vårt argument var just att amning underlättades [3]. Brittiska hälsodepartementet gick dock redan våren 2004 ut och avrådde från att förälder och spädbarn under sex månaders ålder sov i samma säng. Den skotska studien som kom efter ECAS visade ökad risk upp till 11 veckors ålder även för ammade barn till icke-rökande mödrar [8]. Riskökningen var tydligare än i ECAS-studien. Dessutom finns en mindre uppmärksam, irländsk studie som redovisat ökad risk med att sova i samma säng upp till 20 veckors ålder för barn till icke-rökande mödrar [9].

Detta är underlaget till varför vi skrev att det är säkrast att låta barnet sova i



#### BERNT ALM

med dr, avdelningen för pediatrik, Göteborgs universitet; Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg



#### HUGO LAGERCRANTZ

professor, neonatalenheten, Karolinska institutet; Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm



#### GÖRAN WENNERGREN

professor, avdelningen för pediatrik, Göteborgs universitet; Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg  
goran.wennergren@pediat.gu.se

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 Pediatría* 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 CARLSON**  
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