

Motiven för en screening och följande särbehandling av de barn som får en IQ mellan 50 och 70 finner vi tvivelaktiga.

Om inte kravnivå och övrigt bemötande anpassas till barnens förutsättningar och behov i såväl skolan som annorstädes, så far barnen illa och/eller slås ut. Vad vi kan se tyder våra resultat på att skolan lyckats med många av eleverna i »extremt» svagbegåvade grupper, de med 1,5 procent lägsta testresultaten [3-5].

På vilket sätt skulle vetenskap om deras låga IQ och en rubricering som utvecklingsstörd ha varit till hjälp? Om detta skulle leda till läkarundersökning beträffande behov av specialklassplacering finns det många belägg för en rad negativa konsekvenser av detta – ännu tydligare på 1960-talet då skolan hade goda resurser och använde sig av diagnosmotiverade specialklassplaceringar i en omfattning som aldrig tidigare.

Det är mot den bakgrunden man måste se våra rätt försiktiga jämförelser med särskolans elever när det gäller inträde på arbetsmarknaden etc.

Preliminära resultat från pågående analyser av motsvarande slag på våra yngre kohorter – födda 1972, 1977 och 1982 – tyder på att de mönster vi finner är mycket likartade dem vi fann för kohorten barn födda 1967. Av förklarliga skäl har vi dock inte kunnat följa dessa yngre grupper ut i arbetslivet än.

Problematiken gällande skolans svårigheter och möjligheter att motsvara elevernas behov är betydligt mer komplex än vad som skulle vara fallet om de skulle låta sig lösas med hjälp av diagnosbaserade specialbehandlingar av sk svagbegåvade/utvecklingsstörda elever i särskilda grupper.

Varför säger kommentato-

rerna ingenting om vad det skulle vara för undergörande åtgärder som skulle följa av den diagnos som de menar skulle ha varit till gagn om man ordentligt identifierat de »riktigt» svagbegåvade i vår undersökningsgrupp? Dvs vad har man för tankar om hur skolan skulle behöva ändras för att bättre möta de »diagnostiserade» elevernas behov – utöver särbehandling och avskiljning från dem som råkat komma på den som »normalt» betraktade övre sidan av gränsen IQ = 70?

Karl-Henrik Gustavson
professor, med dr, avdelningen för klinisk genetik, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala

Ingemar Emanuelsson
professor, fil dr, institutionen för pedagogik, Göteborgs universitet

Referenser

- Gustavsson KH. Svagt begåvad får fast arbete. Olika framgång vid definierad eller dold utvecklingsstörning. *Läkartidningen* 1997; 94: 1793-6.
- Fernell E, Bremberg S. Lindrigt förståndshandikapp spåras för sällan på BVC. *Läkartidningen* 1996; 93: 2237-9.
- Sonnander K. Svagbegåvade elever i den vanliga skolan. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995; nr 6-7: 255-9.
- Sonnander K, Emanuelsson I. Utvärdering genom uppföljning av elever. VIII: Svagbegåvades inträde på arbetsmarknaden. En uppföljningsstudie till 23 års ålder av svagbegåvade elever i vanlig skola. Uppsala: Institutionen för pedagogik, och institutionen för psykiatri, Ulleråker, Uppsala universitet, 1993.
- Sonnander K, Emanuelsson I, Kebbon L. Mildly mentally retarded pupils in the ordinary Swedish school: Objective characteristics and subjective evaluations. *Am J Ment Retard* 1993; 97: 692-701.

Försäkringsläka-rens roll enbart rådgivande

Med ökande oro läser jag »Dokument om samsyn ökar rättsäkerheten» i *Läkartidningen* 21/97 av Jonas Källström och Sven-Olof Krafft. Enligt min mening föreligger

inga missförstånd om innehållet i de strävanden som försäkringskassorna med stöd av politiska beslut genomför. Där emot kan jag som praktiker med lång erfarenhet (även som tidigare försäkringsläkare) uttrycka meningsskiljaktigheter.

Uttrycket »där sjukförsäringen principiellt exklusivt förbehålls renodlat (min kursivering) medicinska tillstånd». När såg författarna ett renodlat medicinskt tillstånd? Och vad innebär det? Om man renodlar något så måste man bekämpa, avfärda, eller bortse från något annat. Jag förstår att man vill göra besparingar eller överföra kostnader till annan myndighet, men jag vänder mig mot att göra det på dessa grunder.

Enbart rådgivande

Det finns inga missförstånd om beslutsprocessen eller att försäkringsläkares roll är enbart rådgivande, men just detta är en av de svaga punkterna i systemet. Praktiskt är det nämligen så att försäkringstjänstemännen – ofta utan både medicinsk och juridisk utbildning – bedömer ett sjukfall och önskar på ett aktivt sätt »hjälpa till». Lovvärt i och för sig, men ibland farligt. Försäkringsläkares roll blir då ofta just rådgivande och alltför sällan kontaktas patientens läkare om oklarhet råder.

Det är beklagligt om försäkringsläkarkåren i allmänhet delar Källströms och Kraffts uppfattning och värdering och jag vänder mig kraftfullt mot sådana flasklor som »en ambition att renodla trygghetssystemen». Jag förstår att detta är en politisk formulering, men jag önskar att just försäkringsläkarna insåg faran för patienterna och de försäkrade.

Vi är trots allt försäkrade, och till och med överförsäkrade, mot sjukdom och dess konsekvenser och skall då kunna kräva omfattande och kunniga bedömningar av hela vår situation.

Praktiker bäst lämpade

Jag anser att vi praktiker är de som är bäst lämpade att bedöma en människas arbetsförmåga och jag ser en fara i den nuvarande utvecklingen. Bland annat borde det finnas en uttaland »rimlighetsbedömning» i varje enskilt fall så att redan skadade människor inte kränks än mer. En väg är ett

ökat samarbete, utan direktiv, mellan dem som kan bedöma arbetsförmåga (praktiker och behandlande läkare) och dem som har att bestämma om försäkringsersättning.

Om försäkringsöverläkarna vill vara med om detta tycker jag de skall ta kontakt om ett sådant samarbete och inte försöka på mer eller mindre slutna möten formulera direktiv som inte missförstås men avfärdas av dem som läser. Det är en olycklig lagtext som de som är medicinskt och mänskligt intresserade reagerar mot. »Renodling» av alla de slag är tveksamt och den som levt länge vet att det inte går i praktiken. Försök igen!

Tore Södermark

Leg läkare, praktiserande inom invärtesmedicin och hjärtsjukdomar, Stocksund

»Syna» kvalitetsfolket

Vi lever i kvalitetsens tidevarv. De personer som tagit kvaliteten på entreprenad blir allt fler. Det rör sig huvudsakligen om administratörer, men kolleger i karriären som insett fördelarna med att hoppa på »kvalitetståget» ökar också.

Ingen vettig människa kan argumentera mot kvalitet, men det blir nu allt viktigare att syna »trosläror» från kvalitetsfolket. Viktigt därför att det sk kvalitetsarbetet nu tar allt mer tid från det rutinnässiga vardagsarbetet. Detta vardagsarbete som sannolikt fortfarande har en viss betydelse för att kvalitet skall uppstå.

Kvalitetsarbetet stimuleras!

Mot denna bakgrund är det glädjande att Västeråskollegerna Göran Nilsson och Gunnar Agert i *Läkartidningen* 22/97 avkräver Socialstyrelsens konkretion med frågan: Kan några slutsatser dras om vårdkvalitet av enbart för ålder och kön korregerad sjukhusmortalitet vid hjärtinfarkt? Socialstyrelsen via Nina Rehnquist tvingas svara nej och därmed också avslöja den brist på genomtänkt strategi som präglat rapporten. Nu medger inte Nina Rehnquist att något skulle vara misslyckat med rapporten utan framför istället det helt obevisade påståendet att rapporten skulle ha stimulerat kvalitetsarbetet ute i landet. Enligt min

»Varför säger kommentatorerna ingenting om vad det skulle vara för undergörande åtgärder som skulle följa av den diagnos som de menar skulle ha varit till gagn om man ordentligt identifierat de »riktigt» svagbegåvade i vår undersökningsgrupp?»