

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 vetskap 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 s k svagbegåvade/utvecklingsstörda elever i särskilda grupper.

Varför säger kommentato-

»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?»

KORRESPONDENS

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

1. Gustavsson KH. Svagt begåvad får fast arbete. Olika framgång vid definierad eller dold utvecklingsstörning. *Läkartidningen* 1997; 94: 1793-6.
2. Fernell E, Bremberg S. Lindrigt förståndshandikapp spåras för sällan på BVC. *Läkartidningen* 1996; 93: 2237-9.
3. Sonnander K. Svagbegåvade elever i den vanliga skolan. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995; nr 6-7: 255-9.
4. 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.
5. 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.

Försäkringsläkares 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 flaskor 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 uttalad »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 »troslärorna» från kvalitetsfolket. Viktigt därför att det s k kvalitetsarbetet nu tar allt mer tid från det rutinmässiga vardagsarbetet. Detta vardagsarbete som sannolikt fortfarande har en viss betydelse för att kvalitet skall uppstå.

Kvalitetsarbetet stimuleras!

Mot denna bakgrund är det glädjande att Västerås-kollegerna Göran Nilsson och Gunnar Agert i *Läkartidningen* 22/97 avkräver Socialstyrelsen konkretion med frågan: Kan några slutsatser dras om vårdkvalitet av enbart för ålder och kön korrigerad sjukhusmortalitet vid hjärtinfarkt? Socialstyrelsen via Nina Rehnquist tvingas svara nej och därmed också avslöja den brist på genomtänkt strategi som präglar 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

uppfattning äger det motsatta påståendet minst lika hög trovärdighet.

Hela diskussionen om register som metod i kvalitetsarbete är utomordentligt förvirrad. Högsta visdom för dagen är att register på nationell bas, t ex Diabetesregistret, Riks HIA osv skall bidra till en ökad kvalitet. Hur detta skall gå till konkret är tills vidare höljt i dunkel. Ett exempel på den förvirring som råder finns att läsa i samma tidning (22/97) där Elisabeth Agardh i Lund uttalar sig om det nationella diabetesregistret. Hon skriver att det är ovärderligt att kunna koppla registrets endpoints t ex amputation, njurskada, osv med parametrar typ blodtryck, sockerinställning.

Lokalt register

Denna uppfattning är för mig obegriplig. Är det inte randomiserade kontrollerade studier vi använder oss av för att påvisa dessa kopplingar? Att ånyo påvisa dessa samband i register har väl inget med kvalitet att göra? Det viktiga är ju att patienten behandlas i enlighet med de kunskaper vi har från vetenskapliga studier, och om så är fallet torde ju lämpligast kontrolleras via lokala register. Utformningen av ett meningsfullt lokalt register är inte någon lätt fråga, men har den fördelen att det går att i bästa fall se ett meningsfullt syfte med arbetet.

Avslutningsvis hoppas jag att det kommer till stånd ett ökat motstånd mot kvalitetsflummet ute på våra sjukhus och vårdcentraler och att fler kolleger avkräver kvalitetsfolket konkretion när de presenterar nästa registerprotokoll.

Peter Knutsson
överläkare, medicinkliniken, Södertälje

Sjukvården skulle kunna bromsa växthus-effekten

Ett av våra stora miljöhot är den klimatförändring som kan orsakas av sk växthusgaser, till vilka hör CO₂. Den mängd CO₂ som vi enligt FN:s klimatpanel årligen skulle kunna släppa ut motsvarar 1 700 kg per person. Svenskarna släpper för närvarande ut ungefär 7 300 kg.

KORRESPONDENS

Om vi vill hålla oss inom ramen 1 700 kg per person kan var och en av oss använda ungefär en liter bränsle per person och dag till transporter och annat som fordrar fossila bränslen. Om vi antar att bara 0,3 liter behöver användas till annat, så att vi kan använda 0,7 liter per dag för persontransporter skulle vi årligen kunna åka 260 mil med flyg eller ungefär lika långt med bil men inte mindre än 25 000 mil med dagens svenska el-tåg.

Uppenbarligen bör vi använda tåget mera.

De kunde göra en insats

Sjukvårdshuvudmännen skulle kunna komma överens med de fackliga organisationerna om ändrade regler för tjänsteresor som gör att de anställda föredrar tåget, exempelvis erbjuda årskort i stället för milersättning och vägra utbeta bilersättning när tågalternativ finns;

avskaffa den subventionering av bilåkande som finns i form av gratis parkeringsplatser på arbetsplatsen (eller åtminstone fördela denna subvention lika mellan bilåkare, bussåkare och cyklister);

anpassa arbetstider och sammanträdestider till tåg- och busstidtabeller;

vid organisation av konferenser och dylikt göra upp schemat med ledning av buss- och tåg-tidtabellerna;

göra överenskommelser med läns- och lokaltrafiken med innebörd att kallelse till planerat besök på sjukvårdsinrättningar fungerar som gratis färdbiljett;

underlätta för anställda och förtroendevalda att nyttja tåget vid resor mellan olika platser i det egna länet genom att ordna transporter mellan järnvägsstationerna och sjukhus/vårdsinrättningar/förvaltningar.

Hallsberg bra konferensort

De som organiserar rikskonferenser och dylikt skulle också göra upp schemat med ledning av tåg-tidtabellerna. En nationell konferens i Stockholm borde självfallet förläggas till lokal nära järnvägsstationen (ex Läkarsällskapet) och starta kl 10.00 eller 11.00, då X2000 anlåter från resten av Sverige. Hallsberg skulle övervägas som bra konferensort.

Dessutom skulle man låta



Ta tåget i stället!

telefonkonferenser ersätta en del traditionella sammanträden.

Vid resor till medicinska konferenser i andra europeiska länder skulle vi i högre grad än i dag ta tåget. Om man använder sovvagnen till att sova i så tar en miljövänlig tågresa från södra Sverige till Berlin, Bryssel, Paris, Prag eller Basel inte mycket längre tid än en förordnande flygresa. En enda flygresa till Sydeuropa förbrukar hela årets koldioxidutrymme!

Ta tåget!

Nils E Eriksson
överläkare, Halmstad

Endast professionella kan tolka medicinska data på recept

Debatten om diagnoser på recept aktualiserar frågan om vem som måste förfoga över medicinska data och vem som har kunskap att tolka dem. Ett nationellt register över läkemedelsanvändning planeras. Syftet är vällovligt: en så effektiv läkemedelsanvändning som möjligt, men den föreslagna metoden leder inte till målet.

Det finns många andra faktorer än enbart uppgift om behandlingsdiagnos som måste finnas med för en bedömning av huruvida behandlingen i sin helhet är optimal.

Man kan göra en jämförelse. Läger man pussel med hälften av bitarna blir bilden ofullständig. Risken för felaktiga slutsatser och åtgärder är uppenbar.

Redovisningsskyldighet

Politikerna fattar övergripande beslut om mål, inrikt-

ning och resurstilldelning för hälso- och sjukvården. Återföringen till beslutsfattarna av resultat och konsekvenser är professionens uppgift. Som profession har vi läkare en betydande autonomi. Denna inbegriper emellertid en redovisningsskyldighet gentemot uppdragsgivaren, vad brittiska kolleger kallar accountability [1].

Endast professionen

Uppdragsgivaren måste ställa klara och tydliga frågor som avser uppfyllelse av angivna inriktningsmål för hälso- och sjukvården. För att kunna lämna svar på dessa frågor krävs full överblick över och kunskap om verksamhetsområdet. Med andra ord är det endast professionen som har förutsättningar att lämna underlag för uppföljning av verksamheten, antingen detta sker genom att verksamheten lämnar uppgifter eller uppföljningen sker inom ramen för extern revision. Endast den som finns i verksamheten kan identifiera och har tillgång till alla pusselbitarna. Därför är det vi läkare som måste lägga detta pussel.

Svensk förening för allmänmedicins arbetsgrupp för data- och klassifikationsfrågor

Annika Brorsson

Tore Hegle

Stefan Henningsson

Britt-Gerd Malmberg

Mats Persson

Olle Staf

Kenneth Widäng

Referenser

1. Pritchard Peter. Professional accountability in general practice. Medical Annual 1986; 243-54.

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbarare.