

utgå från de kunskaper vi redan har här i Sverige om dövas och hörselskadades behov av tvåspråkighet. Utifrån detta kan vi sedan gå vidare och se hur behov hos barn med kokleaimplantat bäst ska kunna tillgodoses. Vi kan inte bygga resonemang kring habilitering och skolgång på mer eller mindre knapphändiga uppgifter från andra länder med en annan grundsyn på barn och barns inneborende resurser.

Information till föräldrarna

Barnens föräldrar måste också få korrekt information så att deras förväntningar blir realistiska. Ett barn med kokleärt implantat ska inte först behöva »misslyckas« som individualintegrerad i den vanliga kommunala skolan för att senare slussas över till specialskolan. Då kan det vara för sent. I stället måste vi redan från början försöka tillförsäkra dessa barn så goda villkor som möjligt för en fullständig tvåspråkig utveckling, i både

teckenspråk och svenska. Det ena språket utesluter inte det andra – tvärtom kompletterar de varandra. Att barn med implantat är helt döva i vissa situationer bör vi inte heller glömma bort.

*

Denna artikel har i en längre version, som kan erhållas via artikelförfattaren, sänts till Socialstyrelsen (»ang. utlåtan- de 2004-06-13, Dnr 44-5666/ 2004«, 2004-11-22).

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Ahlström M, Svartholm K. Barnomshörselskadades erfarenheter och upplevelser av tvåspråkighet. En pilotstudie. I: Ahlgren I, Bergman B, redaktörer. Forskning om teckenspråk XXI. Stockholm: Stockholms universitet, institutionen för lingvistik; 1998.
2. »Teckenspråk ny bebistrend«. DN 25/1 2004. (I artikeln hänvisas till böckerna Acredolo L, Goodwyn S. Baby signs, och Garcia J. Sign with your baby.)

Replik:

Kokleära implantat vid 1 års ålder kan ge habilitering på nya villkor

Om döva barn får kokleära implatat vid omkring 1 års ålder står vi inför ett »paradigmskifte«, eftersom de torde kunna utvecklas som hörande i första hand och som tecknande i andra hand.



PER-GOTTHARD LUNDQUIST professor emeritus i otorinolaryngologi, huvud- och halskirurgi, Linköpings universitet, och vetenskapligt råd i Socialstyrelsen
gotte@comhem.se

|| Till nu har de flesta döva barn som fått kokleära implantat opererats relativt sent, som regel mellan 5 och 15 års ålder. Det torde då vara uppenbart att teckenspråket är oerhört väsentligt för dem.

Om man nu börjar operera in kokleära implantat vid omkring 1 års ålder uppkommer en ny situation, som jag kallat »paradigmskifte«! Dessa barn torde kunna utvecklas som hörande i första hand och som tecknande i andra hand. Detta har stor betydelse för barnets familjesituation och dess omgivning. Skall alla omkring barnet lära sig att teckna eller ej? Jag vet det ej. Bör inte dessa barns habilitering ske på nya villkor?

Denna nya situation är ju oerhört spännande och måste vara av mycket stort intresse för dövundervisningen

som sådan, och självklart även för språkvetare. Jag instämmer helt i professor Svartholms diskussion om att utgå från de kunskaper vi har om döva barns utveckling. Det är riktigt att kokleärt implanterade barn kan bli döva i vissa situationer. Det är en huvudanledning till att jag så starkt uttalat mig för bilaterala implantat! Barnens föräldrar upplever denna ökade säkerhet som oerhört väsentlig.

Få en chans att fungera

Det vore förmätet av mig att ge synpunkter på döva barns språkutveckling och den svenska dövundervisningens satsning på tvåspråkighet. Viktigast är att dessa barn får en så god chans som möjligt att fungera i vårt samhälle, med eller utan tvåspråkighet. Det är även viktigt att dessa barn får en maximal stimulans från sin omgivning. Kanske både hörsel och syn är det bästa? Just därför är det särskilt viktigt att man får resurser att följa dessa barn med goda forskningsprogram och dito habilitering. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läkarförbundets syn på rättslig hantering av oaktsamhet i yrket

|| »Finns tidigare prejudikat inom somatiken, där en kollega dömts för vållande till annans död för en förseelse som i HSAN endast lett till en erinran?« Det frågade Margda Wærn och Hans Ågren, dåvarande vetenskaplig sekreterare respektive ordförande i Svenska psykiatriska föreningen, i LT 48/2004 (sidan 3940) sedan en psykiater av tingsrätten dömts för vållande till annans död genom att ha avvisat tvångsvård av en patient som sedan tog sitt liv. Förbundsjurist Margareta Berg svarar här:

Inget prejudikat

Att läkares och annan hälso- och sjukvårdspersonals yrkesansvar utkrävs i brottmål vid allmän domstol är ovanligt. Något prejudikat av det slag som Margda Wærn och Hans Ågren frågar efter finns veterligen inte. Läkarförbundets politik är emellertid att händelser inom sjukvården skall rättsligt prövas inom instansordningen HSAN, länsrätt, kamrarrätt etc.

Detta är den instansordning som har bäst kunskap om sjukvårdens förutsättningar. Den har också att tillämpa ett för sjukvårdens förutsättningar anpassat regelverk. Ordföranden i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd, Robert Leth, och undertecknad skrev en artikel på det temat 2004, »Vad är oaktsamt i en högriskverksamhet?« (LT 28–29/2004, sidan 2348). I den artikeln utvecklas närmare varför det är olämpligt att läkares och annan hälso- och sjukvårdspersonals eventuella oaktsamhet i yrkesutövningen bedöms i brottmålsammanhang.

Yrkesförsäkring

I sammanhanget passar det bra att uppmärksamma att den yrkesförsäkring som SalusAnsvar erbjuder innehåller ett rättsskyddsmoment, som täcker försvarar-/advokatkostnader vid åtal vid allmän domstol. Försvarrollen i brottmål är i första hand förbehållen advokatkåren, varför Läkarförbundet i dessa fall har begränsade möjligheter att erbjuda medlemservice på samma sätt som i t ex anmälningsärenden. Av den anledningen har förbundet sett till att medlemmarna erbjuds försäkringskydd genom SalusAnsvars yrkesförsäkring.

Margareta Berg

förbundsjurist, sekreterare i Etik- och ansvarsrådet, Läkarförbundet
margareta.berg@slf.se