

troll till EA. För tolkningen av forskningsresultaten har dessa aspekter avgörande betydelse.

Trots ovanstående distinktion i metodik visade resultaten att både EA- och kontrollgrupperna förbättrades likartat och signifikant på en rad olika mätvariabler i två olika studier [1, 5, 6]. På vetenskaplig grund kunde således inte någon specifik effekt av akupunktur/EA påvisas.

Stor genomslagskraft

Den andra kärnfrågan är tudelad: Vad kan man dra för slutsatser av resultaten, och – vilka rekommendationer kan göras utifrån dessa? Slutsatsen är vi överens om: Bägge metoderna är lika bra. Där emot kan jag inte instämma i Hammars och medarbetares »rekommendation« av »akupunktur« vid klimakteriebesvär. I Wyons och medarbetares studier [5, 6] framgår inte med tydlighet att det gängse begreppet akupunktur här omfattar både den etablerade EA och den för ändamålet konstruerade kontrollmetoden sammantagna. Därmed vilseleds läsarna.

Genomslagskraften av rekommendationerna har varit stor. Sedan 1995 har EA/akupunktur använts i stor omfattning av både sjukgymnaster, sjuksköterskor och barnmorskor över hela landet för behandling av klimakteriebesvär. Där emot har kunskapen om att kontrollmetoden med de löst hängande, små mininålarna visat sig vara lika bra inte framkommit. Även om man kan tycka att »akupunktur« har god klinisk effekt i detta sammanhang, skapas ett forskningsetiskt dilemma när rekommendationer utfärdas utifrån resultat som inte stöder dessa. Avslutningsvis skulle man kunna säga att vid klimakteriebesvär finns idag evidens för en akupunkturliknande behandlingssituation, men inte för akupunktur/EA.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Sandberg M, Wijma K, Wyon Y, Nedstrand E, Hammar M. Effects of electroacupuncture on psychological distress in postmenopausal women. *Complement Ther Med* 2002;10:161-9.
- Sandberg M. Acupuncture – effects on muscle blood flow and aspects of treatment in the clinical context [dissertation]. Linköping: Division of Rehabilitation Medicine, Linköping University; 2004.
- Xinon C. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign Language Press; 1987.
- Andersson S, Lundeberg T. Akupunktur och smärta. Kompendium. Kungälv: AKAB Utbildning; 1995.
- Wyon Y, Lindgren R, Lundeberg T, Hammar M. Effects of acupuncture on climacteric vasomotor symptoms, quality of life, and urinary excretion of neuropeptides among postmenopausal women. *Meno-pause* 1995;2:3-12.
- Wyon Y, Wijma K, Nedstrand E, Hammar M. A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Climacteric* 2004;7:153-64.

Döva barn bör få lära sig både teckenspråk och svenska

Döva och hörselskadade barn bör redan från början tillförsäkras så goda villkor som möjligt för en fullödig språkutveckling, i både teckenspråk och svenska. Vi kan inte bygga habilitering och skolgång på mer eller mindre knapphändiga uppgifter från andra länder med en annan grundsyn på barn och barns inneboende resurser.



KRISTINA SVARTHOLM
professor, institutionen för nordiska språk, Stockholms universitet

kristina.svartholm@nordiska.su.se

I Läkartidningen 38/2004 (sidorna 2863-4) sammanfattar professor emeritus Per-Gotthard Lundquist ett utlåtande han avgivit till Socialstyrelsen angående kunskapsläget om kokleära implantat hos barn. Huvudfokus ligger på frågan huruvida implantaten bör vara bilaterala eller ej, men också konsekvenser för undervisningen av barnen berörs.

Skraft kunskapsläge

Som språkforskare är jag bekymrad över hur litet vi egentligen vet idag om språkutvecklingen hos dessa barn. Alltför sällan får vi veta något om barnets faktiska språk och hur det fungerar i vanligt, vardagligt samspel tillsammans med andra och hur barnet utvecklas socialt, emotivt och kognitivt. Normalt redovisas bara barnets perception och produktion av ljud, så som detta kommer fram i experimentella testsituationer av olika slag.

Därför var det med intresse som jag tog del av professor Lundquists artikel och de referenser han lämnar. Sammanlagt berör dock referenserna bara cirka hundra barn – och egentligen är det bara en undersökning, från Nottingham, som säger något om hur barnen klarar av att använda sitt talspråk tillsammans med andra. Av de 44 barnen i Nottinghamstudien tycks i runda tal hälften inte kunna visa upp ett för utomstående begripbart tal ens efter tio års implantatanvändning. Detta tycker jag är ett klen underlag att dra några säkra slutsatser av.

Brister i undersökningarna

Jag tycker också att alltför många undersökningar är bristfälliga i det att de inte redovisar sådant som hur urvalet av barn inför operationen har gjorts, vad det är för slags träningsprogram som föräldrar m fl medverkar i, hur urvalet har gjorts av de barn som ska delta i undersökningarna, vilket bortfall man haft osv.

Allt detta är sådant som vi behöver kännedom om för att kunna föra en seriös diskussion kring hur resultaten bäst ska kunna tas tillvara för Sveriges del.

Den svenska dövundervisningen

Den svenska dövundervisningen av idag har en internationellt sett mycket hög standard. Inget annat land i världen torde kunna visa upp så goda resultat som våra då det gäller avgångselevernas kunskapsnivå i olika ämnen liksom deras läs- och skrivkunnet. Detta är en direkt följd av den svenska satsningen på tvåspråkighet i teckenspråk och svenska. Vi har också en mycket stor andel döva som fortsätter med högre studier efter gymnasiet. Under senare år har även andelen hörselskadade som gått vidare ökat. Många av dessa hörselskadade väljer att studera med teckenspråkstolk eftersom detta ger dem möjlighet att delta i undervisningen på egna villkor och på ett sätt som enbart teknisk utrustning inte tillåter. Tillgång till teckenspråk ger också den hörselskadade möjlighet att växla mellan kommunikationssätten beroende på yttre förutsättningar [1]. Jag kan inte se att situationen skulle vara särskilt annorlunda för ett barn med kokleaimplantat.

Svårt förstå rädslan

Som språkvetar kan jag inte begripa den rädsla som fortfarande tycks finnas på en del håll för att barn skulle välja bort det talade språket om de skulle få tidig tillgång till teckenspråk. Idag borde kunskaperna om utvecklingspsykologi i allmänhet, liksom om barns språkutveckling i synnerhet, ha slagit igenom bättre än så även utanför den humanistiska och samhällsvetenskapliga forskningen.

I USA finns det för övrigt ett mycket starkt intresse idag för kurser i teckenspråk för hörande spädbarn. Det anses att barnet får högre intelligenskvot och större ordförråd om det lär sig teckenspråk innan det börjar tala eftersom det får ett språkligt försprång [2].

Sammantaget menar jag att vi för en lyckosam utveckling av området måste

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 tillgodoseas. 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 inneboende 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. Försvarenrollen 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