

FOTO: PRESENS BILD



Givetvis kan drogtest i skolan utföras på frivillig grund, men då ska dessa godkännas av både elev och vårdnadshavare, skriver artikelförfattaren.

reskrifter som föreskriver om kontroller av droger. Arbetsgivaren kan således bestämma om provtagning av droger och alkohol om detta kan anses nödvändigt för att bedöma personens tjänstbarhet, däremot inte oinskränkt tvinga till testning.

I de fall testning anses befogad från säkerhetssynpunkt och personen inte går med på detta så är personen inte tjänstbar i aktuellt arbete, vilket får konsekvenser för arbetets utförande. Analogt skulle det kunna finnas vissa utbildningsmoment som av säkerhetsskäl kan kräva drogtestning av elever.

Dold agenda

Att införa allmänna eller slumpvisa drogtest för alla gymnasieelever med hänvisning till det fåtal yrkesutbildningar som av säkerhetsskäl kräver detta är falsk varudeklaration. Att testa elever vid teoretiska utbildningar för att hindra arbetsolyckor är att arbeta med dold agenda. Är det inte ärligare att då hänvisa till det rent drogpreventiva syftet med provtagningen (även om den preventiva effekten av drogscreening är osäker)?

Frivilliga test

Givetvis kan drogtest i skolan utföras på frivillig grund, men då ska dessa godkännas av både elev och vårdnadshavare. Krav på allmänna obligatoriska drogtest för alla elever är däremot inte möjligt i en offentlig eller privat grundskola eller gymnasieskola som ska vara öppen för alla, även för dem som motsätter sig påtvingade medicinska test.

Det är också mycket osäkert om friskolor skulle kunna upprätta regler om obligatoriska drogtest för alla. Skollagens regler om elevinflytande betonar just frivilligheten utan sanktioner, så-

som Skolverket poängterat med hänvisning till Skollagens portalparagraf, 1 kap 2 §.

Att vårdnadshavaren ensidigt och utan elevens samtycke godkänner drogtest, t ex med hänvisning till Föräldrabalken, är mot både grundlagen och Skollagen. Arbetsrättsligt kan avtal om drogtest slutas genom kollektivavtal, vilket då blir en fråga för arbetsmarknadens parter, men i skolan saknas denna möjlighet.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis synes obligatoriska drogtest på arbetet och i skolan utan välmotiverade säkerhetsaspekter sakna stöd i svensk arbetsmiljölagstiftning och Skollagen samt skulle även kunna vara i strid med den svenska grundlagen, FN-deklarationen om de mänskliga rättigheterna, Barnkonventionen och Läkarförbundets etiska regler om patienters rätt att bestämma över sig själv.

En normalisering av integritetskränkande medicinska test i skola och arbetsliv blir i detta perspektiv en nedmontering av individens fri- och rättigheter, vilket knappast stärker en konstitutionell utveckling för ökad demokrati och respekt för individens frihet.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Medicinska kontroller i arbetslivet, arbeten med olycksrisker. AFS 2005:6. p. 36.
2. Regeringsformens andra kapitel om grundläggande fri- och rättigheter, 6 §. SFS 1974:152.
3. FN-deklarationen om de mänskliga rättigheterna, artikel 12 (1948).
4. FNs konvention om barnets rättigheter, artikel 16 (1989).
5. Läkarförbundets etiska regler, punkt 4 (2002).

En till synes obetydlig incident i trafiken ...

Från att ha varit en helt frisk, höglönlönad kirurg med golf, jogging och trädgårdsskötsel som fritidsintresse är jag nu helt invalidiserad. Enligt försäkringsbolaget har mina skador inget samband med den trafikolycka jag för sju år sedan drabbades av. Men kan man tro att ett visst trauma alltid ger upphov till en viss sorts skada som kan bedömas och behandlas enligt en uppgjord lista?



ULLA BERGHOLM
med dr, specialist i
allmänkirurgi, Järfälla
ulla.bergholm@telia.com

Det är fredagen den 13 augusti 1998. Fyra unga män kommer farande i en SEAT Toledo i backen vid Ursviks idrottsplats på E18 i riktning från Stockholm mot Rinkeby. Trafikljusen lyser rött, en vit Saab 9000 står still i högerfilen och väntar på grönt ljus. Bilen med pojkarna bromsar inte, utan kör i full fart rakt in i den stillastående Saaben, som kastas framåt cirka 15 till 20 meter över väggkorsningen. Som tur är träffar den inte någon av de bilar som kommer från vänster för att köra i sin färdriktning – de som just då har grönt ljus.

Det är jag, då 49 år, som sitter i den vita Saaben på väg hem från arbetet. Jag hinner uppfatta, vid en rutinmässig blick i backspegeln, den osannolika situationen att en bil kommer i full fart mot mig trots att det är rött ljus. Jag undrar varför den inte bromsar. Jag tror att jag hinner lyfta foten från bromspedalen, men jag vet inte säkert. I alla fall hinner jag inte köra undan. Begreppet pisksnärtsrörelse blir plötsligt en realitet. Som allmänkirurg med många år inom sjukvården har jag tyvärr ofta tagit emot trafikoffer på akutmottagningar.

Jag är övertygad om att jag är total-

förlamad efter den kraftiga knycken i nacken, men vid liv, dvs den för mig värsta tänkbara situationen. Jag vet inte om jag varit medvetlös och vågar en lång stund inte känna efter om jag kan röra mig. Jag undrar varför ingen kommer och hjälper mig. Efter en oändlig tidsrymd vågar jag försiktigt känna efter om jag kan röra armar och ben. Lättnaden är enorm när det fungerar. Att det gör ont i nacke och vänster arm gör inget.

Fyra pojkar kommer så småningom fram till mig och frågar hur jag mår och om de ska ringa efter ambulans. Jag säger att det inte behövs – allt gick bra – jag är läkare själv och jag är inte förlamad, och hur mår de? De säger att de är oskadade, att de fick vattenplaning och inte kunde bromsa.

Bilen är hoptryckt, bärande balkar får senare dras ut och mycken plåt bytas. Det är dyrt men tydligen billigare än att ge mig ny bil, enligt verkstaden.

Oförklarliga symtom

I dag har det gått sju år sedan olyckan. Sedan två år är jag sjukpensionär. Jag fortsatte att arbeta i 2,5 år med konstiga symtom som jag inte förstod, sedan orkade jag inte längre och sade upp min tjänst. Jag sökte några kolleger som trodde att jag kunde ha en whiplashskada, men man såg inget trasigt på röntgen, så det fanns inget att göra.

Efter ytterligare ett år i en bisarr värld med konstiga symtom hittade jag en kollega som kände igen dem. Nu diagnostiserades hjärnskador, och efter en funktionell MRT-undersökning i Tyskland ansåg man sig där kunna se att de ledband som håller huvudet på plats hade gått sönder. Så mitt huvud satt löst, och min ryggmärg klämdes åt när jag vred på huvudet.

Jag skaffade en hård halskrage som höll huvudet stilla. Om jag även höll kroppen stilla, kunde jag slippa huvudvärken en stund och prata, läsa och skriva. En specialanordning i sängen gjorde att jag kunde sitta med kragen och sova.

Några meter kunde jag fortfarande gå med hjälp av två kryckkäppar, men jag blev fort trött och fick värk. Jag fick hjälp av färdtjänst, så jag kunde lämna hemmet ibland.

Hur länge man kan leva med de här skadorna visste jag inte. Jag var hemskt rädd att jag skulle ramla eller bli knuffad, för då kunde ryggmärgen gå av, det fanns ju inte mycket som skyddade den nu.

Operation i Tyskland?

Jag planerade att åka till en neurokirurg i Tyskland, som har skruvat fast huvudet på många patienter med likadana ska-



Tänk om våldet mot kroppens svaga punkt i övre nackleden bryter av den, och kraften i slaget mot huvudet i själva verket ger upphov till sådana kroniska hjärnskador som beskrivs vid proffsboxning?

dor. Det botar inte nervsystemet men minskar risken för avklämning av ryggmärgen, och kanske skulle jag klara mig längre utan rullstol.

Det tog ett år innan jag kom iväg, innan jag uppfattade att jag hastigt blev sämre, att jag till slut var helt inne i dimman, instängd i en kropp, som inte läng-

” Jag fick en chans och jag tog den. Det vackra trädet utanför fönstret i sjuksalen där jag vaknade upp efter operationen var stilla, människorna som tilltalade mig hade normal röst, jag förstod vad de sa och kunde svara. De gav mig tidningar som jag kunde läsa, hjälpte mig upp ur sängen och jag kunde gå. Smärtan var borta, det var ett mirakel. Men vem var jag?

Foto: IBL

re lydde mina önskningar. Oförmögen att kommunicera med omvärlden, lockad att ge upp av en obevlig, omutbar, genomträngande och allt annat överröstande smärta som tjöt, brände, tryckte och torpederade min hjärna.

Jag fick en chans och jag tog den. Det vackra trädet utanför fönstret i sjuksalen där jag vaknade upp efter operationen var stilla, människorna som tilltalade mig hade normal röst, jag förstod vad de sa och kunde svara. De gav mig tidningar som jag kunde läsa, hjälpte mig upp ur sängen och jag kunde gå. Smärtan var borta, det var ett mirakel. Men vem var jag?

Ett annat liv

Efter två år av mitt nya liv har jag kommit ut ur dimman, tillbaka efter en resa till en annan planet. Världen är förändrad och så är jag. Käppar och rollator hindrar mig från att falla. Assisterande armar i hemmet, ny anpassad bil samt intyg om körduglighet ger plats i samhället. Med huvudet still i stödjande krage och armarna vilande hålls smärtan inom rimliga gränser, och energin räcker till meningsfull intellektuell verksamhet. Det är ett liv, ett annat liv. Jag duger åt min son och det betyder något.

Jag kan bli arg över att försäkringsbolaget säger att mina skador inte beror på olyckan, utan att jag har psykosociala problem. Det innebär att de inte behöver betala ut den ersättning de enligt försäkringsavtalet ska göra vid en trafikolycka – en ersättning som ska kompensera för inkomstförlust på grund av skada.

Kan psykiska problem skada ledbanden?

Nu har jag läst och lärt om den vetenskapliga kunskap som finns om mina skador, men det har inte försäkringsbolaget, och då har de rätt att underkänna denna kunskap. Enligt litteraturen kan bara kraftigt våld skada ledbanden. Men enligt försäkringsbolaget kan tydligen psykiska problem göra det, vilket dock ingenstans finns att läsa.

Så från att ha varit en helt frisk högvälönad kirurg med golf, joggning och trädgårdsskötsel som fritidsintresse, är jag nu en helt invalidiserad samhällsörda som inte kan försörja mig själv.

Det som hände mig kan hända vem som helst, men går på intet sätt att förstå, om man inte upplevt det själv eller hos någon närstående, som man känt länge och väl.

Det svåra är att själva jaget blir anorlunda, utan att jag förstår varför, men hela tiden är medveten om förändringen och märker skillnaden mot förr. Det går inte att förändra tillbaka, bara sörja förlusten. Så småningom kan jag nog hitta

ljusglimtar i det nya, men bara som glimtar, inget som i sin helhet kan ersätta det gamla, det som utgjorde min identitet.

Hoppas bidra till besinning

Jag hoppas att mina erfarenheter kan bidra till besinning hos de av mina kollegor som lockats med i flocken kring maktutövare som stoppar huvudet i sanden. Man vill slippa se vidden av samhällsproblemet traumatiska skador på centrala nervsystemet. Det duger inte att mynta begreppet pisksnärtsskada (vad i hela världen är det?), med den märkliga fördunklingen WAD som bisats, och på så sätt vara behjälplig med att förringa ett diagnostiskt problem av en tidigare okänd skada.

Under min läkarutbildning på 1960- och 1970-talen inpräntades vikten av att vid olyckor a priori skydda hjärna och ryggmärg, att skador på dessa strukturer måste uteslutas innan fokus flyttas till annat – cirkulation och andning undantaget. Människans anatomi och fysiologi har inte förändrats under de gångna åren, men vår kunskap har ökat.

Ordets makt över tanken

En pisksnärtsrörelse i Halsryggraden kan tolkas som harmlös, men tänk om ordets makt över tanken har fördunklat vårt sinne och fört tänkandet in på fel spår? Tänk om våldet mot kroppens svaga punkt i övre nackleden bryter av den, knäcker den, och kraften i slaget mot huvudet i själva verket ger upphov till sådana kroniska hjärnskador som beskrivs vid proffsboxning (Läkartidningen 36/2005, sidorna 2468-75)? Den ofarliga pisksnärten kan få vara det som återstår när farliga skador i nacken uteslutits. Då först kan knycken jämföras med en fotledsdistorsion som förväntas läka ut.

Det måste vara galet att vi läkare lämnar över diagnostiserandet av livsfarliga tillstånd till allmänhet och försäkringsbolag. Vi är skyldiga att lyssna på och noga undersöka den olycksdrabbade patienten och att vid behov rådfråga andra för att finna en diagnos för att hjälpa den skadade så långt som låter sig göras.

Vi har inte rätt att tycka att vi själva vet allt som behöver vetas, eller att läkare i andra länder är okunnigare än vi. Det är felaktigt att vaggas till ro i tron att ett visst trauma alltid ger upphov till en viss sorts skada, som ska bedömas och behandlas enligt en uppgjord lista.

Vi får inte glömma bort den vetenskapliga nyfikenheten inför det okända, att se patienten som bärare av en hemlighet som vi ska söka svaret på. Vem ska annars göra det? •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Patientskador är betydligt vanligare än trafikskador – och dyrare

I Läkartidningen rapporterar två utredare från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund (IHE) en mycket intressant studie om kostnader för skador orsakade inom sjukvården [1]. Retrospektivt detaljstuderades 48 patienter med behandlingsorsakad skada. Man räknade ut de extra kostnader som skadan orsakat under åtta år. Korrekt uppger man att metoden inte kan fänga upp alla kostnader och att beräkningen således blir i underkant.

Problematisering jämförelse med trafikskador

Författarna får dock problem när de försöker relatera patientskadornas samhällsekonomiska betydelse, genom att jämföra med de totala kostnaderna i Sverige för trafikskador. »Trots att patientskador i sjukvården i genomsnitt är dyrare än trafikskador leder deras relativt begränsade antal till att sjukvårdens skador totalt sett är ett mindre samhällsekonomiskt problem än trafikolyckorna.«

Att estimera antal patienter som överlever sjukhuskrävande trafikskador kan ju inte vara en oöverstiglig svårighet, eftersom de i samband med traumavården registreras som trafikskador. Att beräkna incidensen patientskador blir avsevärt svårare, eftersom de sällan registreras och oftast sannolikt inte ens uppfattas som sådana.

Författarna antar att incidensen inte överstiger de ca 9 000 anmälningar som årligen inkommer till patientförsäkringen Personskadereglering AB (PSR). De skulle därmed vara påtagligt färre än trafikskadorna. Övriga data ur författarnas egen artikel talar dock för att det är en grov underskattning.

Vad statistiken säger

Man hänvisar till Landstingsförbundets statistik för år 2002 och anger bl a att antalet slutenvårdstillfällen i Sverige är 1,4 miljoner [2]. Senare i artikeln refererar man till en brittisk studie som funnit att ungefär 10 procent av inlagda patienter vårdas där för behandlingsorsakade skador, varav hälften hade kunnat förebyggas [3]. Omräknat till svenska förhållanden skulle det innebära att årligen vårdas svenska patienter för behandlingsskador vid 140 000 vårdtillfällen, varav 70 000 hade kunnat undvikas. Observera att siffrorna baseras på data ur IHE-utredarnas egen artikel. En numera klassisk amerikansk rapport från 1999 uppmärksammade att patientskador är en vanligare dödsorsak än trafikskador [4]. Rimligen gäller det förhållandet även i Sve-



Skador orsakade inom sjukvården är förmodligen underrapporterade, anser artikelförfattaren. (Personerna på bilden har inget direkt samband med artikeln.)

rige och vid skador där de drabbade överlever.

Vardagligt kliniskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har tyvärr i realiteten fortfarande låg status, ofta på grund av att kortsiktiga budgetmål lämnas företräde. Trots senare års ökad uppmärksamhet på sjukvårdens behov av säkerhetsarbete har vi inte kunnat se annat än marginella förbättringar. Inte minst saknas intresse för övergripande systemfel [5]. I brist på empati för de skadades lidande behöver sjukvårdens ledningsansvariga få andra incitament för att vilja prioritera annorlunda.

Olycklig konklusion

Författarnas kostnadsberäkningar för enskilda patienter är ett viktigt inlägg i den fortlöpande prioriteringsdiskussionen. Men den olyckliga och felaktiga konklusionen avseende problemets totala ekonomiska storlek kan i värsta fall medföra tolkningen att skattepengar gör mer nytta om de satsas på vägar än på sjukvård.

Bengt Novik

överläkare, kirurgiska kliniken, Skaraborgs sjukhus, Sjukhuset i Falköping
bengt.novik@vgregion.se

Referenser

1. Persson U, Svensson M. Patientskador i svensk sjukvård får långvariga samhällsekonomiska effekter. Den enskilda skadan är dyr, men totalantalet skador är relativt litet. Läkartidningen 2005;102:3020-5.
2. Sjukvårdsdata i Fokus. Stockholm: Landstingsförbundet; juli 2004. <http://sjvdata.lf.se/sif/tabellerC.asp>
3. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001;322:517-9.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Institute of Medicine, The National Academy Press; 1999.
5. Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human. What have we learned? JAMA 2005;293:2384-90.

Replik på nästa sida.