

# Vårdprogram för pisksnärtsrelaterade tillstånd

För att eliminera dagens stora, omotiverade variationer i omhändertagandet av individer med symtom efter pisksnärts-trauma (whiplash), så som pisksnärtsrelaterade tillstånd, har ett vårdprogram utformats. Majoriteten av dem som utvecklar akuta symtom efter ett pisksnärts-trauma blir bra inom cirka tre månader, men de personer som ändå får kroniska besvär måste sjukvården upptäcka tidigare och ta om hand på ett bättre sätt. Vårdprogrammet innefattar ett antal kontrollstationer, och vid varje kontrollstation ges konkreta råd om handläggningen.

Vissa patienter med kroniska symtom efter pisksnärts-trauma (pisksnärtsrelaterade tillstånd; på engelska whiplash-associated disorders, WAD) är missnöjda med den medicinska handläggningen, vilket till en del kan bero på att de har drabbats av ett långvarigt tillstånd. En annan orsak kan vara patienternas frustration i samband med den försäkringsmässiga regleringen. En tredje orsak menar vi de facto bottnar i en bristfällig eller osystematisk handläggning. Patienter som remitteras för specialistvård på grund av kroniska besvär efter pisksnärtsvåld mot nacken har handlagts högst olika; skillnader som endast till en mindre del hänger samman med olikheter i klinisk bild. Inte heller olika sjukhusspecialister

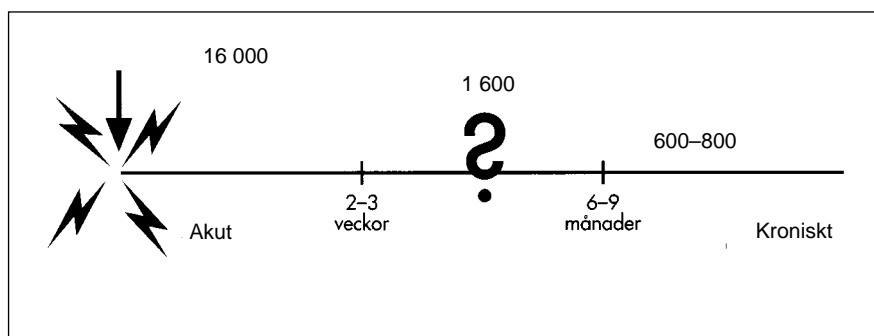
## Författare

### BJÖRN GERDLE

professor, centrumchef, smärt- och rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset, Linköping, samt Hälsouniversitetet, Linköping

### BO LEVANDER

professor, verksamhetschef, neuroortopediska kliniken, Ryhovs sjukhus, Jönköping, samt Hälsouniversitetet, Linköping.



Figur 1. Antal pisksnärts-skadade per år i Sverige med utveckling till livslång invaliditet.

tycks agera enligt något synkroniserat mönster.

Lokala vårdprogram eller PM har det funnits ansatser till, men några mer geografiskt spridda program har inte funnits tidigare i Sverige. För några år sedan föreslog vi ett preliminärt handlägningsprogram på basis bl a av de diskussioner som genomfördes vid riksmötena om pisksnärtsrelaterade tillstånd i Jönköping (1994 och 1995). Tyvärr saknas bra vetenskapliga studier på viktiga områden, men i avvaktan på bättre sådana är det ändå motiverat att pröva ett mer systematiskt förhållnings-sätt i form av vårdprogram. Detta måste dock revideras, kanske med några års intervall, för att ta hänsyn till nya kliniska erfarenheter och nya forskningsrön. Utifrån detta resonemang tog smärt- och rehabiliteringscentrum vid Universitetssjukhuset i Linköping tillsammans med Riksförbundet för trafik- och polioskadade (RTP) initiativ till ett arbete som fick stöd av Socialstyrelsen (statliga stimulansmedel). En expertgrupp utarbetade ett preliminärt förslag till vårdprogram, som sändes på remiss och som sedan reviderades.

Programmet består av två delar: »Bakgrund och begrepp» samt »Handläggningen». Vi betonar här endast vissa relevanta avsnitt. I programmet finns relativt rikligt med referenser för den som önskar fördjupa sig.

## Bakgrund

I bakgrundsavsnittet görs en kortfattad klinisk genomgång av t ex etiologi, patogenes, akuta symtom, kroniska symtom samt rehabilitering. Här redovisas även en ny klinisk kategorisering

### Expertgruppen

*Gunilla Bring*, rättsmedicinare, med dr, allmänmedicinska institutionen, Umeå universitet

*Ylva Fredin*, leg sjukgymnast, specialistläkare i rehabiliteringsmedicin, Rehabiliteringsmedicin, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

*Björn Gerdle*, professor i rehabiliteringsmedicin, särskilt fysikalisk medicin, specialist i smärtlindring samt centrumchef vid smärt- och rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset, Linköping

*Bengt Johansson*, företagsläkare och ordförande i Svensk förening för ortopedisk medicin

*Bo Levander*, professor i neuroortopedi vid Hälsouniversitetet, Linköping, verksamhetschef vid neuroortopediska kliniken, Ryhovs sjukhus, Jönköping

*Venke Smedmark*, leg sjukgymnast, privatpraktiserande, Ortoped Medicinskt Center, Stockholm

*Staffan Söderström*, leg neuropsykolog, leg psykoterapeut, hjärnskadenheten, Centrallasarettet, Västerås

*Kärstin Ödman Ryberg*, ombudsman, Riksförbundet för trafik- och polioskadade (RTP), Solna

av pisksnärtsrelaterade tillstånd, vilken jämförs med den internationella såsom Québec-klassificeringen från 1995.

Vårdprogrammet omfattar inte de tillstånd där det föreligger väsentliga

trauman mot övriga kroppen och uppenbara skullskador med förlust av medvetandet (inklusive posttraumatisk amnesi), inte heller tillstånd med frakturer samt andra uppenbara skador i centrala nervsystemet, t ex med pareser som följd.

### Majoriteten blir bra!

Majoriteten av dem som utvecklar akuta symtom efter ett pisksnärtstrauma blir bra inom cirka tre månader. Detta bör framhållas som en viktig upplysning till den drabbade vid kontakter med vården. Samtidigt måste sjukvården upptäcka och på ett bra sätt ta om hand de personer som inte kommer att tillhöra denna majoritet utan får kroniska besvär (Figur 1).

### Smärta

Det centrala symtomet vid pisksnärtsrelaterade tillstånd är smärta, både akut och kroniskt. Många patienter upplever sig inte ha blivit bemötta utifrån kunskapen att smärta är en upplevelse som vi inte kan mäta objektivt. I vårdprogrammet påminns om den internationella smärtorganisationens (IASP) definition av smärta som »en obehaglig sensorisk och/eller känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av en sådan skada».

Ifrågasättande av existensen, intensiteten och utbredningen av smärtan är ett uttryck för dåliga kunskaper om smärta och upplevs som kränkande av patienten. Därtill försvåras i hög grad den fortsatta kontakten med patienten och därmed planeringen av behandling och rehabilitering.

### Kroniska besvär

Resultaten av forskning om olika faktorerens betydelse för utveckling av kroniska besvär är inte entydiga. Men risken för kronisk utveckling förefaller ha samband med hög initial smärta, vridet huvud vid traumaögonblicket, dålig beredskap vid traumat, degenerativa förändringar, högre ålder och subjektiva kognitiva besvär.

Symtomen i det kroniska skedet är ibland både fler och mer uttalade än i akutskedet. Både fysiologiska och psykologiska onda cirklar kan bidra till en sådan utveckling. Neuromuskulära spridningsfenomen, utveckling av artros, triggerpunktsfenomen och central sensibilisering är exempel på fysiologiska mekanismer. Tecken på central sensibilisering kan vara sämre effekt av analgetika och spridning av smärtan till större områden. Stimuli som tidigare inte upplevdes som smärtsamma upplevs nu som sådana. Smärtan blir diffus och svår att beskriva och följer inte länge segmentell utbredning. Nyligen

har beskrivits att förekomsten av pisksnärtsrelaterade tillstånd kan öka risken för att utveckla fibromyalgi.

Dessvärre är det inte ovanligt att patienter som får fler symtom och ökad smärtutbredning upplever sig stämplade som psykiskt insufficianta samt inte trodda. Psykologiska reaktioner kan vara relaterade till den stress det innebär att ha ständig svår smärta, till neuropsykologiska symtom och till problem att fungera i vardagen. Även vissa sätt att hantera den nya situationen (coping-strategier) kan medföra ökad risk för kroniska besvär.

Lätta eller måttliga neuropsykologiska symtom ses vid olika långvariga smärttillstånd, men de förekommer också vid depressiva besvär, användning av vissa droger och läkemedel, sömnstörningar och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). En mindre grupp patienter har dock omfattande och intensiva symtom som har uppenbara kliniska likheter med symtom som ses hos patienter med påvisad hjärnskada. Det gäller bl a kognitiva svårigheter (t ex minne och lärande, uppmärksamhet), stresskänslighet, irritabilitet, psykisk uttrötthet, emotionell instabilitet samt ljus- och ljudkänslighet.

Om patienten upplever sig vara ifrågasatt av vården eller andra instanser finns en tendens att förtiga de neuropsykologiska symtomen. Ibland är dessa ett större funktionshinder än andra mer accepterade symtom som nacksmärta, inskränkt rörelseomfång i nacken etc.

Ett budskap i vårdprogrammet är att det krävs ökade ansträngningar för att upptäcka patienter med intensiva neuropsykologiska symtom samt att ge dem ett kvalificerat omhändertagande avsevärt tidigare än nu. De neuropsykologiska problemen kan bli uttalade och ingå i en ond cirkel med de övriga besvärerna. Sammanfattningsvis kan slutresultatet bli ett tillstånd av extrem känslighet för såväl fysisk belastning som psykisk stress.

### Rehabilitering

Vad som menas med begreppet rehabilitering skiftar mycket både inom sjukvården och i samhället i övrigt. I programmet presenteras en modell för konsekvenserna av sjukdom/trauma som bas för beskrivning av rehabilitering:

- Funktionsnedsättningar (symtom och fynd) som speglar förändringar på organnivå
- Oförmågor som speglar personens komplicerade agerande
- Global situation (t ex hälsa)

Mellan de tre områdena existerar olika negativa förstärkningsmekanismer.

## FAKTARUTA 1

### Anamnes- och statusupptagning vid den akuta läkarkontakten

#### Anamnes

Beakta och dokumentera särskilt:

- Arbete och arbetssituation
- Tidigare besvär från rörelseapparaten
- Hur uppstod skadan (sittställning, huvudvridning, bältesanvändning etc)?
- Noggrann beskrivning av smärta och andra symtom (inklusive tidpunkt för debut inför eventuell framtida skadereglering)
- Medvetandestörning i samband med traumat? Kommer patienten ihåg hela händelseförloppet?
- Psykologiska reaktioner
- Subjektiva tecken på nervrots- eller ryggmärgspåverkan?
- Kraftig yrsel, synrubbing, trigeminusstörning eller tecken på intrakraniell lesion?

#### Status

Beakta och dokumentera särskilt:

- Allmäntillstånd
- Rörelseomfång i käke, nacke och axlar. Notera inskränkt rörlighet, asymmetri i muskulatur eller rörelsemönster
- Palpation av skalle, nacke (inklusive spinalutskott) och skulderparti – notera muskelömhets och muskelspänning
- Neurologiskt status, beakta särskilt: Cervikalt spinalt status i fråga om sensibilitet (beröring och smärta), reflexer och motorik. Alltid kontroll av tonus i nedre extremiteterna så att det inte föreligger spastiskt stegrade reflexer i benen eller att Babinskis tecken finns eller dess motsats – nedsatt tonus. Dessa symtom kan vara tecken på stötskada eller kompression mot ryggmärgen (myelopati) och kan kräva snabb åtgärd.

Rehabilitering definieras i programmet som sådana åtgärder som individer med kroniska eller långvariga besvär – utifrån egna mål – genomgår för att optimera funktioner och förmågor så att hälsa och välbefinnande ånyo kan upplevas.

Hur omfattande och intensiv rehabilitering som krävs beror i sin tur på mängd och intensitet av symtom, integritetshot samt förmågan att hantera den nya situationen (coping-strategier).

Schematiskt tecknas i programmet tre olika rehabiliteringsnivåer.

### Handläggningen

Utgångspunkten är att omhändertagandet i majoriteten av fallen sker inom primärvården. Vårdprogrammet innefattar några kontrollstationer:

- Akut
- Två till tre veckor efter traumat
- Tre månader efter traumat
- Sex månader efter traumat

Antalet patienter som behöver omhändertas minskar successivt till följd av den relativt höga tillfrisknandegraden. Vid varje kontrollstation ges konkreta förslag med avseende på områdena anamnes, status, bedömning–diagnos och åtgärd.

Vår uppfattning är att den vanlige patienten kan tas om hand med vanliga »skolmedicinska» undersökningar. I Faktaruta 1 ges ett exempel på vad som bör ingå i anamnes och klinisk undersökning vid den akuta läkarkontakten. Dokumentationen av denna situation kommer att ha stor betydelse för de patienter som utvecklar långvariga eller kroniska besvär och för vilka försäkringsmässig ekonomisk reglering ska göras. Det framgår även vilka undersökningar som är adekvata för att lokalisera tillstånd (t ex cervikala diskbräck, ryggmärgspåverkan) som kräver ett specifikt omhändertagande.

### Konsultationer och röntgen

I vårdprogrammet specificeras indikationer för olika radiologiska undersökningar liksom indikationer för konsultation av olika andra specialister. I normalfallet genomförs slätröntgen akut, och efter 2–3 veckor upprepas vid behov slätröntgen med provokationsbilder.

### Ingen specifik behandling akut

Det finns idag inte fog för att påstå att det finns någon specifik behandling eller åtgärd som med säkerhet påskyndar läkningen under det akuta förloppet. Detta beror i mycket på halsryggsskadornas komplexitet. Handläggningen akut rör sig enligt vårdprogrammet i stället mycket om farmakologisk smärtlindring, ett allmänt omhändertagande (t ex information om sovställningar, råd om aktivitetsnivå och om hur upptrappning av denna kan ske, avspänning m m) för att patienten ska ha det så drägligt som möjligt och se tiden an, eftersom en stor andel tillfrisknar/blir besvärsfri spontant. Omhändertagandet under den akuta fasen sker i regel i ett samspel mellan läkare och sjukgymnast. Av detta skäl specificeras även de

## FAKTARUTA 2

### Gemensamma rehabiliteringsåtgärder för rehabiliteringsteamet vid tre månaders besvärssduration

- Sammanfatta utredningen avseende: funktionsnedsättningar, oförmågor och global situation.
- Hela teamet diskuterar resultaten tillsammans med patienten och upprättar en rehabiliteringsplan. Ge information om att det finns risk för långvariga eller permanenta besvär och att man nu strävar efter att hitta olika metoder att hantera problemen.
- Ge råd om lämplig aktivitet. Föreslå i samråd med patienten en rimlig aktivitetsgrad i arbete och under fritid.
- Följ upp den farmakologiska terapin. Om neurogen smärta föreligger har man oftast ringa effekt av analgetika. Prova då i stället tri-cykliska antidepressiva, alternativt transkutan nervstimulering (TNS).
- Gör upp en plan för sjukgymnastisk behandling.
- Genomför psykosociala stödåtgärder.
- Vid tecken på PTSD remittera patienten till psykoterapeut för strukturerad korttidspsykoterapi.
- Överväg om remiss ska skickas till multidisciplinär smärt- eller rehabiliteringsmedicinsk klinik.

sjukgymnastiska åtgärderna i programmet.

Halskragens vara eller icke vara är ett kontroversiellt område. Några undersökningar visar att en halskrage inte väsentligt inskränker rörelseförmågan i nacken hos friska personer, andra att smärta, yrsel och parestesier minskar. Halskragen utprovas individuellt och bör enligt vårdprogrammet användas som påminnelse om att undvika extremlägen under 2–3 veckor, dvs det är inte fråga om fixation. Vissa patienter kan vid mer fysiskt belastande aktiviteter tillfälligt ha nytta av kragen under längre tid än så.

### Rehabiliteringsteam vid långvariga besvär

För patienter med besvär som inte är i tydlig regress tre månader efter traumat poängteras att handläggningen bör skötas av ett rehabiliteringsteam på den aktuella vårdcentralen. Rehabiliteringsteam är inget som skapas särskilt för att handlägga patienter med pisksnärtsrelaterade tillstånd, utan är en metod att sköta patienter med omfattande rehabiliteringsproblematik. Teamet består i regel av läkare, sjukgymnast, ku-

## FAKTARUTA 3

### Exempel på indikationer för remiss till multidisciplinär smärt- eller rehabiliteringsmedicinsk klinik

- Komplicerat smärttillstånd
- Omfattande/intensiva neuropsykologiska symtom
- Besvären sprider sig eller ökar i intensitet
- »Second opinion»
- Behov av fördjupad smärtpsykologisk/neuropsykologisk bedömning
- Otillräckliga effekter av insatt behandling (t ex farmaka, sjukgymnastik etc)
- Svårigheter att åstadkomma fungerande rehabiliteringsplan
- Svårbedömd arbetskapacitet
- Rehabiliteringsresurserna uttömda
- Behov av intensiv rehabilitering

rator och handläggare från försäkringskassan. Det är bra om teamet också har någon form av organiserad tillgång till arbetsterapeut och psykolog. Vid behov, framför allt vid planering av arbetstergång och anpassning i arbetet, inbjuds patientens arbetsgivare att delta. I vårdprogrammet tydliggörs de olika professionernas roller och uppgifter. Teamet gör en gemensam syntes som i programmet har benämnts gemensamma rehabiliteringsåtgärder (Faktaruta 2). En viktig del av dessa åtgärder är formuleringen av en rehabiliteringsplan, som upprättas i samråd med patienten och arbetsgivaren/företagshälsovården.

### Remittering

I linje med Socialstyrelsens rapport om kronisk smärta läggs vikt vid tidig remittering (helst redan efter 3–6 månader) av patienter med komplicerad problematik till adekvata specialistkliniker. Nu sker detta många gånger först efter flera år. I allmänhet är det kliniker med omfattande rehabiliteringspotential som är de lämpligaste remissinstanserna (dvs rehabiliteringsmedicinska eller multidisciplinära smärtkliniker); exempel på indikationer för remiss till dessa kliniker visas i Faktaruta 3. För att ytterligare underlätta bedömningen om remiss till multidisciplinär smärt- eller rehabiliteringsmedicinsk klinik är indicerad samt skapa korrekta förväntningar ges en kortfattad beskrivning av hur utredning, behandling och rehabilitering är utformade vid dessa kliniker. Vid tiden för remittering till specialistklinik bör vida indikationer för magnetkameraundersökning av halsryggen förelig-

ga för att utesluta progredierande stenoser. Osäkerheten hos en patient eller behandlande läkare om huruvida någon form av operativ behandlingsbar skada finns, kan fungera som icke oväsentliga motkrafter vid rehabilitering.

### Försäkringsmedicinska synpunkter

Många patienter med kroniska symptom efter pisksnärtstrauma är föremål för försäkringsmässiga regleringar. Ibland tenderar dessa ärenden att bli mycket »inflammade». I vårdprogrammet görs en genomgång av principerna bakom intyg i olika skeden. Vilka uppgifter som bör återfinnas i ett invaliditetsintyg anges. Intyget ska vara objektivt men inte utelämnat viktig och relevant information; välment partiskhet riskerar att skada patienten genom att intyget kan uppfattas brista i trovärdighet. I sambandsfrågan används med fördel formuleringar som osannolikt, mindre sannolikt, övervägande sannolikt och klart övervägande sannolikt. Vid beskrivning av konsekvenserna i arbetet anges om utförande av vissa arbetsuppgifter nu leder till ökande besvär. Man bör undvika att ange graden av invaliditet i procent. Det är en uppgift för försäkringsbolaget och dess sakkunnigläkare.

\*

Vårdprogrammet kan hämtas hem gratis från följande webbplats:

[www.rehab.inr.liu.se/vpwhiplash/](http://www.rehab.inr.liu.se/vpwhiplash/)

eller beställas till självkostnadspris från:

Smärt- och rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping (e-post: [Anette.Augustsson@sorc.lio.se](mailto:Anette.Augustsson@sorc.lio.se)) eller RTP, Box 2031, 169 02 Solna (e-post: [info@rtp.se](mailto:info@rtp.se)).

## SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

### ■ TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. 90 kr.

### ■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. 80 sidor. 75 kr.

### ■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. 95 kr.

### ■ ÖVERVIKT

Lönar det sig att behandla övervikt? Vilka metoder fungerar? Hur verkar nya läkemedel? Bl a dessa frågor belyses. 50 sidor. 65 kr.

### ■ ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. 55 kr.

### ■ EPILEPSI

Omkring 60 000 personer i Sverige har aktiv epilepsi. De senaste årens utveckling har inneburit väsentliga förändringar i diagnostik och behandling. Detta och andra faktorer kring ämnet belyses i 9 artiklar. 44 sidor. 45 kr.

### ■ LUNGCANCER

Kunskaperna om lungcancers biologiska har ökat väsentligt på senare år, vilket innebär nya möjligheter för både prevention och behandling. Kombinationen av flera terapeutiska principer innebär bot, eller lindring, för fler patienter. Sex artiklar ger överblick över möjligheter och begränsningar med dagens terapimetoder. 36 sidor. 60 kr.

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer

..... ex Missöden, misstag, missbruk

..... ex Våld och aggressivitet

..... ex Övervikt

..... ex Enligt min erfarenhet

..... ex Epilepsi

..... ex Lungcancer (under publ)

Namn .....

Adress .....

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19