

specialist, som är anställd på en akutklinik och fungerar som ett stöd till första linjens jour, kallas akutläkare.

Det finns idag enstaka sjukhus med fast anställda läkare på akutmottagningen. Dessa kommer nu förhoppningsvis att initiera ett förändringsarbete när akutmottagningen är deras egen arbetsplats.

Sammanfattning

Beredskapen att ta hand om olycksfall och personer med akuta buksjukdomar och kärlsjukdomar är en central och viktig verksamhet både för samhället och kirurgerna. Det är således inte tal om att minska vårt ansvar för jourverksamheten.

Innehållet och utformningen av jourverksamheten måste emellertid inriktas på att utnyttja kirurgernas speciella kompetens. Därför kräver vi nu från Svensk kirurgisk förening att följande åtgärder vidtas:

1. Inga kirurger i första linjens jour, varken specialister eller ST-läkare efter de första två åren.
2. Kirurgjouren ska vara sjukhusbunden, arbeta i andra linjen, och ha fyra huvuduppgifter:
 - att operera,
 - att ta hand om inläggningsfall och inneliggande patienter,
 - att som konsult bistå med kvalificerade bedömningar som kräver kirurgisk kompetens,
 - att ge handledning som kräver kirurgisk kompetens till första linjen.
3. Kirurger skall fatta beslut om inläggning av akutfall, men inte användas som resurs för att finna vårdplatser vid platsbrist. Tillgång på vårdplatser är ett övergripande ansvar för sjukhuset.
4. Utbildningsaspekterna och arbetsmiljön måste beaktas.
5. Ersättningen måste förbättras väsentligt.

Vill synliggöra alternativen

Ambitionen för Svensk kirurgisk förening är inte att presentera någon enhetlig nationell modell som kan gälla för alla typer av sjukhus i alla delar av landet.

Vi önskar emellertid synliggöra olika alternativ som tillgodoser kraven från patienter och huvudmän men också från kirurgerna. Frågan har avgörande betydelse inte bara för att kunna rekrytera unga läkare till utbildning i kirurgi utan också för att kunna behålla specialistkompetenta kirurger i yrket.

Den föreslagna modellen bör delvis kunna genomföras av olika sjukhus inom en tvåårsperiod. Om specialiteten akutmedicin inrättas bör akutläkare successivt kunna anställas. •

Bio-psyko-social modell förklarar inte whiplashskada

I en debattartikel om whiplashskador har Holm och Beertema [1], som representanter för försäkringsbolag, ställt krav på evidensbaserad kunskap och samstämd syn på skadan för att acceptera dess orsaker. Trots detta åberopar de en hypotes om bio-psyko-social förklaringsmodell som grund för omhändertagande av skadade, utan att hänvisa till någon vetenskaplig studie för denna hypotes. Deras åsikter blir därmed motsägelsefulla och oklara. Artikeln synes ha som mål att ifrågasätta om det uppstår någon organisk skada vid detta trauma.

BENGT H JOHANSSON
leg läkare, Belastningsskadecentrum,
Umeå
drbengt@algonet.se

II Författarnas krav på vetenskaplig nivå är ett uttryck för deras personliga uppfattning, och en vanlig metod för att inte behöva tillgodogöra sig nya, för försäkringsbolag besvärande kunskaper. Åsikten blir särskilt begränsad då den evidensbaserade medicinen främst är en epidemiologisk metod för att finna samband vid behandling av sjukdomar.

Den har mycket begränsat värde vid forskning om sjukdomars mekanismer samt vid kliniskt värdefulla iakttagelser. Inte ens den inom whiplashområdet mycket framhållna Quebec Task Force [2] är evidensbaserad, utan har allvarliga metodfel där konsensusresonemang tolkats som evidensbaserade fakta [3]. Författarna lär således få vänta länge, om inte förgäves, för att med sina uppfattningar få nya kunskaper att tillämpa vid whiplashassocierade skador.

Kliniska iakttagelser kan komma bort

Den evidensbaserade medicinen är mycket värdefull, men kan även riskera att bli felaktigt tillämpad. Kravet på studiers kvalitet i form av urval, randomisering och statistisk bearbetning kan medföra att många kliniskt värdefulla iakttagelser, och särskilt de som är unika och inte följer studiens mittfära, inte blir noterade utan försvinner i bruset av vanliga företeelser.

De unika och kliniskt synnerligen värdefulla iakttagelserna passar inte in i frågeformulärens förenkling av faktiska förhållanden, och kan därvid riskera att blir försummade och förnekade till förfång för utveckling av kunskaper om problemet.

Många allvarliga skador i nacken efter whiplashskada har påvisats i flera

undersökningar [4-7]. Att sådana förekommer i högre eller lägre grad hos dem som överlevt är kliniskt helt rimligt och har även visats [8].

Smärta av skador i disk eller facettleder

Det har klarlagts att smärta vid whiplashskador bl a orsakas av skador i disk eller facettleder. Således förekommer symtomgivande skador på disken även vid tillstånd där magnetkameraundersökningar är normala, varför sådan undersökning inte utesluter skada. Schellhas och medarbetare [9] har med diskografi påvisat skador på cervikaldisk som är korrelerade till smärta i huvudet och nacken. Detta visar att så kallade »objektiva fynd« inte behöver vara uttryck för verkliga förhållanden utan har klara begränsningar.

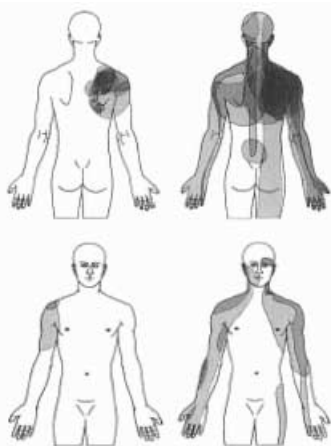
Barnsley och medarbetare [10] har klargjort att nackens facettleder ofta är orsak till kronisk smärta efter whiplashskada. Smärtlindrande behandling för detta tillstånd med »radiofrequency neurotomy« har därvid visat sig vara en mycket värdefull metod [11, 12].

Kronisk smärta kan ge sensitisering

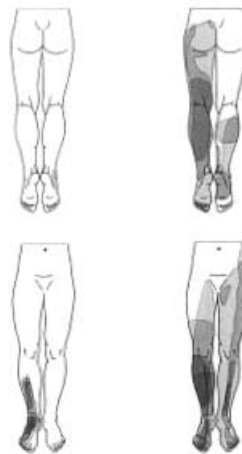
Kronisk smärta, som utlöses främst från skadad muskulatur [13] men även från skadad disk [14] eller facettled, kan medföra ett förändrat reaktionsmönster i nervsystemet, så kallad sensitisering. Smärtan utlöses därvid lättare, får större utbredning och varar längre.

Ett uttryck för sådan sensitisering är spridning av smärta till muskler med olika lokaliseringar inte sällan långt från den skadade platsen. Några exempel ur en rikhaltig litteratur kan anföras [15-18].

En särskilt uppmärksam studie av sensitisering har på övertygande sätt presenteras av Koelbaek och medarbetare [19] som visar på uttalade smärteaktioner hos kroniska whiplashskadade



Figur 1. Smärta utlöst av hyperton saltlösning i m. infraspinatus hos kontrollpersoner och kroniska whiplashpatienter. De whiplashskadade hade mer intensiv och långvarig smärta. Smärtande ytor från personerna är lagda över varandra (vanlig smärtlokalisering mörkast). (Bilderna är hämtade ur referens [20], och återges med tillstånd av förlaget.)



Figur 2. Smärta utlöst av hyperton saltlösning i m. tibialis ant. hos kontrollpersoner och kroniska whiplashpatienter. De whiplashskadade hade mer intensiv och långvarig smärta. Smärtande ytor från personerna är lagda över varandra (vanlig smärtlokalisering mörkast). Bilden illustrerar att hela nervsystemet reagerar överkänsligt vid lokal kronisk smärta.

och som inte finns i ett kontrollmaterial (Figur 1 och 2).

Cranio-cervikal övergången jämte de översta nacksegmenten intar en central funktion för reglering av proprioceptiva impulser med avseende på kroppshållning och balans [20-22]. Starkt styrande impulser till detta område är, förutom vestibularisfunktionen, impulser från de övre nackledernas kapslar [23] samt från ligament- och muskelreceptorer [24]. Störningar i denna proprioceptiva information kan utlösa symtom som yrsel, balansproblem, svindel, synstörningar, koncentrationsproblem, sömnstörningar m m, vilka är rikligt beskrivna som symtom vid whiplashskador [25-28].

Det är kliniskt värdefullt att proprioceptiva störningar från nacken kan objektiviseras med exempelvis posturografi eller oculomotorstest [29-32]. Den teknik som Tjell utvecklat [33] har framhållits som ett mycket värdefullt bidrag vid diagnos av whiplashskador, enligt en sammanfattande avslutning på en internationell kongress om whiplashskador i Bern, Schweiz, 2001.

Inte psykiskt avvikande före skadan

De whiplashskadade har ofta uppfattats som psykiskt störda eller som om de eftertraktat försäkringsvinster. En synnerligen omfattande och enhetlig modern litteratur visar att de skadade före olyckan inte varit mer avvikande än normalbefolkningen, och att deras tillstånd varit oberoende av hur skadestandsprocessen utvecklats. Det råder fullständig samsyn att de psykiska och kognitiva störningar som de skadade har, är en

följd av skadan, vanligtvis en reaktion på kronisk smärta, och att de utvecklas en tid efter skadan [12, 34-36].

Wallis och medarbetare har även genom tillämpning av ett särskilt test (SCL-90-R) diskriminerat olika komponenter i den psykologiska profilen och därvid noterat att de whiplashskadade skiljer ut sig som en särskild entitet på ett sätt som inte kan vara uttryck för simulering. Att whiplashskadades psykiska besvär försvinner efter behandling som befriar dem från smärta [11] talar även starkt emot att tillståndet skulle ha utlösts av psykiska faktorer.

Inom ramen för en debattartikel kan man blott ta fram några exempel utöver tidigare inlägg [37, 38]. Den bio-psykosociala förklaringsmodellen som orsak till de skadades symtom är helt grundlös och saknar vetenskapligt stöd. Att fortsatt hävda att de kroniskt whiplashskadades tillstånd skulle uppkomma utan organisk skada är att blunda för faktiska förhållanden och aktivt avskärma sig från väl belagda iakttagelser.

Sådant arbetssätt befäster den mest vanliga iatrogena skadan som vidlåder de whiplashskadade, nämligen att de inte blir accepterade med de besvär de har utan blir kränkta med psykologiserande och grundlösa förklaringar.

Referenser

3. Freeman MD, Croft AC, Rossignol AM. »Whiplash task disorders: Redefining whiplash and its management« by the Quebec Task Force. A critical evaluation. Spine 1998;23:1043-9.
6. Taylor JR, Twomey LT. Acute injuries to cervical joints – an autopsy study of neck sprain. Spine 1993;18:1115-22.

7. Levander B, Gerdle B. Skadepanorama efter pisksnärts-trauma. Lokalisation och utveckling i relation till den kliniska bilden. Läkartidningen 1998;95:4076-84.
9. Taylor J, Kakulas B, Margolius K. Road accidents and neck injuries. Proc Australas Soc Hum Biol 1992;22:211-31.
10. Schellhas KP, Garvey TA, Johnson BA, Rothbart PJ, Pollei SR. Cervical discography: Analysis of provoked responses at C2-C3, C3-C4, and C4-C5. AJNR Am J Neuroradiol 2000; 21:269-75.
11. Barnsley L, Lord S, Bogduk N. Comparative local anaesthetic blocks in the diagnosis of cervical zygapophysial joint pain. Pain 1993;55:99-106.
12. McDonald GJ, Lord SM, Bogduk N. Long-term follow up of patients treated with cervical radiofrequency neurotomy for chronic neck pain. Neurosurgery 1999;45:61-8.
13. Sapir DA, Gorup JM. Radiofrequency medial branch neurotomy in litigant and non-litigant patients with cervical whiplash. Spine 2001;26:E268-73.
14. Mense S, Hoheisel U. New developments in the understanding of the pathophysiology of muscle pain. In: Vecchiet L, Giamberardino MA, eds. Muscle pain, myofascial pain, and fibromyalgia. Recent advances. (Journal of Musculoskeletal Pain, V. 7, No. 1/2.) Haworth Medical Press 1999:13-24.
15. Mercer S, Bogduk N. The ligaments and anulus fibrosus of human adult cervical intervertebral discs. Spine 1999; 24:619-28.
20. Koelbaek Johansen M, Graven-Nielsen T, Olesen AS, Arendt-Nielsen L. Generalised muscular hyperalgesia in chronic whiplash syndrome. Pain 1999;83:229-34.
23. Karlberg M, Persson L, Magnusson M. Impaired postural control in patients with cervico-brachial pain. Acta Otolaryngol (Stockholm) 1995; Suppl 520:440-2.
24. Dvorak J, Dvorak V. Neurologie der Wirbelbogengelenke. Manuelle Medizin 1982; 20:77-84.
25. Sjölander P, Johansson H. Sensory endings in ligaments: Response properties and effects on proprioception and motor control. In: L'Hocine Yahia, ed. Ligaments and ligaments plasties. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 1997:39-83.
28. Hinoki M. Vertigo due to whiplash injury: a neurootological approach. Acta Otolaryngol (Stockh) 1985; Suppl 419:9-29.
30. Ödkvist LM, Ålund M, Ledin T, Noaksson L, Möller C. The role of posturography and electronystagmography in whiplash injuries. In: Claussen CF, Sakata E, Itho A, eds. Vertigo, nausea, tinnitus and hearing loss in central and peripheral vestibular diseases. Elsevier Science BV 1995:259-262.
32. Oosterveld WJ, Kortschot HW, Kingma GG. Electronystagmographic findings following cervical whiplash injuries. Acta Otolaryngol (Stockh) 1991;111:201-5.
33. Gimse R, Tjell C, Björger IA, Saunte C. Disturbed eye movements after whiplash due to injuries to the postural control system. J Clin Exp Neuropsychol 1996;18: 178-86.
35. Moldofsky H, Wong MTH, Lue FA. Litigation, sleep, symptoms and disabilities in postaccidental pain. J Rheumatol 1993; 20: 1935-40.
37. Wallis BJ, Lord SM, Barnsley L, Bogduk N. The psychological profiles of patients with whiplash-associated headache. Cephalalgia 1998;18:101-5.

I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://tarkiv.lakartidningen.se> finns fullständig referenslista