

Uppföljning av akuta nackpatienter, som enligt Västra Götalands vårdprogram för whiplashrelaterade besvär ej bedömts ha några riskfaktorer

Karin Branander
Leg sjukgymnast
Arbetsrehabcentrum
St Sigfridsgatan 85
412 66 GÖTEBORG
Tel 031 – 335 09 04
karin.branander@vgregion.se

*Projektarbete vid kurs i ergonomi, rehabilitering, kvalitetssäkring och projektmetodik för
sjukgymnaster och arbetsterapeuter, Arbetslivsinstitutet/Karolinska Institutet 2004/2005.*

*Handledare: Monika Gustafsson, leg sjukgymnast, MSc, Institutionen för Folkhälsovetenskap,
avd Rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet, Stockholm.*



KAROLINSKA INSTITUTET
Avdelningen för Rehabiliteringsmedicin
Institutionen för Folkhälsovetenskap

Föreliggande arbete har utförts som projektarbete vid Arbetslivsinstitutet och Karolinska Institutets utbildning av sjukgymnaster och arbetsterapeuter 2004/2005. Ämnesansvariga kursledare var professor Kristian Borg och professor Ewa Wigaeus Tornqvist. Arbetet har utförts vid Arbetsrehabcentrum, Primärvården Göteborg.

Handledare har varit Monika Gustafsson, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.

Undertecknad står som ensam ansvarig för innehållet i rapporten. Detta innebär att Arbetslivsinstitutet och Karolinska Institutet inte ansvarar för innehållet i rapporten.

Arbetsrehabcentrum mars 2005

Karin Branander
Leg sjukgymnast

SAMMANFATTNING

Trots hög frekvens av WAD (whiplash-associated-disorders) i samhället är skademekanismen och symptomgenes ej helt klarlagda vilket skapar stora variationer i bedömning, omhändertagande och behandling. Därför har det i Västra Götaland utarbetats ett vårdprogram för whiplashrelaterade besvär. Speciella riskfaktorer finns att ta hänsyn till.

Syftet med denna studie var att testa vårdprogrammets sjukgymnastintervention och screeningrelevans inom 10 dagar med avseende på prognos för patienter som ej bedömts ha några riskfaktorer. Hypotesen var att dessa personer skulle ha förutsättningar för god prognos och ringa ytterliggare behov av vård eller sjukskrivning.

På Nackskademottagningen i Göteborg undersöktes under hösten 2003, 95 patienter enligt Västra Götalands vårdprogram. 43 bedömdes ej ha några riskfaktorer. Dessa fick ca ett år senare en enkät. 35 besvarade denna.

Resultatet visade att 5 av de 35 personer utan riskfaktorer hade behövt ytterliggare vårdkontakt. Ca 2 ½ mån efter olyckan var ingen av dessa sjukskrivna. Ingen var heller sjukskriven vid uppföljningen ett år efter olyckan. 8 hade varit sjukskrivna initialt, endast två av dessa längre än en vecka. 14 personer rapporterade i uppföljningen kvarvarande fysiska besvär och 13 upplevde besvärande tankar och känslor som handlade om olyckan. Könsskillnad visade sig då fler kvinnor än män var sjukskrivna initialt samt att det var fler kvinnor än män som besvärades av obehagliga tankar och känslor om olyckan. Ingen könsskillnad fanns då det gällde kvarstående fysiska besvär.

Slutsatsen är att avsaknad av riskfaktorer, enligt vårdprogrammets bedömning, ger förutsättningar för en förväntad god prognos med avseende på sjukskrivning och vårdbehov. Trots att relativt många (40 %) hade kvarstående besvär är de av den frekvens att individerna i den undersökta gruppen hanterar dem själva, utan sjukskrivning och vårdkontakt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	1
2. SYFTE	3
3. MATERIAL	3
3.1 Undersökt grupp	3
3.2 Bortfall	4
4. METOD	4
5. RESULTAT	4
5.1 Informationen	4
5.2 Nyttan	5
5.3 Vårdbehovet	5
5.4 Sjukskrivningsbehovet	6
5.5 Kvarstående fysiska besvär	6
5.6 Besvärande obehagliga tankar och känslor om olyckan	8
5.7 Ytterligare olyckor	8
5.8 Övriga synpunkter	8
6. DISKUSSION	9
7. SLUTSATS	10
8. TACK	10
9. REFERENSER	11
10. BILAGOR	13

1. BAKGRUND

Redan på 1800 talet beskrevs begreppet ”railwayspine”. Detta innebar posttraumatiska besvär efter tågkollisioner [1]. 1928 introducerade Crowe begreppet whiplash [2]. Detta användes både till att beskriva mekanismen bakom syndromet samt syndromet i sig. Whiplash, eller pisksnärt som det benämns på svenska, är egentligen ingen skada utan beskriver ett rörelsemönster i halsryggen som kan uppkomma vid till exempel påkörning bakifrån [3]. I mitten på 1990 talet presenterade The Quebec Task Force begreppet WAD (whiplash-associated-disorders) [4]. Klassifikation i fem grupper hade gjorts:

0 Inga besvär och inga fysikaliska fynd.

1 Nackbesvär med smärta, stelhet och ömhet. Inga fysikaliska fynd.

2 Nackbesvär, muskulära fynd.

3 Nackbesvär, neurologiska fynd.

4 Nackbesvär, fraktur eller dislokation.

I internationella studier har incidensen av whiplashrelaterade besvär beräknats till 1/1000 invånare/år. I Sverige tyder studier på att det kan vara det dubbla [5]. Personer som rapporterar nackbesvär efter så kallade upphinnandeolyckor i bil i Göteborg har fyrdubblats sedan åttitalet [5]. Nya fall på akutsjukhusen i Göteborg efter trafikolyckor, oavsett kollisionstyp, beräknas till ca 800 per år [7]. 2002 sökte 693 personer till Nackskademottagningen i Göteborg. Detta efter att ha varit utsatt för någon typ av våld som givit whiplashrelaterade besvär [6].

Vanligt förekommande besvär i akut skede är främst nackstelhet och värk i nacke och huvud [8]. Andra symptom som anses vanliga är intraskapulär smärta, stickningar/domningar/svaghet i armar, yrsel, syn och hörselstörningar, sömnproblem, minnes och koncentrationssvårigheter [8,9]. Listan på symptom kan göras lång men det är sällsynt att alla förkommer samtidigt [3].

Det har diskuterats om den drabbade skall vara aktiv eller passiv i tidigt skede. Jämförelser har gjorts med immobilisering i krage eller tidigt aktiva rörelser [10]. Denna studie visar att tidiga aktiva rörelser är att föredra. The Quebec Task Force rekommenderar att patienten återgår till sitt vanliga liv så snart som möjligt vid WAD 1-3. Ingen krage rekommenderas då det i de flesta fall är viktigt med rörelse och krage kan förlänga oförmågan [5]. Även andra studier har visat att det är att föredra att tidigt komma igång med rörelser och hitta tillbaka till det liv man hade innan olyckan [11,12,13]. Detta till trots anser ett vårdprogram för whiplashrelaterade besvär, med Björn Gerdle som medicinsk redaktör, att man skall ha krage de första veckorna för att undvika extremlägen [14]. De betonar dock vikten av att kragen anpassas individuellt och att patienten får information om att aktivera nackmusklerna trots kragen.

Det har visats att psykologiska faktorer kan ha betydelse för prognosen. Söderlund et al visade på en 6 månaders uppföljning att patienter som då var symptomfria hade bättre tro på sin förmåga, lägre oförmåga och ett annat mönster i beteendemässiga hanteringsstrategier (behavioural coping strategies) än de patienter med symptom [15]. Kyhlbäck et al visar att tron på den egna förmågan när det gäller att utföra dagliga övningar har stor betydelse för utfallet [16].

Drottning et al har tittat på sambandet mellan värk och direkta/tidiga posttraumatiska stresssymptom. Hade man kvarstående värk fyra veckor efter olyckan hade detta ett samband med att man hade haft direkta/tidiga posttraumatiska stresssymptom [17].

En annan studie har visat att det finns en högre andel personer med en psykiatrisk diagnos sedan tidigare som har kroniska besvär efter whiplashvåld, jämfört med de som återhämtat sig [18]. Den vanligaste diagnosen var depression.

Gerdles vårdprogram uppger att forskningsresultaten angående olika faktorerers betydelse för utveckling av kroniska besvär inte är entydiga [11]. Visst stöd finns för att hög initial smärta, vridet huvud i traumaögonblicket, dålig beredskap vid traumat, degenerativa förändringar, högre ålder, subjektiva kognitiva besvär samt posttraumatiska stresssymptom spelar viss roll för utveckling av kroniska besvär. Man har inte kunnat visa på samband mellan kroniska symptom och ekonomisk ersättning. Stemper et al har hänvisat till en mängd artiklar där det visats att fler kvinnor får problem [20]. I sin artikel visar de att det kan ha biomekaniska förklaringar. Yttre faktorer påverkar också prognosen. Ökad risk för nackskador vid påkörning bakifrån finns om avståndet mellan nackstöd och huvud överskrider 10 cm [19]. Hur bilen tar upp kollisionsvåldet har betydelse för hur krafterna fördelar sig på människan [3].

I majoriteten av alla fall har WAD en god prognos [8,21]. Trots detta innebär det att många lider av kroniska besvär. Siffrorna variererar stort mellan olika artiklar. I en review artikel uppges att variationen i att rapportera kvarstående besvär är mellan 18 och 60% [8]. De redovisar också att vissa studier nu tyder på att förbättring kan ske under flera år efter olyckan. Uppföljande studier, generellt mer än 6 mån efter olyckan, rapporterar att ca 5 – 8 % har sådana problem att det påverkar deras arbetsförmåga negativt [8].

Trots hög frekvens av WAD i samhället och omfattande studier i ämnet är skademekanismen och symptomgenes inte helt klarlagda vilket resulterar i stora variationer avseende bedömning, omhändertagande och behandling av drabbade individer. För att skapa förutsättningar för en gemensam policy i Västra Götaland tillsattes, av sektorsrådet i Rehabiliteringsmedicin i Västra Götaland, en arbetsgrupp att utarbeta ett vårdprogram för regionen på basis av vetenskapliga studier och klinisk erfarenhet bland annat från Nackskademottagningen i Göteborg. I samråd med ett flertal medicinska företrädare inom olika specialiteter och professioner inom vård och rehabilitering presenterades riktlinjerna 2002. Dessa fokuserar på det akuta och subakuta omhändertagandet med enhetliga rutiner och tidig riskidentifiering för långvariga besvär. I akutskedet finns anamnes-, undersöknings- och åtgärdsmodell samt skriftlig information till patienten om förhållningssätt och råd om enkla nackövningar. Riktlinjerna ger råd om rutinmässig uppföljning hos sjukgymnast inom 10 dagar för undersökning och rådgivning. Screening av riskfaktorer ligger till grund för avslut eller fortsatt sjukgymnastkontakt. Utan riskfaktorer avslutas patienten för egenvård och möjlig telefonuppföljning. Med förekomst av riskfaktorer planeras fortsatt sjukgymnastkontakt.

Risikfaktorer att ta ställning till är:

- hög smärtnivå
- påtagligt nedsatt rörelseomfång i nacken
- kombinerade symptom i nacke, skuldra, arm
- neurologisk påverkan
- psykisk påverkan
- kognitiv påverkan
- nackproblematik närmaste tiden före olyckan.

Om patienten med sjukgymnastens hjälp inte successivt förbättras ligger i riktlinjerna att patienten åter aktualiseras av läkare i primärvården i ett bio-psyko-socialt perspektiv inom 6 veckor för att inte fördröja riktade rehabiliteringsåtgärder. Riktlinjer med formulär och patientinformation finns tillgängligt på www.vgregion.se/whiplash.

2. SYFTE

Syftet med denna studie är att testa vårdprogrammets sjukgymnastintervention och screeningrelevans inom 10 dagar efter olyckstillfället med avseende på prognos för patienter som inte bedömts ha några riskfaktorer.

Hypotesen är att avsaknad av riskfaktorer ger förutsättningarna för god prognos och ringa ytterliggare behov av vård eller sjukskrivning.

3. MATERIAL

Under hösten 2003 deltog sjukgymnaster på Nackskademottagningen i Göteborg tillsammans med sjukgymnaster inom primärvården i mottagandet av patienter inom 10 dagar efter olyckstillfället. På Nackskademottagningen bedömdes 95 patienter enligt vårdprogrammet. För 43 av dessa fanns inte ovan beskrivna riskfaktorer. Dessa patienter avslutades efter första besöket med råd och egen träning. Det är dessa 43 som fått vår enkät.

3.1 Undersökt grupp

35 personer besvarade enkäten. Enligt Quebecs uppdelning klassificeras de som WAD 0-2. (WAD 0 = 3 personer, WAD 1 = 5 personer och WAD 2 = 27 personer.)

Män.

16 av de som svarade var män med en medelålder på 35,8 år, spridning 20-69 år. 11 hade blivit påkörda bakifrån, i 5 av fallen var det en kombination då de även åkt in i bil framför. Två hade frontalkrockat, en hade kört in i framförvarande bil, en hade suttit på lokalbuss som blivit påkörd av annan buss, en hade inte varit med om trafikolycka utan slagit i huvudet. Skattning med VAS (0-100) av smärta just nu hade ett medianvärde på 8, spridning 0-45. Ingen av männen var sjukskrivna då olyckorna skedde. En var studerande och en var arbetslös.

Kvinnor.

19 som svarade på enkäten var kvinnor med en medelålder på 37,7 år, spridning 21-52 år. 15 stycken hade blivit påkörda bakifrån, i tre av fallen var det en kombination då man åkt in i bilen framför. En hade frontalkrockat med ett annat fordon och tre hade kört in i framförvarande bil. Skattningen av VAS (0-100) av smärta just nu hade ett medianvärde på 13, spridning 0-68. Ingen av kvinnorna var sjukskriven eller arbetslös då olyckan skedde. En var mammaledig.

3.2 Bortfall

8 av de tillfrågade skickade ej tillbaka enkäten. Enligt Quebecs uppdelning klassificeras de som WAD 0-2. (WAD 0 = en person, WAD 1 = två personer och WAD 2 = 5 personer.)

Män.

5 av de som inte besvarade enkäten var män med en medelålder på 34,8, spridning 27-54 år. Fyra hade blivit påkörda bakifrån och en hade varit med om en singelolycka. Skattningen med VAS (0-100) av smärta just nu; medianvärde 17, spridning 0-25. Alla arbetade då olyckan skedde.

Kvinnor.

Tre var kvinnor med en medelålder på 29,3, spridning 25-33 år. Två hade kört in i framförvarande bil och en hade blivit påkörd bakifrån. Skattningen med VAS (0-100) av smärta just nu; medianvärde 24, spridning 9-43. Ingen var sjukskriven då olyckan skedde. Två arbetade och en både arbetade och studerade.

4. METOD

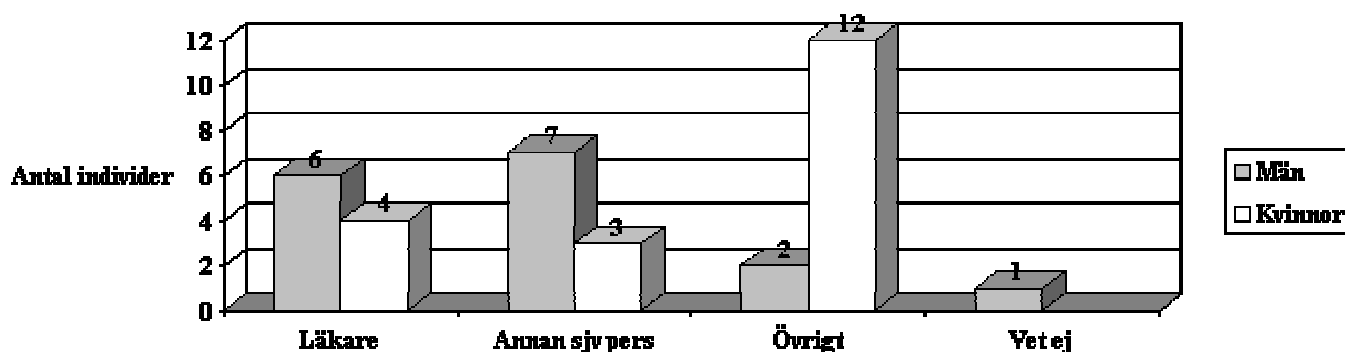
En enkät utformades med avseende på bland annat kvarstående besvär, sjukskrivningsfrekvens, sjukvårds- och rehabiliteringsnyttjande (bilaga1). Två personer inom materialet samt två utanför testade formuläret och fick komma med synpunkter. Journalerna till de 95 patienter som bedömts enligt Västra Götalandsvårdprogram kontrollerades, så att utskicket skickades till personer med rätt kriterier. Adresserna uppdaterades via Folkbokföringsregistret. Enkäterna numrerades och skickades iväg tillsammans med ett portofritt svarskuvert. Efter hand som svaren kom in bockades de av. Efter tre veckor skickades enkäten, med nytt följebrev, ut till de 19 som inte svarat (bilaga 2). Ytterligare 9 enkätsvar kom in. En tredje påminnelse skickades ut till 10 personer med ett tillägg om att vi skulle börja med sammanställningen om en vecka. Det kom då in ytterligare två enkäter. 35 personer hade nu besvarat enkäten vilket innebar en svarsfrekvens på 81 %.

5. RESULTAT

5.1 Informationen

Av de tillfrågade hade 20 personer (57 %) fått information om att söka sjukgymnast på Nackskademottagningen från läkare eller annan sjukvårdspersonal. 14 personer (40 %), där 12 var kvinnor, hade fått informationen från ”övrigt”. Denna kategori innehöll vänner, grannar, arbetskamrater, whiplashförening och telefonkatalog (Figur1).

Figur 1



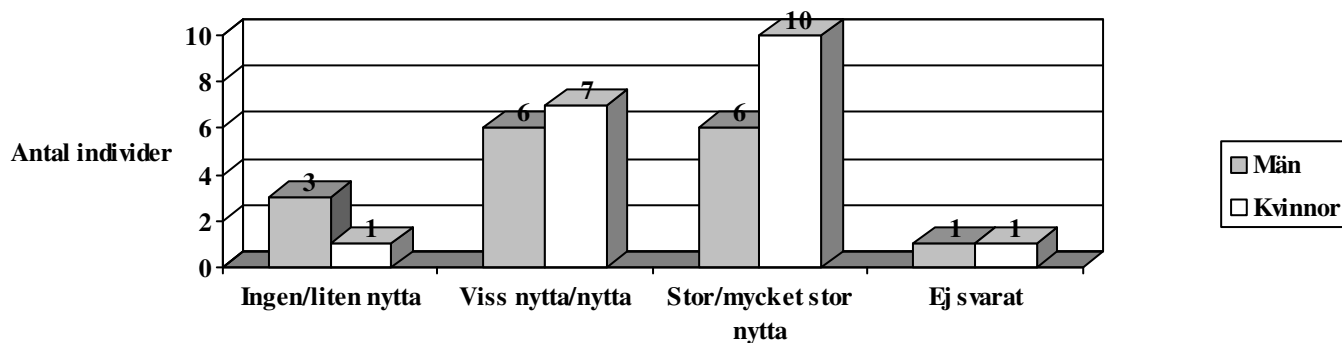
n=35 män=16 kvinnor=19

Figur 1. Figuren visar varifrån de tillfrågade fått information att söka till Nackskademottagningen.

5.2 Nyttan

46 % ansågs sig ha haft stor eller mycket stor nytta av besöket på Nackskademottagningen. 37 % låg i mellanskiktet och 11 % tyckte sig inte ha haft någon eller mycket lite nytta (Figur 2).

Figur 2



n=35 män=16 kvinnor=19

Figur 2. Nyttan de tillfrågade anser sig ha haft av sjukgymnastbesöket.

5.3 Vårdbehovet

5 personer behövde ytterliggare vårdkontakt efter besöket hos sjukgymnast på Nackskademottagningen. Av de 5, hade vid uppföljningen, två kvarvarande fysiska besvär, en besvärades obehagliga tankar och känslor om olyckan och en hade kvar både ock. Tre av de med ytterliggare vårdbehov var kvinnor och två var män. Två av personerna träffade läkare vid ett tillfälle. En av dessa var även hos sjukgymnast 10 gånger. Ytterliggare en individ har uppgivit läkarkontakt med ej fyllt i antal gånger. Av övriga två personer med vårdbehov hade en träffat sjukgymnast vid ett tillfälle och en träffat massör 15 gånger.

5.4 Sjukskrivningsbehovet

Direkt efter olyckan var 8 personer (23 %) sjukskrivna. 7 av de sjukskrivna var kvinnor (Tabell 1). Av de 8 som var sjukskrivna hade fyra stycken kvarvarande fysiska besvär. De fyra med längst sjukskrivning ingick här. Även fyra av de 8 besvärades vid uppföljningen av obehagliga tankar och känslor om olyckan. Av dessa var tre samma som hade kvarvarande fysiska besvär.

TABELL 1.

Tabell över de tillfrågades sjukskrivningsgrad och längd direkt i samband med olyckan.

Män n=1	Sjukskrivnings- grad.	Längd på sjukskrivning, Antal dagar.	Kvinnor n=7	Sjukskrivnings- grad.	Längd på sjukskrivning, antal dagar.
1.	100 %	1	1.	100 %	21
				50 %	77
			2.	100 %	35
				50 %	14
			3.	100 %	5
			4.	100 %	5
			5.	100 %	1
			6.	100 %	1
			7.	25 %	7

I senare skede förekom ingen sjukskrivning.

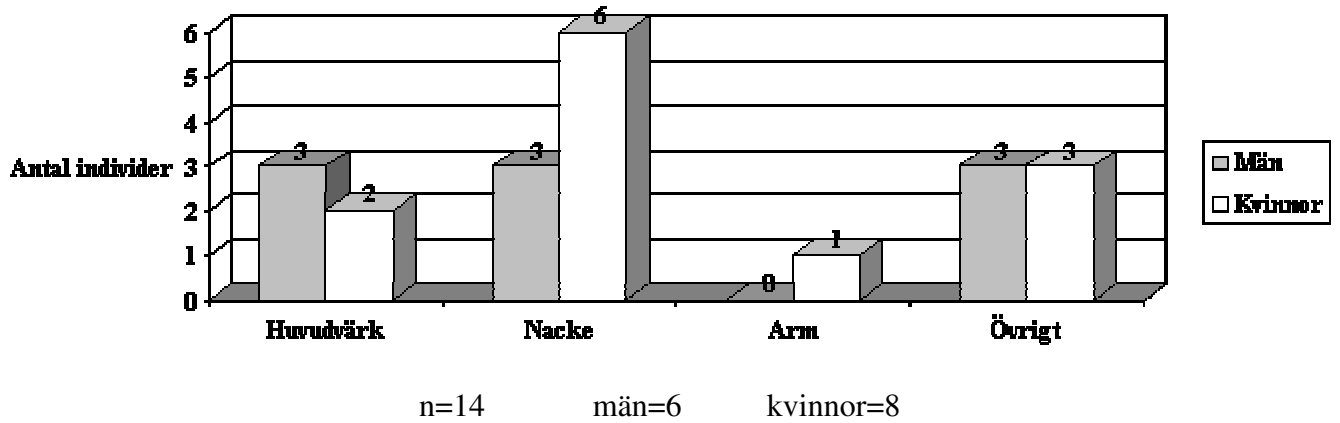
5.5 Kvarstående fysiska besvär

14 personer redovisade kvarvarande fysiska besvär. Detta motsvarar 40 % av de som besvarat enkäten. Besvären i form av värk i axel, huvud, arm och övrigt kan ses i figur 3. Under övrigt rapporterade en person värk i axel, en lättare huvudvärk, en värk mellan skulderblad och tre stället i nacke. Möjlighet fanns att ange flera besvärslokalisationer. Det var tre personer som uppgav två av lokalisationerna t ex värk i huvud och nacke. Två personer rapporterade en kombination av tre av alternativen.

42 % (6 st) av de som hade kvarvarande fysiska besvär rapporterade att besvären förekom varje vecka. Detta motsvarar 17 % av alla som svarat på frågan. Övriga besvärades mer sällan (figur 4).

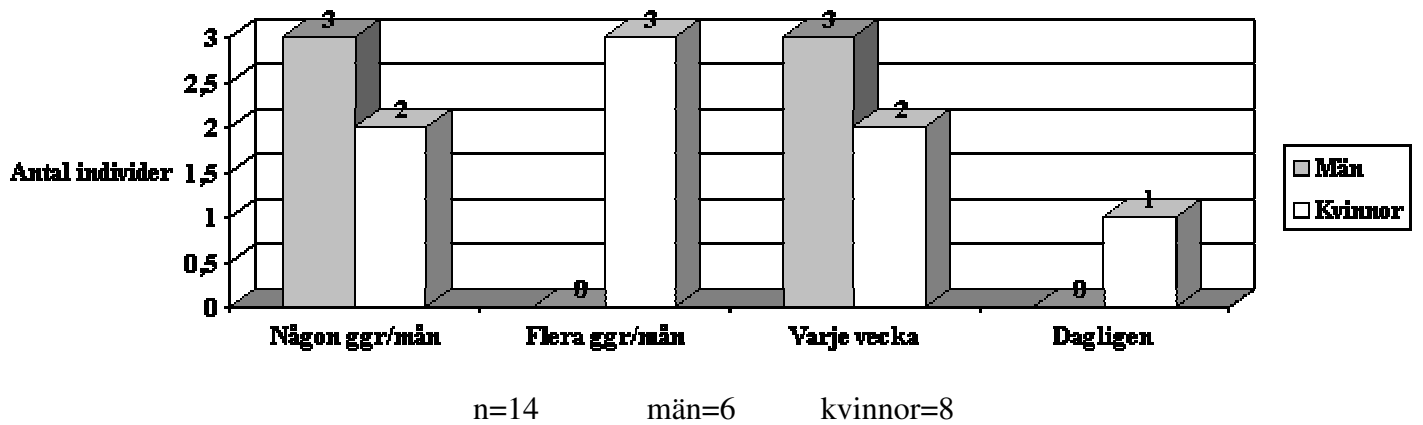
7 personer, d v s 50 %, av dem som hade kvarstående fysiska besvär hade även tankar och obehagliga känslor som handlade om olyckan.

Figur 3



Figur 3. Symptomlokalisationer för kvarstående besvär.

Figur 4

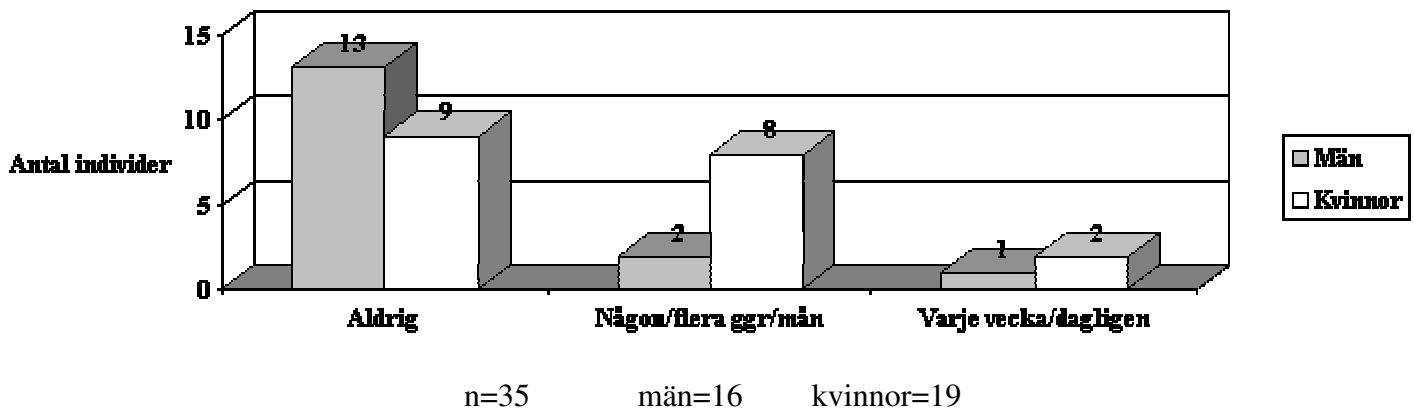


Figur 4. Frekvens av rapporterade besvär som kan ses i fig 3.

5.6 Besvärande obehagliga tankar och känslor om olyckan

Hos 13 personer (37 %) fanns obehagliga tankar och känslor som handlar om olyckan kvar. 76 % av dessa var kvinnor. 23 %, av de som besvärades, upplevde obehag varje vecka. Detta motsvarar 9 % av alla som besvarat enkäten (Figur 5).

Figur 5



Figur 5. Figuren visar hur ofta de tillfrågade besväras obehagliga tankar och känslor som handlar om olyckan.

5.7 Ytterligare olyckor

Två personer hade efter sitt besök på Nackskademottagningen varit med om ytterligare en olycka. Dessa två personer rapporterade inga kvarvarande fysiska besvär. En besvärades av obehagliga tankar och känslor som handlar om den första olyckan, vilken enkäten handlade om.

5.8 Övriga synpunkter

På övriga synpunkter hade 12 personer skrivit kommentarer. 10 av dessa innehöll positiv kritik till mottagningen då man ansågs sig blivit proffsigt och trevligt bemött utan lång väntetid.

Två av kommentarerna handlade om personens besvär.

6. DISKUSSION

Enkätundersökningar är beroende av svarsfrekvens. I denna studie har 81 % svarat vilket kan anses vara en relativt hög svarsfrekvens. Tillgänglig fakta avseende bortfallet visar ingen större skillnad jämfört med undersökt grupp vilket kan öka trovärdigheten av resultaten. Spridningen av initial smärtrapportering var lägre i bortfall än undersökt grupp. Resultaten bör därför inte bli sämre om hela gruppen besvarat enkäten. I gruppen som föll bort var medelåldern lägre än i gruppen som svarat. Detta samstämmer med annan undersökning [22]. När resultatet värderas måste hänsyn tas till att vår undersökta grupp endast består av 35 personer.

Ett syfte med vårdprogrammet var, att individer utan riskfaktorer, som fått undersökning och råd av sjukgymnast skulle ha ett ringa fortsatt vårdbehov. Detta uppnåddes i den undersökta gruppen. Endast 15 % hade sökt ytterligare vårdkontakter, antal besök var dessutom få. En annan uppföljning av akutsökande personer med nackbesvär efter trafikolyckor, visade att efter 6 veckor, hade 45 % någon form av sjukvårdskontakt. I denna studie var den undersökta gruppen individer både med och utan riskfaktorer [22].

Sjukskrivningsfrekvensen var låg i den undersökta gruppen. 23 %, av de som besvarat enkäten, var sjukskrivna initialt efter olyckan. Efter ytterligare en vecka efter olyckan var 6 % sjukskrivna, efter tre veckor förekom endast deltidssjukskrivning. Efter ca 2 ½ mån var ingen sjukskriven. Detta talar för hypotesen att om man inte har riskfaktorer förekommer ingen längre sjukskrivning. I en annan uppföljande studie av personer med nackbesvär efter trafikolyckor, där individer både med och utan riskfaktorer förekommer, redovisas en sjukskrivningsgrad på 37 % initialt, 21 % efter 3 veckor och 16 % efter 6 veckor [22]. Tidigare har det, i en översiktsartikel, rapporterats att efter ca 6 mån är 5 - 8 % av dem som drabbats av WAD sjukskrivna [8]. Även här är gruppen oselekerad vad gällande riskfaktorer. Det var en högre andel kvinnor som var sjukskrivna i vår studie. I andra studier finns ingen könsuppdelning men i samhället i stort är fler kvinnor än män sjukskrivna [23].

Det har tidigare visats att fler kvinnor än män har besvär [20]. Detta har ej vår studie visat. Här är andelen män och kvinnor med fysiska besvär i stort sett lika. 40 % rapporterade kvarstående fysiska besvär. Detta visar att man kan ha besvär utan sjukskrivning och behov av vårdkontakt. Att de besvär som kvarstått kunnat hanterats på egen hand stämmer med vårdprogrammets interventioner. Att 40 % svarat att de har kvarstående fysiska besvär kan tyckas vara en hög siffra för denna undersökta grupp. Bara 17 % av alla som besvarat enkäten besvärades varje vecka. Endast en person rapporterade dagliga besvär. Av de som uppgivit besvär angav 21 % att de endast besvärades av stelhet i nacken. Det är svårt att jämföra kvarstående besvär mellan olika studier då frågan ofta ställs på olika sätt. Vi har frågat efter frekvens och lokalisation. Frågan kan också ställas så att endast ja eller nej svar, avseende besvärsförekomst, kan användas. Man får då inte reda på vilka besvär som förekommer eller hur ofta de visar sig. I en studie av Sterner et al valde man att rapportera besvärens påverkan på vardagen. 32 % bedömdes ha besvär som påverkade vardagen [24]. I tidigare refererad översiktsartikel har olika studier rapporterat att 18-60 %, som drabbats av WAD, har kvarstående besvär [8]. Ett problem som kan uppstå när man frågar om besvär efter olycka är att man härleder alla sina symptom dit. Detta kan skapa en överrapportering.

Något som, förutom sjukskrivningen, skiljer sig åt könsmässigt är besvärande obehagliga tankar och känslor som handlar om olyckan. Av 13 individer var 10 kvinnor. Av de 13 besväras 23 % varje vecka medan 77 % besväras mer sällan. Uppföljningen visar att relativt många efter så lång tid har besvärande tankar, trots att detta ej visades initialt. Av de som besväras varje vecka, har samtliga kvarstående fysiska besvär vilket skulle kunna bidra till ett vidmakthållande av de obehagliga känslorna. Även obehagliga tankar och känslor om olyckan kan tänkas vara bidragande till att de fysiska besvären finns kvar. Denna studie har ej tagit upp andra eventuella bidragande faktorer till den rapporterade besvärsskildern.

I denna uppföljning har det framkommit att det var fler kvinnor som var sjukskrivna initialt samt att fler kvinnor har besvärande obehagliga tankar och känslor som handlar om olyckan. I övrigt fanns ingen större könsskillnad. Möjligen kan biologiska skillnader och dagens samhällsstruktur påverka varför fler kvinnor initialt efter olyckan är sjukskrivna och att fler efter ett år besväras av obehagliga tankar och känslor om olyckan de varit med om.

Risikfaktorerna (hög smärtnivå- påtaglig nedsatt rörelseomfång i nacken- kombinerade symptom i nacke, skuldra, arm- neurologisk påverkan- psykisk påverkan- kognitiv påverkan- nackproblematik närmaste tiden före olyckan) är framtagna genom beprövad vetenskap och klinisk erfarenhet. De kan vara bra både för vårdpersonal och patienter att veta att om man ej har dessa är risken för allvarliga, bestående besvär liten. Det är viktigt, främst för patienter, att initialt förstärka det som är positivt och bra.

Det skulle vara intressant att nu analysera materialet mer ingående, vilket ej varit möjligt i denna studie. Hur ser WAD fördelningen ut i den uppföljda gruppen? Hur ser olyckorna ut som de med kvarstående besvär varit med om? Är det någon skillnad mot olyckorna de utan besvär varit med i? Hur ser gruppen med riskfaktorer ut jämfört med den utan riskfaktorer? Hur vanligt är det i andra undersökningar med besvärande obehagliga tankar och känslor om olyckan hos personer med whiplashrelaterade besvär?

7. SLUTSATS

Avsaknaden av riskfaktorer, enligt vårdprogrammets bedömning, ger förutsättningar för en förväntad god prognos med avseende på sjukskrivning och vårdbehov. Trots att relativt många (40%) hade kvarstående besvär är de av den frekvens att individerna i den undersökta gruppen hanterar dem själva, utan sjukskrivning och vårdkontakt.

8. TACK

Tack till min handledare Monika Gustafsson för god handledning och trevligt bemötande. Tack också till Malin Lindh, docent och specialist i rehabiliteringsmedicin Arbetsrehabcentrum, för kloka synpunkter.

9. REFERENSER

1. Ferrari R, Shorter E. From railway spine to whiplash-the recycling of nervous irritation. *Med Sci Monit*, 2003;9(11):HY27-37.
2. Crowe HE. Injuries to the cervical spine. Paper presented at the meeting of the Western Orthopaedic Association, San Fransisco 1928.
3. Bunketorp O, Pisksnärtsskada nutidstrafikens farsot? *Läkartidningen*, 1998;95(26-27) .
4. Spitzer W et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash associated disorders: redefining whiplash and its management. *Spine* 1995;20 (8 suppl):1S-73S.
5. Västra Götalands Vårdprogram för whiplashrelaterade besvär. www.vgregion.se/whiplash.
6. Arbetsrehabcentrums verksamhetsberättelse 2003. Arbetsrehabcentrum St Sigfridsgatan 85 412 66 Göteborg tel 031-3350900.
7. Höök I-M. Omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär- Riktlinjer för Västra Götaland. En kartläggning av implementering av vårdprogrammet inom primärvården Göteborg. Hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg. 2004-11-05.
8. Sterner Y, Gerdle B. Acute and chronic whiplash disorders- a review. *J Rehabil Med* 2004;36:193-210.
9. Levander B, Gerdle B. Whiplashskador och den degenerativa nacken.Södertälje; Astra Läkemedel AB Trosa tryckeri;1995.
10. Schnabel M, Ferrari R, Vassiliou T, Kaluza G. Randomised, controlled outcome study of active mobilisation compared with collar therapy for whiplash injury. *Emergency Medicine Journal* 2004;21:306-310.
11. Borchgrevink G E, Kaasa A, McDonagh D, Stiles T C, Haraldseth O, Lereim I. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. *Spine*;23(1): 25-31.
12. Seferiadis A, Rosenfeld M, Gunnarsson R. A review of treatment interventions in whiplash-associated disorders. *Eur Spine J*. 2004;13:387-397.
13. Scholten-Peeters G G M, Bekkering G E, Verhagen A P, van der Windt D A W M, Lanser K, Hendriks E J M, Oostendorp R A B. Clinical practice guideline for the physiotherapy of patients with whiplash-associated disorders. *Spine* 2002;27(4):412-422.
14. Gerdle B(red), Bring G, Fredin Y, Johansson B, Levander B, Smedmark V, Söderström S, Ödman Ryberg K. Vårdprogram för Whiplashrelaterade besvär. 1998. www.rehab.inr.liu.se/whiplash.
15. Söderlund A, Olerud C, Lindberg P. Acute whiplash –associated disorders(WAD):the effects of early mobilization and prognostic factors in long-term symptomatology. *Clinical Rehabilitation* 2000;14:457-467.
16. Kyhlbäck M, Thierfelder T, Söderlund A . Prognostic factors in whiplash-associated disorders. *Int J Rehabil Res*, 2002;25(3): 181-187.
17. Drottning M, Staff P H, Levin L, Malt U F. Acute emotioneal response to common whiplash predicts subsequent pain complaints. *Nord J Psychiatry*.1995;49(4):293-299.
18. Kivioja J, Själin M, Lindgren U. Psychiatric morbidity in patients with chronic whiplash-associated disorders. *Spine* 2004;29(11):1235-1239.vol 29,number 11.
19. Olsson I, Bunketorp O, Carlsson G, Gustafsson C, Planath I, Norin H, Ysander L. An in depth study of neck injuries in rear end collisions. 1990 International IRCOBI Conference; September 12-14 1990; Bron,Lyon France.
20. Stemper B D, Yoganandan N, Pintar F A. Gender dependent cervical spine segmental kinematics during whiplash. *Journal of Biomechanics*. 2003;36(9):1281-1289.
21. Nygren Å (red), Magnusson S, Grant G. Nackskador efter bilolyckor. Lund: Studentlitteratur; 2000.

22. Bunketorp O, Lindh M. Uppföljning av patienter med whiplashrelaterade besvär. En enkätstudie för utvärdering av ett vårdprogram för det akuta omhändertagandet. På uppdrag av Whiplashkommissionen Stockholm. Trafikskaderegistret/SU-Östra sjukhuset/Arbetsrehabcentrum St Sigfridsgatan 85 412 66 Göteborg 2005.
23. Sjukfrånvarande 1987-2003 Arbetskraftundersökningar [www.scb.se]. Stockholm:Statistiska Centralbyrån [citerad februari 2005]. Hämtad från www.scb.se/templates/tableorchart.
24. Sterner Y, Toolanen G, Gerdle B, Hildingsson C. The incidence of whiplash trauma and the effects of different factors on recovery. *Journal of Spinal Disorders and Technigues*. 2003;16(2):195-199.

Göteborg oktober 2004

Till

Förra året besökte Du sjukgymnast på Nackskademottagningen/Arbetsrehabcentrum i Göteborg. Vi håller nu på att följa upp de patienter vi undersökt, bedömt och rådgivit enligt Västra Götalands vårdprogram. Syftet är att utvärdera hur rekommendationerna stämt. Dina svar har betydelse för hur omhändertagandet kan se ut i framtiden.

Vi skulle vara mycket tacksamma om Du besvarar frågorna på de kommande tre sidorna och sedan skickar tillbaks dem i bifogat kuvert.

Dina svar förs inte in i någon journal utan används bara som data i en statistisk utvärdering. Man kommer inte att kunna identifiera Dig som enskild individ. För att kunna skicka eventuell påminnelse får varje enkät ett nummer. Efter sammanställningen kommer enkäterna att förstöras. Deltagandet är frivilligt.

Undrar Du över någonting kontakta gärna Karin Branander på telefonnummer eller mailadress enligt nedan.

Är du intresserad av att se resultatet är Du välkommen att höra av Dig till oss under juni månad 2005.

Malin Lindh
Överläkare, docent
Arbetsrehabcentrum

Karin Branander
Leg sjukgymnast
Arbetsrehabcentrum
Tel nr: 031-335 09 04

- Nej, jag behövde kontakta annan yrkeskategori. Vilken ?.....
Antal gånger.....

St.Sigfridsgatan 85, 412 66 Göteborg
Tel: 031-335 09 00. Fax 031-703 47 73

Bilaga 1. 3(4)

4. Hur länge var Du sjukskriven sammanhängande direkt efter olyckan?

Det är möjligt att kryssa i flera rutor.

- Jag var inte sjukskriven.
 25%. Hur länge ?.....
 50%. Hur länge ?.....
 75%. Hur länge ?.....
 100%. Hur länge ?.....

5. Har Du varit sjukskriven i ett senare skede pga. de besvär Du fick efter olyckan Du sökte för på Nackskademottagningen?

Det är möjligt att kryssa i flera rutor.

- Nej.
 Ja, 25%. Hur länge ?.....
 Ja, 50%. Hur länge ?.....
 Ja, 75%. Hur länge ?.....
 Ja, 100%. Hur länge ?.....

6. Är du sjukskriven för närvarande pga. de besvär Du sökte för på Nackskademottagningen?

- Nej.
- Ja, 25%.
- Ja, 50%.
- Ja, 75%.
- Ja, 100%.

St.Sigfridsgatan 85, 412 66 Göteborg
Tel: 031-335 09 00. Fax 031-703 47 73

Bilaga 1. 4(4)

7. Har Du för närvarande några besvär som Du bedömer bero på den olycka Du sökte för på Nackskademottagningen?

Det är möjligt att kryssa i flera rutor.

- Nej.
- Ja, huvudvärk.
- Ja, värk i nacke.
- Ja, värk i arm.
- Ja, övrigt
-

8. Hur ofta besväras Du av något eller några av besvären ovan?

- Aldrig.
- Någon gång i månaden
- Flera gånger i månaden.
- En eller flera gånger i veckan.
- Dagligen.

9. Hur ofta besväras Du av obehagliga tankar och känslor som handlar om olyckan?

- Aldrig.

- Någon gång i månaden
- Flera gånger i månaden.
- En eller flera gånger i veckan.
- Dagligen.

10. Har Du varit med om någon ny olycka, efter Ditt besök på Nackskademottagningen som givit dig besvär?

- Nej.
- Ja.

Här är enkäten slut. Vi ber Dig läsa igenom den en gång till och se efter att alla frågor är besvarade.

Övriga synpunkter.....
.....
.....
.....
.....

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Göteborg november 2004

Till

För cirka tre veckor sedan fick Du en enkät från oss på Nackskademottagningen/Arbetsrehabcentrum.

Då dina svar är av mycket stor betydelse för sammanställningens värde tar vi oss friheten att på nytt skicka ut en enkät till dig.

Vi skulle vara mycket tacksamma om Du har möjlighet att besvara frågorna och sedan skicka dem åter till oss i bifogat kuvert.

Kontakta oss om Du har några frågor!

Har Du precis skickat in enkäten ber vi Dig bortse från denna påminnelse.

TACK PÅ FÖRHAND!

Malin Lindh
Överläkare, docent
Arbetsrehabcentrum

Karin Branander
Leg sjukgymnast
Arbetsrehabcentrum
Tel nr: 031-335 09 04
Mail:karin.branander@vgregion.se