

Primärvårdsperspektivet osynligt i vårdprogram om pisksnärtsskador

Allmänläkarnas erfarenheter saknas, och sjukhusperspektivet ges tolkningsföreträde i det nyligen presenterade vårdprogrammet för pisksnärtsrelaterade besvär. Det är särskilt olyckligt eftersom det gäller en patientgrupp som till största delen handläggs inom allmänmedicinen och där dess personkännedom spelar en stor roll för utredning och behandling.

Ett nytt »Vårdprogram för whiplashrelaterade besvär» [1] har enligt massmedierna skapat förutsättningar för ett korrektare bemötande av patienter med denna typ av besvär. När man läser det 40-sidiga materialet blir man som allmänläkare bekymrad. Ingen av de väsentligheter som Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) pekade på under remissomgången har beaktats i den slutliga versionen (bortsett från att en referens lagts till).

Nu riskerar programmet att bli en frustrerande påminnelse om hur olika man ser på patienter inom sjukhus och vid vårdcentraler samt hur primärvården uppfattas som en verkställare av specialistläkarens ambitioner.

Primärvårdens erfarenheter utelämnade

Det framgår av programmet att man räknar med att handläggningen sker vid en vårdcentral vid det akuta besöket och vid ett eventuellt återbesök två till tre veckor efter traumat. Om besvären blir långvariga föreslås behandlingen ges vid specialistklinik (t ex rehabiliteringsklinik, ortopedisk eller neurologisk klinik).

Man har som allmänläkare svårt att känna igen sig i den långa lista av undersökningar och iakttagelser som man

uppmannas att göra. Vet de som skrivit programmet inte hur arbetsvillkoren och resurserna i dag är på de flesta vårdcentraler? Vet »experterna» inte heller vilken erfarenhet många allmänläkare har av patienter med besvär relaterade till pisksnärtsskador?

Uppenbarligen saknas den kunskapen. Programmet har blivit en uppräkningslista av aktiviteter och åtgärder som har sjukhusets förtecken vad gäller synen på den sjuka människan och på hur man med teknikens och olika specialisters hjälp skall behandla patienter med långdragna besvär efter våld mot hals och nacke.

I projektgruppen bakom programmet saknas både allmänläkare och sjukgymnast från primärvården. De brister som vi pekar på nedan kunde ha undvikits om primärvården varit representerad i arbetet.

Orealistiskt om handläggningen

Anamnes- och statustagandet både vid akutbesöket och vid återbesöket två till tre veckor senare beskrivs som om patienten vore helt okänd och som om man hade obegränsat med tid och resurser.

De flesta primärvårdsläkare känner emellertid sina patienter från tidigare kontakter. Denna personkännedom utgör en mycket viktig utgångspunkt i synen på hur man förhåller sig till en person med anamnes på nackvåld. Det nyttillkomna tolkas i relation till det tidigare kända. Personkännedom och vikten av att beakta bakgrundsfaktorer (att ta ställning till ett »bakgrundsbrus») tas inte upp i programmet.

Har personen exempelvis drabbats av skador tidigare, och hur var då reaktionen på skada och tillfrisknande? Hur lever hon eller han i sin familj – finns det stöd i den närmaste gruppen eller är patienten mer isolerad? Är det en patient med tendens till långa sjukskrivningar? Hur är yrkesanpassningen, trivs eller vantrivs personen på sitt jobb? Vilken inställning har han eller hon till medicinsk hjälp och till sjukgymnaster och specialister? Var ungefär ligger smärtröskeln? Har patienten en tendens att bagatellisera besvär eller söker vederbörande ofta även vid till synes lindriga symtom?

I programmet uppräknas nu en mängd symtom som om alla kroppssensationer hade sitt ursprung i abnorma

DEBATT

Man har som allmänläkare svårt att känna igen sig i den långa lista av undersökningar och iakttagelser som man uppmannas att göra. Vet de som skrivit programmet inte hur arbetsvillkoren och resurserna i dag är på de flesta vårdcentraler? Vet »experterna» inte heller vilken erfarenhet många allmänläkare har av patienter med besvär relaterade till pisksnärtsskador?

somatiska eller psykologiska reaktioner på nackvåldet. Mångfalden av symtombeskrivningar gör att de blir föga användbara i den kliniska kontakten. Mängden av information kan mer förvirra än underlätta.

Långt från verkligheten

Detaljrikedomen i handlägningsavsnittet står i kontrast till primärvårdens verklighet. På en distriktsläkarmottagning kan man inte överallt omedelbart erbjuda besök på 45–60 minuter. Sjukgymnaster med erfarenhet av pisksnärtsskador saknas på många vårdenheter, och tillgång till röntgen med möjlighet till specialundersökningar inom några veckor kan inte alla räkna med. Kravet att patienten skall träffa samma läkare vid utredning, behandling, remittering och intygsskrivande är också svårt att tillgodose med hänsyn till problemets akuta karaktär, den tid som krävs för kontakten och de preferenser vad beträffar läkarkontakt som dessa patienter ibland har.

Det är således en i flera avseenden orealistisk önskelista som beskrivs i detta avsnitt. En »kortversion», utan den undervisande texten och med en mer realistisk syn på de villkor som råder (med den ofullkomlighet som är dagens verklighet), hade varit till större hjälp.

Viktiga arbeten saknas

Forskningen när det gäller pisksnärtsskador är i dag betydande, och

Författare

BENGT MATTSSON

styrelseledamot i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

BJÖRN OLSSON

ordförande i SFAM

MARGARETA SÖDERSTRÖM

vetenskaplig sekreterare, SFAM.

man kan finna stöd för de flesta teorier och åsikter i den omfattande litteraturen. I programmets litteraturförteckning saknas en typ av arbeten som borde varit med.

En stor undersökning sammanfattar: »Our results suggest that chronic symptoms were not usually caused by the car accident. Expectation of disability, a family history, and attribution of pre-existing symptoms to the trauma may be more important determinants for the evaluation of the late whiplash syndrome» [2].

Att långdragna muskuloskeletala besvär många gånger bottenar i psykologiska förhållanden och att så kallad sjukdomsvinst är en realitet visas i andra studier [3].

Dessa arbeten belyser realiteter som många i primärvården känner igen – kanske just därför att de som arbetar där har en hygglig personkänedom.

Motkraft mot rehabilitering

Ett modernt inslag i senkonsekvenserna till pisksnärtsskador är den juri-

diska »överbyggnad» som blivit vanlig. Oklarheter om ersättning avgörs i rätten, och i ett populärt TV-program för något år sedan uppmanade en advokat patienter med nackvårdsskador att inte ingå förlikning med försäkringsbolag tidigt. Symtom kan nämligen (enligt vissa experter) uppträda efter flera år av symtomfrihet.

Denna inställning är självklart en stark motkraft till rehabiliteringsinsatser. Det är nästan omöjligt att komma vidare med symtom som funnits länge och där ekonomiska oklarheter väntar på avgörande. Dessa omständigheter borde ha berörts i programmet.

Sjukhuset ges tolkningsföreträde

Inom sociologisk forskning talar man ibland om maktpositioner och maktbeteenden – en grupp dominerar (t ex män) medan en annan grupp (kvinnor) är underordnad. En liknande härskarstrategi anar man ibland i sjukvården. Där är det sjukhusperspektivet som ges tolkningsföreträde. Vårdprogram-

metts tillkomst och innehåll är ett exempel på att primärvårdsperspektivet osynliggörs.

Detta blir särskilt deletärt när det gäller en patientgrupp som till största delen, både primärt och fortlöpande, handläggs inom allmänmedicinen. Tyvärr kommer därför detta vårdprogram knappast att i praktiken bidra till förbättrad handläggning av patienter med pisksnärtsskador.

Referenser

1. Gerdle B, red. Vårdprogram för whiplash-relaterade besvär. Smärt- och rehabiliteringscentrum, Linköpings universitetssjukhus, 1998.
2. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene J et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996; 347: 1207-11.
3. Elkayam O, Ben-Itzhak S, Avrahami E, Meidan Y, Doron N, Eldar J et al. Multidisciplinary approach to chronic back pain: prognostic elements of the outcome. *Clin Exp Rheumatol* 1996; 14: 281-8

Replik:

Vårdprogrammet ett första steg SFAMs polarisering olycklig

Även om det inte funnits någon allmänläkare i expertgruppen bakom vårdprogrammet om pisksnärtsrelaterade besvär har primärvården haft möjligheter att påverka utformningen. Och mer konkreta förslag välkomnas inför den revision av programmet som behöver göras om ett par år – den första versionen av programmet bör betraktas som ett första steg. Eftersom primärvården spelar en så viktig roll i vårdkedjan är det olyckligt att SFAM-företrädarna ägnar så stort utrymme åt en polarisering mellan primärvårds- och sjukhusperspektiv.

Företrädarna för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) är inte särskilt konkreta i sina förslag till förändring av vårdprogrammet. Skriften är ett programförslag för en patientgrupp och dess vårdkedja. I en sådan vårdkedja spelar primärvården den tyngsta rollen;

både som akut enhet och som remitterande instans.

SFAM-företrädarna ägnar ganska stort utrymme åt att måla upp motsättningar mellan »primärvårdsperspektivet» och »sjukhusperspektivet». Lika litet som det finns endast ett primärvårdsperspektiv torde det finnas endast ett sjukhusperspektiv. Och i modernt tänkande om vårdkedjor bör det inte finnas en sådan polarisering.

Debattinlägget från SFAM avslutas med påståendet att vårdprogrammet knappast kommer att bidra till förbättrat handläggande av patienter. Utarbetandet av ett optimalt vårdprogram är som vi ser det en dynamisk process som kommer att ta många år. Dessutom är skillnaden mellan landets landsting och deras resurser betydande.

Den nu publicerade versionen är förhoppningsvis ett första steg mot ett optimalt program, men den kommer att behöva revideras beroende på att nya erfarenheter och forskningsresultat etc tillkommer. En första revidering kan sannolikt bli aktuell efter två till tre år.

Det som slutligen avgör om vårdpro-

grammet har någon praktisk betydelse eller inte är om det upplevs som en hjälp i det praktiska arbetet av doktorer, sjukgymnaster och andra. Vi har fått många positiva kommentarer från personer inom primärvården, men vårdprogrammets faktiska betydelse kan nog bedömas först om några år. Två landsting har dock redan startat vårdprogram med utgångspunkt i vårt arbete, och ca 3 000 exemplar av programmet har redan distribuerats.

Normförslag kan underlätta

Vi vet också att många kolleger inom primärvården upplever sin arbetssitua-

Författare

BJÖRN GERDLE

professor, Smärt- och rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping

BO LEVANDER

professor, neuroortopediska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping.

tion som pressad, något som SFAM säkert har den bästa överblicken över. Men i en sådan situation kan ett vårdprogram underlätta arbetet i och med att det finns någon norm att hålla sig till, särskilt som många i vården upplever att handläggningen av denna patientgrupp är svår.

SFAM-företrädarna skriver att de har svårt att känna igen sig i den långa listan av rekommenderade undersökningar och iakttagelser. Vi anser inte att detta är några långa listor, men konkret – vad är det då som skulle vara för mycket?

Primärvården kunde påverka

I expertgruppen (fyra män och fyra kvinnor) har det – tvärtemot vad SFAM påstår om avsaknad av representation från primärvården – ingått en företagsläkare och en privatpraktiserande sjukgymnast med huvudsaklig verksamhet på primärvårdsnivå. En tredje medlem av gruppen har varit ansluten till allmänmedicinska institutionen vid Umeå universitet, och har där under projektiden disputerat på en avhandling om pisksnärtsskador; en docent i allmänmedicin var huvudhandledare.

Kort sagt har vi varit måna om att få olika erfarenheter från primärvården. Någon allmänläkare deltog inte i gruppen, och det är något som kan beaktas vid tillsättning av den grupp som skall revidera vårdprogrammet efter två till tre års praktisk användning. Vid utskicket av vårt första förslag till remissinstanser var vi mycket måna om att få in synpunkter från primärvården, och det är tråkigt att SFAM då inte tog chansen att bidra med konkreta synpunkter på den kliniska handläggningen. Åtskilliga andra instanser utnyttjade bättre denna möjlighet att konkret påverka utformningen av programmet, även om de inte var direkt representerade i expertgruppen.

Läkarkontinuiteten betonas

Vi är överens med SFAM om att en betydande personkännedom finns inom primärvården. Det är ett av skälen till att majoriteten av patientgruppen enligt vårdprogrammet skall skötas i primärvården. I inledningen till avsnittet om den konkreta handläggningen påpekas därför också följande: »Utgångspunkten är att omhändertagandet i majoriteten av fallen och till största delen sker inom primärvården. Det är viktigt att en och samma läkare håller i utredningar, behandlingar, remitteringar och intyg, samt fungerar som en fast punkt för dessa patienter.»

Dåligt underbyggt artikelbudskap

I sitt remissvar refererade SFAM tre

studier. En av dessa lades till i avsnittet »Bakgrund och begrepp» i vårdprogrammet.

Vi anser inte att det finns vetenskapligt underlag för det citat från en Lancet-artikel som SFAM åberopar som sin referens 2 (se debattinlägg i Lancet 1996; 348: 124-6). Allvarlig kritik kan riktas mot studiens uppläggning och representativitet. (En av forskarna från den sk Quebec-gruppen, Les Barnsley, har till och med använt Lancet-artikeln i en föreläsning som varnande exempel på hur okritiskt man kan ta till sig ett budskap från en internationellt aktad tidskrift.)

Den tredje artikeln SFAM önskade vi skulle citera (deras referens 3) är i och för sig inte ointressant, men den låg utanför vårdprogrammets direkta fokus eftersom patienter med i huvudsak ländryggsbesvär studerades och besvärssdurationen i genomsnitt var mer än fem år. Därtill var patientgruppen (N=67) selekterad, eftersom ett av ingångskriterierna var att sjukgymnastik skulle ha misslyckats. I artikeln förekom för övrigt inte några som helst uppgifter om att någon av patienterna skulle ha varit utsatt för pisksnärtstrauma.

Vi är överens om att psykologiska förhållanden ibland kan vara av stor vikt både vad gäller etiologi och vidmakthållande av olika former av smärttillstånd. I vårdprogrammet finns också ett relativt ingående avsnitt som beskriver olika psykologiska reaktioner inklusive »coping». I den konkreta handläggningen har vi också tryckt på detta (se t ex handläggningen tre månader efter traumat). Dessa avsnitt reviderades efter remissinstansernas synpunkter.

Advokat ofta stöd för patienten

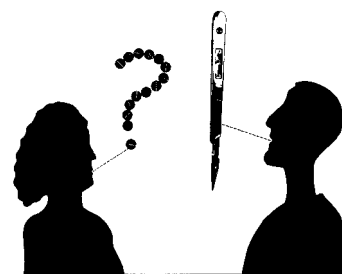
Vi är överens med SFAM om att olösta försäkringsfrågor kan fungera som väsentliga motkrafter vid rehabilitering. Därför finns i vårdprogrammet ett särskilt avsnitt om när och hur man som läkare skall utforma intyg. Där emot kändes det inte korrekt att särskilt peka ut advokater i allmänhet som ett rehabiliteringshinder.

Är advokaterna verkligen ett större problem än sjukvården eller försäkringsbolagen? Många patienter med kroniska problem upplever advokaten som ett pålitligt stöd, inte bara för att få rätt ekonomisk ersättning utan också i kampen för att få behandling och rehabilitering.

Eftersom SFAM tar upp frågan vill vi påpeka att expertgruppen inte har uppfattningen att lokalsymtom efter pisksnärtstrauma kan debutera flera år efter traumat.

*

Huvuddragen i vårdprogrammet redovisas på sidorna 3319-22.



MEDICINENS SPRÅK

Särtryck ur Läkartidningen 1990-93

Läkartidningens språkspalt innehåller både stort och smått, både dagsländor och "eviga" sanningar – om nu sådana över huvud taget finns i språket och medicinen.

Ett urval mer översiktliga artiklar från fyra år har samlats i detta 32-sidiga särtryck, som togs fram i anslutning till arbetet med "Förslag till skrivregler för medicinska termer".

Pris 48 kr. Vid 11-50 ex 43 kr, vid högre upplagor 40 kr/ex.

Beställ här

..... ex Medicinens språk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet "Medicinens språk".

Beställning per fax:
08-20 76 19