

Fara å färde när politiker styr och medlen tilldelas »lojala» forskare

På Brännpunkt i Svenska Dagbladet 8 september under rubriken med stora bokstäver »Svensk kriminalpolitik präglas av inkompetens» skriver Sten Levander om KBA, uttytt »Kommitté för brottsförebyggande arbete». KBA utsågs av den socialdemokratiska regeringen 1996, och Levander påpekar i sin artikel att i kommittén saknas helt företrädare för de medicinska disciplinerna missbruksvård, barnpsykiatri, rättsmedicin och vuxenpsykiatri samt akut-sjukvård och kirurgi.

Psykiatriutredningen 1973 och Socialstyrelsen 1975 rekommenderade till alla landsting den i Linköping 1970 nyöppnade tonårspsykiatrisk avdelningen som modell, med akutmottagning och dagavdelning, för förebyggande missbruks- och kriminalvård. Avdelningen, som kallades Tonårsbyrån, fick trots goda behandlingsresultat inga efterföljare och den lades ner efter 17 år.

I miljöpartiets partiprogram

När miljöpartiet var nytt i staden tog partiet på mitt förslag upp tonårsbyråmodellen på sitt partiprogram. Under min mandattid i landstinget, där jag kommit in, skrev miljöpartigruppen (tre läkare och en kurator) en motion om ekonomiska resurser till återupprättandet av tonårsbyrån enligt den beprövade modellen. Samma motion togs av miljöpartiet i riksdagen.

Tidigare hade undertecknad i brev beskrivit tonårsbyråmodellen både för den borgerliga och för den efterföljande socialdemokratiska regeringen med uppmaning att av såväl terapeutiska, kriminalpreventiva som ekonomiska skäl satsa resurser på denna modell.

Anna-Greta Leijon, som jag skrev till i hennes egenskap av justitieminister, var den enda i regeringarna som svarade personligt och fann min erfarenhet värdefull.

Doktorand

Efter min pensionering 1982 var jag inskriven som doktorand vid Tema-institutionen vid universitetet i Linköping. Med sociologen Karin Tengvald som handledare följde jag upp 85 av de ca 2 500 patientjournalerna på den tonårspsykiatriska avdelningen med uppgifter från kriminalvårdsregister, sjuk-

kassa och körkortsregister. Tema-institutionen sökte anslag från BRÅ men fick avslag.

Ligger arkiverade

Före öppnandet av den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping 1964 hade undertecknad arbetat som ensam barnpsykiatrisk rådgivare åt barnavårdsnämnder och skolor i Östergötland sedan 1950. På landstingets arkiv i Linköping förvaras nu mina 1 500 journaler från de åren, alla förda enligt en strukturerad anamnesmetodik jag hade utarbetat, där inte bara symtom utan alla tänkbara orsaker noterats och patientsvaren nedtecknats som direkta citat.

När mina journaler hade registrerats

på arkivet läste jag en annons i Forum (kvinnoforskarnas tidskrift i Linköping) att Folkhälsainstitutet hade forskningspengar. Jag tog då kontakt med institutet, dit jag inbjöds och blev mottagen med intresse dock utan att någon sedan kom till landstingsarkivet, som jag hoppats, för att se det stora unika journalmaterialet.

Jag kan därför instämma i Sten Levanders varningsord: »När forskningen inte är fri, och när politiker och politiserade tjänstemän (...) styr medelstildelingen till 'lojala' forskare samtidigt som de kontrollerar informationsflödet är det fara å färde.»

Brita Mannerheim

tonårspsykiater och fd överläkare, Linköping

”Whiplash” bör få mindre utrymme på den medicinska dagordningen

I Läkartidningen 30–31/98 kommenterar Björn Gerdle och Bo Levander kritiskt vår granskning av vårdprogrammet om pisksnärtskador [1, 2]. De skapar själva en polarisering – vår argumentering rymde inte ett motsatsförhållande. Samarbetet mellan olika vårdformer är självklart.

Vår huvudinvändning är att primärvårdens kunskaper inte tagits med. Den allmänmedicinska representation som Gerdle/Levander menar fanns i expertgruppen saknade specifik allmänmedicinsk kompetens. En allmänläkare med egen lista eller eget ansvarsområde och med erfarenheter av förmiddagens öppna mottagning eller eftermiddagens »akuttider» saknades i gruppen. Svårigheten och tidsutdräkten om alla de föreslagna undersökningarna skall genomföras beaktades inte.

Gerdle/Levander säger att det är viktigt att upptäcka vilka som blir långdragna fall [3]. De menar att vårdprogrammet uppmärksammar psykologiska förhållanden, »som ibland kan vara av stor vikt».

Men denna psykologiska observans görs först vid handläggningen ca 3 månader efter skadetillfället.

Vi underströk hur nödvändigt det är att se »skadan» i relation till den person som drabbats. Specifika psykologiska bedömningar behöver man inte ta till initialt, däremot är människokännedommen en given tillgång redan vid första besöket. Det finns en hippokratisk sentens för detta. »Det är viktigare att veta vilken person som har en viss sjukdom än att veta vilken sjukdom en viss person har».

Ett fåtal blir kroniker

Expertgruppen uppskattar att ca 16 000 personer drabbas per år och kronisk utveckling (besvär efter 6 månader) sker hos ca 700 av dessa (4 procent). Ett fåtal blir kroniker. Det går inte att skissa ett omhändertagande för dem som har oturen att få ett nackvård som om kronicitet vore en möjlig konsekvens för alla. En individualisering måste till annars initierar man en gigantisk överutredning för det flertal som mår bra efter ett par veckor. Iatrogenes hotar om man noggrant följer vårdprogrammet hos alla.

Gerdle/Levander vill också »ogiltigförklara» den Lancet-artikel som talar mot deras sak [4]. Men det är inte bara i

ANNONS

ANNONS

ANNONS

det norsk-litauiska projektet som andra slutsatser framhålls än de som expertgruppen understryker. I en nyligen publicerad ledare i en annan välrenommerad vetenskaplig tidskrift skriver man; »whiplash syndrome is an example of illness actually induced by society, in general, and by physicians in particular» [5].

Advokaters insatser är ibland till stöd. Men advokatengagemang som ensidigt inriktar sig på patienternas ersättningsanspråk skapar dystra perspektiv. Patienterna hindras i sina möjligheter till besvärshälsa, »hjälpen» låser dem i

en smärttroll och status quo uppmuntras. Det ger en obehaglig känsla av amerikanska avarter.

Alltför ensidig uppmärksamhet på själva nackskadan eller åtnjutande av särskilda resurser är inte ändamålsenligt för denna patientgrupp. Begreppet »whiplash» bör få mindre utrymme på den medicinska dagordningen.

Bengt Mattsson

Margareta Söderström

Björn Olsson

Styrelsemedlemmar

i Svensk förening

för allmänmedicin (SFAM)

Referenser

1. Gerdle B, Levander B. Vårdprogrammet ett första steg. SFAMs polarisering olycklig. *Läkartidningen* 1998; 95: 3324-5.
2. Mattsson B, Olsson B, Söderström M. Primärvårdsperspektivet osynligt i vårdprogram om pisksnärtskador. *Läkartidningen* 1998; 95: 3323-4.
3. Gerdle B, Levander B. Vårdprogram för pisksnärtsrelaterade tillstånd. *Läkartidningen* 1998; 95: 3319-22.
4. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Mickeviciene I et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996; 347: 1207-11.
5. Ferrari R, Russel AS. The whiplash syndrome-common sense revisited. *J Rheumatol* 1997; 24: 618-23.

Replik:

Vårdprogrammet – en strävan efter helhetssyn

Vårdprogrammet utgår från att det är viktigt att veta både *vem* personen är (somatiskt, psykologiskt, personlighetsmässigt, socialt etc) och *vad* personen lider av. Mattsson och medarbetare skriver: »...begreppet 'whiplash'» bör få mindre utrymme på den medicinska dagordningen». Vår förhoppning är att det ändå ska tolkas som en strävan (om än dåligt formulerad) efter helhetssyn.

De skriver: »Specifika psykologiska bedömningar behöver man inte ta till initialt, men däremot är människokännedom en given tillgång redan vid första besöket.» Vårdprogrammet föreslår inte specifika psykologiska bedömningar initialt. För att optimerade bli en människokännedom utgår vårdprogrammet från att handläggningen sker inom primärvården.

Det är sannolikt flera orsaker (med sinsemellan komplexa relationer) till att akuta smärttillstånd blir kroniska; exemplifiering ges i vårdprogrammet (sidan 11). De försäkringsmässiga förhållandena diskuteras ofta, men studier bekräftar inte en dominerande roll för utveckling av kroniska besvär; kulturella skillnader kan kanske finnas.

SFAMs styrelsemedlemmar citerar en ledare av Ferrari och Russell i *Journal of Rheumatology* [1]. Det hade varit på sin plats att nämna (och citera) den ytterligare ledare [2] som fanns i samma

nummer vilken på avgörande punkter invände emot huvudbudskapet hos Ferrari och Russel.

Medierna uppmärksammar oftast kroniska komplicerade fall med försäkringsproblematik. Som lekman kan det vara svårt att förstå att sådana fall representerar en minoritet och ej alls majoriteten av förloppen. Harald Schrader och medarbetare (i *Läkartidningen* 38/98) noterar tydligen inte att vårdprogrammet (under akut och två-tre veckor efter traumat) – för att undanröja felaktiga förväntningar hos den akut vård sökande – föreskriver att information ges om att de flesta personer ej får långvariga besvär.

Men en viktig princip i vårdprogrammet är därtill att de som utvecklar kroniska besvär måste erbjudas systematiska rehabiliteringsåtgärder och vissa remittering till smärt- eller rehabiliteringsmedicinsk klinik (nu ofta efter två-tre års sjukskrivning) för att minimera incidensen av komplicerade kroniska tillstånd.

Kritik även från andra

Mattsson och medarbetare menar att vårdprogrammet inte tillräckligt uppmärksammar de psykologiska förhållandena: »Men denna psykologiska observans görs först vid handläggningen cirka tre månader efter skadetillfället.» Detta är inte korrekt. I den första av

vårdprogrammets två delar beskrivs under rubriken akuta symtom neuropsykologiska, andra psykologiska symtom och posttraumatiskt stressyndrom, följt av ett särskilt avsnitt om »coping» (sidorna 10–11).

I handlägningsdelen uppmanar vi redan under akuta åtgärder (se anamnes) till uppmärksamhet på de psykologiska reaktionerna och kontakt med psykolog eller psykiater föreslås om uttalade psykologiska symtom föreligger.

Mattsson och medarbetare menar att vi »ogiltigförklarar» Schrader och medarbetares artikel [3] för att den talar mot vår sak.

Det är inget ovanligt att det finns flera bra utförda vetenskapliga artiklar som kommer till olika konklusioner. Men allvarlig vetenskaplig kritik kan riktas mot studien och den »ogiltigförklarar» av kvalitetsskäl inte bara av oss [2, 4, 5].

»Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context» [3] beskrivs av Schrader som »den första kontrollerade undersökningen av en oselecterad population efter påkörningsolyckor med whiplashmekanism». I själva verket föreligger flera olika selektioner; man studerar bil- och plåtskador som finns registrerade hos trafikpolisen och man studerar i huvudsak endast förare. Vill man studera den naturliga utvecklingen av en

Replik på repliken:

Korrelasjonen dårlig mellom radiologiske funn og subjektive plager

Gerdle og Levander har etter vårt innlegg i Läkartidningen 38/98 kommet med sin egen kritikk ovenfor vår studie om whiplash i Litauen [1]. Vi ønsker å tilbakevise denne kritikken. Vår risikopopulasjon for kroniske whiplash-relaterte symptomer fremkom ved å identifisere uselektert og fortløpende alle biler som ble påkjørt bakfra 1–3 år tidligere, og hvor trafikkulykken hadde en slik alvorlighetsgrad at trafikkpolitiet ble tilkalt. Alle sjåførere og alle passasjerere som sjåførene opplyste om, fikk tilsendt spørreskjemaer om subjektive symptomer. I Øst-Europa er, som i de

fleste andre land, flertallet av personer som sitter i en bil, mannlige sjåførere. Hadde vi derimot hatt en overvekt av kvinner og/eller passasjerere ville dette vært tegn på en skjev selektert studiepopulasjon.

Nesten alle tidligere retrospektive eller prospektive undersøkelser av langtidseffekter etter ulykker med whiplashmekanisme har vært basert på ulykkesofre som har oppsøkt helsevesenet pga traumatet. Dette innebærer en fare for å få selekterte pasientgrupper. Personer med preeksisterende plager, lav angstskel og disposisjon for psykosomatiske reaksjoner må antas å være mer tilbøyelig til å ta kontakt enn tidligere friske personer. Typiske eksempler kan være studier fra Sveits [2] der forskerne først fikk kontakt med ulykkesofre gjennom annonsering av studien i Swiss Medical Weekly Journal og gjentatte brev til primærleger. Dette innebærer to ledd med muligheter for seleksjonsfeil.

Det går frem av artikkelteksten at vår studie var en kontrollert historisk kohortundersøkelse og ikke en prospektiv undersøkelse slik Gerdle og Levander indirekte antyder.

Det etterlyses kliniske undersøkelser av vår studiepopulasjon. Da bare subjektive symptomer var relevante og det som regel ikke er noen objektive funn etter whiplash, må kliniske undersøkelser anses å være av mindre interesse for vår konklusjon.

Gerdle og Levander hevder at vår studie mangler tilstrekkelig statistisk styrke. For å gjennomføre tilforlataelige »power» analyser trenger man pålitelige data for andelen av ulykkesofre som tar kontakt med helsevesenet. Slike data ekisterer så vidt vi vet, ikke. Argumentet om manglende statistisk styrke må likevel være av mindre betydning da ingen av våre 202 ulykkesofre synes å ha kroniske plager forårsaket av ulykken.

Viser ikke noen traumatiske forandringer

Når det gjelder Levander og Gerles artikkel »Skadepanorama etter pisksnærttrauma» i Läkartidningen 38/98 er det viktig å merke seg at de fleste publiserte magnetresonanstomografiske undersøkelser av cervikalcolumna

etter whiplash ikke viser noen traumatiske forandringer. På vårt MRT-senter i Trondheim er det nå gjennomført mellom 700 og 800 undersøkelser etter vanlig whiplash. Mange ble utført innen 4 dager etter ulykken [3]. Et stort antall undersøkelser ble gjennomført flere år etter ulykken. Ikke et eneste tilfelle med entydige posttraumatiske forandringer ble funnet. Bortsett fra diskutabile kasuistiske meddelelser, finnes det i litteraturen ingen særlige holdepunkter for at whiplashlesjoner som ikke er synlig på MRT står i sammenheng med kronisk invalidiserende symptomer. Ifølge en nyere studie, som inkluderte en mindre selektert og større gruppe enn den undersøkelsen av Watkinson [4] som Levander og Gerdle siterte, var det heller ingen holdepunkter for at skader med whiplashmekanisme skulle føre til økt utviklingshastighet av degenerative forandringer [5]. Uansett, det synes å være dårlig korrelasjon mellom radiologiske funn og subjektive plager [6]. Med disse betraktninger, anser vi denne diskusjon som avsluttet fra vår side.

Harald Schrader

professor i nevrologi,

Gunnar Bowim

professor i nevrologi,

Trond Sand

professor i klinisk nevrofysiologi,

nevrologisk avdeling,

Regionskehuset i Trondheim,

Norge

Referanser

1. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Michevičienė D, Misevičienė et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996; 347: 1207-11.
2. Radanov BP, Sturzenegger M, G Di Stefano. Long-term outcome after whiplash injury. *Medicine* 1995; 74/5: 281-97.
3. Borchgrevink GE, Smevik O, Nordby A, Rinck PA, Stiles TC, Lereim I. MR imaging and radiography of patients with cervical hyperextension-flexion injuries after car accidents. *Acta Radiologica* 1995; 36: 425-8.
4. Watkinson A, Gargan MF, Bannister GC. Prognostic factors in soft-tissue injuries of the cervical spine. *Injury* 1991; 22/4: 307-9.
5. Parmar HV, Raymakers R. Neck injuries from rear impact road traffic accidents: prognosis in persons seeking compensation. *Injury* 1993; 24/2: 75-8.
6. Pearce JMS. Whiplash injury: A reappraisal. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989; 52: 1329-31.

sjukdom/ett tilstand från akut till kronisk(t) måste man som inklusionskriterium ha förekomsten av tillståndet i sin akuta form.

Att bilens plåtskada skulle vara förknippat med whiplashmekanism och/eller besvär var inget ingångskriterium.

Andra problem är att studien är förknippad med dålig statistisk »power», när efter trafikolyckan frågeformulären besvarades, att kliniska undersökningar inte genomfördes etc.

Tre fjärdedelar av personerna i studien var därtill män, vilket kraftigt kontrasterar tidigare studier. I sitt inlägg hänvisar Schrader och medarbetare även till egna studier i tryck, dessa får värderas när de föreligger.

Björn Gerdle

professor,

Linköping

Bo Levander

professor,

Linköping

Referanser

1. Ferrari R, Russell AS. The whiplash syndrome – common sense revisited [editorial]. *J Rheumatol* 1997; 24: 618-23.
2. Radanov BP. Common Whiplash-research findings revisited [editorial]. *J Rheumatol* 1997; 623-5.
3. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Micevičienė D, Misevičienė I et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996; 347: 1207-11.
4. Sulg IA, Nyland HI. Lider de fleste kronisk nakkeslengskadede av vinningsneurose? *Tidskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 4120-2.
5. Björger IA. Letter to the editor. *Lancet* 1996; 348: 124.