

# Svårt värdera sena besvär efter distorsion av halsryggen

Nytt försäkringsmedicinskt verktyg ger stöd vid bedömning av samband



**KLAS BERLIN**, specialistkompetens i allmän invärtesmedicin och arbets- och miljömedicin [klas.g.berlin@forsakringskassan.se](mailto:klas.g.berlin@forsakringskassan.se)

**EDDY HOLMGREN**, docent, specialistkompetens i neurokirurgi, företagshälsovård och rehabiliteringsmedicin

**JORMA STYF**, professor, överläkare, ortopedkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; samtliga försäkringsmedicinska rådgivare, Försäkringskassan, Nationellt försäkringscenter Gärdar, Göteborg

Den försäkringsmedicinska synen på långvariga besvär efter distorsion av halsryggen (pisksnärtsrelaterad skada [WAD; whiplash associated disorder]) har varierat över tid, från ett relativt okritiskt accepterande av samband som exemplifieras i försäkringsläkaryttrande daterat 2003 »Den försäkrade har varit utsatt för ett olycksfall och blivit påkörd bakifrån. Enligt praxis talar övervägande skäl för ett samband« till den mer nyanserade syn som uttrycktes av Socialstyrelsens rättsliga råd hösten 2006 [1].

Vid försäkringsmedicinska bedömningar enligt arbetsskadelagens regler gäller inte enbart att värdera om en faktor är en möjlig orsak, utan lagstiftaren kräver att det ska vara klart att skadan är den väsentligaste orsaken till de aktuella sjukdomsbesvärerna [2].

Försäkringsmedicinsk sambandsbedömning är alltså en grannliga uppgift. Frågan gäller inte enbart den tidsmässiga kopplingen. Samverkande och konkurrerande faktorer, individuell sårbarhet och medicinsk rimlighet måste också vägas in. Det medicinska journalunderlaget vid WAD är ofta mycket omfattande, därtill kommer teknisk information från skadeturledningar, polisrapporter och information från arbetslivsinriktade insatser.

För att kunna strukturera denna omfattande information har försäkringsmedicinska rådgivare behov av ett utredningsstöd, som kan ge ökade förutsättningar för lika bedömning, förutsägbarhet och rättssäkerhet. (Tidigare kallades försäkringsmedicinska rådgivare försäkringsläkare; de försäkringsmedicinska rådgivarnas yrkesroll är dock mer utpräglat rådgivande och konsultativ än vad försäkringsläkarens var.)

Mot denna bakgrund har vi tagit fram en checklista och värderat dess användbarhet i utredningsprocessen.

## MATERIAL OCH METODER

Vid Arbets-skadkontoret NFC (Nationellt försäkringscenter)

### FAKTA 1. Punkter i checklistan

**Punkter i checklista för individuell bedömning av sambandets styrka mellan exponering för distorsion av halsrygg och långvariga besvär (WAD grad 1 + 2) (för den autentiska checklistan, se <<http://www.forsakringskassan.se/vardgivare/stod>>).**

1. Diagnosen är baserad på anamnes och status vid läkarundersökning.
2. Diagnosen är ställd i nära anslutning till skadetillfället.
3. Diagnosen är baserad på strukturellt påvisbar skada.
4. Diagnosen är baserad på fysiologiskt påvisbar förändring.
5. Besvärsdebut inom 72 timmar.
6. Våldets art och storlek är adekvat.
7. Initial symtombild kan vara orsakad av exponeringen.
8. Besvärsbilden (subjektiv) är kontinuerlig, ingen påtaglig symtomreduktion.
9. Besvärsbilden (objektiv) har inte reducerats enligt klinisk undersökning.
10. Samverkande/konkurrerande faktorer före olyckan saknas i underlaget.
  - a) Ont i nacke-skuldra beskrivs ej.
  - b) Psykisk sjukdom beskrivs ej.
  - c) Allvarliga livsbelastande händelser beskrivs ej.
  - d) Substansmissbruk beskrivs ej.
11. Samverkande/konkurrerande faktorer efter olyckan saknas i underlaget.
12. Det är medicinskt rimligt att exponeringen kan orsaka de besvär som den försäkrade har i nuläget.
13. Det är medicinskt rimligt att exponeringen har gett upphov till den eventuella påvisbara strukturella skada eller fysiologiska förändring som nu föreligger.
14. Tillskrivandegraden för samverkande/konkurrerande faktorer är i dag <50 procent (inte övervägande skäl).
15. Olycksfallsrelaterade symtom och funktionsnedsättning är den väsentligaste orsaken till nuvarande arbetsoförmåga.

Gärda i Göteborg har en checklista omfattande 15 punkter med totalt 19 påståenden tagits fram (Fakta 1), <<http://www.forsakringskassan.se/vardgivare/stod>>. Punkt 10 innehåller utöver ett överordnat påstående om samverkande/konkurrerande faktorer också fyra separata, underordnade påståenden.

Punkterna belyser det anmälda traumat, den akuta besvärsbilden och den fortsatta besvärsutvecklingen. De tar också upp förekomst av strukturella förändringar och samverkande faktorer. Påståendena är i checklistan utformade med tre svarsalternativ: »ja«, »nej« och »ej bedömbart«. Ett jakande svar talar för samband och ett nekande svar mot sam-

### SAMMANFATTAT

**En checklista** har tagits fram för att användas som ett utredningsstöd inför individuell bedömning av samband i ärenden med distorsion av halsryggen (pisksnärtsrelaterad skada).

**Checklistan** förmår diskriminera mellan ärenden med starkt samband och ärenden med svagt samband.

**Checklistan** har egenskaper som kan minska osäkerheten i bedömningarna och därigenom öka rättssäkerheten. **Förekomst** av samsjuklighet behöver uppmärksammas av såväl behandlande läkare som försäkringsmedicinska rådgivare.



## FAKTA 2. Nyckel till checklistan

### Nyckel till checklista för bedömning av sambandets styrka mellan exponering och WAD grad 1 och 2.

#### 1. Diagnosen är klarlagd

Ja: Baserad på klinisk undersökning av läkare där underlaget tillåter bedömning av diagnos enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 samt WAD-grad.

Nej: Diagnosen är osäker, baserad på uppgifter från polisrapport, försäkringsbolag, oklart beskrivna. Den försäkrade är inte undersökt av läkare. Diagnosen ställdes sent eller är felaktig.

#### 2. Diagnosen har tidssamband med skadetillfället

Ja: Diagnosen är ställd inom någon vecka, högst 1 månad efter exponeringen.

Nej: Diagnosen ställdes senare än några veckor efter exponeringen.

#### 3. Diagnosen är baserad på strukturellt påvisbar skada

Ja: Misstänkta förändringar orsakade av traumalet ses med avbildningsmetod.

Nej: Inga påvisbara skador har identifierats.

#### 4. Diagnosen är baserad på fysiologiskt påvisbar förändring

Ja: Patologisk neurografi eller EMG.

Nej: Ingen säker fysiologisk förändring påvisad.

#### 5. Besvärdebut inom 72 timmar

Ja: Besvärerna debuterade omedelbart eller inom 72 timmar.

Nej: Besvärerna debuterade efter 3 dygn eller senare.

#### 6. Våldets art och storlek är adekvat

Ja: Underlaget beskriver adekvat våld med hjälp av accelerationspuls, kollisionsriktning eller relativ kollisionshastighet. Skador på inblandade fordon är kända.

Nej: Kollisionsriktning, kollisionshastighet eller fordonsskador är okända.

#### 7. Initial symtombild är orsakad av exponeringen

Ja: Stämmer helt eller till övervägande del med exponeringen.

Nej: Osäkert. Andra orsaker och faktorer orsakar symtombilden.

#### 8. Besvär bilden är kontinuerlig, ingen symtomreduktion

Ja: Den försäkrade har haft ungefär lika mycket symtom hela tiden eller försämrats.

Nej: Symtombilden har reducerats alternativt temporärt upphört helt och hållet.

#### 9. Den objektiva besvär bilden har inte reducerats enligt klinisk undersökning

Ja: Objektiva fynd vid läkarundersökning har inte reducerats.

Nej: Väsentligen normalt status finns temporärt registrerat i underlaget.

#### 10. Samverkande/konkurrerande faktorer före olyckan saknas i underlaget

Ja: Sjukvårdskrävande besvär fanns inte före olyckan.

Nej: Sjukvårdskrävande samsjuklighet beskrivs i underlaget. Exempel är generaliserad smärta, symtomgivande degenerativ sjukdom, psykisk sjukdom, allvarliga livsbelastande händelser utöver det vanliga och substansmissbruk.

#### 11. Samverkande/konkurrerande faktorer efter olyckan saknas i underlaget

Ja: Bara olycksrelaterade besvär beskrivs. Nej: Samsjuklighet beskrivs i underlaget. Exempel är generaliserad smärta, psykisk sjukdom och allvarliga livsbelastande händelser utöver det vanliga och substansmissbruk.

#### 12. Det är en medicinsk rimlighet att exponeringen kan ge upphov till de besvär som den försäkrade har i nuläget

Ja: Helt rimligt eller tänkbart.

Nej: Orimligt eller mindre troligt baserat på aktuellt kunskapsläge.

#### 13. Det är medicinskt rimligt att exponeringen har gett upphov till fysiologiska förändringar

Ja: Helt rimligt och tänkbart.

Nej: Orimligt eller mindre troligt baserat på aktuellt kunskapsläge.

#### 14. Tillskrivandegraden för samverkande/konkurrerande faktorer bidrar till nuvarande arbetsoförmåga

Ja: Tillskrivandegraden är <50 procent.

Nej: Tillskrivandegraden för samverkande/konkurrerande faktorer är ≥50 procent.

#### 15. Olycksfallsrelaterade symtom och funktionsnedsättning bidrar till nuvarande arbetsoförmåga

Ja: De initialt olycksrelaterade symtomen bidrar med >50 procent till funktionsnedsättningen i dag.

Nej: En rad andra symtom och besvär har tillkommit under tiden efter olyckan.

band. De olika svarsalternativen i checklistan definieras av en »nyckel« (Fakta 2).

Checklistan togs fram före studiestart. Vi tre försäkringsmedicinska rådgivare har använt checklistan vid bedömning av totalt 68 konsekutiva ärenden under arbetsperioden februari till augusti 2007.

Efter bedömningen summerade en oberoende administratör antalet svar med »ja«, »nej« och »ej bedömbart« på de första 14 punkterna 18 påståenden för varje individ. Svaret på det 19:e påståendet under punkt 15, som utgör de försäkringsmedicinska rådgivarnas egen slutsats och svaret på handläggarens fråga om huruvida »övervägande skäl talar för samband«, räknades eller poängsattes inte.

Resultaten analyserades också efter poängsättning enligt en viktning av varje punkt (1–3 plus- eller minuspoäng), som tagits fram av en icke-deltagande försäkringsmedicinsk rådgivare och en av oss (Jorma Styf). Förhållanden som enligt vetenskapliga studier styrker ett samband gavs pluspoäng, förhållanden som talar mot samband gavs minuspoäng, medan »ej bedömbart« gavs noll poäng. Högsta möjliga poäng var 47 pluspoäng, lägsta möjliga poäng var 33 minuspoäng. Differensen mellan pluspoäng och minuspoäng beräknades (Tabell I). Ärendena delades därefter in i två grupper baserat på huruvida övervägande skäl talade för eller mot samband mellan anmänt olycksfall och aktuell besvär bild.

## RESULTAT

Ålders- och könsfördelning samt symtomduration redovisas i

Tabell II. För 16 individer (23 procent) bedömdes det prövade olycksfallet utgöra den väsentligaste orsaken till aktuell besvär bild (samband föreligger). Av dessa var 8 män och 8 kvinnor, vilket utgör 35 procent av de bedömda männen respektive 18 procent av kvinnorna.

De 16 ärenden där samband bedömdes föreliggande hade i medeltal 13 (9–17) jasvar och 4 (1–7) nejsvar; 0–2 påståenden per ärende var inte bedömbara.

Om gränsen där samband i ärendet bedömdes föreliggande sattes till ≥10 jasvar blev checklistans sensitivitet 94 procent och

TABELL I. Övervägande skäl för samband.

Poäng	Ja	Nej
Pluspoäng	33,3 (23–44)	18,4 (6–29)
Minuspoäng	6,5 (2–16)	15,0 (5–26)
Differenspoäng	26,8 (10–41)	3,4 (–18 till +24)

TABELL II. Ålders- och könsfördelning samt symtomduration.

	Män	Kvinnor	Totalt
Antal (%)	23 (34)	45 (66)	68
Ålder, år	45 (27–63)	40 (20–66)	42 (20–66)
Duration, år	6,6 (2–15)	8,1 (1–23)	7,6 (1–23)
Samband föreligger, antal (%)	8	8	16 (23)



## »... tex kan depression vara en stark och oberoende riskfaktor för uppkomst av ospecifika värkproblem ...«

dess specificitet 81 procent. Den gränsen betyder att checklistan korrekt skulle kunna klassificera 15 av de 16 fallen. Sensitiviteten definierar vi som checklistans förmåga att förutse ett jakande svar på fråga 15 (att samband föreligger). Specificiteten blir då checklistans förmåga att förutse ett nekande svar på fråga 15 (samband föreligger inte).

Om gränsen sattes till  $\geq 9$  poäng blev sensitiviteten 100 procent, men specificiteten sjönk till 65 procent. I ärenden där samband inte bedömdes föreligga hade de försäkrade 7,7 (3–12) jasvar och 9,2 (5–15) nejsvar; 0 till 4 påståenden per ärende var inte bedömbara.

När viktade poäng användes fick de ärenden där samband bedömdes föreligga i genomsnitt 33,3 (23–44) pluspoäng och 6,5 (2–16) minuspoäng, differens 26,8 (10–41) poäng. Syftet med denna viktning var att undersöka om en viktning kunde medföra en ökad tydlighet i skillnad mellan fallen där samband bedömdes föreligga och där så inte var fallet. Viktning av de olika påståendena bidrog inte till ökad tydlighet.

De fall där samband inte bedömdes föreligga hade i genomsnitt 18,4 (6–29) pluspoäng och 14,2 (5–26) minuspoäng, differens 3,4 (minus 18 till plus 24) poäng.

Om gränsen för att tillstyrka samband i ett ärende sattes vid en differens om 10 poäng blev checklistans sensitivitet 100 procent men dess specificitet 73 procent. Om gränsen höjdes till 15 poäng sjönk checklistans sensitivitet till 88 procent och dess specificitet steg till 85 procent.

### DISKUSSION

Studien visar att checklistan kan vara användbar som ett utredningsstöd, vilket på ett strukturerat sätt kan systematisera underlaget inför bedömning av sambandet. Checklistan kan diskriminera mellan försäkringsärenden med starkt samband och ärenden med svagt samband, en »golvs- och tak«-effekt. Detta gäller såväl vid enkel summering av antalet ja- och nejsvar som vid viktad poängräkning.

Könsfördelningen i vår studie avspeglar den uppdelning som ses i större material, med en tredjedel män och två tredjedelar kvinnor. Kvinnorna förefaller vara underrepresenterade vad beträffar andelen skador där samband bedömts föreligga. Att närmare analysera detta faller dock utanför denna studies målsättning men bör bli föremål för fortsatt undersökning.

Vår slutsats är att checklistan kan användas som utredningsstöd inför individuell bedömning av samband.

### Angeläget att samsjuklighet belyses också i läkarintygen

I våra underlag är samsjuklighet vanligt förekommande och kan utgöra samverkande/konkurrerande faktorer. I en studie av Ottosson och medarbetare [3] var 5 procent av dem som exponerats för trafikolycka sjukskrivna vid 6 månaders uppfölj-

ning, men en femtedel av dem var sjukskrivna på grund av annan sjukdom.

Intrycket från vår studie är att det finns en risk för att behandlande och intygsskrivande läkare alltför ensidigt kan komma att fokusera på en enskild skadehändelse, som ofta ligger flera år tillbaka i patientens liv. Att hänvisa endast till en enskild skadehändelse för att förklara komplexa somatiska och psykiatriska symtom och undersökningsfynd, utan ett differentialdiagnostiskt resonemang, ger en risk för att samsjuklighet missas och att den insatta behandlingen inte leder till målet.

I vår försäkringsmedicinska praxis har vi funnit flera fall där allvarliga symtom och undersökningsfynd samlats in under diagnosen »pisksnärtsskada/WAD«, medan det samtidigt eller i stället förelegat andra, allvarliga sjukdomstillstånd.

I flera ärenden har samma besvärsbild som var föremål för prövning, ofta en kombination av värkproblematik och depressiva besvär, förelegat redan före den aktuella exponeringen. Sådana faktorer kan ha en stor roll för besvärsutvecklingen, tex kan depression vara en stark och oberoende riskfaktor för uppkomst av ospecifika värkproblem [4, 5]. Av flera skäl är det alltså angeläget att samsjuklighet belyses inte bara i journalhandlingar utan även i läkarintygen.

Det är svårt att värdera samband inom försäkringsmedicinen, i synnerhet när det gäller långvariga besvär (WAD) efter distorsion av halsryggen. Det har också riktats kritik mot de försäkringsmedicinska bedömningarna från Riksrevisionen [6] om att bedömningarna skiljer sig alltför mycket, såväl nationellt som lokalt. Därför finns det ett stort behov av ett utredningsstöd som kan minska förekomsten av osäkerhet i bedömningarna och därigenom också ge ökad rättssäkerhet.

Den presenterade checklistan får ses som en första version. De preliminära resultaten visar att detta kan vara en framkomlig väg.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

*Kommentera denna artikel på [lakartidningen.se](http://lakartidningen.se)*

### REFERENSER

1. Socialstyrelsen Rr. Doss 449, dnr 586/06. 2006.
2. Regeringens proposition 2001/02:81: Vissa arbetsskadefrågor m.m. Stockholm: Riksdagen; 2001.
3. Ottosson C, Nyrén O, Johansson SE, Ponzer S. Outcome after minor traffic accidents: A follow-up study of orthopaedic patients in an inner-city area emergency room. *J Trauma*. 2005;58(3):553-60.
4. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*. 2004;107:134-9.
5. Kivioja J. Patient-related aspects on WAD [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2004.
6. Försäkringskassans hantering av arbetsskadeförsäkringen. Stockholm: Riksrevisionen; 2007. RiR 2007:3.

# Annonsera efter läkare?

En annons i *Läkartidningen* ger automatiskt en annons på vår jobbsajt *Karriär&Arbete*

Utmanande saklig  
**Läkartidningen**