

Förslag till hantering av symtom relaterade till pisksnärtsskada hör hemma i papperskorgen

■ Professor Jorma Styf och medarbetare har i LT 43/2009 (sidorna 2762-8) [1,2] lagt fram ett förslag till formaliserat frågebatteri som ska gås igenom och härvid vara ett stöd för den »råd-givare« som ska bedöma en mer komplicerad skada. Förslaget är dåligt.

Styf et al har reducerat symtom relaterade till pisksnärtsskada till en för dem mer hanterbar sort, nämligen något som lämpar sig att distribuera i formulärform. Genom att utelämna en stor del av den symtomatologi som kan förekomma leder förfarandet till en pseudodiagnostik. Formuläret förefaller vara så konstruerat att samsjukligheten har karaktär av psykiska symtom, sådant som skulle få en psykiatrisk diagnos.

Att betrakta de psykiska symtom som regelmässigt åtföljer svåra trauma av typ allvarlig pisksnärtsolycka som »samsjuklighet«, komorbiditet, är en smula obegripligt. Det rör sig ju här om den normala krisreaktion som åtföljer svåra och plötsliga förändringar i livsvillkoren. En sådan reaktion är normalpsykologi som förekommer vare sig man haft psykiatriska besvär före olyckan eller inte [3].

Vad som inte alls uppmärksammas i dessa arbeten [1,2]

är förekomst av tecken/symtom på skada i centrala nervsystemet, CNS, av lesionell typ. Symtom av denna typ är nedsatt psykisk uthållighet, ökad uttrötthet, minskad uppmärksamhet och koncentrationsförmåga, sömnrubbning (utöver smärtstörd sömn), minskad minnesfunktion och hörselrubbningar. En beskrivning av dessa symtom, och en realistisk diskussion, finns i Johanssons och Bergholms arbete i LT 2003 [4]. Redan 1998 fanns i LT en bra framställning av skadepanoramat av Levander och Gerdle [5].

Här föreligger också ett speciellt förhållande, nämligen känslan hos patienten av skam eller förlägenhet som är förknippad med nedsättningar i den kognitiva funktionen. Denna medför som regel att läkaren måste fråga specifikt efter dessa symtom för att få fram dem.

Ingen rekommendation om undersökning av neurolog eller testning av neuropsykolog ingår i Styfs utredning, ingen MRT, ingen hänvisning till moderna MRT-metoder, till exempel det som i dag kallas funktionell MRT (fMRT). Möjligheten till utredning med fasettsblockader berörs inte.

Skador i halsryggens mjukdelar och ledapparat, det vill



Collage: Eva Knutsson

Författaren uttrycker all respekt för det arbete som lagts ned, men rekommenderar ändå papperskorgen för förslaget till hantering av personer som utsatts för våld mot nacke och huvud.

säga senfästen, ligament, ledkapslar, fasettleader och dura, är vanligt förekommande. Men såväl pisksnärtsvåld som andra skadetyper medför ofta inre skador i hjärna och hjärnstam av typ hjärnödem, kärlskador och småblödningar. Det är också så att även låg hastighet vid pisksnärtsvåld och andra olyckstyper kan ge denna typ av skador.

I själva verket är ju ofta skadebilden en kombination av ett kroniskt nackrelaterat smärttillstånd och mer eller mindre uttalade cerebrala manifestationer [5].

För att få en rättvisande bild av detta krävs ett långt mer ambitiöst utredningsstöd än det som Styf et al anvisar i sitt förslag. De enda undersökningar som nämns i artiklarna är slätröntgen, palpation av nacken, neurografi och EMG (elektromyografi).

Aktuell kroppsundersökning och personlig psykologisk bedömning bortfaller helt när Försäkringskassan låter sin egen läkare skriva nya intyg eller anlitar en utomstående expert. En praxis

har här utvecklats, där dessa intygsskrivande läkare endast utifrån föreliggande journalmaterial uttalar sig om patientens grad av arbetsförmåga/rehabiliteringspotential.

Det är många uppfattning att när man som intygsskrivande läkare eller »råd-givare« släpper ifrån sig möjligheten till personlig kontakt och fysikalisk kroppsundersökning, förlorar man det mänskligt medicinska perspektiv som borde vara för-enat med all läkarverksamhet. Just den mänskligt handgripliga kontakten och det personliga mötet med svårt sjuka och handikappade människor är ofta avgörande för att man ska få en balanserad bedömning av så komplexa fenomen som arbetsförmåga och rehabiliteringspotential hos en enskild människa.

Med all respekt för det goda uppsåtet och det arbete som nedlagts på detta projekt vill jag ändå rekommendera papperskorgen för det!

Rolf Nilzén

specialist i anesthesiologi och företagshälsovård,
Hudiksvall
rolf.nilzen@telia.com

REFERENSER

1. Styf J, Olaya-Contreras P. Samsjuklighet vanlig vid besvär efter halsryggsdistorsion. Läkartidningen. 2009;106(43):2762-3.
2. Berlin K, Holmgren E, Styf J. Svårt värdera sena besvär efter distorsion av halsryggen. Läkartidningen. 2009;106(43):2764-8.
3. Persson T. Att möta människor i kris – om kristeori och krisbistånd. Lund: Studentlitteratur; 1995.
4. Bergholm U, Johansson B. Ny diagnostik kan leda till bättre behandling vid pisksnärtsskada. Läkartidningen. 2003;100(47):3842-6.
5. Levander B, Gerdle B. Skadepanorama efter pisksnärts-trauma. Läkartidningen. 1998;95(38):4076-84.

NÄSTA SIDA Författarna svarar.



Foto: Kerstin Ericsson/Vägverket

Vinterväglaget är förrädisk, och en avåkning kan resultera i pisksnärtsskada. Hur symtom relaterade till pisksnärtsskada ska hanteras diskuteras här.

REPLIK:

Nilzén verkar ha missförstått syftet med förslaget

■ Rolf Nilzén kritiserar vårt förslag till utredningsstöd, men verkar ha missförstått syftet. Det framgår klart av artikeln att formuläret inte är avsett att besvaras av den försäkrade själv, utan användas av den försäkringsmedicinske rådgivaren som ett stöd i att strukturera det många gånger omfattande underlaget.

Som framgår av artikeln har vi inte reducerat begreppet samsjuklighet till att enbart gälla psykiatriska diagnoser, utan detta begrepp innefattar alla former av komorbiditet som kan medföra en ökad sårbarhet (befintligt skick), en extrem känslighet (vilket inte inryms i det befintliga skicket) eller sjukdomar som i sig själva rymmer den väsentligaste förklaringen till den aktuella besvärshandlingen. Att man måste se till hela patienten och alla patientens sjukdomar kan knappast uppfattas som kontroversiellt.

Patienter som drabbas av »svåra trauma av typ allvarlig pisksnärtsolycka« orsakar sällan eller aldrig några större försäkringsmedicinska bekymmer, inte heller ifrågasätts att en sådan allvarlig olycka skulle kunna medföra en kognitiv påverkan. Svårigheten uppstår när patienter, hängivna lång tid efter ett relativt lindrigt trauma, tycker sig kunna hänföra hela besvärshandlingen till det anmälda traumat och man samtidigt finner en förekomst av såväl samsjuklighet som kraftigt belastande psykosociala omständigheter.

Nilzén diskuterar vikten av en noggrann diagnostik och

»Att man måste se till hela patienten och alla patientens sjukdomar kan knappast uppfattas som kontroversiellt.«

nämner som exempel tecken/symtom på skada i CNS av lesionell typ. När det gäller förekomst av eventuell hjärnskada kan man i en modern svensk lärobok i neurologi i dag läsa följande: »Ibland hävdas att besvären kan bero på en hjärnskada som uppstått i samband med halsryggdistorsionen, men detta är kontroversiellt och ter sig osannolikt vid en kritisk analys utifrån neurologiska utgångspunkter.«

De efterlysta diagnostiska metoderna (fMRT, fasettledsblockader etc) har inte någon plats i det försäkringsmedicinska utredningsstödet. Försäkringskassan driver inte någon egen diagnostisk verksamhet.

Nilzén avslutar med några reflektioner kring värdet av

»Det finns anledning att ha kvar beslutsstödet på skrivbordet.«

medicinska intyg och betydelsen av en personlig kontakt för att få det nödvändiga medicinskt mänskliga perspektivet.

Man kan i detta sammanhang erinra sig vad Socialstyrelsen skriver angående utfärdande av intyg: »Intygutfärdaren ska beakta att intyget kan få avgörande betydelse i offentliga och enskilda rättsförhållanden och noga se till att endast uttala sig om förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om« (SOSFS 2005:29).

I den situation då man som läkare utfärdar ett intyg till en myndighet ska man såle-

des redovisa objektivt vad man finner och vilken konsekvens dessa fynd kan förväntas ha. Det finns anledning att ha kvar beslutsstödet på skrivbordet.

Klas Berlin
specialistkompetens i allmän invärtesmedicin och arbets- och miljömedicin
klas.g.berlin@forsakringskassan.se

Eddy Holmgren
docent, specialistkompetens i neurokirurgi, företagshälsovård och rehabiliteringsmedicin

Jorma Styf
professor, överläkare, ortopedikliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; samtliga försäkringsmedicinska rådgivare, Försäkringskassan, Nationellt försäkringscenter Gårda, Göteborg
jorma.styf@orthop.gu.se

Läkaresällskapet:

Viktigt att kallelse till mammografi föregås av allsidig och saklig information

■ Annika Forssén ställer i en debattartikel i LT 1-2/2010 (sidan 9) frågan om den information som ges i samband med mammografi är tillfredsställande utformad. Frågan ställs med anledning av den debatt som förts i Läkartidningen angående vinster och risker med mammografiscreening. Forssén riktar sig direkt till några centrala medicinska aktörer, bland annat Svenska Läkaresällskapet.

Vi menar att begreppet »informerat samtycke« är centralt i all hälso- och sjukvård, så också när det gäller screening och andra åtgärder som har ett preventivt syfte. Från att ursprungligen vara ett begrepp inom forskningsetik har det fått allmän spridning i hälso- och sjukvården. I hälso- och sjukvårdslagen

används begreppet »samaråd«. Av lagens förarbeten ska detta uppfattas som att det fordras samtycke av patienten till alla åtgärder inom hälso- och sjukvården. Möjligheten till ett samtycke förutsätter att personen ifråga erhåller saklig information på ett sådant sätt och i en sådan omfattning att denne kan ta faktisk ställning till sin medverkan. Huvudprincipen är att informationen bör innehålla allt som rimligtvis kan tänkas påverka personens ställningstagande.

Det är således viktigt att personer inte bara kallas till mammografi med automatik utan att kallelsen föregås av en allsidig och saklig information om syftet med den erbjudna undersökningen, in-

kluderande vinster och risker.

Vi har noterat att det kan finnas skillnader i innehåll och form i den information som ges i olika screeningsmanhang (exempelvis PSA-test och mammografi), vilket borde analyseras närmare.

Ur etisk synpunkt är frågan om informerat samtycke och hur informationen utformas viktig. Vad informationen ska innehålla är däremot en uppgift för experter på området att uttala sig om.

Margareta Troein Töllborn
ordförande, Svenska Läkaresällskapet

Ingemar Engström
ordförande i Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik