

Ja, det är svårt att värdera sena besvär efter distorsion av halsryggen! Men ...

Konsensus för bedömning av samband mellan distorsion av halsrygg och långvariga besvär saknas. Författarna menar att den checklista som tagits fram inte har tillräckligt vetenskapligt underlag.

En studie av Berlin, Holmgren och Styf, »Svårt värdera sena besvär efter distorsion av halsryggen. Nytt försäkringsmedicinskt verktyg ger stöd vid bedömning av samband« [1], gav upphov till en debatt i Läkartidningen [2-5], som vi vill knyta an till, då ämnet inte förlorat sin aktualitet.

I sin artikel hade Berlin et al presenterat en checklista för bedömning av styrkan av sambandet mellan exponering för distorsion av halsryggen och långvariga besvär. I en replik hänvisade de till två domar i Regeringsrätten, som de ansåg gav »starkt stöd för det försäkringsmedicinska synsätt, som checklistan i sin uppbyggnad ger uttryck för; Regeringsrättens domar i Mål nr 4722-8 och Mål nr 467-08« [5].

Det framgår inte vilket synsätt Berlin et al menar att checklistan ger uttryck för.



OLLE BUNKETORP
docent, överläkare vid ortopediska kliniken
bunketorp@hotmail.com



MALIN LINDH
docent, överläkare vid neurorehabiliteringskliniken; båda vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg



HANS WESTERGREN
med dr, specialist i neurokirurgi, rehabiliteringsmedicin och smärtlindring, överläkare vid sektionen för specialiserad smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus, Lund

Den har dock enligt vår uppfattning väsentliga svagheter, varför vi anser det angeläget att ånyo ta upp diskussionen om densamma.

Checklistan rekommenderades till försäkringsmedicinska rådgivare »... som ett utredningsstöd inför individuell bedömning av samband i ärenden med distorsion av halsryggen (pisksnärtsrelaterad skada)« [1]. Listan kanske underlättar arbetet för försäkringsmedicinska rådgivare, men frågan är om den gagnar rättvisan.

Vi håller inte med författarna om checklistans användbarhet, framför allt eftersom den inte prövats av oberoende bedömare. Såsom vi har förstått det har Berlin et al i »studien« av densamma funnit tämligen höga värden för dess sensitivitet och specificitet, sedan man i ett antal ärenden gjort en egen bedömning av huruvida samband ska anses föreligga eller inte. Man har sålunda i varje ärende räknat poäng efter listan, vars innehåll och kriterier rimligen bygger på författarnas uppfattningar om villkoren för orsakssamband. Resultatet blir därmed något av en självuppfyllande profetia.

Det framgår inte heller vilka vetenskapliga underlag som utgör grund för poängberäkningen. Man anger kriterier för listans olika delar som inte är definierade till innehåll, till exempel »adekvat

vård« utan kvantifiering, vilket lämnar utrymme för fria tolkningar. I bedömningen inkluderas även samsjuklighet utan tidsperspektiv och andra riskfaktorer. Man tar upp »allvarliga livsbelastande händelser utöver de vanliga«. Även om sådana händelser på gruppnivå kan utgöra riskfaktorer behöver de inte ha relevans i det enskilda fallet. Dessutom förefaller det som om författarna blandar ihop risk och kausalitet.

Vissa faktorer avspeglar olika typer av känslighet (kroppslig och psykisk) hos en individ, som kan motsvara san-

nolikheten/risken för att utveckla långvarig smärta efter ett trauma. Detta gäller dock bara på gruppnivå. Än mindre är denna känslighet ett bevis för orsakssamband.

Flera författare har studerat prognosen efter nacktrauma med hänsyn till olika riskfaktorer. En forskargrupp i Århus har påvisat samband mellan ospecifik smärta och »psychological distress« före olyckan och långvarig smärta efter densamma, men de poängterar att man därmed inte kan dra några slutsatser beträffande kausaliteten [6, 7].

Med fokus på depression har Karin Jensen i sin av-



handling [8] visat att depression i sig (utan trauma) inte ger mer smärta än vad som finns i en referenspopulation, tvärtom vad som anges i den referens som checklistans författare hänvisar till [9].

Kausalitet/orsakssamband är ett statistiskt begrepp myntat av Hill [10]. Begreppet är väl beskrivet i boken »Försäkringsmedicin« av Järvholm och Olofsson [11]. Freeman och medarbetare har behandlat kausalitet med särskild inriktning på post-traumatisk problematik [12]. Kausalitet föreligger, enligt Hill och Freeman, om det är mer sannolikt att patientens symtom beror på en viss händelse än att de inte gör det. Det kan vara svårt, även för försäkringsmedicinska rådgivare, att i enskilda fall inte blanda ihop risk, som ofta anges i procent för en referenspopulation, och kausalitet.

Hill beskriver nio kriterier för att bedöma orsakssamband [10]. Enligt Freeman et al [12] är de tre avgörande kriterierna följande:

- symtombilden ska vara en biologiskt möjlig/rimlig konsekvens av traumat
- tidsmässigt samband måste finnas mellan exponeringen och symtomdebuten
- det får inte finnas någon annan mer trolig förklaring till symtomen.

Dessa tre villkor måste vara uppfyllda för att samband ska anses gälla. Dock är kunskapen fortfarande otillräcklig för att nå en samsyn utan fria tolkningar, vad gäller allt från krockvåldets betydelse till smärtfritt intervall och konkurrerande faktorer.

Författarna till checklistan har tyvärr inte visat att listan löser problematiken. Det gagnar inte heller rättssäkerheten att selektivt söka stöd för sina åsikter i litteraturreferenser, såsom ofta förekommit i diskussioner i detta ämne, ett meningsutbyte som

tog sin början med den av många ifrågasatta »debattskriften« med Styf som förstaförfattare [13].

Vi anser att pisksnärtsproblematiken är svårare än vad checklistan ger intryck av. Det finns ännu inte tillräckligt vetenskapligt underlag för checklistans tillämpning i den föreslagna formen. En checklista kan dock behövas, men den bör utformas med bredare konsensus.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Berlin K, Holmgren E, Styf J. Svårt värdera sena besvär efter distortion av halsryggen. Nytt försäkringsmedicinskt verktyg ger stöd vid bedömning av samband. Läkartidningen. 2009;106:2764-8.
2. Nilzén R. Förslag till hantering av symtom relaterade till pisksnärtskada hör hemma i papperskorgen. Läkartidningen. 2010;107:200.
3. Berlin K, Holmgren E, Styf J. Replik: Nilzén verkar ha missförstått syftet med förslaget. Läkartidningen. 2010;107:201.
4. Nilzén R. Genmäle om pisksnärtskada. Läkartidningen. 2010;107:776.
5. Carstensen TBW, Frostholt L, Oernboel E, Kongsted A, Kasch H, Jensen TS, et al. Post-trauma ratings of pre-collision pain and psychological distress predict poor outcome following acute whiplash trauma: A 12-month follow-up study. Pain. 2009;139:248-59.
6. Jensen KB. Brain mechanisms in pain regulation [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, avdelningen för klinisk neurovetenskap; 2009.
7. Carroll LJ, Cassidy JD, Côté P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. Pain. 2004;107:134-9.
8. Hill AB. The environment and disease: association or causation? Proc R Soc Med. 1965;58:295-300.
9. Freeman MD, Centeno CJ, Kohles SS. A systematic approach to clinical determinations of causation in symptomatic spinal disc injury following motor vehicle crash trauma. PM R. 2009;1(10):951-6.
10. Styf J, Tenenbaum A. Besvär efter stukad halsrygg (WAD) – frågor om samband mellan exponering och långvariga besvär. Kompendium; 2005. <http://www.whiplashinfo.se/myndigheter/FK/Besvar%20efter%20stukad%20halsrygg%20Bilaga%202.pdf>

Läs mer Fullständig referenslista <http://larkiv.lakartidningen.se>

Visst måste Glenn Gould haft ett autismspektrumtillstånd

■ Man behöver sannerligen inte vara intresserad av neuropsykiatri för att uppskatta Lars Sjöstrands eminenta artikel om pianovirtuosen Glenn Gould som flydde sin publik (LT 46/2010, sidorna 2909-12). Men jag kan ändå tycka att en förståelse för autismspektrum kryddar upplevelsen av läsningen. Artikeln är en illustrativ fallbeskrivning av ett musikaliskt geni och en man med ett autismspektrumtillstånd. För den oinvigde vill jag peka på faktorer som stöder uppfattningen om att Gould verkligen hade ett autismspektrumtillstånd (dvs Aspergers syndrom, autism eller atypisk autism), en diagnos som kort diskuteras i Sjöstrands artikel.

Vid autism kan man tidigt skönja ett avvikande beteende hos det lilla barnet, och Goulds avsaknad av gråt under spädbarnstiden kan betraktas som det, även om otröstlighet är betydligt vanligare. Gould var grovmotoriskt klumpig och förmådde inte delta i lek med andra barn, också detta är typiskt för autismspektrumtillstånd [4]. Han saknade intresse för tävlingsmomentet, vilket nog får betraktas som ovanligt hos »normala« män, likaledes hans ointresse för sex. Asexualitet och »annorlunda sexualitet« förefaller överrepresenterat vid autismspektrumtillstånd [5].

Gould betraktades som en särling eftersom han inte betedde sig som de flesta andra. Han kände en avsky för obscena skämt och motsatte sig hedonism, till den grad att han tyckte Mozart dog för sent (!). Gould själv tog avstånd från alkohol och cigaretter, i likhet med flertalet med autismspektrumtillstånd [6].

Goulds relation till andra beskrivs inte som ömsesidig,



Glenn Gould.

omgivningen hade en »instrumentell funktion«. Precis så brukar man beskriva barn med autism i deras relation till omvärlden. Gould frågade heller aldrig om han störde andra, vilket tyder på bristande förmåga att skapa sig en bild av hur andra uppfattar en situation. Även hans kravbeteende och »narcissism« kan ses som uttryck för hans oförmåga att avläsa andra.

Gould föredrog att tala i telefon, vilket är ett sätt att slippa att distraheras av andras kroppsspråk och slippa få andra människor in på sig. Han talade i monologer och var oförmögen till småprat, vilket är typiskt för autismspektrumtillstånd.

Autismspektrumtillstånd har beskrivits som ett uttryck för »a miswired brain« [10]. Sådant som inte gör ont hos oss andra, som t ex att klippa hår eller naglar, kan upplevas som smärtsamt hos personer med autismspektrumtillstånd, och det som uppfattas som ett självklart samband för oss andra kan te sig obegripligt för en person med autismspektrumtillstånd.

Kanske kan också en »miswired brain« vara själva förutsättningen för uppkomsten av ett geni av Goulds storlek, förutsatt förstås att personen får mycket stöd, vilket uppenbarligen Glenn Gould fick av sin omgivning.

Susanne Bejerot
docent, överläkare,
Norra Stockholms psykiatri
susanne.bejerot@ki.se

Läs mer Detta är ett utdrag ur en längre artikel som i sin helhet finns att läsa på Lakartidningen.se. Där finns också referenslistan.