

Uppföljning av patienter med whiplashrelaterade besvär.

**En enkätstudie för utvärdering av ett
vårdprogram
för det akuta omhändertagandet.**

Olle Bunketorp, Docent
Specialist i ortopedi
Ortopediska kliniken, Trafikskaderegistret
Sahlgrenska Universitetssjukhuset / Östra
416 85 Göteborg

Malin Lindh, Docent
Specialist i rehabiliteringsmedicin
Arbetsrehabcentrum
St. Sigfridsgatan 85
412 66 Göteborg

Innehållsförteckning	Sid
Förord	3
Sammanfattning	4
1. Introduktion	5
1.1. Vårdprogrammets akutformulär (WAD-formulären)	6
2. Syfte	6
3. Material och metod	6
3.1. Intervjumetod	6
3.2. Antal individer och svarsfrekvens	7
3.3. Kön- och åldersfördelning för svarande	7
3.4. Olyckstyp för svarande	7
3.5. Skademånad för svarande	7
3.6. Gruppering av WAD-formulärens användning - ”Komplett” / ”Övriga”	8
3.7. Formuläranvändning	8
3.8. Risksymtom	8
3.9. Bortfallsanalys	9
3.10. Statistisk metodik	9
4. Resultat	10
4.1. Nackbesvär före olyckan	10
4.2. Sjukskrivna före olyckan	10
4.3. Kvaliteten i det primära omhändertagandet	10
4.4. Tidigare besvär och akuta symtom i grupperna Komplett och Övriga	11
4.5. Besvärens varaktighet	12
4.6. Faktorer av betydelse för kvarstående besvär sex veckor efter olyckan för skadade i bil	13
4.6.1. Sannolikheten för kvarstående besvär sex veckor efter olyckan för kombinationer av risksymtom i akutskedet och vårdprogrammets tillämpning	13
4.7. Sjukskrivning för skadade i bil	15
4.8. Rekommendation om och kontakt med sjukgymnast enligt vårdprogrammodellen oavsett olyckstyp	16
4.8.1. Tidpunkt för första sjukgymnastkontakt och risksymtom oavsett olyckstyp	16
4.8.2. Patienttillfredsställelsen med sjukgymnastens handläggning	16
4.9. Behov av kontakt med läkare och rehabiliteringsprofessioner efter sex veckor	16
4.9.1. Sjukvårdskontakt efter sex veckor beroende på risksymtom oavsett olyckstyp	17
4.9.2. Sjukvårdskontakt efter sex veckor beroende på vårdprogrammets tillämpning oavsett olyckstyp	17
5. Diskussion	18
6. Slutsatser	21
7. Litteraturhänvisningar	22
8. Appendix	23
8.1. Risksymtom - val av jämförelsegräns oavsett olyckstyp	23
8.2. Tidpunkt för första sjukgymnastkontakt och risksymtom oavsett olyckstyp	23
8.3. Kontakt med sjukvård, läkare och sjukgymnast efter sex veckor för skadade oavsett olyckstyp beroende på risksymtom	24
Bilagor	
1. Vårdprogrammets formulär	
2. Brev till den skadade	
3. Enkät	

Förord

Denna utvärdering har genomförts på uppdrag av Whiplashkommissionen. Uppdraget initierades under september månad 2004, sedan planerna att genomföra utvärderingen på sjukvårdsinrättningar i Södra Älvsborgs Sjukvård gick om intet.

Ett formellt beslut att låta Trafikskaderegistret, vid Ortopediska kliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra (SU/Ö) genomföra uppdraget togs av kommissionen i november 2004. Planeringen och genomförandet av utvärderingen har därför skett i hög takt och med små marginaler. Det kan förefalla olämpligt att personer, som varit delaktiga i utarbetandet av vårdprogrammet, själva utvärderar detsamma. På grund av tidsplanen har detta förfarande dock accepterats av kommissionen. Samtliga data som ligger till grund för utvärderingen finns arkiverade på Trafikskaderegistret.

I rapporten redovisas en utvärdering av vårdprogrammet, endast avseende omhändertagandet på akutmottagningen SU/Ö. För att kunna värdera vårdprogrammet i sin helhet krävs att programmet används fullt ut, ett betydligt större material och tillgång till uppgifter från patientjournaler både från den primära vårdinrättningen, följande vårdinrättningar och från försäkringskassan. Dessutom bör omdömen om vårdprogrammet inhämtas av berörda vårdgivare. Det är vår förhoppning att en sådan utvärdering kan komma till stånd.

Vi vill tacka alla personer som deltagit i utvärderingen. I första hand alla skadade, vars synpunkter vi har lärt oss mycket av, och vars problem i vissa fall är stora, men för vilka det förhoppningsvis så småningom kommer en lösning.

Vi vill dessutom tacka all personal på akutintaget SU/Ö, för tålmodigt hanterande av alla formulär, och särskilt Charlott Stojanovski, som lagt ner stor möda på att få alla parter att förstå projektets betydelse. Ett särskilt varmt tack till sekreterarstab och arkivpersonal, som aktivt deltagit i insamlingen och kopieringen av alla formulär. Vi vill även framhålla att tanken på utvärderingen av vårdprogrammet från början kom från Karin Riegnell och Berit Billeqvist, även om idén då, för snart ett år sedan, var en annan.

På Trafikskaderegistret har Marianne Bergqvist hjälpt oss att hålla ordning på alla listor, enkätutskick och brevvar. Vi är övertygade om att utan Marianne hade vi inte lyckats att hålla tidsplanen. Stort tack Marianne!

Sjukgymnast Lena Elisson har lång erfarenhet av patienter med whiplashrelaterade besvär. Vi är mycket tacksamma för att Lena åtog sig att sköta telefonintervjuerna, för vi vet att det då inte bara handlade om att få svar på enkätfrågor – det fanns tid även för patientens frågor.

Vi vill även tacka Anita Boij, Forskningsstationen Mösseberg, för god hjälp vid utformningen av enkäten och Anna-Lena Andersson, chefskurator, Uddevalla sjukhus, som gett värdefulla synpunkter på rapportinnehållet. Slutligen ett tack till Anders Odén, som inte bara kan statistik. Han kan även förklara på ett sätt som gör att man förstår, och som har stort tålamod när korrigeringar av felinmatade data behöver göras.

Göteborg i februari 2005

Olle Bunketorp

Malin Lindh

Sammanfattning

En årspopulation av sökande med whiplashrelaterade besvär på akutmottagningen Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, huvudsakligen biltrafikanter, har följts upp på enkätbasis upp till ett år efter olyckan. Syftet var att uppskatta användningsfrekvens och betydelse av vårdprogrammet ”Omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär – Riktlinjer för Västra Götaland”, antaget av Hälso- och Sjukvårdsstyrelsen i Västra Götaland i februari 2003. Vårdprogrammet ger rekommendationer i akutskedet för läkarens undersökning och rådgivning med akutformulär för enhetlig bedömning och dokumentation. Sjukgymnastuppföljning för undersökning, rådgivning och riskbedömning för strukturerat omhändertagande ingår i akutfasen, som omfattar de första tio dagarna. Om successiv förbättring ej sker rekommenderas re-evaluering hos läkare inom primärvården för probleminventering för vidare behovsriktad rehabilitering. Omfattande strukturförändringar i Göteborgs primärvård under de senaste åren har medfört svårigheter i implementeringen av vårdprogrammet, särskilt hos läkarna, varför vårdprogrammet i sin helhet ej kunnat utvärderas.

Utvärderingen har fokuserats på handläggningen i samband med den första sjukvårdskontakten i det akuta skedet, vad avser användningen av formulären i vårdprogrammet. Uppgifterna om formuläranvändningen har erhållits från journalarkivet SU/Östra. Handläggningen har klassificerats som komplett i de fall där både patientdelen och läkardelen använts på avsett sätt. Gruppen med komplett handläggning har jämförts med övriga vad avser förekomst av sjukgymnastkontakter efter akutbesöket, antalet sjukvårdskontakter efter sex veckor, besvärens varaktighet och sjukskrivningsförlopp. Vid analyserna har hänsyn tagits till förekomst av risksymtom i de båda grupperna. Enkäten besvarades mellan åtta veckor och drygt ett år efter olyckstillfället. Svarsfrekvensen var 77 %.

Skadade i bil handlades enligt vårdprogrammet i hälften av fallen, övriga trafikantkategorier något mindre frekvent. Skadade som handlagts komplett rapporterade kontakt med sjukgymnast i 46 % av fallen, varav 62 % tog kontakt inom stipulerad tid enligt vårdprogrammodellen. För jämförelsegruppen var motsvarande andelar 36 % respektive 50%.

För komplett handlagda patienter var tillfredsställelsen med den akuta handläggningen signifikant bättre än för övriga vad det gäller läkarens information och rådgivning. De var även något mer tillfredsställda med läkarens noggrannhet vid undersökningen. De angav kvarstående besvär sex veckor efter olyckan i lägre utsträckning än övriga, men skillnaden var inte statistiskt signifikant. Motsvarande tendens till skillnad i sjukskrivningsbehov var svag. Ett betydligt större material krävs för att uppnå signifikans, förutsatt att den påvisade tendensen är riktig.

Sammanfattningsvis talar enkätresultatet för vårdprogrammets möjlighet att påverka patienttillfredsställelse, tidigt besvärs- och sjukskrivningsförlopp i gynnsam riktning för den aktuella målgruppen. Utifrån påvisade tendenser synes det meningsfullt att rekommendera användandet av vårdprogrammodellen i sin helhet för en mer omfattande utvärdering.

1. Introduktion

Trafikolyckor är den vanligaste orsaken till nackskador och bland dessa står majoriteten för de s.k. ”whiplashskadorna”. Beroende på det geografiska underlaget ligger i Sverige årsincidensen av WAD (Whiplash-Associated Disorders = whiplashrelaterade besvär) mellan 1 och 4 per 1000 invånare, prevalensen betydligt högre.

Pisksnärts-/whiplashvåld medför inte med automatik vävnadspåverkan eller skada. Våldets storlek och karaktär samt vävnadens hållfasthet bestämmer utfallet, men dessa faktorer är svårbedömda i den kliniska situationen. Om våldet ej medför smärta, andra symtom eller fynd torde förutsättningarna ha varit gynnsamma och någon ökad risk på sikt för nackproblematik har ej visat sig föreligga jämfört med en normalpopulation i en studie av Berglund et al. (2). Vid akuta eller subakuta besvär föreligger dock en 2-3 ggr större risk för långtidsbesvär enligt samma studie. Tidigare statistik visar invalidiserande långtidsbesvär hos 10 %. Även om det för de flesta beskrivs en god prognos egenrapporteras av många långvariga besvär av olika grad.

Litteraturen om WAD är omfattande (10). Symtom och konsekvenser för patient, sjukvård, rehabilitering och försäkringsmedicin är välkända. Kunskapen för skadebedömning och behandling är i avsaknad av vetenskaplig tyngd väsentligen evidensbaserad. Det faktum att en pisksnärtsorsakad skada oftast ej är verifierbar med gängse radiologiska undersökningsmetoder ger utrymme för varierande tolkningar, som i sin tur är av betydelse för synen på handläggning, behandling, prognos och försäkringsmedicinsk bedömning. Utöver risken för vävnadsskada kan olycksupplevelsen i sig innebära risk för posttraumatiska stressymtom som influerar besvärsbilden. Tilltagande smärtutbredning och symtom kan spegla en smärtfysiologisk sensitiseringsprocess, farhågor och reaktiva affektiva symtom kan komplicera förloppet och psykosociala omständigheter kan vara av betydelse för smärthantering och aktivitetsnivå.

Utifrån den kunskap som finns, klinisk erfarenhet och med ett bio-psyko-socialt perspektiv för ögonen har försök gjorts att skapa konsensus för handläggningen av målgruppen (4,7,8). En arbetsgrupp i Västra Götaland presenterade år 2003 ett dokument för ”Omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär - Riktlinjer för Västra Götaland” (5), antaget av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i regionen i syfte att:

- få enhetliga rutiner för såväl akut omhändertagande som för uppföljning och rehabilitering på behovsbasis
- få en enhetlig dokumentation i akutskedet
- identifiera riskfaktorer för långvariga besvär, för att i tidigt skede re-evaluera för riktade rehabiliteringsåtgärder
- fokusera på en bio-psyko-social analys vid risk för långvariga besvär
- få ett integrerat samarbete med försäkringskassa och försäkringsbolag för såväl rehabiliteringssamordning som för utlåtande och intyg

I praktiken innebär detta att strukturerade formulär används vid akutbedömning hos läkare för patientens egenanamnes, läkarens undersökning och bedömning. Skriftlig patientinformation om råd och förhållningssätt ges till den skadade. Formulären som läkaren och patienten fyller i kopieras och gäller som remiss för sjukgymnastkontakt inom tio dagar för uppföljning och identifiering av patienter med risk för långvariga besvär. Utifrån sistnämnda erhålles ett underlag för avslut efter undersökning och rådgivning eller fortsatt uppföljning. Om successiv förbättring ej ses, sker re-evaluering inom sex veckor hos primärvårdsläkare för probleminventering och bedömning av rehabiliteringsbehov i ett bio-psyko-socialt perspektiv.

Implementeringen av vårdprogrammet/riktlinjerna under 2003 fick god respons hos sjukgymnastprofessionen. Samtliga vårdcentraler informerades via programutskick. Samtidig inbjudan till informationstillfällen hörsammades dock i ringa omfattning. Samtliga akutmottagningar i Göteborg informerades via utskick och personligt besök med i princip god respons men med begränsad användning i praktiken. Implementeringsresultatet påverkades sannolikt negativt av samtidig turbulens inom vården i Göteborg. Av ekonomiska skäl gjordes generella neddragningar, vårdcentraler lades ner. Även den sedan 1994 etablerade Nackskademottagningen i Göteborg, som enligt vårdprogrammet skulle erbjuda interdisciplinär utredning/rehabilitering för patienter med speciella behov efter re-evaluering, lades ner. Den av HSS sanktionerade vårprogramssatsningen backades i detta läge ej upp på ledningsnivå (6). Med ovan angivna begränsningar beskriver föreliggande utvärdering endast omfattningen av formuläranvändandet på en akutmottagning och dess betydelse för patienttillfredsställelsen. Som utvärderingsmodell relateras även besvärsförlopp till det akuta omhändertagandet med och utan formulär. Vårdprogrammet, med möjlighet till separat framtagande av formulär, finns tillgängligt på www.vgregion.se/whiplash.

1.1. Vårdprogrammets akutformulär (WAD-formulären)

Formuläret som den skadade själv skall fylla i (vid behov med hjälp av sköterska) omfattar tre sidor och benämns "Omvårdnadsdel" (Del 1). Formuläret som läkaren skall fylla i omfattar två sidor och benämns "Läkardel" (Del 2). Dessa ifyllda delar anses utgöra en journalhandling som skall sparas på vårdinrättningen, antingen som pappersdokument i arkivet eller som skannat dokument i datajournalen. Patienten får med sig kopior av de ifyllda formulären från vårdinrättningen för fortsatt uppföljning hos sjukgymnast (Bilaga 1).

2. Syfte

Avsikten med utvärderingen var att undersöka i vilken omfattning vårdprogrammet tillämpas på en akutmottagning på ett större sjukhus, att undersöka hur de skadade upplevt omhändertagandet och om de skadade haft nytta av vårdprogrammets tillämpning i akutfasen avseende fortsatt besvärsförlopp i dess tidiga skede.

3. Material och metod

Redovisningen baseras på enkätsvar och kompletterande telefonintervjuer för skadade som ådragit sig halsryggsdistorsion vid trafikolyckor, vilka registrerats på akutintaget SU/Östra under tolv månadersperioden 2003-10-01 – 2004-09-30.

3.1. Intervjumetod

Ett brev (Bilaga 2) med frisvar utsändes tillsammans med en enkät (Bilaga 3) under oktober och november 2004. Enkäten bestod av 31 frågor med strukturerade svar och möjligheter att ge kommentarer till vissa av frågorna. Brevet skickades tidigast åtta veckor efter akutbesöket. Om svar ej hade inkommit inom två veckor skickades en påminnelse med nytt frisvar. De som inte svarade inom ca 10 dagar från andra utskicket kontaktades för en strukturerad telefonintervju av en sjukgymnast med lång erfarenhet av patienter med nackbesvär. Vid samtalet gicks frågorna i enkäten igenom i turordning. Efter avslutad intervju kunde sjukgymnasten vid behov ge råd för besvär och i vissa fall rekommendation att kontakta namngivna sjukgymnaster i regionen. Uppföljningstiden varierade mellan åtta och 60 veckor.

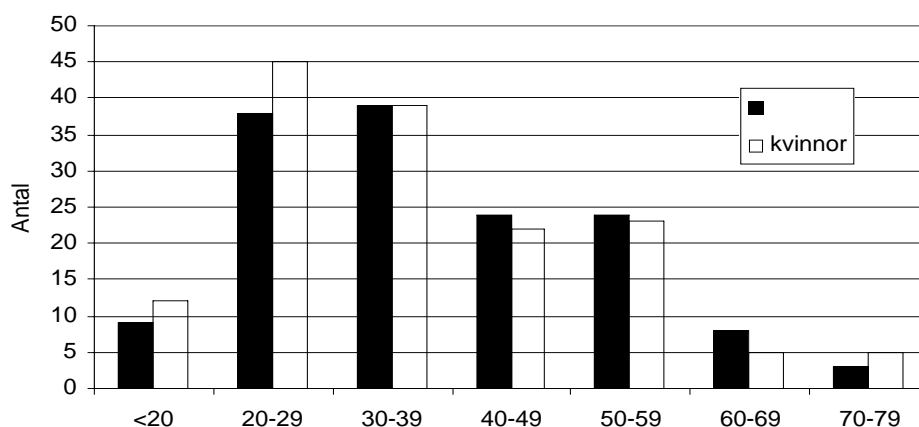
3.2. Antal individer och svarsfrekvens

Under den aktuella perioden registrerades 329 individer, behandlade i öppen vård under diagnos halsryggsdistorsion med det nationella systemet för registrering av trafikskador (STRADA). Därutöver identifierades ytterligare 70 individer, som uppfyllde kriteriet för halsryggsdistorsion enligt journal, med hjälp av specialinstruerade sekreterare på akutintaget.

Sammanlagt registrerades sålunda 399 skadade med nackbesvär, behandlade i öppen vård, vilka utgjorde målgruppen för enkäten. Av dessa kunde tolv ej nås p.g.a. okänd adress. De återstående 387 kontaktades med beskriven brevenkät eller telefonintervjuades. Brevenkät-svar erhöles av 261 stycken (67,4 %), varav 26 (7 %) behövde kontaktas per telefon för att komplettera ofullständiga svar. Rena telefonintervjuer gjordes i 36 fall (9,3 %). Svar erhöles sammanlagt av 297 personer, d.v.s. den totala svarsfrekvensen var 77 %. I ett fall hade den svarande strukit över enkätnumret, vilket medförde att matchning ej kunde ske mot listan med uppgifter om den skadades kön och ålder, journaluppgifter eller hur WAD-formulären använts på akutmottagningen.

3.3. Köns- och åldersfördelning för svarande

Av de 296 svarande som kunde identifieras på sändlistan var 145 (49 %) kvinnor och 151 (51 %) män. Fördelningen på åldersgrupper och kön framgår av figur 1. Åldersgruppen 20 - 49 år utgjorde 70 %. Medelåldern var 38,2 år för män och 36,8 år för kvinnor. Skillnaden var inte statistiskt signifikant ($P = 0,4$ med tvåsidigt T-test).



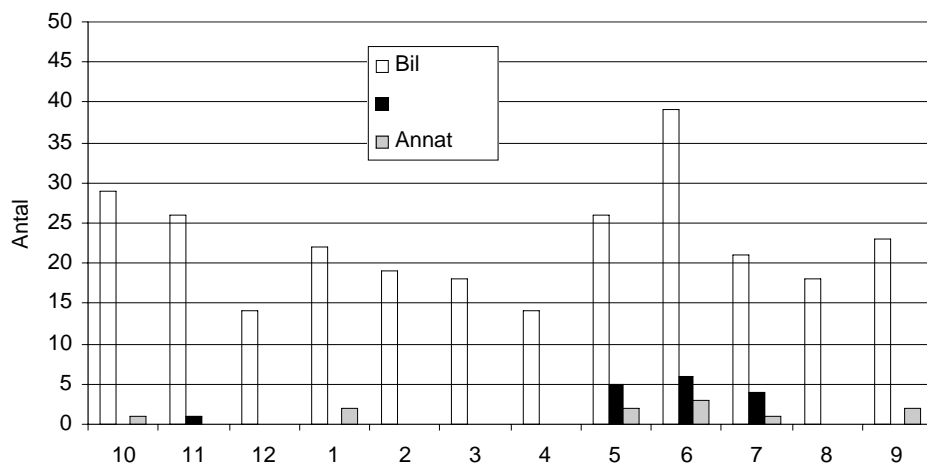
Figur 1. Köns- och åldersfördelning för svargruppen (n=296).

3.4. Olyckstyp för svarande

Det absoluta flertalet, 270 (91 %) hade skadats i bil, 16 under färd på tvåhjuling, i regel på cykel, och 11 som passagerare i buss eller spårvagn eller som gående som fallit.

3.5. Skademånad för svarande

Figur 2 visar fördelning på skademånad för de tre huvudkategorierna; skadade i bil, på tvåhjuling och annat.



Figur 2. Antal skadade per trafikantkategori och månad för svarsgruppen

3.6. Gruppering av WAD-formulärens användning – ”Komplett” / ”Övriga”

Det primära omhändertagandet på akutintaget har skett enligt vårdprogrammet om både ”Omvårdnadsdel” och ”Läkardel” med säkerhet fyllts i. Detta omhändertagande benämnes fortsättningsvis ”Komplett”. Det kompletta omhändertagandet har jämförts med ”Övriga”, som innebär att formulären ej, eller i enstaka fall endast delvis använts.

För att bedöma hur formulären använts har samtliga journalmappar gått igenom av arkivpersonal och kopior tagits av formulären. I några fall framgick av den ordinarie journalen att båda formulären använts på avsett sätt, trots att inget eller bara någon del av formulären sparats i arkivet. I dessa fall har formuläranvändningen klassats som Komplett. Osäkra fall har klassats som Övriga.

Vid utvärderingen av vårdprogrammets effekter har gruppen som handlagts komplett jämförts med övriga. Flera analyser har begränsats till delmängden skadade i bil.

3.7. Formuläranvändning

För totalgruppen 399 skadade (inkluderande svarande och icke svarande) användes formulären komplett i 42 % av fallen. I 12 % av fallen hade delar av formulären använts. I 45 % av fallen hade inget av formulären använts. I tre fall (1 %) saknades uppgifter om hur formulären använts. Där formulären använts delvis saknades i de flesta fall läkardelen.

I svarsgruppen var formuläranvändningen komplett i 45 % av fallen, oavsett olyckstyp, och för skadade i bil i 51 % av fallen.

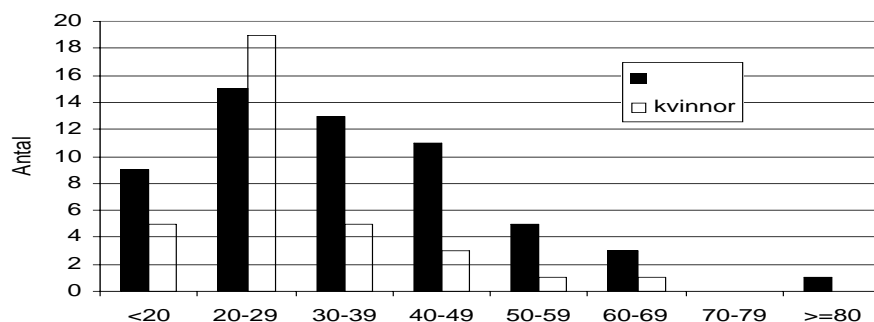
3.8. Risksymtom

Vid jämförelse av behovet av sjukvårdskontakt efter sex veckor för gruppen med komplett handläggning och övriga togs hänsyn till andelen ”riskpatienter”, d.v.s. till förekomsten av risksymtom i de båda grupperna. Förekomsten av risksymtom kan graderas i lika många nivåer som antalet risksymtom. I detta sammanhang tillmättes varje risksymtom lika stor betydelse. Minst två risksymtom valdes som lämpligt kriterium för beteckningen ”riskpatient”. Denna gräns medförde ungefär lika stor andel riskpatienter som icke riskpatienter. Relaterat till grupp tillhörighet (Komplett/Övriga) skiljde sig inte andelen riskpatienter, vilket framgår av appendix 8.1.

3.9. Bortfallsanalys

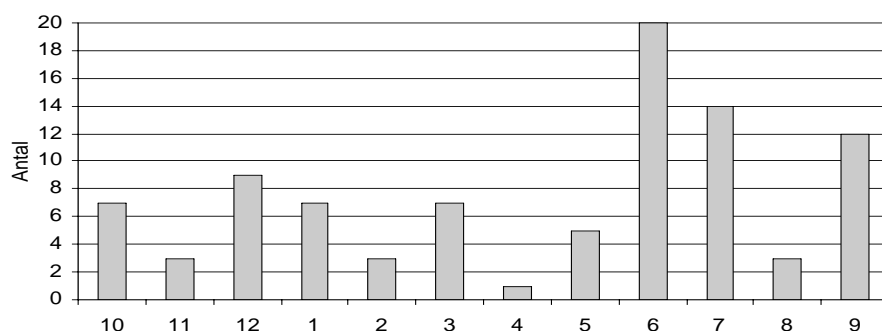
Nittio personer svarade ej på enkäten eller telefonintervjun och en svarade med överstruket enkätnummer. Icke-matchningen mot de upprättade sändlistorna resulterade därför i 91 individer, vilka utgjorde underlag för bortfallsanalysen.

Köns- och åldersfördelningen i bortfallsgruppen framgår av figur 3. Männerna utgjorde 63 % i bortfallet, jämfört med 49 % i svarsgruppen ($P[\text{Chi}^2] = 0,02$). I åldersgruppen 20-29 år förelåg ingen skillnad i könsfördelningen jämfört med svarsgruppen. Individer under 40 års ålder utgjorde 73 % i bortfallsgruppen jämfört med 62 % i svarsgruppen ($P[\text{Chi}^2] = 0,06$). Medelåldern var 35,5 år för män och 28,9 år för kvinnor i bortfallsgruppen. Skillnaden var statistiskt signifikant ($P = 0,03$ med tvåsidigt T-test, samma varians förutsatt hos män och kvinnor).



Figur 3. Köns- och åldersfördelning för bortfallsgruppen (n=91).

Bortfallsgruppens fördelning på skademånad framgår av figur 4. Fördelningen skiljde sig inte väsentligt från svarsgruppens.



Figur 4. Skademånad för bortfallsgruppen (n=91).

För bortfallet kunde olyckstypen klassificeras genom uppgifterna i STRADA i 74 fall. Av dessa hade 67 (90 %) färdats i bil, fem på cykel en som mopedist och en som motorcyklist. Andelen komplett handlagda med WAD-formulär var 34 % i bortfallsgruppen.

3.10. Statistisk metodik

Vid jämförelser mellan två grupper med avseende på proportioner användes Chi^2 -test. Vid analys av samband mellan flera ingångsvariabler och kvarstående besvär och arbetsförmåga användes logistisk regression. Vid beräkning av andelen med kvarstående besvär efter olika tidpunkter användes, för tidsgränserna en, tre och sex veckor, svaren såsom de angetts i enkäten. Kurvans förlopp efter sex veckor har med utgångspunkt från olycksdatum och svarsdatum skattats med hjälp av överlevnadsanalys i kombination med metodiken för monoton restriktion (i detta fall icke växande). Samma förfarande tillämpades för sjuk-skrivning.

4. Resultat

4.1. Nackbesvär före olyckan

Pågående nackbesvär närmaste tiden före olyckan angavs av 36 svarande (12 %; uppgift saknades i 3 fall) och denna andel var oberoende av olyckstypen. Femton av dessa angav att besvären berodde på en eller flera tidigare trafikolyckor. Besvärens påverkan på vardagen skattades över fem på en tiogradig ordinalskala i 69 % av fallen.

4.2. Sjukskrivna före olyckan

Av samtliga svarande var 29 (9,8 %) sjukskrivna före olyckan (Tabell 1). Fyra hade sjuk- eller förtidspension. Av de 29 sjukskrivna angav 10, d.v.s. 3,4 % av hela svarsgruppen, att sjukskrivningen berodde på nackbesvär eller en kombination av nackbesvär och annat. Av de 270 som skadades i bil var 25 (9,3 %) sjukskrivna före olyckan, varav en för nackbesvär och sju för nackbesvär i kombination med annat, vilka tillsammans utgör 3,0 % av de skadade i bil.

Tabell 1. Sjukskrivningsorsak (före olyckan)

Orsak	Samtliga		I bil	
	Antal	%	Antal	%
Nackbesvär	1	3,4	1	4,0
Annat än nackbesvär	18	62,1	16	64,0
Både nackbesvär och annat	9	31,0	7	28,0
Oklar diagnos	1	3,4	1	4,0
Totalt	29	100,0	25	100,0

4.3. Kvaliteten i det primära omhändertagandet

Den skadades uppfattning av vårdkvaliteten på akutmottagningen jämfördes med avseende på komplett handläggning enligt vårdprogrammet eller ej. Vårdkvaliteten avsåg bemötandet (av läkaren och sköterskan separat), noggrannheten i läkarundersökningen, hur bra man tyckte att läkarens informationen var, och hur nöjd med läkarens rådgivningen man var. Graderingen gjordes på en ordinalskala från 1 till 10 för var och en av frågorna där 1 betydde inte alls nöjd/noggrann/bra och 10 betydde mycket nöjd/noggrann/bra.

Resultatet, som framgår av följande tabell, visar en statistiskt säkerställd skillnad för bättre upplevd information och rådgivning för dem som handlagts enligt programmet och en ganska stark tendens i samma riktning för undersökningens noggrannhet.

Tabell 2. Kvaliteten i det primära omhändertagandet för komplett handlagda och övriga

Kvalitetsindikator	Andel (%) som angivit nöjdhetsgrad 6 eller mer		P(Chi2)
	Komplett	Övriga	
Bemötande av sköterska	66	71	0,38
Bemötande av läkare	75	71	0,39
Undersökningens noggrannhet	75	65	0,09
Information av läkaren	60	43	0,00
Rådgivning av läkaren	57	31	0,00

Det angavs att läkaren lämnat muntlig information om lämplig träning för de närmaste dagarna i 39 % av fallen där handläggningen varit komplett och i 17 % av övriga fall ($P[\text{Chi}^2] < 0,001$).

4.4. Tidigare besvär och akuta symtom i grupperna Komplet och Övriga

För att bedöma huruvida gruppen som handlagts komplett skiljde sig från övriga i initialske- det gjordes en jämförelse av tidigare hälsotillstånd och symtom som den skadade angav ha förelegat vid akutbesöket, relaterat till olyckan. I följande tabell, som gäller samtliga skadade, oavsett olyckstyp, jämförs förekomsten av varje "tillstånd" i respektive grupp.

Tabell 3. Tidigare besvär och akuta symtom - samtliga skadade oavsett olyckstyp

Fas	Tillstånd	Andel (%) med tillståndet handlagda		P(Chi2)	n
		Komplett	Övriga		
Före olyckan	Pågående nackbesvär	9	15	0,09	291
	Sjukskriven före olyckan	10	10	0,98	292
Vid akutbesöket, relaterat till olyckan	Minnesförlust	12	18	0,17	265
	Huvudislag	38	48	0,09	258
	Huvudvärk	59	61	0,72	276
	Nacksmärta	85	81	0,39	286
	Nackstelhet	85	82	0,54	283
	Skuldersmärta	66	65	0,88	277
	Armsmärta	34	37	0,67	266
	Armdomning	33	37	0,55	269
	Ryggvärk	49	52	0,59	273
	Yrsel	42	41	0,87	270
	Illamående	32	35	0,67	268
	Rädsla	62	70	0,18	276

Pågående nackbesvär före olyckan, minnesförlust och huvudislag angavs i lägre frekvens av dem som handlagts komplett jämfört med övriga, dock utan statistisk signifikans. Skillnaden mellan gruppen komplett handlagda och övriga var mindre för de resterande faktorerna.

Följande tabell visar motsvarande uppgifter för skadade i bil. Skillnaden mot totalmängden är marginell för de flesta faktorer.

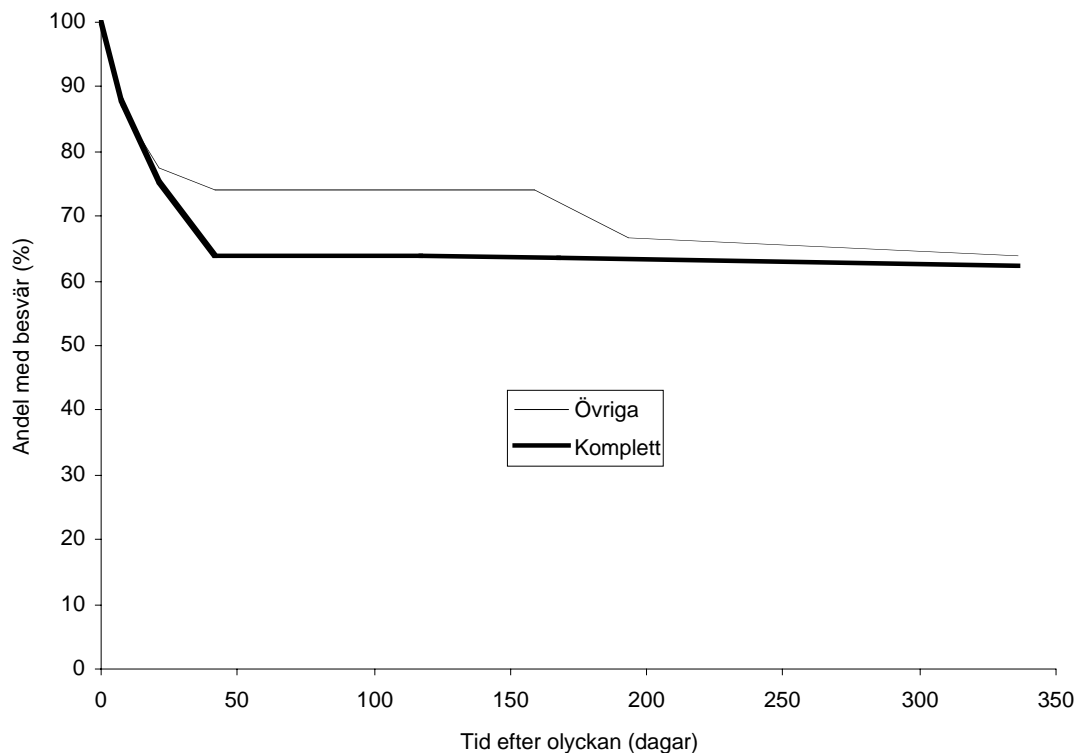
Tabell 4. Tidigare besvär och akuta symtom - skadade i bil

Fas	Tillstånd	Andel (%) med tillståndet handlagda		P(Chi2)	n
		Komplett	Övriga		
Före olyckan	Pågående nackbesvär	9	15	0,16	265
	Sjukskriven före olyckan	10	8	0,71	265
Vid akutbesöket, relaterat till olyckan	Minnesförlust	12	15	0,51	240
	Huvudislag	37	39	0,72	231
	Huvudvärk	59	63	0,50	252
	Nacksmärta	84	81	0,47	262
	Nackstelhet	85	81	0,44	258
	Skuldersmärta	66	64	0,78	255
	Armsmärta	34	32	0,75	243
	Armdomning	33	36	0,59	246
	Ryggvärk	48	53	0,48	249
	Yrsel	43	39	0,53	245
	Illamående	33	34	0,82	247
	Rädsla	62	72	0,08	252

4.5. Besvärens varaktighet

I enkäten efterfrågades om besvär kvarstod vid tidpunkterna en, tre och sex veckor efter olyckan samt då enkäten besvarades. Eventuella konkurrerande besvärsorsaker efterfrågades ej, förutom uppgifter om eventuell olyckshändelse med nackbesvär efter den första olyckan. Sistnämnda rapporterades av elva individer, varav fem tillhörde gruppen med komplett handläggning vid det första olyckstillfället.

I figur 5 visas andelen med kvarstående besvär över tid för skadade i bil för gruppen med komplett handläggning jämfört med övriga. Kurvans förlopp efter sex veckor har skattats med hjälp av överlevnadsanalys i kombination med metodiken för monoton, icke växande restriktion.



Figur 5. Andel av skadade i bil med nackskada med kvarvarande besvär vid olika tidpunkter efter olyckan för gruppen med komplett handläggning och övriga.

4.6. Faktorer av betydelse för kvarstående besvär sex veckor efter olyckan för skadade i bil

Tabell 5 visar hur stor andel av skadade i bil, som rapporterade att de hade kvarstående besvär sex veckor efter olyckan samt förekomsten av enskilda faktorer, eller "tillstånd" före olyckan och i samband med akutbesöket. Denna univariata analys indikerar vissa "riskfaktorer", förknippade med mer långvariga besvär, vars betydelse har undersökts närmare.

Tabell 5. Andel med kvarstående besvär sex veckor efter olyckan för skadade i bil med avseende på tillstånd före olyckan och akuta symtom relaterat till olyckan

Fas	Tillstånd	Andel (%) med kvarstående besvär 6 v efter olyckan utan/med tillståndet				
		Utan tillståndet	Med tillståndet	P(Chi2)	Rel risk	Odds r
Före olyckan	Pågående nackbesvär	65	81	0,08	1,2	2,3
	Sjukskriven före olyckan	66	76	0,29	1,2	1,7
Vid akutbesöket, relaterat till olyckan	Minnesförlust	62	84	0,01	1,4	3,3
	Huvudslag	65	64	0,99	1,0	1,0
	Huvudvärk	61	71	0,10	1,2	1,6
	Nacksmärta	51	71	0,01	1,4	2,4
	Nackstelhet	63	69	0,46	1,1	1,3
	Skuldsmärta	48	79	0,00	1,6	4,0
	Armsmärta	60	81	0,00	1,3	2,8
	Armdomning	58	86	0,00	1,5	4,4
	Ryggvärk	54	80	0,00	1,5	3,5
	Yrsel	58	78	0,00	1,4	2,6
	Illamående	63	73	0,13	1,1	1,5
	Rädsla	63	69	0,33	1,1	1,3

4.6.1 Sannolikheten för kvarstående besvär sex veckor efter olyckan för kombinationer av risksymtom i akutskedet och vårdprogrammets tillämpning

En multivariat stegvis analys, baserad på svaren från 241 individer skadade i bil, gjord med logistisk regression, visade att fyra av de tio symtomen i akutskedet, vart och ett bidrog till ett statistiskt signifikant samband med kvarstående besvär sex veckor efter olyckan.

Dessa fyra symtom (i fortsättningen betecknade "risksymtom") utgjordes av smärta/värk i skuldra/axel, domning/stickning i arm/hand, smärta/värk i rygg samt yrsel.

Infördes även handläggningssättet enligt vårdprogrammet i regressionsmodellen, kunde sannolikheten för kvarstående besvär sex veckor efter olyckan beräknas för komplett handlagda och för övriga. Gruppen med komplett handläggning visade en tendens till lägre besvärsförekomst vid tidpunkten sex veckor än gruppen övriga (P=0,11).

Tabell 6 visar, för alla möjliga kombinationer av dessa fyra risksymtom, sannolikheten för kvarstående besvär sex veckor efter olyckan i populationen av individer med komplett handläggning och övriga baserad på den beskrivna regressionsmodellen. Sannolikheten för kvarstående besvär ökar ju fler av symtomen som förekommer samtidigt.

Tabell 6. Sannolikhet för kvarstående besvär sex veckor efter olyckan för kombinationer av risksymtom i akutskedet och vårdprogrammets tillämpning. Plustecken betyder att symtomet föreligger, minustecken att det ej föreligger.

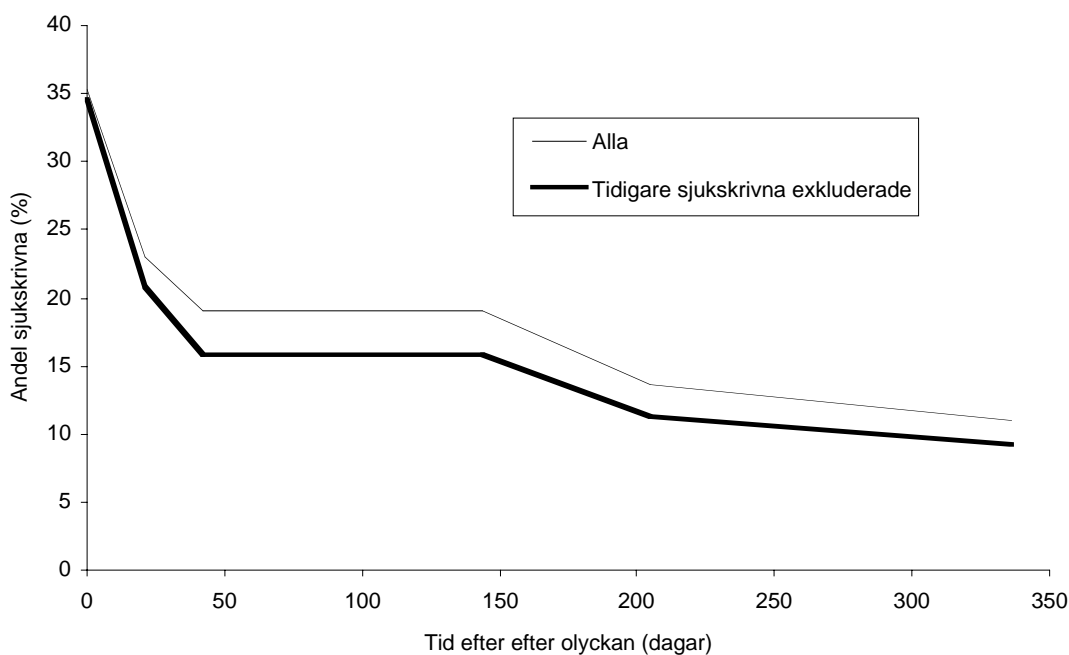
Symtom på akutmottagningen				Sannolikhet för kvarstående besvär 6 v efter olyckan	
Skuldsmärta	Armdomning	Ryggsmärta	Yrsel	Komplett	Övriga
-	-	-	-	0.26	0.37
-	-	-	+	0.48	0.61
-	-	+	-	0.41	0.54
-	-	+	+	0.64	0.75
-	+	-	-	0.44	0.57
-	+	-	+	0.67	0.77
-	+	+	-	0.61	0.72
-	+	+	+	0.80	0.87
+	-	-	-	0.56	0.68
+	-	-	+	0.76	0.84
+	-	+	-	0.71	0.80
+	-	+	+	0.86	0.91
+	+	-	-	0.74	0.83
+	+	-	+	0.88	0.92
+	+	+	-	0.84	0.90
+	+	+	+	0.93	0.96

Utän risksymtom (översta raden) indikeras att 26 % av komplett handlagda individer kommer att ha kvarstående sex veckor efter olyckan jämfört med 37 % av de övriga. Motsvarande andelar med alla risksymtom (nedersta raden) är 93 % respektive 96 %.

4.7. Sjukskrivning för skadade i bil

Figur 6 visar andelen helt eller delvis sjukskrivna vid olika tidpunkter efter olyckan för 269 individer skadade i bil.

Den nedre kurvan visar förloppet där alla som var sjukskrivna före olyckan exkluderats. I denna grupp sjukskrevs eller sjukanmälades 84 individer akut. Den övre kurvan visar förloppet med tidigare sjukskrivna inkluderade. I denna grupp sjukskrevs eller sjukanmälades 95 individer akut.



Figur 6. Andel sjukskrivna p.g.a. nackbesvär efter bilolycka för tidigare ej sjukskrivna (n=244) och för samtliga, tidigare sjukskrivna inkluderade (n=269).

En logistisk regressionsanalys genomfördes för skadade i bil, som inte var sjukskrivna då olyckan inträffade, men som blev sjukskrivna i akutskedet. Här pålades det extra villkoret att den skadade dessutom skulle ha haft initial nacksmärta eller nackstelhet vid olyckan. Samma akutsymtom, som tidigare beskrivits i avsnittet om kvarstående besvär sex veckor efter olyckan, infördes som oberoende variabler i modellen. Till denna analys bidrog 93 individer. Som beroende variabel användes kvarstående sjukskrivning sex veckor efter olyckan. En univariat analys visade att av akutsymtomen hade endast huvudvärk samband med förekomst av kvarstående sjukskrivning sex veckor efter olyckan ($P=0,02$). Infördes huvudvärk och handläggningssättet (komplett eller övriga) i modellen erhöles en svag tendens till lägre sannolikhet för sjukskrivning sex veckor efter olyckan för gruppen med komplett handläggning ($P=0,6$).

4.8. Rekommendation om och kontakt med sjukgymnast enligt vårdprogrammodellen.

Oavsett olyckstyp angav 62 % av skadade, som handlagts komplett, att de vid akutbesöket blev rekommenderade att kontakta sjukgymnast för uppföljning jämfört med 21 % av de övriga ($P[\text{Chi}^2] < 0,001$). Kontakt med sjukgymnast togs i 41 % av fallen. Relaterat till initial vårdprogramshandläggning tog 46 % av dem med komplett handläggning kontakt och 36 % av övriga ($P[\text{Chi}^2] < 0,07$). Kontakt togs inom en vecka i 62 % av fallen med komplett handläggning och i 50 % av övriga fall ($P[\text{Chi}^2] < 0,2$). Åtta av de skadade tog kontakt först efter sex veckor. Femton tog kontakt, men mindes ej när.

Patienter som kontaktade sjukgymnast fick tid inom 10 dagar i tre fjärdedelar av fallen, oberoende av om patienterna handlagts komplett eller ej.

4.8.1. Tidpunkt för första sjukgymnastkontakt och risksymtom oavsett olyckstyp

Skadade med minst två risksymtom kontaktade sjukgymnast under första veckan i signifikant högre utsträckning än skadade med högst ett risksymtom (39 % jämfört med 14 %), vilket framgår av appendix 8.2. Skadade med minst två risksymtom tog kontakt med sjukgymnast i något större utsträckning (40 %) än skadade med högst ett risksymtom (35 %) även efter en vecka, men här var skillnaden inte statistiskt signifikant.

Av appendix 8.2. framgår även att av dem som kontaktade sjukgymnast, oavsett när, hade tre fjärdedelar minst två risksymtom. Av dem som ej kontaktade sjukgymnast alls hade 43 % minst två risksymtom.

4.8.2. Patienttillfredsställelsen med sjukgymnastens handläggning

Tre fjärdedelar av de skadade, som bedömdes/behandlades av sjukgymnast, angav minst sex på den tiogradiga skalan, som angav hur nöjda de var med sjukgymnastens åtgärder. Denna andel var samma för dem som handlagts komplett som för övriga.

Sextiofyra procent av dem som hade handlagts komplett angav värdet sex eller högre på skalan som angav hur stor nytta de hade haft av sjukgymnastens råd. Motsvarande andel för de övriga var 73 %, men skillnaden var inte statistiskt signifikant.

4.9. Behov av kontakt med läkare och rehabiliteringsprofessioner efter sex veckor.

Tabell 7 visar behovet av kontakt med läkare och andra rehabiliteringsprofessioner efter sex veckor, där svar lämnats, för samtliga skadade och för skadade i bil. Behovet fördelade sig väsentligen lika, oavsett olyckstyp. Av tabellen framgår även att av samtliga skadade med besvär (84 + 131) klarade sig 84 (39 %) utan sjukvårdskontakt efter sex veckor. För skadade i bil var motsvarande andel 38 %.

Tabell 7. Behov av sjukvårdskontakt efter sex veckor

Sjukvårdskontakt efter 6 v	Samtliga skadade		Skadade i bil	
	Antal	%	Antal	%
Nej, hade inga besvär	76	26,1	70	26,5
Nej, hade besvär men klarade av det själv	84	28,9	73	27,7
Ja, hade besvär och behövde kontakt	131	45,0	121	45,8
Totalt	291	100	264	100

4.9.1. Sjukvårdskontakt efter sex veckor beroende på risksymtom oavsett olyckstyp

Av de skadade med sjukvårdskontakt efter sex veckor utgjorde 78 % ”riskpatienter”, d.v.s. de hade initialt minst två risksymtom (se appendix 8.3, där även kontakt med läkare och sjukgymnast redovisas separat).

Av dem med besvär, som rapporterade att de haft sjukvårdskontakt sex veckor efter olyckan eller senare, fördelade sig kontakterna på olika professioner enligt nedanstående tabell, som gäller samtliga olyckstyper. Med annan kategori menades i regel massör, osteopat eller kiropraktor. I tabellen anges även hur stor andel av patienterna som utgjorde ”riskpatienter”, d.v.s. som initialt hade minst två risksymtom.

Tabell 8. Sjukvårdskontakter efter sex veckor, oavsett olyckstyp, i fall där förekomst av risksymtom kunnat bestämmas.

Kategori	Antal med kontakt	% med kontakt	% minst 2 risksymtom
Läkare	92	33	83
Sjukgymnast	81	29	83
Kurator	5	2	80
Psykolog	9	3	100
Arbetssterapeut	5	2	100
Annan kategori	21	7	74

4.9.2 Sjukvårdskontakt efter sex veckor beroende på vårdprogrammets tillämpning oavsett olyckstyp

I tabell 9 visas antalet individer med sjukvårdskontakt efter sex veckor för skadade (oavsett olyckstyp) som initialt inte kontaktade sjukgymnast alls jämfört med dem som kontaktades sjukgymnast inom en vecka. Jämförelsen gjordes dels för gruppen med komplett handläggning, dels för övriga. En liknande analys för skadade i bil med initiala nacksymtom visade väsentligen samma resultat.

Tabell 9. Antal individer med sjukvårdskontakt efter sex veckor, oavsett olyckstyp, för skadade som initialt inte kontaktade sjukgymnast alls jämfört med dem som kontaktades sjukgymnast inom en vecka, för komplett handlagda och övriga.

Komplett	Sjukvårdskontakt efter 6 v				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Total	% Ja			
Sjukgymnastkontakt							
Nej	60	13	73	18			
Ja, inom 1 v	12	21	33	64			
Totalt	72	34	106	32	0,0000	3,57	8,08

Övriga	Sjukvårdskontakt efter 6 v				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Total	% Ja			
Sjukgymnastkontakt							
Nej	75	21	96	22			
Ja, inom 1 v	5	20	25	80			
Totalt	80	41	121	34	0,0000	3,66	14,29

Oavsett handläggningssätt (Komplett/Övriga) förekom sjukvårdskontakter efter sex veckor i en tredjedel av fallen. Observera att andelen med sjukvårdskontakt efter sex veckor i tabell 9 är lägre än i tabell 7, där även de ingår som kontaktat sjukgymnast efter sex veckor.

Sjukvårdskontakt efter sex veckor var tre till fyra gånger vanligare för dem som initialt kontaktade sjukgymnast inom en vecka, jämfört med dem som inte kontaktade sjukgymnast alls.

För dem som inte kontaktade sjukgymnast alls förelåg en marginell skillnad mellan komplett handlagda (18 %) och övriga (22 %), vad gäller antalet sjukvårdskontakter efter sex veckor.

För dem som kontaktade sjukgymnast inom en vecka var skillnaden i antalet sjukvårdskontakter efter sex veckor något större mellan gruppen komplett handlagda (64 %) och övriga (80 %), men skillnaden var inte statistiskt signifikant ($P=0,17$).

En liknande analys gjordes för dem som kontaktade sjukgymnast mellan en och sex veckor efter akutbesöket. Av dessa hade 34 av 37 (92 %) fortsatt sjukvårdskontakt efter sex veckor. Här förelåg ingen skillnad med avseende på vårdprogrammets tillämpning.

5. Diskussion

Målgruppen om 399 individer bedöms relevant spegla en akutsökande population med whip-lashrelaterade besvär. Enkäter som underlag för uppföljning och utvärdering har fördelar och brister. Fördelen av att kunna nå många förutsätter dock ett tillräckligt antal svar. Den sjuttio-sju-procentiga svarsfrekvensen bedöms acceptabel i sammanhanget utifrån, om än begränsad, möjlighet till bortfallsanalys.

Medelåldern i bortfallsgruppen var något lägre än i svarsgruppen. Åldersskillnadens eventuella betydelse har inte undersökts. Andelen män var större i bortfallsgruppen (63 % jämfört med 51 %). Skillnaden skulle kunna påverka besvärsförlopp och sjukskrivning sett i perspektivet att de flesta studier rapporterar övervikt av kvinnor avseende långtidsbesvär.

En dominerande del av studiegruppen utgjordes av skadade i bil. Flera analyser har gjorts exklusivt på denna trafikantkategori i syfte att renodla olyckstypen. I de fall där analysen även gjorts på samtliga trafikantkategorier förelåg emellertid inga signifikanta skillnader. Detta kan stärka tidigare consensus (8) för WAD som samlingsbegrepp oavsett olyckstyp.

Enkäter bygger på tillit till svarandes uppriktighet och minne. Enkäten försäkrade den svarande om anonym statistisk bearbetning på grupp-nivå, vilket torde ge förutsättningar för uppriktiga svar utan rädsla för koppling till t ex försäkringsmedicinsk bedömning. Enkät svar om akuta besvär litar till svarandes minne. Eftersom enkäten besvarades under olika tidsfaser i efterförloppet finns risk för omedveten efterjustering relaterat till minnestidens längd. Med detta i åtanke efterfrågades ej gradering av rapporterade akutbesvär. En eventuell minnesrelaterad felkälla torde dock kunna förutsättas lika stor eller liten, oavsett om personen handlagts med eller utan vårdprogrammets akutformulär, då formuläranvändandet ej varit knutet till någon speciell period under året. En jämförelse av dokumenterade symtom på akutmottagningen och vad den skadade erinrade sig ha förelegat har inte genomförts. En sådan kan emellertid göras med hjälp av arkiverade akutformulär.

Huvudsyftet med studien var att utvärdera eventuell effekt av vårdprogrammets akutdel, då premisser ej förelegat för önskad utvärdering av vårdprogrammet i sin helhet. Enkätfrågorna har utformats utifrån denna begränsade möjlighet. Svaranden har ej varit medvetna om huruvida de akut handlagts enligt vårdprogrammet eller ej. De har inte heller informerats om att studien bland annat syftade till att utvärdera vårdprogrammet, varför de som drabbade inte ha någon uppfattning om vad som kan vara bättre eller sämre.

Akutbesvär rapporterades genom ikryssning på symtomlista, men möjlighet gavs även till fritext under delrubrik ”Andra besvär” för att inte skapa frustration om upplevt symtom ej kunnat återfinnas i listan. De akuta symtomen fördelade sig utan signifikant skillnad mellan

jämförelsegrupperna komplett handlagda och övriga. Pågående nackbesvär före olyckan förekom något mindre i gruppen komplett handlagda, men skillnaden var inte signifikant. Sjukskrivning för besvär av olika orsaker, inklusive nackbesvär, rapporterades av tio procent i båda grupperna. Jämförelsegrupperna kan därmed anses vara lika vad gäller pretraumatisk sjuklighet, inklusive nackstatus som riskfaktor. Oavsett jämförelsegruppernas storlek vid olika analyser förelåg ingen signifikant skillnad avseende symtomförekomst, varför olika grupper kunnat utgöra underlag utifrån analysönskemål om hela trafikolycksgruppen (n=297) eller biltrafikantergruppen specifikt (n=270).

WAD-formulären användes i svarsgruppen i 45 % av fallen, oavsett olyckstyp, och i 51 % för skadade i bil. Skillnaden, om än liten, kan möjligen förklaras av att whiplash vanligtvis förknippas med bilolycka, som i större utsträckning kan påminna om användning av formulären.

Patienttillfredsställelsen avseende bemötande hade inget samband med vårdprogrammets tillämpning. Däremot rapporterades en signifikant högre tillfredsställelse med läkarens information och rådgivning i de fall där vårdprogrammet använts. Den högre tillfredsställelsen i detta avseende tas som intäkt för vårdprogrammets möjlighet att påverka en viktig aspekt av handläggningen i positiv riktning, medan bemötande innehåller kvaliteter på individnivå, mindre beroende av handlägningsrekommendationer. För de komplett handlagda förelåg också en tendens till högre uppskattning av läkarens noggrannhet i undersökningen, vilket skulle kunna tillskrivas mallens utformning. Den kliniska erfarenheten visar att känslan av att ha blivit noggrant undersökt är av största betydelse för patientens förtroende. Att ett bra primärt omhändertagande kan minska risken för psykosociala komplikationer har också visats i en svensk studie av psykosociala faktorer och trafikskador (1).

Vårdprogrammets formulär innehåller information om att den skadade vid behov skall följas upp av sjukgymnast inom tio dagar. Sextiotvå procent av de komplett handlagda rekommenderades uppföljning hos sjukgymnast jämfört med 21 procent av de övriga, vilket torde tala för att programmet bidragit till en ökad medvetenhet hos läkaren om att hänvisa till sjukgymnast. Andelen som tog kontakt med sjukgymnast var något högre bland komplett handlagda jämfört med övriga. De tog också i något större utsträckning kontakt med sjukgymnast inom stipulerad tid. Majoriteten fick tid inom tio dagar oberoende av det primära handläggnings sättet. Sjukgymnastprofessionen agerar sålunda efter principen för tidigt omhändertagande såsom även vårdprogrammet föreskriver.

För dem som tog kontakt med sjukgymnast i senare skede kan endast spekuleras om huruvida rehabiliteringsprocessen kunnat initieras tidigare om de i akutskedet riskbedömts hos sjukgymnast för rehabiliteringsbehov. Det faktum, att dessa i tre fjärdedelar av fallen hade minst två risksymtom, indikerar att så kan vara fallet.

Den nytta man rapporterat sig ha haft av sjukgymnastens råd värderades högre av dem som sökt sjukgymnast utan komplett initial handläggning. Detta kan förmodas bero på att 39 % av dem som handlagts komplett rapporterade att de, förutom den rekommenderade skriftliga informationen, redan fått muntlig information av läkare, jämfört med 17 % av övriga.

Sjukgymnaster som handlagt patienter med whiplashrelaterade besvär har visat god respons för vårdprogrammet och för sjukgymnasten rekommenderad formulärdokumentation. Detta framgår av en mindre enkätuppföljning, utförd av sjukgymnaststuderande rörande offentligt anställda sjukgymnaster i Göteborg (11). Sjukgymnastens riskbedömning har också visat dess

relevans avseende gynnsamt besvär- och sjukskrivningsförlopp för individer bedömda som icke varande riskpatienter (3).

Utvärderingen fokuserade på status sex veckor efter olyckan, eftersom vårdprogrammet vid denna tidpunkt rekommenderar re-evaluering för utrednings- och rehabiliteringsbehov i ett bio-psyko-socialt perspektiv för individer som ej successivt förbättrats. Utvärderingen syftade inte till att bedöma re-evalueringsförfarandet som sådant, utan enbart behovet av ytterligare sjukvårdskontakter efter sex veckor. Överlag behövde majoriteten med kvarstående besvär vid denna tidpunkt fortsatta eller utökade kontakter med vård och rehabiliteringsprofessioner, för sistnämnda med sjukgymnaster i majoritet. Den ringa omfattningen av anlitade rehabiliteringsprofessioner, utöver sjukgymnast efter sex veckor, speglar sannolikt ej det faktiska behovet utifrån klinisk erfarenhet. Rehabiliteringsbehov kan ha förbisetts med negativ inverkan på ett okänt antal individers besvärsförlopp. Förutom kontakt med läkare och sjukgymnast, var det fler patienter som sökte alternativmedicin än kurator, psykolog och arbetsterapeut. Benägenheten att söka smärtlindring kan tolkas ligga närmre för patienten än att söka hjälp för hanteringsstrategier på olika plan. För sistnämnda torde krävas probleminventering och remittering i enlighet med vårdprogrammets rekommendation.

De som kontaktade sjukgymnast inom en vecka rapporterade fortsatt sjukvårdskontakt efter sex veckor i 64 % av fallen, där handläggningen varit komplett, och i 80 % av övriga fall. De som inte kontaktade sjukgymnast inom en vecka angav sjukvårdskontakter efter sex veckor i ca 20 % av fallen, oberoende av det akuta handläggningssättet. Frågan kan uppstå om den initiala kontakten bidrar till ett ökat utnyttjande av vårdresurser, och särskilt sjukgymnaster, oavsett behov. I beaktande av förekomst av risksymtom torde dock de längre kontakterna spegla ett reellt behov. Med gränsen satt vid förekomst av minst två risksymtom, för att betecknas som riskpatient, kontaktade 39 % av denna riskgrupp sjukgymnast inom en vecka mot 14 % av dem med inget eller ett risksymtom. De med fortsatt behov av sjukvårdskontakt hos sjukgymnast efter sex veckor bestod till 83 % av riskpatienter.

Besvärsförloppet för skadade i bil, beräknat upp till ett år efter olyckan, visar en gynnsammare tendens för gruppen komplett handlagda jämfört med övriga, sex veckor efter olyckan och upp till ett halvår. Den multivariata analysen visade en signifikant ökad risk för kvarstående besvär vid sex veckor, om akuta symtom förelegat i form av värk eller smärta i skuldra eller axel, domning/stickning i arm eller hand, värk eller smärta i ryggen eller yrsel, och med ökad risk ju fler av symtomen som förelåg samtidigt. Inkluderades även handläggningssättet i regressionsmodellen framkom att skadade, som handlagts komplett, tenderade att rapportera kvarstående besvär i något mindre utsträckning vid sex veckor än övriga, motsvarande P-värdet 0,11. För att uppnå styrkan 80 % krävs dock ett tre gånger så stort material under förutsättning att den visade tendensen svarar för en reell skillnad.

Vårdprogrammets akutdel fokuserar på noggrann undersökning, god information och tidig riskidentifiering i syfte att söka förhindra eller reducera en ogynnsam besvärsutveckling. Figur 5 visar också att den positiva skillnaden i besvärsförekomst vid sex veckor, relaterat till komplett handläggning akut, ej kvarstår efter ett halvår. Detta talar för att det akuta handläggningssättet kan påverka det tidigare förloppet. Som förutsättning för långtidseffekter finns i vårdprogrammet rekommendation om re-evaluering för intervention efter individuell probleminventering.

Besvärsförekomst i långtidsuppföljningar varierar i olika studier. För jämförelse krävs bl. a. kännedom om kriterierna för besvär. En svaghet i denna uppföljning är att förloppet efter sex

veckor är beroende av statistisk skattning p.g.a. olika tidsförlopp efter olyckan vid enkätsvar. Enkäten har inte efterfrågat grad eller frekvens av kvarstående besvär, vilket innebär att små eller obetydliga besvär tillmätts samma betydelse som svåra eller mycket svåra besvär, då endast alternativ ja eller nej för besvärsförekomst kunnat hanteras statistiskt. En begränsad djupstudie av dem i materialet med samma uppföljningstid skulle kunna belysa kvarstående besvärs inverkan på vardagsaktiviteter och arbetsliv i enlighet med en långtidsuppföljning av akut handlagda patienter med WAD av Sterner et al (9). I den studien presenterades lägre besvärsförekomst med dem exkluderade, där besvär endast i ringa omfattning påverkade vardagen.

Sjukskrivningsförloppet för skadade i bil med initial nacksmärta eller nackstelhet, beräknat upp till ett år efter olyckan beskrivs i två kurvor. Den ena beskriver förloppet, där individer som var sjukskrivna redan före olyckan exkluderats. Den ger en sannare bild av sjukskrivningsbehovet relaterat till olyckan, även om andra skäl till sjukskrivning kan ha uppstått efterhand. Den andra kurvan beskriver förloppet, där även de som var sjukskrivna redan före olyckan inkluderats, vilket resulterade i en högre sjukskrivningsprocent under hela förloppet efter olyckan. Orsaken till tidigare sjukskrivning rapporterades vara såväl nackbesvär som annat, med eller utan nackbesvär, vilket talar för negativ influens av pretraumatiska besvär generellt, om än med fokus på nackproblematik. Utfallet relaterat till handläggningen akut enligt vårdprogramsrekommendation ”komplett” visade för kurvan, med tidigare sjukskrivna exkluderade, en svag tendens till lägre sjukskrivning, beskriven upp till ett år med hjälp av statistisk bearbetning för skattning under monoton, icke växande restriktion. Om denna tendens är riktig krävs dock ett 35 gånger så stort material för 80 % sannolikhet för signifikans.

Risksymtomen för kvarstående besvär påverkade ej sjukskrivningsförloppet signifikant. För sjukskrivningsförloppet visade däremot huvudvärk en viss betydelse. Enkäten ger ej möjlighet att värdera skillnaden. Den kan dock vara ett uttryck för det faktum att besvär och sjukskrivning ej är likvärda begrepp och därmed beroende av olika faktorer. Den kliniska erfarenheten kan emellertid specifikt verifiera arbetsvårigheter vid frekvent huvudvärk, som i sig påverkar bl. a. den kognitiva förmågan.

För både besvärs- och sjukskrivningskurvan har hänsyn ej tagits till eventuella besvär orsakade av senare trafikolycka, vilket drabbade elva individer. Dessa fördelade sig vid den första olyckan jämnt med avseende på det primära handläggningssättet komplett/övriga.

Från klinisk verksamhet och från litteraturen är det känt att posttraumatiska symtom, som en konsekvens av olycksupplevande, kan påverka en individ i efterförloppet. Oftast klingar en sådan krisreaktion av, men för en del individer kan dylika symtom kvarstå och i sig medföra betydande funktionsnedsättning. Vid utformandet av enkäten visade det sig svårt att i efterhand och på enkätbasis efterfråga huruvida olyckan upplevts som ett hot med akuta stressymtom som följd. En sådan fråga bedömdes kunna väcka icke önskade funderingar hos mottagaren. Symtomet ”rädd/skärrad” valdes som alternativ, men bedöms analysmässigt ej tillräckligt diskriminerande för syftet och kunde därför ej utvärderas.

6. Slutsatser

Sammanfattningsvis talar enkätresultatet för vårdprogrammets möjlighet att påverka patienttillfredsställelse, tidigt besvärs- och sjukskrivningsförlopp i gynnsam riktning för den aktuella målgruppen. Utifrån påvisade tendenser synes det meningsfullt att rekommendera användandet av vårdprogrammodellen i sin helhet för en mer omfattande utvärdering.

7. Litteraturhänvisningar

1. Andersson A-L, Bunketorp O, Allebeck P. High rates of psychosocial complications after road traffic injuries. *Injury* 1997;28:539-43.
2. Berglund et al. The association between exposure to a rear end collision and future neck or shoulder pain: a cohort study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1089-94.
3. Branander K. Uppföljning av nackpatienter som enligt Västra Götalands vårdprogram ej bedömts ha några riskfaktorer. Projektarbete i 5 poängs kurs, Arbetslivsinstitutet/Karolinska institutet, Stockholm. *Under bearbetning* 2005.
4. Gerdle B et al. Vårdprogram för Whiplashrelaterade besvär. Elanders Svenskt Tryck. Stockholm 1998.
5. Lindh et al. Omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär. Riktlinjer för Västra Götaland. 2003. www.vgregion.se/whiplash
6. Rydén-Höök I-M. "Omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär" – Riktlinjer för Västra Götaland. En kartläggning av implementering av vårdprogrammet inom Primärvården Göteborg. Rapport Hälso- och sjukvårdskansliet, Göteborg, nov 2004
7. Scholten-Peeters GGM et al. Clinical practice guideline for the physiotherapy of patients with whiplash-associated disorders. *Spine* 2002;27:412-22.
8. Spizer WO et al: Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine* 1995;20:1S-73S.
9. Sterner Y et al. The incidence of whiplash injury and the effects of different factors on recovery. *J Spinal Disord Tech* 2003;16:195-199.
10. Sterner Y, Gerdle B. Acute and chronic whiplash disorders – a review. *J Rehabil Med* 2004;36:193-210.
11. Sävenstrand P, Sjöberg Å-L. Användandet av Västra Götalands regions nya riktlinjer för patienter med whiplashrelaterade besvär. 2004, Examensarbete inom sjukgymnast - programmet, Sahlgrenska akademien.

8. Appendix

8.1. Risksymtom – val av jämförelsegräns oavsett olyckstyp

Minst ett risksymtom	Formulär				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Komplett	Övriga	Totalt	% Komplett			
Nej	25	22	47	53			
Ja	108	130	238	45			
Totalt	133	152	285	47			
% Ja	81	86	84		0,33	0,85	0,73

Minst två risksymtom	Formulär				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Komplett	Övriga	Totalt	% Komplett			
Nej	58	62	120	48			
Ja	75	90	165	45			
Totalt	133	152	285	47			
% Ja	56	59	58		0,63	0,94	0,89

Minst tre risksymtom	Formulär				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Komplett	Övriga	Totalt	% Komplett			
Nej	97	114	211	46			
Ja	36	38	74	49			
Totalt	133	152	285	47			
% Ja	27	25	26		0,69	1,06	1,11

Riskenivån har inte något samband med grupptillhörighet (Komplett/Övriga). För nivåerna ”Minst ett risksymtom” och ”Minst två risksymtom” var andelen skadade i riskgruppen något mindre för gruppen komplett handlagda. För nivån ”Minst tre risksymtom” var andelen skadade i riskgruppen något större för gruppen komplett handlagda. Nivån ”Minst två risksymtom” valdes eftersom denna gav den jämnaste fördelningen med avseende på både riskgrupp och grupptillhörighet.

8.2. Tidpunkt för första sjukgymnastkontakt och risksymtom oavsett olyckstyp

Minst två risksymtom	Sjukgymnastkontakt inom en vecka				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Totalt	% Ja			
Nej	93	15	108	14			
Ja	69	44	113	39			
Totalt	162	59	221	27			
% Ja	43	75	51		0,00003	2,80	3,95

Minst två risksymtom	Sjukgymnastkontakt inom sex veckor				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Totalt	% Ja			
Nej	93	23	116	20			
Ja	69	73	142	51			
Totalt	162	96	258	37			
% Ja	43	76	55		0,00000	2,59	4,28

Minst två risksymtom	Sjukgymnastkontakt inom				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	1v	1-6v	Totalt	% 1-6v			
Nej	15	8	23	35			
Ja	44	29	73	40			
Totalt	59	37	96	39			
% Ja	75	78	76		0,67	1,14	1,24

8. 3. Kontakt med sjukvård, läkare, och sjukgymnast efter sex veckor oavsett olyckstyp beroende på risksymtom

Minst ett risksymtom	Sjukvårdskontakt efter sex veckor				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Totalt	% Ja			
Nej	36	10	46	22	0,00057	2,3	3,5
Ja	120	117	237	49			
Totalt	156	127	283	45			
% Ja	77	92	84				

Minst två risksymtom	Sjukvårdskontakt efter sex veckor				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Totalt	% Ja			
Nej	92	28	120	23	0,00000	2,6	5,1
Ja	64	99	163	61			
Totalt	156	127	283	45			
% Ja	41	78	58				

Minst tre risksymtom	Sjukvårdskontakt efter sex veckor				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Totalt	% Ja			
Nej	131	78	209	37	0,00002	1,8	3,3
Ja	25	49	74	66			
Totalt	156	127	283	45			
% Ja	16	39	26				

Minst två risksymtom	Läkarkontakt efter sex veckor				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Totalt	% Ja			
Nej	104	16	120	13	0,00000	3,50	5,68
Ja	87	76	163	47			
Totalt	191	92	283	33			
% Ja	46	83	58				

Minst två risksymtom	Sjukgymnastkontakt efter sex veckor				P(Chi2)	Rel risk	Odds r
	Nej	Ja	Totalt	% Ja			
Nej	106	14	120	12	0,00000	3,52	5,28
Ja	96	67	163	41			
Totalt	202	81	283	29			
% Ja	48	83	58				

Göteborg 2004-10-18

Uppföljning av nackbesvär

Bästa/e:

Enligt våra uppgifter besökte Du den akutmottagningen på Östra sjukhuset på grund av nackbesvär efter en olyckshändelse. De flesta som söker akut med nackbesvär har skadats i en trafikolycka. Trafikskaderegistret på Östra sjukhuset följer upp olycksdrabbade. Whiplashkommissionen har gett oss ett uppdrag att undersöka hur nackskadade tas omhand inom sjukvården i samband med olyckan, oavsett om olyckan hänt i trafik eller ej. Whiplashkommissionen är en oberoende grupp av sakkunniga, som leds av förre statsministern Ingvar Carlsson. I kommissionens slutrapport, som kommer att publiceras i maj 2005, skall både goda erfarenheter och förslag till förbättringar av bland annat vård och rehabilitering läggas fram. Läs mer om kommissionen i bifogade broschyr, eller på hemsidan: www.whiplashkommissionen.org.

Den uppföljning som vi nu ber Dig delta i får betydelse för hur dessa förslag utformas. Vi skulle därför vara tacksamma om Du kan besvara frågorna i bifogade formulär. Syftet är att få Dina synpunkter på bemötande, handläggning och rådgivning som Du fått som patient. Dina erfarenheter är viktiga för sjukvården att ta del av.

Enkätsvaren kommer att behandlas statistiskt, och ingen kommer i redovisningarna att kunna utläsa hur Du har svarat. För att kunna skicka ut eventuella påminnelsebrev har alla personer fått ett nummer på enkäten. Under bearbetningen av enkäterna tas alla uppgifter bort som kan koppla samman enkätsvaren med en viss person. Enkätsvaren behandlas i enlighet med Sekretesslagen. Deltagandet i undersökningen är helt frivilligt. Vill Du inte delta ber vi Dig ändå att lägga den oifyllda enkäten i det medskickade kuvertet och skicka tillbaka den till oss.

Oavsett om Du har besvär eller inte får Du gärna ringa till Trafikskaderegistret på Östra sjukhuset om Du har några frågor som rör olyckan eller dess följder. Du kan ringa vardagar mellan 09.30 och 11.30 nr 031-343 51 26. Om Du har frågor om denna enkät kan Du ringa samma nummer.

Olle Bunketorp
Specialistläkare
Projektansvarig

Malin Lindskog
Assistent

Lena Elisson
Leg. sjukgymnast

Trafikskaderegistret
SU/Östra
416 85 Göteborg

Uppföljning av nackbesvär efter olycka

Nr:

Om ifyllandet av enkäten

Undersökningen är anonym och det innebär att Du *inte* ska skriva Ditt namn på enkäten. Besvara frågorna genom att sätta ett kryss för det svar som stämmer bäst för Dig. Sätt bara kryss i en ruta om det inte står något annat. Ta god tid på Dig och svara på frågorna så noggrant som möjligt. Läs igenom enkäten och se till att Du inte har hoppat över någon fråga. När Du fyllt i enkäten ska den stoppas i det medföljande kuvertet och postas. Kuvertet är redan frankerat.

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**Olycksdatum:.....****Datum då Du besvarar denna enkät:.....**

Hur Du hade det före olyckan

1 Hade Du några pågående nackbesvär före olyckan?

1. Nej
 2. Ja

2 Hur mycket påverkades vardagen (arbete, studier, hemsysslor, fritid) av dessa nackbesvär? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder ingen alls påverkan och 10 betyder mycket hög påverkan. Hoppa över frågan om Du inte hade nackbesvär.

Ingen alls påverkan 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket hög påverkan

3 Var Du sjukskriven när olyckan hände?

1. Nej
 2. Ja, för nackbesvär
 3. Ja, för annat än nackbesvär
 4. Ja, för både nackbesvär och annat

Om olyckan och Dina besvär efter densamma

4 Hur skadades Du?

1. Som förare eller passagerare i bil
 2. Som cyklist/mopedist/motorcyklist
 3. Som annat. Vad?.....

5 Kom Du ihåg hela händelseförloppet vid olyckan?

1. Nej
 2. Ja
 3. Vet ej

6 Slog Du i huvudet?

1. Nej
 2. Ja
 3. Vet ej

7 Kände Du något eller några av nedanstående besvär när Du sökte på akuten? Sätt ett kryss för varje rad.

	Nej	Ja
a. Huvudvärk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Nacksmärta/nackvärk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Stelhet i nacken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Smärta/värk i skuldra/axel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Smärta/värk i arm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Domning/stickning i arm/hand	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Smärta/värk i ryggen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
h. Yrsel/ostadighetskänsla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
i. Illamående	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
j. Rädd/skärrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
k. Andra besvär. Vilka?		

Ditt akutbesök

- 8 Hur nöjd var Du med bemötandet Du fick av mottagande sköterska på akuten? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder inte alls nöjd och 10 betyder mycket nöjd.**

Inte alls nöjd 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket nöjd

- 9 Hur nöjd var Du med bemötandet Du fick av läkaren på akuten? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder inte alls nöjd och 10 betyder mycket nöjd.**

Inte alls nöjd 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket nöjd

- 10 Hur noggrant tycker Du att Du blev undersökt för nackbesvären av läkaren på akuten? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder inte alls noggrant och 10 betyder mycket noggrant.**

Inte alls noggrant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket noggrant

- 11 Hur bra tycker Du att läkaren på akuten informerade Dig om Dina nackbesvär? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder inte alls bra och 10 betyder mycket bra.**

Inte alls bra 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket bra

- 12 Hur nöjd var Du med läkarens rådgivning för nackbesvären? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder inte alls nöjd och 10 betyder mycket nöjd.**

Inte alls nöjd 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket nöjd

- 13 Fick Du någon muntlig information om lämplig träning för nacken för de närmaste dagarna?**

1. Nej
 2. Ja
 3. Vet ej

- 14 Fick Du någon skriftlig information om lämplig träning för nacken för de närmaste dagarna?**

1. Nej
 2. Ja
 3. Vet ej

- 15 Rekommenderades Du att kontakta sjukgymnast för uppföljning av nackbesvären?**

1. Nej
 2. Ja
 3. Vet ej

16 Blev Du sjukskriven för Dina nackbesvär av läkaren på akuten?

1. Nej
 2. Ja, delvis
 3. Ja, helt
 4. Vet ej

17 Sjukanmälde Du Dig själv för nackbesvär första veckan efter akutbesöket?

1. Nej
 2. Ja, delvis
 3. Ja, helt
 4. Vet ej

Tiden efter akutbesöket**18 Kontaktade Du sjukgymnast för uppföljning av nackbesvären efter akutbesöket?**

1. Nej
 2. Ja, inom närmaste veckan
 3. Ja, men först mellan 1 och 6 veckor
 4. Ja, men inte förrän efter 6 veckor
 5. Ja, men vet inte när

19 Hur lång tid efter kontakten med sjukgymnast fick Du komma dit?

1. Jag kontaktade inte sjukgymnast
 2. Inom 10 dagar
 3. Mellan 10 dagar och 3 veckor
 4. Mellan 3 veckor och 6 veckor
 5. Efter 6 veckor
 6. Vet ej

20 Hade Du med Dig någon remiss eller formulär när Du kom till sjukgymnast för uppföljning av nackbesvären?

1. Jag sökte inte sjukgymnast
 2. Ja, jag hade med mig en remiss
 3. Ja, jag hade med mig ett formulär
 4. Nej
 5. Vet ej

21 Hur nöjd var Du med Ditt besök hos sjukgymnasten? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder inte alls nöjd och 10 betyder mycket nöjd. (Frågan fylls endast i om Du var hos sjukgymnast)

Inte alls nöjd 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket nöjd

22 Hur stor nytta hade Du av de råd Du fick av sjukgymnasten? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder ingen nytta alls och 10 betyder mycket stor nytta. (Frågan fylls endast i om Du var hos sjukgymnast)

Ingen nytta alls 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket stor nytta

Hur det har gått med Dina besvär

23 Hur lång tid hade Du besvär efter olyckan?

1. Mina besvär gick över inom 1 vecka
2. Mina besvär gick över mellan 1 och 3 veckor
3. Mina besvär gick över mellan 3 och 6 veckor
4. Jag hade fortfarande besvär efter 6 veckor, men har inte nu
5. Jag har fortfarande besvär

24 Var Du sjukskriven för Dina besvär 3 veckor efter olyckan?

1. Nej
2. Ja, delvis
3. Ja, helt
4. Vet ej

25 Var Du sjukskriven för Dina besvär 6 veckor efter olyckan?

1. Nej
2. Ja, delvis
3. Ja, helt
4. Vet ej

26 Hade Du någon ytterligare sjukvårdskontakt 6 veckor eller senare efter olyckan på grund av Dina besvär?

1. Nej, mina besvär hade gått över
2. Nej, jag hade besvär men klarade av det själv
3. Ja, jag hade besvär och kontakt med (kryssa i en eller flera av nedanstående rutor)
- 3a. Läkare
- 3b. Sjukgymnast
- 3c. Kurator
- 3d. Psykolog
- 3e. Arbetsterapeut
- 3f. Annan sjukvårdskontakt, vad/vem.....
4. Vet ej

Om det är något Du vill kommentera om eventuella sjukvårdskontakter kan Du skriva här.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hur Du har det för närvarande

27 Har Du något eller några av nedanstående besvär för närvarande? Sätt ett kryss för varje rad.

	Nej	Ja
a. Huvudvärk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Nacksmärta/nackvärk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Stelhet i nacken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Smärta/värk i skuldra/axel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Smärta/värk i arm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Domning/stickning i arm/hand	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Smärta/värk i ryggen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
h. Yrsel/ostadighetskänsla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
i. Nedstämdhet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
j. Dagliga, störande minnesbilder av olyckan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
k. Andra besvär. Vilka?.....		

28 Hur mycket påverkas Din vardag (arbete, studier, hemsysslor, fritid) av besvären för närvarande? Markera en siffra på nedanstående rad där 1 betyder ingen alls påverkan och 10 betyder mycket hög påverkan. Hoppa över frågan om Du inte har nackbesvär längre.

Ingen alls påverkan 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket hög påverkan

29 Är Du sjukskriven på grund av besvär efter olyckan för närvarande?

1. Nej
 2. Ja, delvis
 3. Ja, helt

30 När Du tänker tillbaka på den eller de kontakter Du haft inom sjukvården efter olyckan, är det något som Du tycker

Har varit speciellt bra.....

Har varit speciellt dåligt.....

31 Har Du varit med om en senare olycka som gett nackbesvär efter den som denna enkät handlar om?

1. Nej
 2. Ja

Här är enkäten slut. Vi ber Dig att läsa igenom den en gång till och se efter att alla frågor som ska besvaras är besvarade. Om det är något mer Du skulle vilja lägga till så kan Du använda baksidan. Stoppa sedan enkäten i det frankerade kuvertet och skicka det tillbaka till oss.

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Primär handläggning av patienter efter nacktrauma

Första Läkarbesöket

Detta dokument innehåller, förutom denna sida med allmän information följande delar:

		sida
Del 1	Omvårdnadsdel	2-4
Del 2	Läkardel	5-6
Del 3	Patientdel	7-8

Del 1-3 utgör en så kallad patientburen journal.
(pat tar själv med kopia av hela denna journal till sjukgymnasten)

Till Dig som patient

Enligt regionala riktlinjer för Västra Götaland bör alla som söker vård efter att ha utsatts för våld mot nacken:

- ✓ Lämna utförliga uppgifter om omständigheterna vid olyckan.
- ✓ Läkarundersökas efter särskild mall.
- ✓ Erhålla patientinformation (Del 3)
- ✓ Ta med dokumentet Del 1 och 2 till sjukgymnast inom 10 dagar.

Till Dig som sköterska

- ✓ Detta dokument ligger till grund för senare handläggning av patienten.
- ✓ Det är viktigt att patienten fyller i hela omvårdnadsdelen (Del 1) då det blir en del av journalen. Du hjälper patienten med detta.
- ✓ Din medverkan är av största vikt för att patienten skall få bästa möjliga vård.
- ✓ Du svarar för att läkaren får dokumentet (Del 1–3) och att Del 1-2 sparas.
- ✓ Du svarar för att patienten får en kopia av det ifyllda dokumentet (Del 1–2).

Till Dig som läkare

- ✓ Omvårdnadsdelen/frågeformuläret utgör en grund för anamnesen.
- ✓ Undersökningsformuläret innehåller de viktigaste uppgifterna och skall i förekommande fall kompletteras med övriga relevanta data.
- ✓ Det är viktigt att fylla i hela formuläret då det blir en del av journalen.
- ✓ Instruera patienten om Patientdelen (Del 3) och lämna den till patienten.
- ✓ Lämna de ifyllda formulären (Del 1-2) till sköterskan.
- ✓ Hänvisa till formulären i journalen.
- ✓ Ombesörj att kopia skickas till läkare enligt patientens val.

Del 1 Omvårdnadsdel

Personnummer:

Fylls i av patienten före läkarundersökningen

Namn:

Adress:

Datum:

Tel:

Vårdinrättning:

1 Datum/tid för olyckan: År _____ Mån _____ Dag _____ Kl _____

2 Minns Du hela händelseförloppet? Nej Vet ej Ja, helt klart

3 Slog Du i huvudet? Nej Vet ej Ja, var på huvudet? _____

4 Var Du avsvimmad? Nej Vet ej Ja, hur länge? _____

5 Har Du känt något av nedanstående **efter olyckan**? Sätt ett kryss för varje rad. Ange sida i tillämpliga fall.

	Nej	Ja	Hö	Vä
a Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Smärta/stelhet kring käkleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Domning/stickning ansikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Nacksmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Smärta i skuldra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Smärta i arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Domning/stickning i arm/hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Smärta i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Smärta i ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Domning/stickning i ben/fot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k Rörelseinskränkning/stelhet i nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l Yrsel/ostadighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
m Synstörning, t ex dubbelseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
n Hörselstörning, t ex sus i öronen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
o Sväljningsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
p Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Andra besvär

Personnummer: _____

6 Hur kände Du Dig i allmänhet månaden före olyckan? Sätt ett kryss för varje rad. Ange sida i tillämpliga fall.

	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid	Hö	Vä
a Värk/smärta i nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Värk/smärta kring käkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Värk/smärta i skuldra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Värk/smärta i rygg/ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Värk/smärta i arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Trött och hängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h Sömnproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

j Andra besvär: _____

7 Tidigare skador huvud/nacke/axlar/rygg: _____

8 Övriga aktuella sjukdomar: _____

9 Aktuell medicinering: _____

10 Personliga uppgifter:

	Nej	Ja	
a Gift/Sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b Hemmavarande barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c Förvärvsarbetande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____% Yrke/Arbetsuppgifter _____
d Studerande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e Arbetslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
f Sjukskriven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____% Orsak _____
g Har sjukbidrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____% Orsak _____
h Har folk-/avtalspension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i Har förtidspension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____% Orsak _____

Information om olyckan

Personnummer: _____

11 Typ av olycka Trafik Halkning/fall Slag Dykning Annat

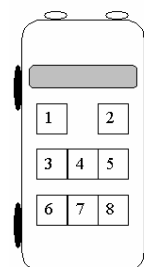
Kort beskrivning av olyckan: _____

Om det var en trafikolycka, besvara nedanstående frågor

12 På vilket sätt färdades Du? Bil Cykel Mc/Moped Gångtrafikanter
 Annat sätt

Annat färdssätt, hur: _____

13 Om Du skadades i bil, markera var Du satt genom att ringa in en siffra. Markera även kollisionspunkten på bilen med pil.



14 Om Du skadades i bil, besvara även följande

	Nej	Ja	Vet ej
a Utlöstes krockkudde vid Din plats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Använde Du bilbälte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Fanns nackskydd på Din plats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Fanns dragkrok på bilen Du åkte i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Gick Din bilstol sönder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Var bilen Du åkte i körbar efter olyckan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Observerade Du den hotande olyckan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Din huvudställning vid olyckan? <input type="checkbox"/> Rakt fram <input type="checkbox"/> Åt höger <input type="checkbox"/> Åt vänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift av ansvarig sköterska

Namn: _____

Namnförtydligande

Del 2 Läkardel, Status

Personnummer: _____

Namn: _____

Datum: _____

Klockslag: _____

- 1 Påverkat AT** Nej
(somatiskt och psykiskt) Ja: _____

2 Smärta/rörelseinskränkning i halsryggen vid aktiva rörelser?

Rörelse	Smärta		Rörelseinskränkning		Uppskattat rörelseomfång i grader
	Nej	Ja	Nej	Ja	
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Höger rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vänster rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Höger lateral flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vänster lateral flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3 Ömhet vid palpation (ange sida och struktur)Halsrygg Nej Ja, var? _____Bröstrygg Nej Ja, var? _____Ländrygg Nej Ja, var? _____**4 Neurologisk undersökning**Pupiller, ögonrörelser Normala Avvikande, _____Muskelfunktion Normal Avvikande, _____Sensibilitet Normal Avvikande, _____**Reflexer** **Normal** **Ökad** **Nedsatt****Triceps C7-C8** **Hö** **Vä** **Hö** **Vä** **Hö** **Vä** Biceps C5-C6 **Brachioradialis C5-C6** **5 Riktad neurologisk undersökning vid behov** _____**6 Övrigt status** _____

Åtgärd och diagnos

Personnummer: _____

- ◆ **Specialistremiss** Nej
 Ja, _____

- ◆ **Röntgen** Nej
 Ja, Akut _____
 Planerad _____

- ◆ **Läkemedelsordination** Nej
 Ja, vad? _____
(Läkemedelsnamn)

- ◆ **Sjukskrives** Nej
 Ja, _____% T.o.m. _____

- ◆ **Information (del 3)
lämnas muntligt
och skriftligt** Nej
 Ja

- ◆ **Behov av stödkontakt** Nej
(vid krisreaktion) Ja, kontakt förmedlas med _____

- ◆ **Finns fast läkare** Nej, tillhör geografiskt _____ vårdcentral
 Ja, vårdcentral: _____ Dr _____

- ◆ **Sjukgymnastbesök
planeras inom 10 dagar** Ja, _____ **Obs ! Del 1-2 gäller som remiss**
var/vem?

- Diagnos ICD10:** **Distorsion halsrygg S 13.4**
 Annand diagnos _____

Vid whiplash-relaterade besvär (WAD), ange grad

- 0 Inga besvär från nacken, inga fysikaliska fynd**
- 1 Nackbesvär i form av enbart smärta, stelhet eller ömhet. Inga fysikaliska fynd**
- 2 Nackbesvär och muskuloskelettala fynd**
- 3 Nackbesvär och neurologiska fynd**
- 4 Nackbesvär och fraktur eller dislokation**

Underskrift av undersökande läkare

Namn: _____
(Namnförtydligande)

Del 3 Patientdel

Råd och instruktioner

För Dig som fått nackbesvär ges här några råd och instruktioner för egenvård som hjälp för att minska besvär och underlätta återhämtning.

I samband med en olycka, t ex i trafiken, kan nacken utsättas för ett våld. Detta kan ge smärta, vanligen i form av nack- och/eller huvudvärk. Besvären går hos de flesta över inom några dagar eller veckor men för en del tar det längre tid.

- ◆ **För smärtlindring de första timmarna kan Du prova med kyla på nacken.
Lägg isbitar i en påse eller köp en kylpåse på apotek.
Placera en fuktig handduk mellan påse och hud och låt kylan verka upp till 15 minuter. Vid god effekt kan detta upprepas några gånger per dygn.**
- ◆ **Om musklerna känns spända och ömma efter några dagar kan värme hjälpa musklerna att slappna av. Håll nacken och axlarna varma med t.ex. en halsduk eller värmedyna.**

ALLMÄNNA RÅD

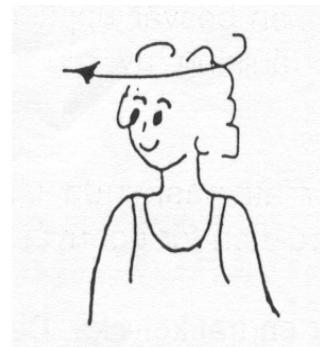
- ◆ **Tänk på din hållning när Du sitter, står och går. Dra in hakan och räta upp nacken. Lägg gärna ett stöd i svanken när Du sitter. Vila med stöd i nacken så slappnar Du av bättre såväl i sittande som i liggande. Sitt inte långa stunder i sträck med huvudet framåtböjt/framskjutet då detta kan vara tröttande för nacken.**
- ◆ **Har du för vana att sova på sidan kan det vara skönt att lägga en kudde mellan knäna och en i famnen för att vila armen på.**
- ◆ **Utför Dina vanliga aktiviteter, men ta det lite lugnare med till exempel tunga lyft och arbete med armarna ovan axelhöjd.**

TRÄNING OCH AKTIVITET

- ◆ Även om Du har värk är det bra om Du försöker varva vila med aktivitet redan de första dagarna. Promenera i lugn och avspänd takt minst en gång per dag i ca 15-20 minuter och försök öka lite varje dag.
- ◆ Det är bra att redan från början träna rörligheten och muskulaturen i nacken. Övningar hjälper till att öka cirkulationen och minska stelheten.

Gör så här:

Sätt dig med god hållning på en stol. Vrid huvudet 10 gånger, först åt det ena därefter åt det andra hållet. Gör övningen mjukt och långsamt så långt smärtan tillåter. Upprepa övningen helst varje vaken timma. Om Du efter övningspasset får ökad värk som sitter i mer än några minuter kan Du prova övningarna i liggande eller minska antalet vridningar för att senare successivt öka igen.



ÖVRIGT

Chockreaktion kan förekomma efter en trafikolycka. En sådan reaktion kan uppstå även om olyckan inte är allvarlig och de fysiska skadorna små. Man kan få en känsla av överklighet och det kan vara svårt att fullt ut förstå vad som har hänt. När tankar på händelsen dyker upp kan man få ångestkänslor, känna sig rastlös, orolig, kraftlös och lättskrämd. Störd sömn och mardrömmar är inte ovanligt. Ibland kan man vilja isolera sig och orkar inte ta kontakt med andra.

Detta är normala reaktioner på en onormal händelse.

Här följer några enkla råd som kan vara till hjälp för att bearbeta en sådan reaktion.

- ◆ Tala med andra om vad Du upplevt.
- ◆ Fysisk aktivitet är bra. Promenera varje dag för att avleda tankarna.
- ◆ Ta det lugnt. Undvik stress så mycket Du kan. Ta en sak i taget, det viktigaste först. Försök vara närvarande i stunden.
- ◆ Ställ mindre krav på Dig själv.
- ◆ Ha förståelse för Dina reaktioner.