

ÖVERSIKT AV
REHABILITERINGSINSATSER I SAMBAND
MED WHIPLASHRELATERADE TILLSTÅND

Björn Gerdle och Michael Peolsson

Avdelningen för rehabiliteringsmedicin,
Hälsouniversitetet, 581 85 Linköping

BAKGRUND

I en tidigare levererad litteraturoversikt till whiplashkommissionen konstaterades att det är brist på studier som specifikt undersöker effekten av multimodal rehabilitering vid kroniska whiplashrelaterade tillstånd (WAD) (Gerdle 2004). De hitintills genomförda studierna ger ingen samstämmig bild av effekterna. Även när det gäller behandlingsinsatser är evidensläget mycket oklart.

Whiplashkommissionen har önskat få en genomlysning av den rehabilitering som patienter med whiplashrelaterade tillstånd efter nacktrauma *i praktiken* erbjuds i Sverige av offentliga och privata vårdgivare. Undertecknade åtog sig därför att genomföra en sådan kartläggning baserat på en skriftlig enkät.

GENOMFÖRANDE

ENKÄT OCH FÖLJEBREV

För att kunna genomföra kartläggningen konstruerades en postal enkät (**bilaga 1**). Enkäten tillsammans med ett följebrev (**bilaga 1**) som förklarade syftet med undersökningen skickades ut till klinikchefer och verksamhetschefer på relevanta enheter och kliniker. De identifierade klinikerna och enheterna tillsändes enkäten inklusive följebrevet i slutet av maj 2004. En påminnelse skickades ut i början av september.

URVAL

Urvalet av vårdinstanser som enkäten sändes till gjordes utifrån personlig kännedom om enheter som bedriver rehabilitering vid whiplashrelaterade tillstånd. Därtill användes följande källor för att lokalisera tänkbara kliniker och enheter:

- Socialstyrelsen
- Nationella landstingskatalogen
- Svensk Förening för rehabilitering och fysikalisk medicin
- Röda korset
- Eniro (gula sidorna)
- Whiplashkommisionens register över vårdinstanser som kontaktats i andra sammanhang.

Enheter utvaldes i princip utifrån kriteriet att vårdenhetens namn skulle innehålla något av orden ”rehabilitering/rehab”, ”smärtklinik/mottagning”, ”ryggmärgskadeenhet”. Såväl landstingsdrivna som privata vårdenheter valdes ut. Samtliga kliniker som tillsändes enkäten återfinns i **bilaga 2**.

Sammantaget identifierades totalt 82 enheter eller kliniker som uppfyllde kriterierna. Femtiotre (65 %) av dessa var landstingsdrivna medan 29 (35 %) var privata.

SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

Svaren från varje enskild vårdenhet gavs anonymitet genom att vårdenheten kodades. Analyser genomfördes med hjälp av kalkylprogrammet Excel och statistikprogrammet SPSS.

RESULTAT OCH KOMMENTARER

BORTFALLSANALYS

Totalt har 62 kliniker (76 %) återsänt enkäten (*Tabell 1*). Bland de landstingsdrivna enheterna var returfrekvensen 47 stycken (89 %), medan svarsfrekvensen var 15 (52 %) för de privatdrivna.

Av de returnerade enkäterna angav 10 kliniker eller enheter att de inte arbetar med WAD patienter. Sex enkäter kom tillbaka utan någon fråga ifylld. Två enkäter innehöll endast svar angående ”antal nya patienter/antal WAD patienter”, medan övriga frågor hade lämnats obesvarade.

En kravgräns vid analysen sattes så att varje vårdenheter som ingår i analysen skall handha minst 10 WAD patienter per år (*Tabell 1*). Fem kliniker exkluderades mot bakgrund av detta krav.

Tabell 1: Bortfall och dataunderlag: antal (%).

Antal returnerade enkäter av 82 utsända		Antal returnerade enkäter från Landstingsdrivna kliniker av 53 utsända		Antal returnerade enkäter från Privat-drivna kliniker av 29 utsända		Antal kliniker/ enheter som inte arbetar med WAD patienter	Antal kliniker med mindre än 10 WAD patienter/år	Antal returnerade enkäter som ej var ifyllda	Antal enkäter enbart med information om antalet patienter som omsätts	Slutligt data-underlag*	
										Landsting	Privat
62	76 %	47	89 %	15	52%	10	5	6	2	25 (64 %)	14 (36 %)

* bildar basen i den fortsatta sammanställningen

Sammantaget används i den fortsatta analysen ett material baserat på svar från 39 kliniker eller enheter; 25 landstingsdrivna (64 %) och 14 privata (36 %) (*Tabell 1*).

ÖVERSIKTLIG SAMMANSTÄLLNING AV OMSÄTTNING OCH KAPACITET

Inledningsvis sammanställdes omsättningen och variansen av omsättning av smärtpatienter i allmänhet och WAD-patienter i synnerhet (*Tabell 2a och b*). Totalt omhändertogs närmare 19000 smärtpatienter årligen genom de olika smärtenheterna. Av dessa var ca 3000 WAD – patienter (16%). I stort sett samtliga vårdinstanser bedrev sin verksamhet i, eller i samarbete med, landstingets verksamhet. Omsättningen av patienter varierade stort, men ett medeltal på cirka 470 smärtpatienter årligen och i medeltal ca 75 patienter med WAD, visar att erfarenheten av denna patientgrupp är stor hos många vårdenheter som besvarat enkäten.

Tabell 2a: Antal patienter årligen samt antal WAD patienter årligen totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Är enheten en del av landstingets verksamhet			Antal nya patienter årligen				Antal WAD-patienter årligen			
	Ja	Vårdavtal	Nej	Totalt	Medel	Median	Max-Min	Totalt	Medel	Median	Max-Min
Totalt (N=39)	28	7	4	18767	472	300	1600-20	3017	77	50	400 - 10
Landstingsdrivna kliniker (N=25)	-	-	-	12282	476	400	1600-20	1978	79	50	400 - 10
Privatdrivna kliniker (N=14)	-	-	-	6485	463	250	1500-35	1039	74	52	200 - 16

När det gäller kapaciteten hos vårdinstanserna visar resultaten att det i genomsnitt rör sig om ca 3 månaders väntetid. Här skiljer sig resultatet markant med avseende på organisationsformen. Landstingsdrivna enheter hade i genomsnitt ungefär dubbelt så lång väntetid som privatdrivna instanser.

Tabell 2b: Sammanställning av utrednings-, behandlings- och rehabiliteringskapacitet totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Andel (%) WAD-patienter som enbart bedöms		Andel (%) WAD-patienter som bedöms och behandlas		Andel (%) WAD-patienter som kommer att delta i rehab program		Kvot mellan behov och kapacitet: Utredning WAD		Kvot mellan behov och kapacitet: behandling WAD		Kvot mellan behov och kapacitet: deltagande i rehabprogram WAD		Antal dagar mellan remiss/ telefonsamtal och första patientbesök	
	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median
Totalt	43	30	61	70	52	50	86	100	48	45	66	80	95	60
Landstingsdrivna kliniker	43	30	55	50	48	45	87	100	49	40	62	65	118	90
Privatdrivna	43	40	72	80	61	60	85	97	47	50	75	90	53	26

När det gäller förhållandet mellan ett uppskattat vårdbehov och den egna verksamhetens kapacitet fanns däremot mycket lite skillnad mellan

organisationsformerna. Oberoende av organisationsform bedömde man att man klarade av att utreda ca 85 % av det faktiska behovet. Däremot bedömde man att resurserna enbart räckte till att behandla varannan smärtpatient, där man ansåg att behov förelåg. En liten skillnad fanns när det gällde kapaciteten att erbjuda deltagande i rehabiliteringsprogram. Här hade privat drivna kliniker något större kapacitet.

MULTIDISCIPLINÄR KOMPETENS

Resultatet visar att organisationsformen inte spelar någon avgörande roll när det gäller den multidisciplinära kompetensen (*Tabell 3*). Båda organisationsformerna erbjuder stor kompetensbredd inom de personalgrupper som arbetar med smärtpatienter. Däremot fanns en skillnad när det gällde *antalet* vårdinstanser där *multidisciplinära WAD utredningar* görs. Här stod landstingsdrivna instanser för dubbelt så många utredningsenheter.

Tabell 3: Multidisciplinära kompetens totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Antal personal kategorier på kliniken		Antal läkar-specialiteter		Antal personal kategorier som både bedömer och behandlar på kliniken		Antal värdenheter där multi-disciplinära utredningar görs		Antalet personal-kategorier som regelbundet deltar i WAD utredningen	Antalet värdenheter där specialistläkar kompetenser används i utredningar		Antalet specialistläkar kompetenser som regelbundet deltar i utredning
	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Antal	%	Antal	Antal	%	Medel
Totalt	6	6	2,2	2	4,9	5	34	87	5	21	54	2
Landstings-drivna kliniker	6	6	1,9	2	4,9	5	23	92	5	13	52	1,7
Privatdrivna kliniker	6	6	2,2	1,5	4,8	4,5	11	79	6	9	64	1,9

FÖREKOMST AV REHABILITERINGSPROGRAM OCH DESS INRIKTNING

Endast fyra instanser saknade möjlighet att låta WAD patienter ingå i någon form av rehabiliteringsprogram. Hälften av vårdinstanserna erbjöd blandade patientgrupper och den andra hälften speciella WAD program (*Tabell 4a och b*). Det fanns inte någon avgörande skillnad mellan organisationsformerna med avseende på antalet teoretiska angreppssätt som erbjuds WAD patienterna. Istället var mångfalden av angreppssätt på WAD problematiken stor.

Tabell 4a: Utformning av WAD specifika rehabiliteringsprogram totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Typ av rehabiliteringsprogram			Antalet teoretiska förhållningssätt som ingår i WAD specifika rehabprogram	Utformning av WAD-specifika rehabprogram		
	Inga WAD program (antal kliniker)	Blandade patient diagnoser (antal kliniker)	WAD specifika program (antal kliniker)		Antal	Huvudsakligen individuella program	I huvudsak grupp baserade program
Totalt	4 (10%)	20 (51%)	19 (49%)	5	7 (18%)	8 (21%)	20 (51%)
Landstings-drivna kliniker	4 (16%)	7 (28%)	14 (56%)	5	2 (8%)	5 (20%)	14 (56%)
Privatdrivna kliniker	0 (0%)	6 (43%)	8 (57%)	6	5 (36%)	3 (21%)	6 (43%)

En skillnad som framgick var däremot att privatdrivna kliniker i betydligt större utsträckning i huvudsak tillämpade individuella rehabiliteringsprogram än landstingsdrivna enheter (Tabell 4a). Båda organisationsformerna erbjöd grupp- resp blandformer av individuella och grupp-baserade program.

När det gällde väntetiden till just WAD specifika rehabiliteringsprogram fanns det en skillnad mellan organisationsformerna (Tabell 4b). Väntetiden var upp till tre gånger så lång hos landstingsdrivna instanser. Variationen var dock mycket stor mellan olika enheter och kliniker.

Tabell 4b: Vårdenheternas väntetider med avseende på WAD specifika rehabiliteringsprogram totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Tid mellan mottagande av remiss (alt patientens kontakt) till inträde i WAD-specifikt rehabprogram (dagar)		
	Medel	Min	Max
Totalt	115	8	550
Landstings-drivna kliniker	154	16	550
Privatdrivna kliniker	57	8	240

KRITERIER FÖR DELTAGANDE I REHABILITERINGSPROGRAM FÖR WAD-PATIENTER

På frågor som gällde WAD specifika rehabprogram hade var fjärde instans WAD specifika kriterier för att ingå i rehabiliteringsprogram (Tabell 5). Här fanns en skillnad mellan organisationsformerna där landstingsdrivna kliniker saknade kriterier i

var tredje fall medan motsvarande siffra var var femte för privatdrivna enheter. När det gällde skriftlig dokumentation av kriterierna angav var tredje enhet/klinik att sådana fanns. Även här fanns en skillnad där privatdrivna instanser dubbelt så ofta hade skriftligt dokumenterade kriterier.

Tabell 5: Kriterier och omfattning av WAD programmen totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Finns kriterier för vilka WAD-patienter som skall delta i rehabprogram			Antal personal-kategorier som deltar i rehab-programmet för WAD – patienter (medel)	Omfattning av rehabiliteringsprogrammet för den genomsnittlige WAD- patienten		
	Ja, skriftliga	Ja, ej skriftliga	Nej		Program-omfattning (veckor)	Genomförande (timmar/dag)	Uppföljning (timmar)
Totalt	13 (33%)	12 (31%)	11 (28%)	5	7,4	4,0	59,3
Landstings-drivna kliniker	6 (24%)	8 (32%)	8 (32%)	5	7,8	4,2	56,0
Privatdrivna kliniker	7 (50%)	4 (29%)	3 (21%)	5	6,8	3,8	64,8

När det gällde antalet personalkategorier som deltar i genomförandet av WAD programmet var denna genomgående hög och det fanns ingen organisatorisk skillnad. Likaså var omfattningen av WAD programmen räknat i veckor respektive timmar förhållandevis lika.

KVALITETSSÄKRING FÖR WAD-PATIENTER

En majoritet av enheterna/klinikerna utvärderade effekterna av rehabiliteringsprogrammen för WAD patienter (*Tabell 6*). Bland de privatdrivna enheterna var betydligt färre antal enheter anslutna till något kvalitetsregister.

Tabell 6: Utvärdering av rehabiliteringsprogrammen för WAD patienter totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Utvärdering av effekten av rehab åtgärder		Anslutning till kvalitetsregister	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Totalt	31 (79 %)	8 (21 %)	17 (44 %)	22 (56 %)
Landstings-drivna kliniker	19 (76 %)	6 (24 %)	14 (56 %)	11 (44 %)
Privatdrivna kliniker	12 (86 %)	2 (14 %)	3 (21 %)	11 (79 %)

En högre andel av de landstingsdrivna enheterna än de privatdrivna enheterna var anslutna till ett etablerat kvalitetsregister (56 % vs. 21 %).

FORSKNINGSOMFATTNING

När det gällde forskning i allmänhet vid enheten/kliniken var det få instanser som bedrev en *omfattande* forskning när det gäller smärtverksamhet generellt (*Tabell 7*). Däremot genomförde de flesta *viss* forskning alternativt mindre utvärderingar. Ca 13 procent av enheterna/klinikerna bedrev ingen forskning eller utvärdering. Inga uppenbara skillnader fanns mellan landstingsdrivna och privatdrivna enheter.

Tabell 7: Forskningens omfattning totalt samt separat för landstingsdrivna och privatdrivna enheter och kliniker.

Organisation	Forskningsverksamhet				WAD-specifik forskning			
	Omfattande	Till viss del	Mindre utvärderingar	Ingen	Omfattande	Till viss del	Mindre utvärderingar	Ingen
Totalt	5 (13 %)	15 (38 %)	14 (36 %)	5 (13 %)	2 (5 %)	7 (18 %)	12 (31 %)	18 (46 %)
Landstings-drivna kliniker	3 (12 %)	10 (40 %)	9 (36 %)	3 (12 %)	1 (4 %)	4 (16 %)	6 (24 %)	14 (56 %)
Privatdrivna kliniker	2 (14 %)	5 (36 %)	5 (36 %)	2 (14 %)	1 (7 %)	3 (21 %)	6 (43 %)	4 (29 %)

När det gällde *WAD specifik forskning* var det endast cirka 5 procent av enheterna som bedrev omfattande forskning. Mindre utvärderingar, alternativt viss forskning, genomfördes i genomsnitt hos var fjärde instans. Här fanns en skillnad med avseende på organisationsformen. Mindre utvärderingar genomfördes i dubbelt så stor utsträckning bland privatdrivna kliniker. Vidare var det dubbelt så många landstingsdrivna kliniker som inte hade någon utvärdering eller forskning alls jämfört med privatdrivna kliniker.

DISKUSSION

Generellt menar vi att det finns flera positiva resultat som framkommit i studien.

- Sjuttiosex procent svarsfrekvens får anses som tillräcklig för att identifiera mönster av rehabiliteringsinsatser som görs i samband med whiplash relaterade smärttillstånd. Framför allt gäller det landstingsdrivna enheter, där svarsfrekvensen var 89 %. Vad gäller svarsfrekvensen från privat drivna kliniker var denna sämre (52 %), vilket gör att bilden av den privatdrivna verksamheten inte kan generaliseras med samma tillförlitlighet. En förklaring skulle kunna vara att privata enheter, generellt sett, tar emot och behandlar ett färre antal patienter än landstingsdrivna vårdinstanser. Det kan vara så att man av det skälet antingen inte arbetar med WAD patienter, eller att antalet WAD patienter som söker till kliniken är litet och att detta gör att man tycker att verksamheten är för liten för att presentera. Ytterligare ett skäl skulle kunna vara att privata kliniker många gånger består av flera enskilda personer med individbundna vårdavtal som gått samman och arbetar i team. Man saknar då en övergripande administrativ organisation som har en samlad bild av verksamheten av den typ som efterlyses i enkäten. Några privatdrivna kliniker som svarat på enkäten exkluderades även ur denna studie mot bakgrund av exklusionskriteriet på 10 patienter per år. Det faktum att 14 privatdrivna kliniker ingår i studien gör att mer definitiva slutsatser om den privata verksamheten är svåra att dra. Vi anser ändå att det samlade materialet ändå antyder likheter och skillnader som vi anser värda att presentera och beskriva.
- Av studien framgår också att verksamheterna oberoende av organisationsform i stor utsträckning använder sig av såväl ett multi-teoretiskt som multi-professionellt arbetssätt vid handläggningen av WAD- patienter. Det tolkar vi som att man uppmärksammat den komplexitet som gäller kronisk smärta inklusive kronisk WAD. När det gäller båda organisationsformerna menar vi att vården av WAD patienter skulle främjas av att man på ett mer stringent sätt utvecklar och tillämpar

kriterier för WAD relaterade smärttillstånd. Därigenom menar vi att man på ett bättre sätt kommer att kunna optimera patientgruppens vårdbehov. Om dessa kriterier tydliggörs och blir enhetliga underlättas framtida jämförelser mellan olika klinikers patienter.

- *Väntetiden* är en faktor som skiljer sig åt mellan organisationsformerna. Resultatet visar att väntetiden kan vara upp till dubbelt så lång hos landstingsdrivna smärtenheter än hos privatdrivna, och upp till tre gånger så lång när det gäller väntan till WAD-specifika rehabiliteringsprogram. Ett så snabbt omhändertagande som möjligt är betydelsefullt mot bakgrund av kunskapen att lokala smärttillstånd inte sällan övergår i mer generaliserade. Det är också en erfarenhet att den livsomställning som en whiplashskada med tiden medför en successiv ökning av mångfalden symptom. Även ur ett arbetsmarknadsperspektiv är ett tidigt omhändertagande viktigt då studier visar att de tre första månaderna framstår som de mest avgörande för återgång i arbete. Samtidigt är det som påpekats av flera författare viktigt att rehabiliteringen genomförs i ett skede när individen är optimalt mottaglig för detta och har möjlighet att bli drivkraften i sin egen rehabilitering. Samtidigt är det viktigt, menar vi, att se dessa siffror som i underkant av den faktiska väntetiden. Det är vår erfarenhet att det stora flertalet att WAD patienter som regel redan besökt en eller flera vårdinstanser innan remiss skrivs till smärtklinik. Det finns således ett mörkertal som behöver tas i beaktande.
- Det är vidare glädjande att klinikerna anser sig kunna *utreda* ca 85 % av det uppskattade vårdbehovet. Däremot bedömer klinikerna, oberoende av organisationsform, att enbart varannan patient får den *behandling* som bedömts motiverad. Detta anser vi är olyckligt på flera sätt. För det första, mot bakgrund av det personliga lidandet. Detta innebär baserat på föreliggande studie resultat att ca 1500 personer *årligen* inte får den vård de bedömts vara i behov av. För det andra, i likhet med vad som argumenterades ovan, är det av största vikt att personer med WAD snarast kommer under behandling, och i bästa fall i rehabiliteringsprogram, för att

förebygga sekundär besvärutveckling och andra negativa konsekvenser. När det gäller kapaciteten att erbjuda deltagande i rehabiliteringsprogram var denna något bättre än behandlingskvoten (mellan 60-70%).

- När det gäller *utvärdering av den egna verksamheten* visar resultatet att fyra av fem instanser utvärderar sina vårdinsatser i någon form. Här är privat drivna enheter något ambitiösare (86 %), i jämförelse med (76 %) bland landstingsdrivna vårdinrättningar. Detsamma gäller forskning inom den egna verksamheten. Däremot när det gäller *WAD-specifik forskning/utvärdering* är resultatet svagare. Privatdrivna enheter saknade WAD specifik forskning/utredningar vid 29 % av vårdinstanserna medan landstingsdrivna enheter saknade WAD specifik forskning/utredning vid 56 % av klinikerna. Den väsentliga skillnaden mellan organisationsformerna låg i andelen 'mindre utvärderingar', där privat drivna enheter genomförde sådana i dubbelt så stor utsträckning som landstingsdrivna. När det gäller svarsalternativen: 'omfattande forskning' alternativt 'forskning till viss del' var skillnaderna mellan organisationsformerna inte stora. Målet bör vara att vårdinstanser som arbetar med WAD-patienter följer, och i bästa fall bidrar till, den forskning som bedrivs inom området. Forskning och klinik bör särskilt vid landstingsdrivna kliniker utgöra två samspelande parter av en rehabiliteringsverksamhet. Erfarenheter från *olika* vårdinstanser är viktiga och kan på sikt komma såväl den nationella som internationella rehabiliteringsverksamheten tillgodo. De *utvärderingssiffror* som anges för smärtverksamhet i allmänhet måste dock ses som tillfredställande. Däremot när det gäller den *WAD-specifika forskningens omfattning* känns det angeläget att detta arbete stimuleras. *Anslutningen till ett nationellt kvalitetsregister* är bristfällig. Endast var femte privatdrivna klinik var ansluten medan ungefär hälften av de landstingsdrivna vårdenheterna var anslutna. Detta kan eventuellt betyda att det finns brister i det systematiska kvalitetsarbetet.

KONKLUSIONER

Sammanfattningsvis visar enkätundersökningen att den professionella kompetensen som arbetar med whiplashrelaterade smärtsyndrom är bred och slutsatsen blir att omhändertagandet som helhet är ambitiöst. Detta gäller oberoende av organisationsform.

Kapaciteten är denna god när det gäller utredning. Årligen utreds ca 3000 WAD-patienter på de kliniker/enheter som vi ställt frågor till och ca 85 % av det uppskattade utredningsbehovet tillfredställs. Däremot är kapaciteten låg när det gäller förhållandet mellan det uppskattade behovet av behandling och den behandling som de facto genomförs. Ungefär varannan patient får den behandling som de bedömts vara i behov av. Detta resultat anses vi vara undermåligt. Här fanns inga skillnader mellan organisationsformerna. När det gäller tillgången till rehabiliteringsprogram är denna något bättre än behandlingskapaciteten (ca 70 %). Här hade privatdrivna vårdenheter en något större kapacitet.

Väntetiderna varierade stort. Landstingsdrivna enheter hade dubbelt så lång väntetid när det gällde utredning (medeltal 3 månader) och tre gånger så lång väntetid när det gällde tillgång till rehabiliteringsprogram (medel 5 månader) som privat drivna kliniker (samma medeltal ca 6 veckor).

Den WAD-specifika forskningens omfattning är bristfällig och det är angeläget att detta arbete stimuleras.

Enbart hälften av klinikerna/enheterna är anslutna till ett nationellt kvalitetsregister. Det är önskvärt att alla rehabiliteringenheter är anslutna till ett sådant register. Det skulle vara ett viktigt hjälpmedel i ett systematiskt kvalitetsarbete.

Bilaga 1 (Följebrev och enkät)

Bästa/bäste klinik eller verksamhetschef!

På Whiplashkommissionens uppdrag genomför undertecknade en enkät som syftar till att kartlägga den rehabilitering som personer med whiplashrelaterade tillstånd (WAD) erbjuds.

Whiplashkommissionen är en oberoende kommission, sammansatt av representanter från försäkringsbranschen, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Riksförsäkringsverket, Försäkringskassaförbundet och Riksförbundet för trafik- och polioskadade. Ordförande är förre statsministern Ingvar Carlsson. Bakgrunden till att kommissionen tillsattes utgörs av det snabbt ökande antalet whiplashrelaterade skador i trafiken. Kommissionen påbörjade sitt arbete den 1 juli 2002 och skall lämna sin slutrapport i maj 2005, med ett antal förslag kring förbättringar i vård och behandling av patienter med whiplashrelaterad skada, ett smidigare ersättningssystem för den skadade och en förbättrad trafiksäkerhet för denna typ av krockvåld. Mer information finns på kommissionens hemsida, www.whiplashkommissionen.org.

För kommissionens räkning genomför vi en undersökning av svensk rehabilitering vid WAD. Det är vår förhoppning att Du kan hjälpa oss med denna kartläggning genom att besvara den bifogade enkäten.

Inga enskilda enheter eller kliniker kommer att vara identifierbara i den sammanställning som planeras på basis av enkäten. När sammanställningen är färdig skickas denna till din enhet.

Om du har frågor eller av annan orsak vill ha kontakt med oss så finns telefonnummer och e-mailadress angivet nedan.

Med vänliga hälsningar och tack på förhand

Björn Gerdle
Professor

Michael Peolsson
Forskare, Fil Dr

Enkät om whiplashrelaterade tillstånd (WAD)

1. Hur många nya patienter per år kommer på remiss (alternativt söker själva) till din enhet?st/år

2. Hur många av dessa har ett whiplashrelaterat tillstånd (WAD) (uppskatta om exakta siffror inte finns tillgängliga)? st/år.

Om din enhet inte utreder, behandlar eller rehabiliterar patienter med WAD, gå till fråga 22 på sidan 5.

3. Hur stor andel av patienterna med WAD som remitteras till din enhet (alternativt söker själva) uppskattar du

- | | |
|--|--------|
| a) bedöms/utreds enbart? |% |
| b) kommer att behandlas på din enhet? |% |
| c) kommer att delta i ett rehabiliteringsprogram ? |% |

(uppskatta om exakta siffror inte finns tillgängliga)

4. Utifrån det faktiska antal patienter med WAD som remitterats till din enhet (alternativt söker själva) hur bedömer du att ni kan tillmötesgå:

- a) Behov av utredning:% av det faktiska behovet.
b) Behandlingsinsatser hos enstaka profession: ... % av det faktiska behovet.
c) Deltagande i rehabiliteringsprogram:% av det faktiska behovet.

5. Hur lång tid tar det i genomsnitt för patienten med WAD från mottagandet av remiss (alternativt från tidpunkten när patienten vänt sig till din enhet) till dess att patienten kommer på mottagningsbesök?dagar

(uppskatta om exakta siffror inte finns tillgängliga)

6. Vilka personalkategorier på din enhet arbetar med patienter med WAD?

- | | | |
|--------------------------|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Läkare | Om <u>läkare</u> , ange antal specialiteter:.....st |
| <input type="checkbox"/> | Sjukgymnaster | |
| <input type="checkbox"/> | Arbetsterapeuter | |
| <input type="checkbox"/> | Kuratorer/socionomer | |
| <input type="checkbox"/> | Psykologer | |
| <input type="checkbox"/> | Sjuksköterskor | |
| <input type="checkbox"/> | Sekreterare | |
| <input type="checkbox"/> | Träningsinstruktör | |
| <input type="checkbox"/> | Annan, | |

nämiligen:.....

7. Vad kan patienten med WAD erbjudas hos er (flera alternativ kan förekomma)?

- Läkarmedömning och åtgärd av läkare
- Sjukgymnastik (bedömning och behandling)
- Arbetsterapi (bedömning och behandling)
- Kuratorsinsats (bedömning och behandling)
- Psykologinsats (bedömning och behandling)
- Bedömning och åtgärd av annan profession:
.....(vilken/vilka)
- Rehabiliteringsprogram (inklusive bedömning)
- Annat, nämligen:.....

8. Görs multidisciplinära/multiprofessionella utredningar av patienter med WAD vid din enhet?

- Nej
- Ja

Om Ja, vilket vilka yrkeskategorier deltar regelmässigt i dessa?

- Läkare Om läkare, ange antal specialiteter vid enheten:.....
- st
- Sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Kurator/socionom
- Psykolog
- Sjuksköterska
- Sekreterare
- Träningsinstruktör
- Annan,

nämligen:.....

9. Har din enhet särskilda rehabiliteringsprogram för enbart (i huvudsak) patienter med WAD?

- Nej, vi blandar patienter med olika smärtdiagnoser
- Nej, vi genomför inte rehabiliteringsprogram för patienter med WAD diagnoser
- Ja

Om Ja, varför har ni valt att ha särskilda program för WAD?

.....
.....
.....

Om Nej (blandar patienter), varför har ni program med blandade grupper?.....

.....
.....

10. Enligt vilket/vilka förhållningssätt bedrivs de rehabiliteringsprogram som patienter med WAD kan delta i (flera alternativ kan markeras)?

- Pedagogisk inriktning
- Kognitiv inriktning
- Beteendemässig inriktning
- Kognitivt beteende inriktat program
- Fysisk intensivt träningsprogram
- Medicinsk träningsterapi
- Ortopedisk manuell terapi
- Kroppskännedom
- Samtalsterapi
- Alternativmedicinska terapier (tex Tai Chi, Qi Gong, yoga meditation etc)
- Annat, nämligen.....
- Vi har inte rehabiliteringsprogram för patienter med

WAD

11. Hur är rehabiliteringsprogrammen som WAD patienter kan delta i utformade?

- I huvudsak individuella rehabiliteringsprogram
- I huvudsak gruppbaseade rehabiliteringsprogram
- Blandning av individuella och gruppbaseade åtgärder
Om blandade, hur stor andel av tiden är gruppbasead
..... %
- Patienter med WAD kan inte delta i
rehabiliteringsprogram

12. Bedrivs rehabiliteringsprogrammen i öppen eller sluten vård?

- I öppen vård
- I sluten vård
- Både och
- Annan form, vilken.....?
- Patienter med WAD kan inte delta i

rehabiliteringsprogram

13. Hur lång väntetid är det i genomsnitt från mottagandet av remiss avseende en patient med WAD (alternativt från tidpunkten när patienten vänt sig till din enhet) till patienten kan påbörja ett rehabiliteringsprogram? dagar

- (uppskatta om exakta siffror inte finns tillgängliga)
- Patienter med WAD kan inte delta i rehabiliteringsprogram

14. Är din enhet en del av landstingets verksamhet?

- Ja
- Nej, men har vårdavtal
- Nej

15. Hur omfattande är rehabiliteringsprogrammen för den genomsnittlige WAD patienten?

Antal veckor

Antal timmar /dag (5 dagars vecka).....

Antal dagar eller timmar med uppföljning:.....

(Om exakta uppgifter saknas, gör en uppskattning)

Patienter med WAD kan inte delta i rehabiliteringsprogram

16. Har ni kriterier för vilka WAD patienter som ska erbjudas deltagande i rehabiliteringsprogram?

Ja, skriftliga

Ja, men inte skriftliga

Nej

Patienter med WAD kan inte delta i

rehabiliteringsprogram

17. Vilka personalkategorier deltar i rehabiliteringsprogrammen för patienter med WAD?

Läkare

Sjuksköterskor

Arbetsterapeuter

Socionom/kurator

Psykolog

Sjukgymnast

Träningsinstruktör

Annan, nämligen.....

Patienter med WAD kan inte delta i rehabiliteringsprogram

18. Bedrivs det forskning vid din enhet?

Ja, omfattande

Ja, till viss del

Nej, endast mindre utvärderingar

Nej, inte alls

19. Bedrivs det forskning om WAD vid din enhet?

Ja, omfattande

Ja, till viss del

Nej, endast mindre utvärderingar

Nej, inte alls

20. Utvärderas din verksamhet regelbundet vad gäller effekten av de åtgärder ni erbjuder?

- Nej
 Ja

Om Ja, hur görs detta och av vem (patienten, personal vid din enhet, extern utvärderare, etc)?

.....
.....
.....
.....

21. Är din enhet anslutet till något kvalitetsregister (tex nationella smärtregistret eller annat register)?

- Nej
 Ja

Om Ja, vilket register:.....

22. Något du vill tillägga ?

.....
.....
.....

Innan du postar formuläret i det bifogade svarskuvertet är vi tacksamma om du kontrollerar så att varje fråga har besvarats.

Stort tack för din hjälp!!!

Bilaga 2

Enkäten skickades i juni 2004 till klinikchef eller verksamhetschef vid följande enheter:

Arbetsrehabcentrum
St Sigfridsgatan 85
412 66 Göteborg

Centrallasarettet

Rehabiliterings kliniken
351 85 Växjö

Kliniken för Geriatrik och Rehab
Avesta Lasarett
774 82 Avesta

Smärtmottagningen/Anestesikliniken
Hälsinglands sjukhus
821 81 Bollnäs

Rehabiliteringskliniken
Borås lasarett
501 82 Borås

Rehabkliniken
Dalslands sjukhus
668 88 Bäckeфорs

Anestesi- och intensiv kliniken
Danderyds sjukhus AB
182 87 Danderyd

Rehabmedicin kliniken
Danderyds sjukhus AB
182 87 Danderyd

Ergonomicentrum/Ortopediska kliniken
Mälarsjukhuset
631 88 Eskilstuna

Medicinsk Rehab
Gällivare sjukhus
982 82 Gällivare

Ryggmärgskadeenheten/Neurosjukvården
Lundby sjukhus AB
417 17 Göteborg

Rehabiliteringsmedicin
Lundby sjukhus AB
417 17 Göteborg

Multidisciplinärt Smärtcentrum

Sahlgrenska Universitetssjukhuset Östra
416 85 Göteborg

Medicinsk rehab/Medicinkliniken
Länssjukhuset
301 85 Halmstad

Rehabsektionen/Medicinkliniken
Helsingborgs lasarett AB
251 87 Helsingborg

Rehabiliteringskliniken
Huddinge Universitetssjukhus
141 86 Stockholm

Rehabiliteringskliniken
Hultafors Hälsocenter
517 96 Hultafors

Medicinska Rehabiliteringskliniken
Härnösands sjukhus
871 82 Härnösand

Kliniken för Geriatrik och Rehab
Hässleholms sjukhus
281 25 Hässleholm

Rehabiliteringsmedicinska kliniken
Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping

Rehab/Medicinkliniken
Kalix sjukhus
952 82 Kalix

Rehabiliteringskliniken
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn

Rehabiliteringskliniken
Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona

Neurolog- och Rehabkliniken
Centralsjukhuset
651 85 Karlstad

Med/Rehabkliniken
Kiruna sjukhus
981 28 Kiruna

Rehabiliteringskliniken Centralsjukhuset 291 85 Kristianstad	571 81 Nässjö
Rehab/Medicinmottagningen Kungsbacka sjukhus 434 40 Kungsbacka	Medicin och Rehabkliniken Oskarshamns sjukhus 572 28 Oskarshamn
Rehabavdelning 4 Köpings lasarett 731 81 Köping	Rehabiliterings kliniken Piteå Älvdals sjukhus 941 28 Piteå
Smärtmottagning/Anestesikliniken Skaraborgs sjukhus Lidköping 531 85 Lidköping	Rehabiliteringsmedicinska kliniken Länssjukhuset Gävle Sandviken 811 89 Sandviken Kliniken för Rehab och Geriatrik Simrishamns sjukhus 272 81 Simrishamn
Rehabiliteringshem Lindevillan Lindesbergs lasarett 711 82 Lindesberg	Neurolog Rehab kliniken Stora Sköndals sjukhus 128 85 Sköndal
Smärt och Rehab Centrum Rehabenheten Universitetssjukhuset 581 85 Linköping	Division Rehab Kärnsjukhuset 541 85 Skövde
Rehabiliteringskliniken Ludvika lasarett 771 81 Ludvika	Smärts anestesi & Intensivvård Karolinska sjukhuset 171 76 Stockholm
Rehabiliteringsmedicin Neuro&Smärtrehab Sunderby sjukhus 971 80 Luleå	Rehabiliteringsmedicinska kliniken Karolinska sjukhuset 171 76 Stockholm
Rehabcentrum Orup Orups sjukhus 221 85 Lund	Smärtkliniken S:T Görans sjukhus 112 81 Stockholm
Rehabcentrum Lund-Orup Universitetssjukhuset 221 85 Lund	Smärtkliniken Sabbatsberg Sabbatsbergs närsjukhus 113 24 Stockholm
Rehabiliterings Centrum Nacka Närsjukhus 131 83 Nacka	Smärtmottagningen/Anestesiavdelningen Hälsinglands sjukhus 826 81 Söderhamn
Smärtmottagningen Nyköpings lasarett 611 85 Nyköping	Rehabiliterings kliniken Lasarettet i Trelleborg 231 85 Trelleborg
Rehabiliterings kliniken Nyköpings lasarett 611 85 Nyköping	Geriatrik- och Rehabklinik Uddevalla sjukhus 451 80 Uddevalla
Rehabiliterings kliniken Höglandssjukhuset	Rehabiliteringsmedicin Norrlands Universitetssjukhus 910 85 Umeå

Centrum för Smärtbehandling/ Anestesikliniken Akademiska sjukhuset 751 85 Uppsala	850 07 Sundsvall Hälsoinvest Högbo Box 136 811 22 Sandviken
Rehabiliteringskliniken Akademiska sjukhuset 751 85 Uppsala	Northwest Orthopaedics Kurortsvägen 20 830 13 Åre
Reum mott/ Med- och Rehab kliniken Visby lasarett 621 84 Visby	Mälargården Box 46 193 21 Sigtuna
Geriatrisk- och Rehabmottagning Västerviks sjukhus 593 81 Västervik	Loka Brunn (Rehab) 712 94 Grythyttan
Handikappcentrum Centrallasarettet 721 89 Västerås	Bolmängens Rehabilitering Tegelvägen 1 642 32 Flen
Smärtmottagningen/Basenhets Operation Centrallasarettet 721 89 Västerås	ErgonomiCentrum Hälsovägen 3 611 37 Nyköping
Rehabiliteringskliniken Ängelholms sjukhus 262 81 Ängelholm	Frösunda i Malmö Västra Varvsgatan 10 211 19 Malmö
Aniva Smärtsektionen/Anestesikliniken Regionsjukhuset 701 85 Örebro	Frösunda Assistans Frösundaviks allé 169 70 Solna
Rehabiliteringsmedicinska enheten Regionsjukhuset 701 85 Örebro	Integration och Rehabilitering AB St. Badhusgatan 18-10 411 21 Göteborg
Smärtmottagningen Östersunds sjukhus 831 83 Östersund	Fryk Center Rehabilitering Järnvägsgatan 29 Box 194 685 24 Torsby
Rehab Station Stockholm Frösundaviks allé 13 169 89 Solna	Försäkringsmedicinskt centrum Lillhagsparken 12 422 50 Hisings Backa
Alfta Rehab Center Box 94 822 22 Alfta	Saxnäsgården Rehab Saxnäs 910 88 Marsfjäll
Mösseberg Rehab Center Box 733 521 22 Falköping	Skönviks Rehab klinik Jönshyttevägen 3 Skönviksområdet 783 27 Säter
Rygginstitutet Box 7010	

Skogsläntan Rehab
790 90 Särna

Lidingö Ortopediska team AB
Larsbergstorget 6
181 39 Lidingö

Röda Korsets sjukhus
Rehabiliteringskliniken
Brinellvägen 2
114 28 Stockholm