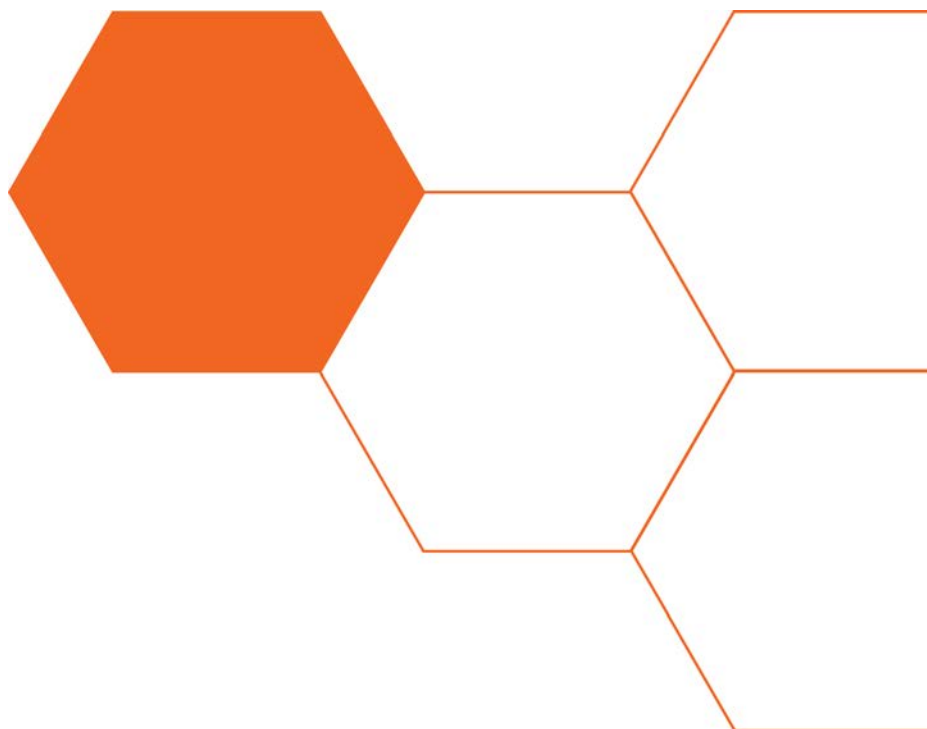


Vårdprogram för nacksmärta och funktions- nedsättning efter olycka

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.



Förord och fastställande.....	3
Dokumentinformation	4
Inledning	5
Vårdprogramsgrupp.....	5
Definition och avgränsning.....	6
Epidemiologi.....	7
Riskfaktorer för nackskada	7
Omhändertagande i akut och subakut fas	7
Kompletterande utredning/bedömning	12
Kvarstående symtom och funktionsnedsättning efter 3-6 månader	14
Remissrutiner	16
Hjälpmedel.....	17
Forskning	18
Sjukskrivning och rehabilitering	18
Områden för särskilda insatser.....	18
Försäkringsfrågor	20
Grupper med behov av särskilda insatser	21
Ansvarsfördelning, nivåstrukturering.....	21
Ekonomiska aspekter.....	22
Kvalitetsregister	22
Referenser och länkar	23

Förord och fastställande

Den vanligaste orsaken till nackbesvär efter olycka är påkörningsolyckor i trafiken. I Skåne får cirka 700 patienter diagnosen ”akut halsryggsdistorsion” varje år. Många läker utan särskilda åtgärder medan andra får långvariga besvär och ibland kraftig påverkan på funktion och aktivitetsförmåga.

Det finns ett stort behov av att få klara riktlinjer för handläggning av patienter med dessa skador så att de svåra fallen kan hittas tidigt i förloppet vilket kan förväntas minska antalet patienter som drabbas av kroniska besvär.

Via nackskadecentrum på Skånes universitetssjukhus har detta vårdprogram nu tagits fram. Vårdprogrammet fastställs härmed för all hälso- och sjukvård som finansieras av Region Skåne.

För att möta framtidens krav och för att sätta patientens behov i centrum måste parallellt med detta vårdprogram också ny teknik till exempel inom e-hälsa utvecklas och implementeras inom olika delar av den aktuella vårdprocessen.

Malmö 2015-03-23

Ingrid Bengtsson-Rijavec
Hälso- och sjukvårdsdirektör.

Dokumentinformation

HISTORIK

Författare

Namn	Position	E-postadress	Datum
Hans Westergren	Med dr. Överläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin, neurokirurgi och smärtlindring	Hans.Westergren@skane.se	2014-11-20
Eva-Maj Malmström	Dr med. vet, legitimerad sjukgymnast	Eva-Maj.Malmstrom@skane.se	2014-11-20
Marcelo Rivano	Fil.dr., legitimerad psykolog	Marcelo.RivanoFischer@skane.se	2014-11-20

Se även [arbetsgrupp](#).

Fastställt av

Namn	Position	E-postadress	Datum
Ingrid Bengtsson-Rijavec	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Ingrid.Bengtsson-Rijavec@skane.se	2015-03-15

Inledning

Nacksmärta och neurologisk påverkan efter olika former av olycka/trauma har sannolikt förekommit under hela mänsklighetens historia men problemet ökade signifikant i samband med introduktionen av mekaniserade transporter och finns beskrivet sedan mitten av 1800-talet, då som ”railway spine” [1]. Under de senaste årtiondena och i samband med ökad bilanvändning har dock begreppet ”Whiplash” varit dominerande. Whiplash eller den svenska översättningen ”pisksnärt” beskriver det trauma som kan uppkomma t.ex. om en bilist blir påkörd av en annan bil. Det kan då uppstå en slitning mellan bål och huvud p.g.a. acceleration/decceleration. Man talar om ett ”whiplashtrauma”, vilket innebär ett indirekt trauma mot halsryggen som utsätts för de krafter som kan uppstå även vid relativt låga påkörningshastigheter [2].

Nacken är komplex både vad beträffar struktur och funktion, den både bär upp och står för huvudets rörlighet och samverkar med syn, hörsel, balans och deltar aktivt i både tugg- och svälj-funktioner, andning och tal. I nacken går all nervkommunikation mellan hjärnan och övriga kroppen. Detta innebär att nackskador kan ge upphov till en lång rad olika symptom och funktionsnedsättningar.

Ett stort problem är att de skador som kan uppkomma i facettleder, muskler, diskar, ligament, nerver och blodkärl och ge patienten symptom, mycket sällan kan visualiseras med dagens undersökningstekniker [3]. Det är många som utsätts för trauma i trafiken, av dessa får 10- 30 % får långvariga besvär[4]. Vi har idag en växande men fortfarande begränsad kunskap kring prognostiska faktorer [5-7] och vilka patienter som riskerar utveckla långvariga besvär efter olyckor/trauma. Den tidigare mycket använda WAD-klassifikationen har visat sig sakna prognostiskt värde [8].

Syftet med detta vårdprogram är:

- att optimera det akuta och subakuta omhändertagandet av patienterna
- att identifiera svåra fall tidigt i förloppet
- att tillse att patienter vars symptombild inte kan kontrolleras efter 6 månader remitteras till specialistklinik

Vårdprogramsgrupp

Huvudansvarig för detta vårdprogram är:

- Hans Westergren, Med dr., överläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin, neurokirurgi och smärtlindring
- Eva-Maj Malmström, Dr med. vet, legitimerad sjukgymnast
- Marcelo Rivano, Fil.dr., legitimerad psykolog
- Samtliga verksamma vid Smärtrehabilitering, Kunskapscentrum ”Nacksmärta efter olycka”, SUS, Lund

Dessutom har följande personer deltagit i arbetet:

Akutmedicin: Peter Kardum, VO Akutsjukvård, SUS
Primärvård: Kerstin Jigmo, VC Skurup

	Cecilia Ervander, VC Södertull, AKO koordinator
	Henrik Grell, Allmänläkare, Smärtrehabilitering, SUS
	Bengt Jönsson, VC Sorgenfri
Fysioterapi:	Lena Hedin, VC Skurup
	Tina Magnusson, Fysiocenter, Malmö
Radiologi:	Kasim Abul-Kasim, VO Bild- och funktionsmedicin, SUS
Sömn:	Åsa Ringqvist, Smärtrehabilitering, SUS
Huvudvärk:	Bengt Edwardsson, VO Neurologi, SUS
Ryggkirurgi:	Ralf Hasserijs och Max Tenne, VO Ortopedi, SUS
	Magnus Hägge och Lars Holmstedt, VO Neurokirurgi, SUS
Yrsel:	Måns Magnusson, ÖNH, VO Specialiserad kirurgi, SUS
Bettfysiologi:	Birgitta Häggman-Henriksson, Orofaciala smärtenheten, Malmö Högskola
Kognition:	Petra Liljefors-Larsson, Minneskliniken, SUS
Psykologi:	Sophia Åkerblom, Smärtrehabilitering, SUS
Försäkringsmedicin:	Ingemar Petersson, ERC-Syd
	Jorma Styf, FK
FK Arbetskada:	Klas Berlin, Arbetsskadeenheten, FK
Patientorganisation:	Per Jacobsen, Agneta Ragnarsson
	Malin Christensson, Personskadeförbundet RTP Skåne

Definition och avgränsning

Den vanligaste, men inte enda orsaken till nacksmärta efter trauma, är s.k. whiplashtrauma som oftast orsakas av påkörningsolyckor. Begreppet ”whiplashtrauma” syftar på själva skademekanismen och de accelerations- och decelerationskrafter som kan uppstå vid trauma.

Termen ”whiplashskada” är inte definierad på organnivå och avspeglar därför inte de multifaktoriella konsekvenser som traumat ofta medför. Fall och idrottsolyckor är oftare orsakat av våld från en riktning (i flexion, extension, lateralt eller axialt), vilket också gäller krafter och skademekanismer vid yttre våld/överfall samt vid skada p.g.a. fallande föremål.

Huvudtyper av trauma
Trafikolycksfall
Fall
Idrottsskador
Våld/överfall
Fallande föremål

Avgränsningar – detta vårdprogram omfattar inte:

- personer <18 år
- frakturer och ryggmärgsskador.

Epidemiologi

Incidensen för whiplashtrauma uppskattas idag till 235 per 100 000 personer per år [9], vilket skulle innebära att över 2 000 individer kan förväntas vara involverade i olyckor i Skåne varje år. Om man istället tittar på hur många som fick diagnosen ”Halsryggsdistorsion”, S13.4, i Skåne 2007–2008 så hamnar siffran på 882 stycken per år [10] men det finns sannolikt ett mörkertal eftersom många som drabbas av konsekvenser av nacktrauma hamnar under andra ICD-10 diagnoser.

Riskfaktorer för nackskada

Riskfaktorer för att skadas i nacken vid trauma	
Faktor	Exempel
Ålder	Degeneration/spondylos
Kön	Kroppskonstitution
Påkörningshastighet	Icke linjärt samband
Huvudet vridet vid traumat	Asymmetrisk belastning
Oförberedd/Beredd	Olika skadepanorama
Typ av bil	Nackstöd, dragkrok etc.
Tidigare trauma	Summationseffekter?

Omhändertagande i akut och subakut fas

AKUTFASEN (första veckan efter olyckan)

Här skall bedömning göras för att utesluta skador och symptom som kräver specifikt omhändertagande, oftast görs bedömningen av läkare på akutmottagning eller vårdcentral. Primärbedömningar kan också göras av sjukgymnast/fysioterapeut (särskilt inom primärvården).

Registrera skadetillfället

- Anamnes (typ av olycka, kraftriktningar, tidigare smärta och stress, annan sjukdom, andra inblandade i olyckan)
- Använd diagnos S13.4 om patienten har ont i nacken och varit utsatt för nacktrauma.

Undersökning av patienten

- Uteslut fraktur, ligamentskada och nervrots- eller ryggmärgsskada
Om patienten tilldelats halskrage måste uppföljning ske (hos läkare eller fysioterapeut). Se ”Indikationer för radiologisk undersökning” sid 12.
- Smärtnivå (VAS, NRS), smärtlokalisationer, vilosmärta, rörelserelaterad smärta
- Spontan och palpatorisk smärta, lokus
- Rörelseförmåga/-inskränkning kotpelare, axlar, käkleder
- Nervirritativa symptom (t.ex. smärta/domningar i nacke/skuldra/arm)
- Hematom, lokus
- Andra symptom som också kan vara relaterade till traumat: stressnivå, huvudvärk, yrsel, synpåverkan, tinnitus
- Var medveten om att akut skada på annan kroppsdel kan maskera besvär från nacken!

Rekommendationer

- Sjukskrivning vid behov i relation till besvär och arbetsuppgifter
- Farmakologisk smärtlindring (enligt Skånelistan)
- Kontakt med fysioterapeut/allmänläkare/telefonrådgivning vid kvarstående besvär eller frågor
- Egna smärtlindrande åtgärder, värme, paustagning
- Viloställningar och arbetsställningar
- Lämplig aktivitet/aktivitetsnivå
- Patienten rekommenderas kontakta försäkringsbolag om personskada
- Om ”första instans” är läkare rekommenderas kontakt med fysioterapeut vid behov och om fysioterapeut är första instans rekommenderas läkarkontakt vid behov
- Hänvisa till eller ge patienten skriftlig information (*pamflett, hemsida, videofilm- under bearbetning*)

SUBAKUTFAS eller LÄKNINGSFAS 0-6 MÅNADER efter olyckan

Här skall bedömning och åtgärder i första hand göras av läkare och fysioterapeut och helst tillsammans eller i samråd, där patienten får stöd för egna åtgärder och insatser. En utmaning i sammanhanget är att patientgruppen är mycket heterogen och därför behöver mötas i den problematik som finns i varje enskilt fall. Här rekommenderas ”Clinical reasoning”, d.v.s. att en (fördjupad) analys av symptombilden utgör grunden för åtgärder och att patientens svar på dessa blir vägledande fortsatt behandling [12-14] Exempel på åtgärder är att: smärtlindra

farmakologiskt, hitta smärtfria positioner, smärtlindring med värme, TENS, akupunktur, optimering av rörelse och belastningsmönster, aktivitetsdosering, stöd i arbetsåtergång och försäkringsfrågor, råd om sömn, tankar och känslomässiga konsekvenser.

Ett inte ovanligt förlopp är att symptombilden kan förvärras under första veckorna.

Om patienten söker första gången senare än en vecka efter trauma bör åtgärderna från akutfasen även beaktas.

För patient, anhöriga och sjukvårdspersonal finns ”Nackskaderådgivningen” som nås på telefonnummer 046-171 880.

Vårdguiden 1177

Diagnos

- Nacksmärta mer än tre månader efter olycka M53.0 eller M53.1 + T91.8

Anamnes

- Nyttillkomna symptom
- Accentuerade symptom (anamnestiskt/jmf vid akutbesök)

Undersökning (re evaluering, jämför med eventuellt akutbesök)

- Smärtnivå (VAS, NRS), smärtlokaliseringar, vilosmärta, rörelserelaterad smärta (utveckling sedan debut)
- Spontan och palpatorisk smärta, lokus
- Rörelseförmåga/-inskränkning kotpelare, axlar, käkleder
- Nervirritativa symptom (t.ex. smärta/domningar/funktionspåverkan i nacke/skuldra/arm)
- Hematom, lokus
- Andra symptom som också kan vara relaterade till traumat: Stressnivå, huvudvärk, yrsel, synpåverkan, tinnitus, sömnstörning
- Var medveten om att akut skada på annan kroppsdel kan ha maskerat besvär från nacken, vid den akuta bedömningen!

Smärtlindring

- Farmakologi (enligt Skånelistan)
- TENS
- Värme
- Paustagning i smärtfri position

Sjukskrivning vid behov

- I relation till aktuella besvär och arbetsuppgifter
- Tidig kontakt med arbetsgivare

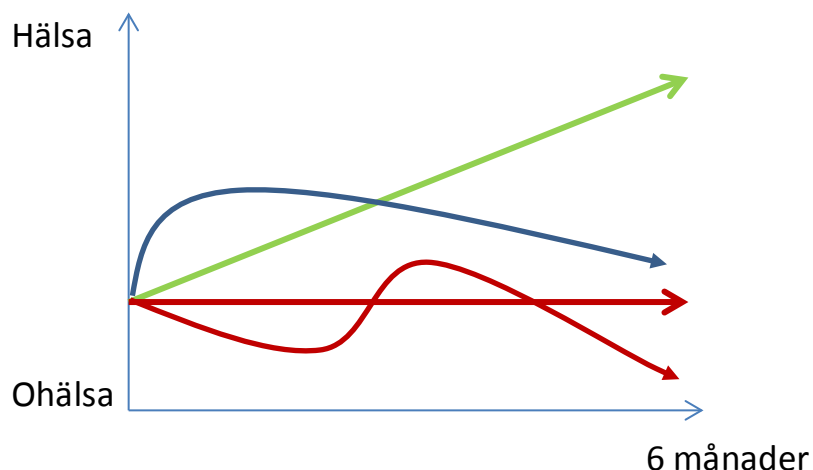
Fysioterapi

- Optimera läkning på struktur och funktionsnivå med rörelser och positionering
- Smärtlindring (t.ex.: TENS, akupunktur, värme, avlastat rörelseuttag)
- Följa läkningsförloppet och anpassa åtgärder och övningar (rörelser, hållning, dynamisk stabilisering)
- Stöd i aktivitet och bemötande av frågor
- Använd Neck Disability Index (NDI) för att följa konsekvenserna av traumat

Kompletterande utredning vid behov

- T.ex. nyttillkommen rizopati, yrsel, bettdysfunktion, sömnstörning, huvudvärk, tinnitus, synpåverkan, kognitiv och känslomässig påverkan
- Remiss till specialistklinik kan övervägas om uttalade besvär tidigt i förloppet (se sid 16)

Beakta möjliga konsekvenser av skadan hos individen och börja kartlägga riskfaktorer för utveckling av långvarig smärta.



Bilden illustrerar ett antal tänkbara förlopp. Sjukvårdens roll är att identifiera, följa och bemöta patientens symptombild. Målet är optimera förutsättningarna för återhämtning för den enskilde oavsett förlopp.

Riskfaktorer för utveckling av långvarig smärta

Hög initial smärta
Rörelseinskränkning
Tidigare smärta
Degenerativ rygg - Spondylos
Tidigare smärtproblematik
Sömnstörning
Kognitiv påverkan
Tidigare oro, ångest
Tidigare trauma - PTSD
Tidigare depression/utmattning
Tidigare yrsel
Hörselnedsättning, tinnitus
Genus (se Genushanden)
Ålder
Överlämnande av ansvar
”Perceived injustice”, ”Känsla av att vara orättvist behandlad”
Begränsade möjligheter till alternativ sysselsättning
Familjesituation
Livsstilsfrågor
Ekonomi

Friskfaktorer som motverkar utveckling av långvarig smärta

Tidigare frisk
Adekvat initialt omhändertagande
God sömn
God kroppskänedom
Följsamhet i behandling
Eget ansvarstagande, egna åtgärder och strategier
Socialt stabil situation
Möjligheter till anpassning av arbets- och hemsituation
Oproblematisering av försäkringsprocess
Tilltro till egen förmåga
Adekvata hanteringsstrategier (coping)
Kunskap om smärta

Kompletterande utredning/bedömning

INDIKATIONER FÖR RADIOLOGISK UTREDNING EFTER TRAUMA

- Alla patienter med misstänkt halsryggsskada bör genomgå akut datortomografi av halsryggen. Är denna invändningsfri efter granskning av erfaren radiolog, behövs i normalfallet ingen ytterligare radiologisk utredning. Av strålhygieniska skäl kan slätröntgen av halsrygg övervägas istället för datortomografi hos yngre individer med lindrig smärta utan neurologiskt bortfall.
- Om patienten har neurologisk påverkan (nervrots- eller ryggmärgspåverkan) och/eller om det finns misstanke om led-, disk-, eller ligamentskada skall MRT göras akut. Detta är en bedömning som måste göras av respektive läkare i akutskedet. Vid mindre påverkan kan MRT göras polikliniskt inom några dagar.
- I det subakuta eller kroniska skedet vid misstanke på patologisk rörlighet (ökad eller upphävd), och/eller segmentell smärta, kan undersökningen kompletteras med provokationsundersökning. Detta kan utföras på radiologisk avdelning med flexions- och extensionsbild, eventuellt i genomlysning tillsammans med behandlande läkare.
- Patienter som söker till primärvården med nacksmärta efter trauma kan undersökas med slätröntgen förutsatt att det inte föreligger neurologiskt bortfall och att status över halsrygg är beskedligt.

INDIKATIONER FÖR NEUROFYSIOLOGISK UTREDNING

- Motoriska bortfallssymptom
- Polyneuropati-misstanke
- ”Nerve entrapment”

Observera att nervirritativ smärta inte fångas med dessa metoder. Neurodynamiska tester (”nervsträck test”) kan här ge information. (Detta innebär testning av rörelse/”glidförmåga” hos perifera nerver och i företrädesvis i armarna – N. ulnaris, radialis och medianus – analogt med ”ben/ländrygg Laseque”).

INDIKATIONER FÖR NEURO- eller ORTOPEDKIRURGISK BEDÖMNING

- Rizopati
- Myelopati
- Perifer nervpåverkan
- Neuropati. Smärtmodulering på ryggmärgsnivå (Dorsal Column Stimulation - DCS)

INDIKATIONER FÖR FÖRDJUPAD PSYKOLOGISK ANALYS

Känslomässig påverkan i form av depression och ångest är vanligt vid långvariga smärttillstånd. Detta skall hanteras enligt gängse rutiner. Patienter som utsatts för trauma kan också utveckla Post Traumatiskt Stress Syndrom (eng. Disorder) PTSD och detta symptom bör alltid beaktas.

PTSD förekommer hos cirka 25 % av patienter med kvarstående symptom efter nacktrauma. Detta yttrar sig i överdriven vaksamhet, spändhet, uppmärksamhet för möjliga hot, undvikande av situationer som påminner om traumat. Återupplevande av traumat kan visa sig genom mardrömmar och/eller ”flashbacks”. PTSD självläker oftast men om patienten fortfarande uppfyller kriterierna för PTSD, 6 månader efter olyckan, är detta en indikation för remiss till Psykiatrisk specialistvård.

Behandlingar riktade mot PTSD-symptom har visats vara effektiva och tycks ha en positiv effekt på symptom relaterade till traumat [15]. Ett stort antal diagnostiska verktyg har utvecklats för PTSD [16]. Ett av de mest använda är Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) [17] som har översatts till svenska. Psykologiska behandlingar för PTSD fokuserar främst på återupplevande av trauma och hantering av undvikandestrategier. Traumafokuserad Kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) har starkast forskningsstöd och bevisad behandlingseffekt.

Det är viktigt att ha PTSD-frågan i åtanke vid varje form av smärtrehabiliterande insatser, särskilt om inte förväntat behandlings resultat uppnås. Tidigare traumatiska upplevelser som patienterna kunnat hantera kan i samband med nytt trauma och efterföljande nacksmärta/funktionsnedsättning åter komma upp till ytan och medföra svårigheter för annan behandling.

PLEXUS BRACHIALIS-RELATERAD SMÄRTA

Trauma mot nack-skulderpartiet förekommer vid trafikolyckor (vanligen vänster axel förare och höger för framsätesspassagerare). Symptomen i form av rörelserelaterade domningar och dysfunktion kan debutera redan i akutskedet med också senare i läkningsförloppet. Mekanismen är nedsatt elasticitet/rörlighet i plexus brachialis beroende på traumat (slitningar i muskler/ligament, hematom och läkning med fibros). Plexus brachialis-smärta diagnostiseras med neurodynamisk undersökning (”nervsträcktest”). Neurofysiologisk undersökning är oftast normal.

Remiss till Specialisklinik vid behov (eller kontakta Nackskaderådgivningen tel. 046 – 17 18 80)

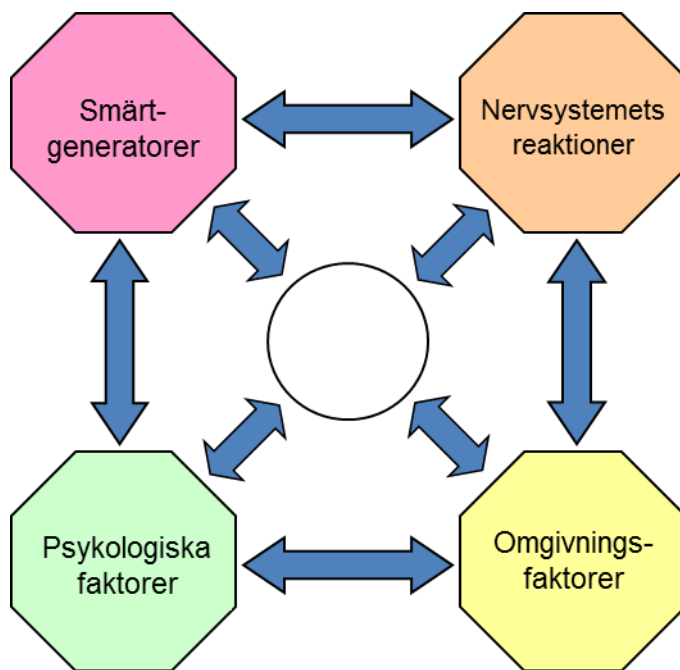
DIAGNOSSPECIFIKA UTVÄRDERINGSINSTRUMENT

NDI	Neck Disability Index
DRI	Disability Rating Index
DHI	Dizziness Handicap Inventory
	Minimental test
HAD	Hospital Anxiety and Depression scale
EQ 5-D	EuroQol 5-dimensons (http://www.euroqol.org/)
SF-36 (12)	Short Form 36 eller 12 frågor
MPI	Multidimensional Pain Inventory
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale

Kvarstående symtom och funktionsnedsättning efter 3-6 månader

Om patienten inte befinner sig i en klar förbättringsprocess när den förväntade läkningstiden efter trauma dvs. 3-6 månader passerats skall en multiprofessionell analys genomföras. Detta kan göras inom primärvården eller av MMS-team men om situationen trots det inte kan kontrolleras rekommenderas remiss till specialistklinik senast 6 månader efter traumat. Analysen skall då inriktas dels mot att identifiera konsekvenserna av den primära skadan, konsekvenser av läkningsförloppet och identifiering av de faktorer som underhåller tillståndet och därmed förhindrar läkningsprocessen.

Denna analys skall göras multiprofessionellt och interdisciplinärt med patienten i centrum, inom primärvård eller specialistvård, förslagsvis utifrån nedan beskrivna modell.



Mall med nyckelområden för bedömning av patient med långvarig smärta.

Bedömning av patient med långvarig smärta – närmare beskrivning av nyckelområden		
Smärtgeneratorer	Muskler	Dysfunktion i djupa, stabiliserande muskler ger uttröttbarhet, nedsatt ledmässig centreringsförmåga och överaktivitet med omfördelad muskelrekrytering i ytliga, rörelseproducerande muskler.
	Nerver	Nervrötter, plexus brachialis, perifera nerver.
	Leder	Facettleder, axelled/skuldra, käkled, thorakalrygg och övrig förankring nedåt.
	Sensomotorisk kontroll	Dysfunktion i sensoriskt inflöde från muskler, leder och nerver och nedsatt motorisk kontroll kan vidmakthålla och förstärka smärttillstånd.
Nervsystemets reaktioner	Sensitisering	<ul style="list-style-type: none"> • Delas här upp i lokal, regional eller generell smärta. • Lokal smärta omfattande ett specifikt område • Regional smärta (vanligast) drabbar ofta nacke/arm eller nacke/huvud • Generell smärtutbredning • Förekomst av triggerpunkter
	Sömnstörning	Fragmentering av och/eller otillräcklig sömn, svårigheter att somna om är vanligt hos patienter med långvarig smärtproblematik. Det kan bero på att man vaknar av smärta, att man drömmer mardrömmar eller inte kommer ner i djupsömn. För mycket sömn (t.ex. pga. medicinering) kan också vara till men för patienten
	Trötthet	Global trötthet men också fysisk och mental uttröttbarhet
	Kognitiv påverkan	Svårt att hålla tråden i samtal, svårt hänga med i TV program, svårt att läsa böcker, nedsatt koncentrationsförmåga och uppmärksamhet.
	Stress	<ul style="list-style-type: none"> • Autonom påverkan • Illamående, svettningar i samband med provokation av smärta t.ex. vid undersökning
	Hörselpåverkan	<ul style="list-style-type: none"> • Tinnitus • Ljudkänslighet
	Synpåverkan	<ul style="list-style-type: none"> • Svårighet att fokusera • Ljuskänslighet
	Yrsel	BPPV, sensomotorisk inkongruens, ”sensory mismatch”, samordning nacke/vestibulära systemet/öga

<p>Psykologiska faktorer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oro, ångest, katastroftankar • Post Traumatiskt Stress Syndrom (PTSD), återupplevande av traumat med överdriven vaksamhet och spändhet, förekomst av ”flashbacks” och mardrömmar • Nedstämdhet/depression • Känsla av att vara orättvist behandlad”
<p>Omgivningsfaktorer</p>	<p>Detta är ett välkänt begrepp i ICF-nomenklaturen och här kan finnas underlättande och hindrande faktorer. De områden som bör belysas är:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familjesituation • Arbetsituation • Andra relationer • Försäkringar • Möjlighet till alternativa aktiviteter
<p>Mittcirkeln</p>	<p>Här kan man belysa olika dimensioner i konsekvenserna av det trauma individen utsatts för. Den kan användas på olika sätt för olika patienter, syftande till vad som är huvudproblemet i det aktuella fallet, vid det aktuella tillfället.</p> <p>Mittcirkeln kan avspegla patientens smärtupplevelse eller att patienten har en för hög eller för låg aktivitetsnivå i relation till sina faktiska fysiska förutsättningar. Man kan ha hög eller låg delaktighet i att söka alternativ och lösningar i sin vardag. Patienten kan också uppfatta sin situation på olika sätt och ha olika grad av acceptans och förståelse.</p>

Remissrutiner

INDIKATIONER FÖR REMISS TILL SMÄRTSPECIALISTMOTTAGNING

Huvudindikationen är att man uttömt egna möjligheter att komma vidare i behandlingen av patient smärtproblematik. **Patienter där symptombilden med nacksmärta och funktionsnedsättning inte kunnat kontrolleras skall remitteras till specialistklinik senast sex månader efter olycka/trauma.**

En annan möjlighet är att kontakta ”Nackskaderådgivningen” telefonnummer 046-17 18 80.

Remiss skickas till: Smärtrehabilitering, SUS Lund (Lasarettsgatan 13 221 85 Lund)

Remisshanteringen sker på följande sätt:

1. Remiss från behandlande läkare eller fysioterapeut.
2. Patienten får sig tillsänt ett frågeformulär baserat på MPI, DRI, HAD, SF-36, EQ 5-D, smärtritning m.m., enligt Nationella Registret [över Smärtrehabilitering](#) (NRS).
3. Ärendet hanteras sedan av en ”Remissgrupp” och får något av följande resultat:
 - a. Återsändande av remissen med råd
 - b. Nybesök Läkare
 - c. Nybesök Läkare + Sjukgymnast – OMT 2 (eller Smärtpsycholog) - sambedömning
 - d. Nybesök Nackskadeteam (Läkare, Sjukgymnast – OMT 2, och Smärtpsycholog)

ÅTGÄRDER VID SPECIALISTMOTTAGNING

Vid den primära smärtutredningen ges en formell (ICD-10) och en förklarande diagnos för patienten och inremitterande. Utredningen utgör också underlag för den fortsatta försäkringsmedicinska processen.

En rehabiliteringsplan formuleras och den kan innehålla:

- smärtlindring, riktad behandling hos sjukgymnast, kompletterande smärtpsychologisk bedömning, kuratorsbedömning och/eller rekommendationer för fortsatta åtgärder inom primärvården.

Det finns också möjlighet att inkludera patienten i olika smärthanteringsprogram.

Av de patienter som genomgår primära smärtutredningar inkluderas idag cirka 30 % i klinikens smärthanteringsprogram (SHPI). Kontakt hålls då med patienten under fyra till fem månader och sjukskrivningsansvaret tas tillfälligt över, liksom kontakt med Försäkringskassa, arbetsgivare och Arbetsförmedling. Inremitterande informeras kontinuerligt om de åtgärder som genomförs. Vid avslutad smärtherehabilitering återremitteras patienten till primär- eller företagshälsovård.

Hjälpmedel

Ortoser (inpassning viktigt)	
Halskrage	I akutskedet om misstanke på skelettled/ligament skada
	Kan under särskilda omständigheter användas som smärtlindring/avlastning vid kvarstående problem
Axelortos/aktiv mitella	Vid plexus brachialis relaterad smärta som smärtlindring/avlastning vid kvarstående problem
Hjälpmedel (oftast genom kommunens eller VC Arbetsterapeut eller Företagshälsovård)	
Arbetsstol, kilkudde	
Duschstol, sittbräda till badkar	
Verktyg för ADL i hemmet och på arbetet	

Forskning

Den idag mest aktuella ”state of the art” publikationen finns i ett Supplement till Spine dec 2011 [11]. Man påtalar här att den akuta skadan kan ”kronifieras” och ge upphov till en stor mängd olika symptom med hög grad av individuell variation t.ex. smärta i övre kroppshalvan inkl. huvudvärk, smärtöverkänslighet (lokal, regional och generell), yrsel, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar, depression, ångest, PTSD, med nedsättning av arbetsförmåga med påverkad ekonomi och ibland också komplexa försäkringsprocesser. Det är svårt att prediktera vilka personer som kommer att utveckla långvariga besvär med behov av allmänna och riktade insatser inom sjukvården. Vi har att göra med dels olika skademekanismer och dels olika individer med olika förutsättningar och sätt att hantera påfrestningar, där den gemensamma nämnaren är nacksmärta.

Sjukskrivning och rehabilitering

Eventuell sjukskrivning handläggs av patientansvarig läkare i primärvården. I samband med utredning vid specialistklinik lämnas underlag och rekommendationer för sjukskrivning och eventuell arbetsåtergång.

I samband med Smärthanteringsprogram, tas sjukskrivningen och kontakter med FK och AF tillfälligt över under en period på 5+10 veckor, därefter återremiss till primärvård.

Områden för särskilda insatser

SÖMNSTÖRNING

Dålig sömn med svårigheter att somna och frekventa uppvaknanden eller excessivt sovande är vanligt hos patienter med långvarig smärtproblematik. Studier visar att 67–88 % av patienter med långvarig smärta upplever att sömnen är störd [18, 19]. Omvänt har det visat sig att 50 % av individer med insomnia lider av långvarig smärta [20]. Populationsbaserade longitudinella studier pekar på att sömnstörningar predicerar för långvarig smärta samt ökad smärtintensiteten. Förklaringen har man möjligen funnit i experimentella studier som visar att sömnstörningar försämrar effektiviteten i smärtinhibitoriska bansystem [21]. Mycket talar således för att sömnproblem både kan predisponera för och vara en viktig vidmakthållande faktor för långvarig smärta.

I behandling av sömnproblem kan det vara av värde att överväga inverkan av sömnstörande och behandlingsbara fenomen som sömnapné, restless legs etc. I de flesta fall är dock beteendemedicinska interventioner med sömnskola att rekommendera. Fokus bör ligga på att stabilisera dygnsrytm samt att minska vakentid i sängen. Antidepressiv medicinering är ibland indicerad.

HUVUDVÄRK

I akutskedet har 50–75 % av nackskadade ospecifik huvudvärk, troligen multifaktoriellt orsakad. Nacktrauma-relaterad huvudvärk startar oftast inom 24 timmar och försvinner i 85 % av fallen inom 3 veckor. Huvudvärken beskrivs ibland som migrän (27 %), spänningshuvudvärk (37 %) och cervikogen huvudvärk (18 %). Omkring 20 % får långvariga besvär [22-25].

Cervikogen huvudvärk som börjar i bakhuvudet, samvarierar oftast tidmässigt med nackvärens intensitet och omfattar också hjässan och ger ofta tryck bakom ögonen. Migränanfall triggas inte sällan av nacksmärta.

Observera att huvudvärk kan vara läkemedelsutlöst.

YRSEL / OSTADIGHET / OBALANS

Screeningfrågor	Hur länge har du varit yr?
	Är du yr just nu?
	Har du ont i bröstorg, öra, huvud?
	Blir du yr när du vänder dig i sängen?
	Blir du yr bara när du går och står?
	Hör du sämre på något öra?
	Har du (haft) migrän?

Differentialdiagnoser

- Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV – ”Godartad lägesyrsel= Kristallsjuka”)
- Cervikogen yrsel
 - Högcervikal dysfunktion och koppling till yrsel
 - Sensorisk konflikt: koppling cervikal proprioception/vestibulärt/visuellt inflöde
- Koppling nacke, ögonmotorik och möjlig sensorisk konflikt
- Central yrsel
- Tidigare kompenserad vestibulär asymmetri etc.
- Observera att yrsel/obalans kan vara läkemedelsutlöst

BETTDYSFUNKTION

Det finns ett samband mellan Temporo-Mandibulär Dysfunktion (TMD) och nacksmärta efter trauma

- Screening - tre frågor om Temporo-Mandibulär Dysfunktion (3QTMD):
 - Gör det ont i tinning, ansikte, käke eller käkleden en gång i veckan eller oftare?
 - Gör det ont när du gapar eller tuggar en gång i veckan eller oftare?
 - Har du låsningar eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare?

Remiss vid behov till Orofaciala Smärtenheten, Tandläkarhögskolan i Malmö.

Försäkringsfrågor

TRAFIKFÖRSÄKRING

Personskadeförbundet (RTP) är aktiva och kunniga inom detta område och kan ge allmänna råd.

Typ av ersättning	Förfarande
Ersättning för sveda och värk	i regel med automatik
Inkomstbortfall	ansökan till försäkringsbolag (trafikförsäkring)
Ersättning för sjukvård	ansökan till försäkringsbolag (trafikförsäkring)
Juridiskt ombud	ansökan till försäkringsbolag vid konflikt
Invaliditetsersättning	grundas på invaliditetsintyg och försäkringsmedicinsk rådgivares bedömning
Livränta	grundas på invaliditetsintyg och försäkringsmedicinsk rådgivares bedömning

ARBETSSKADEFÖRSÄKRING OCH AFA

Färdolycksfall d.v.s. resa till och från arbete eller olycka/belastning på arbetsplatsen. Sambandsbedömning från Arbetsskadeenheten FK baseras på uppgifter från sjukvården.

BEDÖMNING AV SAMBAND – KAUSALITET / ORSAKSSAMBAND

Det vill säga bedömning av sambandet mellan t.ex. ett trauma och en aktuell symptombild. Begreppet introducerades av Sir Austin Bradford-Hill 1965 och omfattar nio kriterier, fritt översatt och anpassat till sambandsbedömning Nacktrauma – Nacksmärta:

1. Styrka – i praktiken analogt med ”relativ risk”
2. Överensstämmelse – relation till andra observationer av olika situationer och förlopp
3. Specificitet- finns alternativ förklaring
4. Tidsrelation – förutsättning för kausalitet är att expositionen föregår symptomen och att symptomen debuterar i anslutning till traumat (i praktiken används idag 72 timmar som en arbiträr gräns)
5. Dos-respons – Ger kraftigare trauma mer symptom? Påkörningshastighet i sig är inte alltid korrelerad till graden av trauma.
6. Trovärdighet/rimlighet – möjliga mekanismer
7. Koherens – Stämmer det enskilda fallet med t.ex. epidemiologiska data?
8. Experiment – Vad skulle hänt om exponeringen elimineras?
9. Analogi – Finns medicinska parallellfall?

I svensk rättspraxis kan man hänvisa till Regeringsrättens dom 3/3 2010 i mål nr 467-08, där man särskilt betonar följande faktorer:

- Hälsotillståndet före olycka (befintligt skick)?
- Graden av våld eller trauma?
- Smärtdebut i anslutning till olyckan?
- Kontinuitet i besvaren?
- Konkurrerande skadeorsaker?
- Intygsskrivarens kompetens inom området bör anges i intyg

Grupper med behov av särskilda insatser

Grupp	Behov
Unga vuxna	Personer som är äldre än 18 år men som ännu inte kommit ut arbetslivet och etablerat sig i "vuxensamhället". Ofta med låg eller ingen SGI. Man befinner sig ofta i en svår situation - Hur gå vidare med arbete, liv? Nacksmärtan medför svårigheter att både studera och arbeta och inkräktar på socialt liv.
Långtidssjuka	Personer som varit utanför arbetslivet helt eller delvis under flera år. Problematiken kanske började med en trafikolycka men sedan dess kan det förlupit många år. Inte sällan har flera rehabiliterings- och arbetsprövningsåtgärder genomförts. Försäkringsprocesser ofta utdragna svåra att överblicka.
Arbetssökande	Personer som blivit av med sitt arbete och har svårigheter att hitta tillbaka till arbetsmarknaden. Nacksmärtan och eventuell funktionsnedsättning kan vara ett stort hinder och begränsande för att söka arbete och vara attraktiv på arbetsmarknaden.
Samsjuklighet	En del personer med långvarig smärta har också tidigare haft problem med t.ex. sömnstörning, utmattning, depression, ångest men också långvarig smärta av annan orsak, vilket både kan accentuera besvären och försvårara tillfrisknandet.
Bristande språkförståelse	Bör få extra stöd dels i utredning och behandling men också i försäkringsprocessen, både gentemot Försäkringskassa, Arbetsförmedling och försäkringsbolag.
Kognitiv funktionsnedsättning	Det är ganska vanligt att personer med nacksmärta efter trauma också har påverkan på koncentrationsförmågan och närminne. Detta sammanfaller oftast med smärttoppar men här finns en stor variation inom patientgruppen. Eftersom vi talar om trauma så förekommer också hjärnskador men det finns idag inga metoder att säkert skilja en primär hjärnskada från den kognitiva påverkan som kommer av långvarig nacksmärta. Viktigt är att identifiera kognitiv problematik både för den fortsatta rehabiliteringsprocessen men också för att vid behov ge patienten stöd i olika försäkringsprocesser.

Ansvarsfördelning, nivåstrukturering

I akutskedet har den instans till vilken patienten sökt vårdansvaret. Oftast är detta akutklinik eller primärvård. Om invasiva åtgärder krävs kan ansvaret föras över på ortoped eller neurokirurgisk klinik.

Det övergripande vårdansvaret för patientgruppen ligger hos primärvården.

Remiss till specialistklinik är att betrakta som en medicinsk konsultation. Detta innebär således att vårdansvaret kvarstår hos primärvården också efter att eventuell remiss utfärdats.

Om patienten på specialist klinik inkluderas i ett smärthanteringsprogram, tas vårdansvaret tillfälligt över. Efter avslutat smärthanteringsprogram skrivs remiss till vederbörande vårdcentral, för återupptagande av behandlingsansvar.

Ekonomiska aspekter

Förutom personligt lidande innebär konsekvenserna av nacktrauma kostnader för sjukvård, mediciner, sjukskrivning, för den drabbade. För samhället tillkommer dessutom ekonomiska konsekvenser med produktionsbortfall, för försäkringsbolag kostnader knutna till Trafikförsäkring och för Försäkringskassan eventuell ersättning enligt Arbetsskadelagen.

Kvalitetsregister

De kvalitetsregister som finns för patientgruppen omfattar de individer som utreds vid specialistklinik, genom Nationella Registret [över Smärtrehabilitering](#) (NRS).

Referenser och länkar

1. Erichsen, J.E., *On railway and other injuries of the Nervous System*, ed. H.C. Lea1867, Philadelphia, PA.
2. Stemper, B.D., F.A. Pintar, and R.D. Rao, *The influence of morphology on cervical injury characteristics*. Spine (Phila Pa 1976), 2011. 36(25 Suppl): p. S180-6.
3. Anderson, S.E., et al., *Are there cervical spine findings at MR imaging that are specific to acute symptomatic whiplash injury? A prospective controlled study with four experienced blinded readers*. Radiology, 2012. 262(2): p. 567-75.
4. Carroll, L.J., et al., *Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (WAD): results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders*. Spine (Phila Pa 1976), 2008. 33(4 Suppl): p. S83-92.
5. Walton, D.M., et al., *Risk Factors for Persistent Problems Following Acute Whiplash Injury: Update of a Systematic Review and Meta-analysis*. J Orthop Sports Phys Ther, 2013. 43(2): p. 31-43.
6. Sterling, M., et al., *Assessment and validation of prognostic models for poor functional recovery 12months after whiplash injury: A multicentre inception cohort study*. Pain, 2012. 153(8): p. 1727-34.
7. Kasch, H. et al., *A new stratified risk assessment tool for whiplash injuries developed from a prospective observational study*. BMJ Open, 2013. 3: e002050.
8. Kivioja, J., I. Jensen, and U. Lindgren, *Neither the WAD-classification nor the Quebec Task Force follow-up regimen seems to be important for the outcome after a whiplash injury. A prospective study on 186 consecutive patients*. Eur Spine J, 2008. 17(7): p. 930-5.
9. Styrke, J., et al., *A 10-Year Incidence of Acute Whiplash Injuries After Road Traffic Crashes in a Defined Population in Northern Sweden*. PM R, 2012.
10. Joud, A., et al., *Healthcare consultation and sick leave before and after neck injury: a cohort study with matched population-based references*. BMJ Open, 2013. 3(8): p. e003172.
11. Jull, G., et al., *Towards Optimal Early Management After Whiplash Injury to Lessen the Rate of Transition to Chronicity: Discussion paper 5*. Spine (Phila Pa 1976), 2011.
12. Dworkin, R.H., et al., *Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations*. J Pain, 2008. 9(2): p. 105-21.
13. Jull, G. and A. Moore, *The primacy of clinical reasoning and clinical practical skills*. Man Ther, 2009. 14(4): p. 353-4.
14. Smart, K. and C. Doody, *The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists*. Man Ther, 2007. 12(1): p. 40-9.
15. Kenardy, J. and R. Dunne, *Traumatic injury and traumatic stress*. Spine (Phila Pa 1976), 2011. 36(25 Suppl): p. S233-7.
16. Andersen, T.E., A. Elklit, and L. Vase, *The relationship between chronic whiplash-associated disorder and post-traumatic stress: attachment-anxiety may be a vulnerability factor*. Eur J Psychotraumatol, 2011. 2.
17. Edna, B., et al., *The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale*. Psychological assessment, 1997.
18. Morin, C.M., et al., *Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors*. Sleep Med, 2006. 7.
19. Smith, M.T. and J.A. Haythornthwaite, *How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature*. Sleep Med Rev 2004. 8: p. 119-132.
20. Taylor, D.J., et al., *Comorbidity of chronic insomnia with medical problems*. Sleep, 2007. 30(2): p. 213-8.
21. Finan, P.H. and M.T. Smith, *The comorbidity of insomnia, chronic pain, and depression: dopamine as a putative mechanism*. Sleep Med Rev, 2013. 17(3): p. 173-83.
22. Schrader, H., et al., *Examination of the diagnostic validity of 'headache attributed to whiplash injury': a controlled, prospective study*. Eur J Neurol, 2006. 13(11): p. 1226-32.
23. Stovner, L.J. and D. Obelieniene, *Whiplash headache is transitory worsening of a pre-existing primary headache*. Cephalalgia, 2008. 28 Suppl 1: p. 28-31.

24. Stovner, L.J., et al., *Head or neck injury increases the risk of chronic daily headache: a population-based study*. Neurology, 2008. 71(5): p. 383-5.
25. Pearce, J.M., *Headaches in the whiplash syndrome*. Spinal Cord, 2001. 39(4): p. 228-33.
26. Sterling, M., *Does knowledge of predictors of recovery and nonrecovery assist outcomes after whiplash injury?* Spine (Phila Pa 1976), 2011. 36(25 Suppl): p. S257-62.

LÄNKAR

- Tidigare publicerade svenska vårdprogram och information om ”Nacksmärta och funktionsnedsättning efter olycka” (Whiplash):
 - Vårdprogram för Whiplash relaterade besvär, Linköping 1998.
[https://www.imh.liu.se/samhallsmedicin/rehabiliteringsmedicin/filarkiv/1.59720/vardprogrammme twad.pdf](https://www.imh.liu.se/samhallsmedicin/rehabiliteringsmedicin/filarkiv/1.59720/vardprogrammme%20wad.pdf)
 - Omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär riktlinjer för Västra Götaland, 2003.
<http://www1.vgregion.se/whiplash/>
 - Whiplashkommissionens slutrapport, 2005.
http://www.whiplashkommissionen.se/www.whiplashkommissionen.se/pdf/Wk_slutrapport2005.pdf
 - WAD Nackdistorsion (Whiplash Associated Disorders), Lokalt vårdprogram för Gotland, 2006.
<http://www.gotland.se/>
 - Whiplash - Riktlinjer för handläggning av nackskadade i Kronobergs län, 2008. <http://www.ltkronoberg.se/HoS/HoS-personal/VardrutinerPM/Rorelseorganens-sjukdomar/Rygg/Whiplash/>
- Handläggning av patienter med whiplashrelaterade besvär, Personskadeförbundet 2008.
 - Beskrivning av sjukgymnastik för patienter med whiplashrelaterade besvär - akut omhändertagande, Jönköping 2011
<http://plus.lj.se/index.jsf?childId=6962&nodeId=31511&nodeType=12>

Det som tillkommit forskningsmässigt de senaste åren är framförallt en ökad kunskap och förståelse för prognostiska faktorer [7, 26].

- Besvär efter stukad halsrygg (WAD):
 - Frågor om samband mellan exponering och långvariga besvär, Jorma Styf och Artur Tenenbaum.
http://www.fkf.se/upload/jorma_nacke_wad_050406.pdf

- Socialstyrelsens beslutsstöd:

- Sjukskrivning vid stukning eller distorsion (pisksnärtsvåld) halskotpelare utan fraktur eller nervskada (WAD I och II).

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/stukningellerdistorsionpisksna>

- Smärta och störd käkmotorik associerad med pisksnärtskada (WAD)

<http://www.socialstyrelsen.se/tandvardsriktlinjer/sokiriktlinjerna/smartaochstordkakmotorikassoci>

- Fråga från Länsrätten i Göteborg med svar för de Socialstyrelsens vetenskapliga råd, professor Urban Lindgren och Olle Nilsson (2006-09-26 och 2006-10-05).

<http://www.notisum.se/rnp/domar/rr/RR010036.htm>

- Trafikförsäkring:

- Personskadeersättning vid trafikskada i Sverige (Personskadeersättning på skadeståndsrättslig

grund) http://www.tff.se/Documents/Informationsmaterial/Skadeers%C3%A4ttning_sv.pdf