

The background features a grid of light blue squares on a darker blue background. White lines form a grid that is partially offset, creating a sense of depth and movement. A small orange circle is located at the intersection of a horizontal and a vertical white line in the upper left quadrant. Another orange circle is at the bottom center, where a vertical white line meets the bottom edge. A starburst graphic is positioned on the right side, where a horizontal white line meets the right edge.

WHIPLASH- KOMMISSIONENS SLUTRAPPORT

WHIPLASH- KOMMISSIONENS SLUTRAPPORT

 *Whiplash-*
kommissionen

© Whiplashkommissionen

Klara Norra kyrkogata 33

111 22 Stockholm

ISBN 91-975655-0-4

Sandvikens tryckeri, Sandviken 2005

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING

Whiplashkommissionens uppdrag.....	13
Hur vanliga är whiplashrelaterade besvär?	13
Ett samhällsproblem – ett samhällsansvar	14
Vad är whiplashrelaterade besvär?	15
Att leva med en whiplashrelaterad skada.....	16
Trafiksäkerhet en viktig del av lösningen	16
Rätt diagnos och tidigt omhändertagande.....	17
Behandling av långvariga besvär 19	
Schabloner i trafikförsäkringen	19
Behovet av mer och bättre vetenskaplig kunskap.....	20
Slutord	21

1. WHIPLASHKOMMISSIONENS ARBETE 2002-2005

Inledning	23
Whiplashkommissionens uppdrag 23	
Kommissionens uppdrag formulerades i korthet som att: 24	
Kommissionens ledamöter 24	
Kommissionens verksamhet.....	25
Adjungerad expertis 26	
Förfrågningar från kommissionen 27	
Konferenser och seminarier 28	
Forskningsprojekt och utvärderingar.....	28
The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders 29	
Utvärdering av eftermonterbara whiplashskydd (nackkuddar) 29	
Influence of Seat Optimization Based on one Dummy Size on the Risk of Whiplash Injury for Different Size Occupants 29	
Ett svenskt konsensusdokument om whiplashdiagnosen 30	
Utvärdering av det tidiga omhändertagandet i Västra Götalandsregionen 30	
Whiplashrelaterade tillstånd och dessas rehabilitering 30	

Översikt av rehabiliteringsinsatser i samband med whiplashrelaterade tillstånd 30

Mikrodialys av kappmuskulaturen (trapezius) hos patienter med kronisk smärta efter whiplashtrauma och hos friska försökspersoner 31

Kan ersättningssystemens utformning bidra till att förklara ökade kostnader? 31

Totala samhällskostnader för whiplashrelaterade skador i Sverige 31

Ökad användning av schabloner i personskaderegleringen 31

Utvärdering av svenska mediers beskrivning av whiplashrelaterade skador 31

PROBLEMBESKRIVNING

2. VAD ÄR WHIPLASHRELATERADE SKADOR?

Sammanfattning	35
Inledning	35
När uppkom begreppet "whiplash"?	36
Nackskador i samband med biltrafik 36	
Whiplashrörelsen	37
Hur vanligt är det att råka ut för whiplashtrauma? 37	
De whiplashrelaterade skadorna blir fler	38
Nya diagnoser i historien	39
Begreppet "kultursjukdom" 40	
Sjukdomen som ett psykiskt tillstånd 40	
Hur yttrar sig en akut whiplashrelaterad skada?	41
Vad kan whiplashrelaterade akutsymtom bero på? 42	
Relationen mellan akuta och bestående besvär 43	
Försök till klassifikationer	44
Kritik mot QTF:s klassifikationssystem 45	
Andra förslag till klassifikationer av whiplashrelaterade symtom 45	
Vilka drabbas av långvariga besvär?	46
Hur vanliga är bestående men? 46	
Diskussion	47

3. ATT LEVA MED EN WHIPLASHRELATERAD SKADA

Sammanfattning	51
Inledning	51
Upplevelser av whiplashrelaterade skador	52
Vilka problem tas upp i berättelserna? 53	
Att "bevisa sin skada" 53	
Sjukdomsidentiteten	55
Sjukdomsrollen 56	
Från patient till funktionshindrad 57	
Att se sig som funktionshindrad efter en whiplashrelaterad skada 58	
Patient- och handikapporganisationer i Sverige	59
Patientföreningarna växer fram 59	
De whiplashskadades förening 60	
Pisksnärten 60	
Riksföreningen Hjärnkraft 61	
Whiplashgruppen 61	
Whiplashskadades Rättsförening 62	
Whiplashfonden-Whiplash Info 62	
Whiplashstiftelsen 63	
Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade 63	
Patientföreningarnas önskemål och rekommendationer	64
Rätten till rehabilitering 64	
Bättre samordning 65	
Ombud för den skadade 65	
Försäkringsmedicinen bör kvalitetssäkras 65	
Tidsaspekten och rättsskyddet 66	
Bättre tillsyn av jurister 67	
Vårdens inställning 67	
Trafiksäkerhet 67	
Diskussion	68

4. SAMHÄLLSKOSTNADER

Sammanfattning	71
Inledning	71
Samhällets kostnader	71
Hur beräknas samhällskostnaden? 72	
Vad är det som kostar pengar? 72	
Underlaget för beräkningarna 73	
Tidigare studier	74
Faktaunderlaget till denna studie	75
En preliminär hälsoekonomisk beräkning	76
De flesta anmälda besvär kostar små summor 76	
Kostnader för invaliditet och långvarig arbetsförmåga 77	
Kostnader för sjukskrivning 78	
Sjukvårdskostnader 78	
Psykosociala kostnader 79	
En jämförelse med andra kostnader	79
Diskussion	81

5. WHIPLASHRELATERADE SKADOR I ANDRA LÄNDER

Sammanfattning	83
Inledning	83
Antalet whiplashrelaterade skador varierar	84
Ersättningsystemets betydelse	85
Exemplet Saskatchewan 85	
Finland	87
Trafikskadelagen i Finland 87	
Rehabilitering i försäkringsbolagens regi 88	
Norge	89
Trafikskadelagen i Norge 89	
Aktiv personskadebehandling 90	
Ullevålsprojektet 90	

Danmark	90
Trafikskadelagen i Danmark	91
Århusprojektet	91
Diskussion	92

ÅTGÄRDSFÖRSLAG

6. FÖREBYGGANDE TRAFIKSÄKERHET

Åtgärdsförslag	97
Inledning	97
Nollvisionen	98
Whiplashrelaterade skador i nollvisionen	98
Trafiksäkerhet och whiplash	99
Vägmiljön	99
Trafikanternas beteende	100
Bilens betydelse	100
Att förebygga whiplashrelaterade skador genom ny teknik	101
Nackskydd	101
Skydd genom förändring av stolens geometri	102
Nya krockprov	102
Krockprovets genomförande	103
Sammanfattning av resultaten	103
Matematiska modeller	104
Trafiksäkerhet – bara för "normalbyggda" män?	105
Matematiska justeringar av krockprov	105
Resultat av beräkningarna	106
Andra skydd	107
Test av två eftermonterbara kuddar	107
"Kapsylen"	108
Vanliga krockkuddar	109
Vikten av ett europeiskt samarbete	109
Diskussion	110

7. VIKTEN AV TIDIGA INSATSER

Åtgärdsförslag.....	113
Inledning.....	113
Principer för ett tidigt omhändertagande.....	114
Vårdprogram för personer med whiplashrelaterade besvär	115
Västra Götalandsprogrammets riktlinjer	115
Omhändertagandeprogrammets upplägg	116
Uppföljning av sjukgymnast och läkare	116
Programmets implementering.....	117
Uppföljning av 299 patienter	118
Uppföljningens uppläggning	118
Uppföljningens resultat	118
Svenska Läkaresällskapets expertgrupp.....	119
Hur bör diagnosen gå till?	119
Handläggning och åtgärder	120
Uppföljning	121
Diskussion	122

8. REHABILITERING AV PERSONER MED LÅNGVARIGA BESVÄR

Åtgärdsförslag	125
Inledning	125
Skillnaden mellan rehabilitering och behandling i akut skede.....	126
Behandling av kroniska whiplashrelaterade tillstånd	126
En ny syn på smärta	127
Kronisk smärta	128
Definitioner av rehabilitering.....	128
Olika behandlingar för kroniska whiplashrelaterade besvär	129
En långsiktig rehabilitering.....	130
Diagnostik	130
Nya diagnosmetoder	130
Rehabiliteringsplan	131
Särskilda aspekter vid rehabilitering av personer med kronisk WAD	131
En mångsidig rehabilitering	132

Rehabilitering av personer med whiplashrelaterade besvär vid svenska kliniker	132
Multidisciplinär behandling	133
Väntetiden	133
Hur många får hjälp?	134
Utvärdering och forskning	134
Diskussion	135

9. EN FÖRENKLAD SKADEREGLERING

Åtgärdsförslag	137
Inledning	137
Trafikförsäkringen idag	138
Principer för ersättning	138
Medicinsk invaliditet	139
De allmänna försäkringarna	140
Arbetsförmågan	141
Problem med det nuvarande systemet	142
Skilda beräkningsgrunder	143
Intygens roll	143
Sambandsfrågan	144
Vikten av en snabb skadereglering	145
Möjligheter att överklaga försäkringsbolagens beslut	146
Ersättningsystemets betydelse	147
Tabell 2: Ersättningsmöjligheter vid nackbesvär	
– ett genomsnitt av tre yrkeskategorier	148
Inkomstförlust	149
Kostnader	149
Ideell skada	149
Sammanfattning av jämförelsen	150
Frågan om ekonomiska drivkrafters betydelse	151
Normernas betydelse	151
SBU:s slutsatser	152

En ökad användning av schabloner	152
Fördelar med schabloner	152
Schabloner idag	153
Tabell 1: Användning av schabloner i dagens svenska trafikskadelag	154
Principer för ökad schablonisering	155
Vilka är riskerna med ökad schablonisering?	156
Vidare utredning behövs	156
Diskussion	157

10. ETT NYTT FORSKNINGSMRÅDE

Åtgärdsförslag	159
Inledning	159
Hur ser den befintliga forskningen ut?	160
Mångdisciplinär forskning	161
Forskningsresurser	162
Forskning om sjukskrivning	163
En satsning på försäkringsmedicinsk forskning	164
Whiplashrelaterade skador som försäkringsmedicinskt problem	165
Prioritering av resurser	166
Hur kan forskningen om whiplashrelaterade besvär stimuleras?	166
Nya forskningsstrategier	167
Försäkringskassan	168
Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap	168
Vetenskapsrådet	169
Sammanfattning	171

11. TILLGÅNG TILL KUNSKAP

Sammanfattning	173
Inledning	173
Vilken roll spelar psykiska faktorer för återhämtningen?	174
Förväntningar inför framtiden	174
Vad påverkar förväntningarna inför framtiden?	175

Information om whiplashrelaterade besvär	175
Apotekets information	176
Information om "whiplash" på Internet	177
Information från handikapp- och patientföreningar	178
Hälsosajter	179
Kvalitetsgranskning av Internetinformation	179
En utvärdering av pressens behandling av whiplashrelaterade skador	180
Hur mycket har skrivits, och om vad?	181
Innehållet i artiklarna	181
Sammanfattning	182
Är det viktigt vad tidningarna skriver?	183
Diskussion	184
Information på Internet	184
Apotek, vårdcentraler och sjukhus	185

REFERENSER 187

SAMMANFATTNING

Whiplashkommissionens uppdrag

Whiplashkommissionen tillsattes sommaren 2002 på initiativ av, och med finansiering från, de fyra stora försäkringsbolagen i Sverige: If, Folksam, Länsförsäkringar och Trygg Hansa. Bakgrunden var att antalet anmälda whiplashrelaterade skador snabbt ökat under 1990-talet, med både mänskligt lidande och ökade samhällskostnader som följd. Kommissionens uppdrag formulerades som att under tre år undersöka problemen med whiplashrelaterade trafikskador vad gäller trafiksäkerhet, medicinsk omvårdnad och försäkringsfrågor. De förslag som föreligger i kommissionens slutrapport baseras på vetenskapligt belagd kunskap på alla dessa områden och på de omfattande diskussioner kommissionen fört med intressegrupper och allmänhet.

I kommissionen har ett antal myndigheter och organisationer som på olika sätt berörs av de whiplashrelaterade trafikolyckorna varit representerade. Kommissionens ledamöter har varit: Ingvar Carlsson, ordförande; Marika Hedin, huvudsekreterare; Jan-Åke Brorsson, fd. förbundsdirektör, fd. Försäkringskassornas förbund; Siwert Gårdestig, chef för avd. för sjukförmåner, Riksförsäkringsverket (från 2005-01-01 Försäkringskassan); Maria L Lundgren, jurist, Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade; Nina Rehnqvist, direktör, Statens beredning för medicinsk utvärdering; Håkan Danielsson, verkställande direktör, Länsförsäkringar Liv samt Annika Lundius, verkställande direktör, Försäkringsförbundet (ständigt adjungerad).

Hur vanliga är whiplashrelaterade besvär?

Över 30 000 personer anmäler nackbesvär efter trafikskada till svenska försäkringsbolag varje år, vilket motsvarar drygt hälften av alla anmälda trafikskador. Enligt Trafikskadenämndens statistik bedöms ca 1 500 personer varje år få en invaliditetsgrad på minst 10% efter olyckan. Försäkringskassans statistik anger att åtminstone 500 personer per år bedöms bli helt arbetsoförmögna till följd av whiplashrelaterade besvär.

Risken för att drabbas av långvariga besvär är statistiskt sett liten. Denna bild stämmer inte helt överens med det budskap som medier och internetsidor

förmedlar i Sverige idag, där whiplashrelaterade skador ofta beskrivs som mycket vanligt förekommande. Begreppet ”att få en whiplashskada” är väl förankrat i det allmänna medvetandet, och uppfattningen om riskerna för långvariga besvär är i allmänhet starkt överdriven. Flera forskare har visat att förväntningar inför framtiden är en viktig faktor för möjligheterna till en återhämtning efter trafikolycka.

Det är alltså sällsynt att initiala besvär utvecklas till kroniska symtom. De allra flesta som får ont i nacken efter en trafikolycka återhämtar sig helt efter några veckor eller månader.

Att antalet personer med bestående men ändå är stort beror på att trafikolyckor är så vanligt förekommande. Därför är whiplashrelaterade trafikskador ett samhällsproblem i Sverige idag.

Ett samhällsproblem – ett samhällsansvar

De whiplashrelaterade skador som inträffar i år kommer att kosta det svenska samhället över 4 miljarder kronor. Den helt dominerande delen av dessa kostnader utgörs av ersättningar för inkomstbortfall, till följd av arbetsförmåga. Problemen växer och de senaste åren har allt fler personer anmält en whiplashrelaterad skada till sitt försäkringsbolag. Det är ett stort och kostsamt problem, som kräver att det svenska samhället tar ett gemensamt ansvar.

Whiplashrelaterade skador skiljer sig från andra nack- och ryggproblem: de kostar samhället tre gånger mer i förhållande till sitt antal och hela denna merkostnad kan förklaras av de höga ersättningarna för inkomstbortfall. Orsakerna till varför dessa skador innebär så stora inkomstbortfall är flera. De skadade är förhållandevis unga jämfört med andra rygg- och nackpatienter. Det tidiga omhändertagandet inom sjukvården har fungerat dåligt på många håll i Sverige under 1990-talet. Och rehabilitering av personer med långvariga whiplashrelaterade besvär har visat sig svår – i synnerhet med avseende på deras återgång i arbetet.

En stor vinst, både för de enskilda och för samhället, skulle göras om färre personer råkade ut för trafikskador som riskerade att leda till besvär. Om de som ändå upplevde akuta besvär fick en snabb och enhetlig behandling, skulle färre personer riskera att drabbas av långdragna symtom. Och om de som trots allt utvecklade kroniska symtom fick en fungerande rehabilitering, skulle fler ur denna grupp återgå i arbete.

Vad är whiplashrelaterade besvär?

Bilolyckor med så kallat whiplashvåld, ett indirekt halsryggsvåld som kan liknas vid en pisksnärt, har beskrivits länge i den medicinska litteraturen. Men whiplashrelaterade besvär blev ett problem som drabbade många människor först under 1980-talet, både i Sverige och utomlands. Diagnosen blev redan från början omstridd, eftersom det var sällan man kunde konstatera några objektiva fynd vid kliniska undersökningar. Samtidigt vittnar många av dem som drabbas om en rad symtom: nacksmärta, stelhet, känselstörningar, minnes- och koncentrationssvårigheter. I många fall utvecklas dessutom symtomen över tid, fortfarande utan att några medicinska skador kan observeras. Som vid alla sjukdomar finns det också en psykisk komponent när det gäller whiplashrelaterade besvär, vilket är särskilt viktigt att uppmärksamma när det gäller långvarig smärta och värk. I detta avseende liknar kroniska whiplashrelaterade besvär andra smärttillstånd, som till exempel fibromyalgi – med den skillnaden att de inleds med ett trauma, nämligen trafikolyckan.

Det har hittills inte funnits någon samsyn bland läkare om hur man bör diagnostisera och beskriva whiplashrelaterade skador. Inte heller kring skademekanismerna råder enighet mellan forskare. Trots försök med experimentella diagnosmetoder kan läkarvetenskapen idag inte med säkerhet fastställa vad symtomen beror på. Detta har lett till att skadorna inte har kunnat ges någon enhetlig diagnos och att synen på vad whiplashrelaterade skador är skiljer sig åt.

Problemet med ett ökande antal whiplashrelaterade skador har inte varit unikt i Sverige, utan har gjort avtryck i trafikskadestatistiken i många länder. Samtidigt har sådana jämförelser också visat på stora skillnader. I vissa länder står nackbesvär för 75% av de anmälda trafikskadorna, i andra länder saknas de helt i statistiken. Det finns också internationella skillnader när det gäller förekomsten av kroniska besvär – i vissa länder, som Tyskland, räknar forskarna med att problemen läker ut efter några månader. I andra länder, som Norge, har ovanligt många människor rapporterat bestående besvär.

Whiplashkommissionen har noterat de olika uppfattningar som framförts om hur orsakerna till att de whiplashrelaterade skadorna ökat så kraftigt under senare år skall tolkas. Vi avvisar dock tanken på att de whiplashrelaterade skadorna inte finns. En rad förklaringar till ökningen av antalet anmälda skador kan föreslås, som förändringar i trafikmiljö, bilkonstruktion och registreringsrutiner. När det gäller skillnader mellan länder spelar också olika vård- och ersättningsssystem in. Vi menar att det är rimligt att utgå från att whiplashrelaterade besvär kan orsakas av en mängd olika skademekanismer, och att en

fungerande diagnosmetod för de akuta besvären måste utgå från de upplevda symtomen. Däremot menar vi att de långdragna whiplashrelaterade besvären uppvisar så stora likheter med andra kroniska smärttillstånd, att de inte bör skiljas ut och behandlas på annat sätt.

Att leva med en whiplashrelaterad skada

Whiplashkommissionen har haft kontinuerliga kontakter med privatpersoner, föreningar och organisationer för att få en bild av hur det är att leva med en whiplashrelaterad skada. Whiplashrelaterade besvär kan idag karaktäriseras som en oklar diagnos med diffusa behandlingsmetoder. Frustration och kanske ilska både hos den som drabbas av en olycka och av anhöriga är inte ovanlig: de upplever att inte bli trodda eller tagna på allvar. Den som drabbas önskar ofta att det skall finnas en biologisk, eller mekanisk förklaring till besvären – ”något som gått sönder”. Även om symtomen kanske kommit och gått, och utvecklats över tid till något annat än de från början var, upplever den drabbade att det finns en tydlig startpunkt för besvären: ett ”före” och ett ”efter”. Förhoppningen blir då att något skall kunna ”lagas”, och dessutom att man i omvärldens ögon inte skall behöva bevisa sin sjukdom. Att i det läget mötas av läkare och vårdpersonal som diskuterar diffus smärtproblematik, kroniska besvär och rehabilitering där psykologiska komponenter utgör en väsentlig del kan förstärka känslan av att skadan inte erkänns.

Det är ur medicinsk synpunkt viktigt att man som skadad snabbt riktar in sig på en konstruktiv rehabiliteringsprocess. Men idag kan vården inte alltid erbjuda incitament för ett sådant beteende. Risker blir därför att den som råkar ut för en whiplashrelaterad skada hamnar i en komplicerad sjukroll, där det blir viktigare att få erkännande av en konstaterad skada, än att fokusera på återhämtning. Konsekvensen kan bli att besvären förvärras.

Trafiksäkerhet en viktig del av lösningen

Det finns idag mycket goda möjligheter att minska antalet whiplashrelaterade olyckor genom olika typer av trafiksäkerhetsåtgärder. Den största potentialen ligger i att förhindra att olyckorna får allvarliga konsekvenser. Det är bilstolarnas konstruktion som står i fokus. De skydd som fungerar bygger på en avancerad teknisk anpassning till de olika rörelsemönster som kan uppstå hos bilförare och passagerare i krockögonblicket, en förändring av stolens och/eller nackskyddets geometri. Risker för allvarliga följder efter krock med whiplashvåld kan med de nya skydden i bästa fall reduceras med så mycket

som 40%. Även om alla skydd inte uppvisar samma potential, är det Whiplash-kommissionens uppfattning att en viktig del av lösningen på whiplashproblematiken ligger i bilarnas tekniska utveckling.

Det kommer att ta många år innan vägarna domineras av nya bilar med nya skydd. Det är därför viktigt att de olika typer av eftermonterbara skydd som finns på marknaden idag följs upp och testas mer konsekvent. Bilindustrin bör också fundera över hur den kan utveckla olika former av eftermonterbara skydd som förändrar stolens geometri. Eftersom skydden är anpassade efter förarens längd och tyngd, är det viktigt att bilindustrin uppmärksammar att de skydd som finns måste vara effektiva för alla förare, också kvinnor. Till skillnad från andra trafikskador drabbas kvinnor oftare av whiplashrelaterade besvär än män.

Kommissionen vill understryka att det är angeläget att de stora, internationella konsumenttesterna, som EuroNCAP, snarast inkluderar whiplashskydd när de testar bilarnas säkerhet. Här bör Sverige ha goda möjligheter att driva frågan på ett effektivt sätt, eftersom vi ligger väl framme i ett internationellt trafiksäkerhetsperspektiv. På så sätt skulle vi kunna stimulera fler konsumenter – inte minst företag och myndigheter – att köpa bilar med fungerande whiplashskydd. Resultaten från de stora konsumenttesterna skulle också ge ett underlag för till exempel försäkringsbranschen att beräkna sina premier med hänsyn till bilens trafiksäkerhetsegenskaper. Så småningom bör också gemensamma europeiska lagar kräva effektiva whiplashskydd.

Rätt diagnos och tidigt omhändertagande

Flera studier visar att personer som drabbats av akuta whiplashrelaterade symptom bör vara aktiva snarare än passiva. Att försöka ”vila bort” värk och andra symtom kan i det långa loppet visa sig skadligt, eftersom vävnaderna mår bättre av att vara i rörelse. Men för den som drabbas av värk kan den egna impulsen vara att just ”ta det lugnt” och röra sig så litet som möjligt. För denna grupp patienter är det därför viktigt att snabbt kunna få en diagnos där det betonas att återhämtningen kan påskyndas av patientens eget beteende.

Patientens egen upplevelse av mottagandet i vården är också viktig när det gäller möjligheten att bli symtomfri. En korrekt och snabb bedömning, där patientens symtom tas på allvar och sätts in i ett större sammanhang, är en viktig del i hela den process som följer efter en trafikolycka.

En tidig diagnos är också viktig på grund av den speciella försäkringssituation som råder efter trafikolyckor. Även om bara en liten del av alla dem som drabbas av nackont efter krockvåld kommer att få mer bestående men, är det

för denna grupp viktigt att kunna påvisa att besvären har ett samband med olyckan. Långvariga whiplashrelaterade besvär skiljer sig inte från de besvär som drabbar andra patienter med kroniska rygg- och nackproblem. Men försäkringsmässigt gör det stor skillnad om besvären kommer sig av en trafikolycka eller om de uppkommit av andra orsaker.

Whiplashkommissionen har därför verkat för att vi får en samsyn i Sverige om diagnostisering och vård av såväl akuta som långvariga whiplashrelaterade symtom. Kommissionen har i samarbete med Svenska Läkaresällskapet satt samman en expertgrupp, utsedd av representanter från de nio sektioner inom sällskapet som bedömts ha störst kunskaper på området. Expertgruppen har formulerat ett konsensusdokument, som skall kunna användas av läkare och vårdpersonal i hela Sverige. Dokumentet utges som ett särtryck. Det kommer att finnas tillgängligt på apotek, vårdcentraler och sjukhus.

Här föreslås en enkel och enhetlig diagnosmetod, som bygger på en förenkling av det vanligaste klassificeringssystemet i Sverige: patienterna indelas i WAD-grader. Detta kompletteras med ett system för självskattning av smärta och en identifiering av om patienten befinner sig i en grupp med särskild risk för långdragna besvär. Tanken i dokumentet är att ta fasta på de många studier som visat ett samband mellan stark initial smärta och senare besvär, samt den ökade risk för långdragna symtom som vissa grupper uppvisat. Det är därför i samband med olyckan – inom några dagar – som diagnosen bör ställas.

Konsensusdokumentet betonar också vikten av en patientcentrerad metodik, där dialogen med den som råkat ut för en krock med whiplashvåld utgör en viktig del. En noggrann dokumentation vid undersökningstillfället är central, både för att identifiera eventuella risker för senare besvär, och för att understryka att patientens symtom tas på allvar.

Med hjälp av konsensusdokumentet kan en tidig tämligen säker diagnos ställas. För den största gruppen som uppsöker akutvård behövs ingen särskild vård och ingen sjukskrivning, endast korrekt information om hur prognosen ser ut och vilka möjligheter till uppföljning som finns i den händelse att besvären inte går över.

För den mindre grupp patienter som bedöms vara i riskzonen för mer långdragna besvär erbjuder konsensusdokumentet konkreta rutiner för uppföljning och vidare behandling.

Med en sådan enhetlig rutin för diagnostik, kan ett tidigt omhändertagande inriktas på principer om självaktivering och snabb uppföljning. Antalet personer med långdragna besvär kommer genom dessa insatser med största sannolikhet att minskas avsevärt.

Behandling av långvariga besvär

Whiplashkommissionen föreslår att personer med långvariga whiplashrelaterade besvär rehabiliteras efter samma principer som kroniska smärttillstånd. En mångdisciplinär rehabilitering har visat sig effektiv vid kroniska smärttillstånd, åtminstone när det gäller smärthantering och upplevd livskvalitet. Det är särskilt viktigt att förbättra kvinnors möjligheter till en effektiv rehabilitering, eftersom dessa är överrepresenterade bland patienter med kroniska whiplashrelaterade besvär. En kartläggning av den rehabilitering som erbjuds patienter med whiplashrelaterade tillstånd i Sverige idag visar att de flesta kliniker erbjuder sådan behandling, men att väntetiderna är för långa och att forskning och utvärdering visar brister. Whiplashkommissionen förordar därför mer resurser till klinisk forskning och bättre utvärderingar av existerande rehabilitering.

De allra flesta som drabbas av nackbesvär efter en trafikolycka är återställda efter några veckor eller månader. Eventuellt kan så kallad arbetslivsinriktad rehabilitering bli aktuell. Försäkringskassans handläggare bör samarbeta med den skadade, dennes behandlande läkare och arbetsgivaren så att rehabiliteringen blir så effektiv som möjligt.

Whiplashkommissionen menar därför att det arbete som Försäkringskassan nu inlett för att minska sjukfrånvaron, också kommer att gynna situationen för den som drabbas av whiplashrelaterade besvär. Men det är viktigt att uppmärksamma den komplexa situation den trafikskadade befinner sig i. Försäkringskassans handläggare har en central roll när det gäller samordning i trafikskadeärenden. Det är viktigt att såväl sjukskrivning, arbetslivsrehabilitering och utredningar av arbetsförmågan sker i samarbete med den skadade och med behandlande läkare, arbetsgivare, och med den handläggare som ansvarar för skadeärendet hos den skadades trafikförsäkringsbolag.

Schabloner i trafikförsäkringen

För den trafikskadade är inte bara Försäkringskassans handläggning viktig utan också hur trafikförsäkringen fungerar. Under det senaste decenniet har systemet ansträngts under trycket av det ökande antalet anmälda trafikskador, där den största delen utgörs av whiplashrelaterade besvär. Allt för många av dem som drabbas av initiala problem utvecklar en permanent smärtproblematik. Olösta försäkringsproblem försvårar rehabilitering, samtidigt som ersättningssystemets utformning idag saknar incitament för en återgång till ett aktivt liv.

Dagens ersättningssystem kan upplevas som oförutsägbart, svårt att över-

blicka för den enskilde och ger ibland upphov till konflikter. Whiplashkommissionen föreslår därför att möjligheten att öka användningen av schabloner i trafikförsäkringen utreds i särskild ordning. Redan idag används en rad schabloner, och erfarenheter från övriga Norden visar att det finns olika typer av lösningar som kan användas inom ramen för en skadeståndslagstiftning. Målet med en ökad schablonisering skulle vara att skaderegleringsprocessen påskyndas, och att den också blir mer genomskinlig och förutsägbar för den enskilde.

Det är också viktigt att minska de potentiella konflikter som idag finns i skaderegleringen. Ett problem utgörs av de medicinska rådgivarnas ställning. Kommissionen rekommenderar att frågan utreds vidare, och de olika lösningar vi finner i Danmark, Norge och Finland utgör här intressanta alternativ till det svenska systemet.

Behovet av mer och bättre vetenskaplig kunskap

Ett av de största hindren för kommissionens arbete har varit att kunskapen om de whiplashrelaterade skadorna och deras konsekvenser idag är bristfällig. Vi menar att denna brist bör ses i ett större sammanhang: inom det medicinska forskningsområdet läggs allt för litet resurser på forskning om sjukskrivningar och försäkringsmedicin.

Whiplashkommissionen vill instämma i de slutsatser som flera andra aktörer redan kommit fram till, nämligen att Sverige bör förstärka forskningsresurserna till det försäkringsmedicinska området. Forskning kring sjukskrivningarnas konsekvenser, möjligheter till effektiv rehabilitering och återgång i arbete bör prioriteras, och i den nu aktuella forskningspropositionen *Forskning för ett bättre liv* ges utrymme för sådana prioriteringar.

Innan vi vet mer om hur sjukskrivningar och försäkringsförhållanden samspelar med den medicinska diagnosen, är det svårt att diskutera lösningar och förbättringar av nuvarande regelsystem och praxis. Eftersom så många människor i Sverige idag drabbas av längre sjukskrivningsperioder orsakade av whiplashrelaterade besvär, är ökad vetenskaplig kunskap av bättre kvalitet mycket angelägen.

Det föreligger även ett stort behov av ökad forskning kring grundläggande faktorer bakom smärtuppkomst och funktionsstörningar, samt om diagnostiska metoder och behandlingsprinciper vid whiplashrelaterade besvär.

Slutord

De whiplashrelaterade skadorna orsakar idag ett stort lidande för många människor, och kostar samhället stora summor. Men Whiplashkommissionen har i sitt arbete kunnat konstatera att det finns goda möjligheter att förbättra situationen.

För det första har vi kunnat visa att de allra flesta av dem som upplever initiala besvär inte riskerar mer långvariga symtom – tvärtemot den bild som ibland dominerar den offentliga debatten. *För det andra* har vi kunnat konstatera att en viktig del av lösningen ligger i de nya, effektiva whiplashskydd som allt fler biltillverkare erbjuder. *För det tredje* har vi bidragit till utformningen av ett svenskt konsensusdokument för whiplashdiagnosen, som erbjuder enkla och effektiva råd för tidigt omhändertagande. Vi har också konstaterat att bland det stora utbudet av behandlingar för mer långdragna besvär, är det en multimodal smärtrehabilitering som visat sig ge bestående resultat. *Och för det fjärde* har vi uppmärksammat nya lösningar på problemet med dagens långa handläggningstider av trafikskadeärenden, både inom det allmänna försäkringssystemet och inom trafikförsäkringen. Vi förordar att schabloner inom trafikskadelagstiftningen används i ökad utsträckning, då detta kommer att avsevärt påskynda skaderegleringen och göra den mer förutsägbar för den enskilde.

Om kommissionens förslag till åtgärder realiseras, är det vår förhoppning att konsekvenserna av de whiplashrelaterade skadorna kommer att minska i Sverige, till förmån för såväl de många enskilda som råkar ut för bilolyckor med whiplashvåld som för samhället i stort.

1. WHIPLASHKOMMISSIONENS ARBETE 2002-2005

Inledning

De whiplashrelaterade personskadorna har under 1990-talet utvecklats till ett samhällsproblem i Sverige. Av de ca 50 000 personer som anmäler trafikskada till försäkringsbolagen varje år utgör personer med whiplashrelaterade symtom över hälften. Av dessa sjukskrivs fler än 6 000 personer för en längre period. Minst 1 500 personer får bestående men av mer allvarlig karaktär, enligt Trafikskadenämndens statistik.

Även om risken för långvariga besvär efter en trafikolycka med whiplashvåld är relativt liten statistiskt sett, innebär det stora antalet anmälda trafikolyckor att många människor drabbas. Svåra whiplashrelaterade symtom innebär ett stort personligt lidande, och kan i flera avseenden förändra livet. Svensk trafikförsäkring är generös i ett internationellt perspektiv, men den privatekonomiska utvecklingen kanske ändå inte blir vad den kunnat bli.

De whiplashrelaterade skadorna leder till utgifter för samhället, bland annat för vård och rehabilitering. De största kostnaderna uppstår dock i samband med olika former av inkomstersättning, vilket belastar både det allmänna försäkringssystemet och försäkringsbolagen. Detta medför avsevärda kostnader för svenska skattebetalare och försäkringstagare, bland annat i form av höjda försäkringspremier. Kostnaderna för de whiplashrelaterade skadorna ökar dessutom för varje år.

Whiplashkommissionens uppdrag

Som en reaktion på den stora ökningen av antalet anmälda whiplashrelaterade skador under senare år tillsattes Whiplashkommissionen den 1 juli 2002. Uppdraget var att under tre år undersöka problemen med whiplashrelaterade skador och föreslå hur dessa problem skulle kunna åtgärdas. Initiativet och finansieringen kom från de fyra stora försäkringsbolagen i Sverige: If, Folksam, Länsförsäkringar och Trygg-Hansa. Till kommissionen inbjöds myndigheter och organisationer som på olika sätt ansågs berörda av problematiken kring whiplashrelaterade skador. Endast sådana skador som hade samband med trafikolyckor har stått i fokus för kommissionens arbete, trots att också andra typer av olyckor kan upplevas orsaka whiplashrelaterade besvär.

Uppdraget har ändå varit omfattande: såväl trafiksäkerhet, vård och rehabilitering som försäkringsfrågor har ingått i kommissionens ansvarsområden.

Kommissionens uppdrag formulerades i korthet som att:

- följa utvecklingen av de whiplashrelaterade skadornas antal och följder
- initiera forskning om hur whiplashrelaterade skador kan förebyggas
- initiera forskning om hur personer med whiplashrelaterade symtom bäst behandlas medicinskt
- initiera forskning om rehabilitering lämplig för personer med whiplashrelaterade symtom
- initiera och utveckla samarbetet mellan olika aktörer på området
- bidra till spridning av information om whiplashrelaterade symtom och deras behandling
- medverka till att internationella erfarenheter tillvaratas
- utvärdera de åtgärder som vidtagits
- vid behov föreslå regeländringar för att skapa bättre förutsättningar för förebyggande åtgärder och behandling
- i årliga delrapporter redogöra för arbetet
- sammanfatta resultaten i en avslutande, större rapport

Kommissionens ledamöter

I kommissionen har sju ordinarie ledamöter ingått och en har varit ständigt adjungerad:

- **Ingvar Carlsson**, ordförande
- **Marika Hedin**, huvudsekreterare

- **Jan-Åke Brorsson**, fd. förbundsdirektör, f.d. Försäkringskassornas förbund
- Siwert Gårdestig, chef för avd. för sjukförmåner, Riksförsäkringsverket (nuv. Försäkringskassan)
- **Maria L Lundgren**, jurist, Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade
- **Nina Rehnqvist**, direktör, Statens beredning för medicinsk utvärdering
- **Håkan Danielsson**, VD, Länsförsäkringar Liv
- **Annika Lundius**, VD, Försäkringsförbundet (ständigt adjungerad)

Kommissionens verksamhet

Whiplashkommissionens första verksamhetsår inriktades på att definiera kommissionens uppdrag, att få en överblick över den kunskap som fanns på området och att ringa in de områden där ny kunskap behövdes.

Som en viktig utgångspunkt för kommissionen fastslogs att de förslag till åtgärder som lades fram skulle vara baserade på vetenskapligt grundad kunskap. En rad experter inom områdena medicinsk forskning, trafiksäkerhet och försäkringsfrågor har därför under åren 2002-2005 hörts av kommissionen, antingen på gemensamma sammanträden eller vid särskilda möten med huvudsekreteraren och ordföranden. Kontakter etablerades redan på ett tidigt stadium med ledande forskare på det medicinska området och inom trafiksäkerhetsområdet.

Efter en inledande problemformulering, kunde kommissionen arbeta med konkreta förslag till lösningar. Det skedde både i mer riktade diskussioner med olika intressegrupper, och genom att kommissionen beställde ett antal forskningsprojekt och utvärderingar. Här kan nämnas en hearing om behovet av ökade forskningsresurser i april 2004 och ett aktivt deltagande i Riksförsäkringsverkets diskussioner om en satsning på försäkringsmedicin. Ett större möte med företrädare för patientföreningar/motsv. i december 2004 inriktades på frågor om tidigt omhändertagande och rehabilitering.

En annan utgångspunkt för Whiplashkommissionen har varit att bjuda in dem som i det svenska samhället berörs av whiplashproblematiken. Kontakt togs därför redan från början med representanter för försäkringsbolag, det offentliga försäkringssystemet, patientorganisationer, trafiksäkerhetsorganisationer, advokat kåren, läkarkåren, biltillverkare och rehabiliteringscentra. Också Trafikskadenämnden och Finansinspektionen konsulterades. Kommissionen bevakade ett stort antal konferenser och symposier. På detta sätt kunde kommissionen snabbt skaffa sig en uppfattning om problemområden och skilda förklaringsmodeller för de whiplashrelaterade skadornas uppkomst, orsak och behandling.

Kommissionen har också sett det som angeläget att föra en dialog med allmänheten. En informationsbroschyr och en hemsida med adress www.whiplashkommissionen.se har lett till att flera hundra brev, mejl och telefonsamtal har inkommit till kommissionens kansli under de tre verksamhetsåren, kontakter som kompletterat och fördjupat den bild de olika intressegrupperna har givit. Ordföranden har också vid upprepade tillfällen intervjuats i pressen och huvudsekreteraren har på konferenser och seminarier informerat om Whiplashkommissionens uppdrag och arbete.

Informationsarbetet kommer att fortsätta efter publiceringen av kommissionens slutrapport. Hemsidan ligger kvar under ett år och ett konsensusdokument om whiplashdiagnosen publiceras och sprids till apotek, vårdcentraler och sjukhus. Såväl konsensusdokumentet som slutrapporten i fulltext (inkl. bilagor) och som sammanfattning kan beställas kostnadsfritt från Försäkringsförbundet eller laddas ner från hemsidan. Ett samarbete med Apotekets och Landstingens internetsajt *Infomedica* syftar också till att ge större spridning åt kommissionens slutsatser.

Adjungerad expertis

Kommissionen beslöt att inte knyta en fast expertgrupp till sig utan att olika experter skulle höras beroende på de frågor som kommissionen behandlat. Följande personer har bistått kommissionen vid sammanträden: dr. **Maria Krafft**, Folksam forskning; professor em. **Åke Nygren**, Karolinska Institutet; docent **Charlotte Sachs**, Karolinska sjukhuset; överläkare **Mats Hamberg**, Alfta Rehab Center; professor em. **Marian Radetzki**, Stockholms universitet; docent **Marcus Radetzki**, Örebro universitet; docent **Malin Lindh**, Östra Sjukhuset; bitr. avdelningschef **Eva Ekström**, Finansinspektionen; dr. **Anne Söderlund**, Uppsala universitet; dr. **David Cassidy**, Kanada, doktorand **Lena Holm**, Karolinska institutet; professor **Karin Johannisson**, Uppsala universitet; **Artur Tenenbaum**, läkare vid Mössebergs Rehab Center, och **Mark Rosenfeld**, leg. sjukgymnast och doktorand vid Göteborgs universitet; jurist **Kajsa Hallberg**, ordförande i Trafikskadenämnden, och **Solveig Almblad**, nämndens kanslichef; advokaterna **Erik Reveman** och **Christer Magnergård**, Sveriges Advokatsamfund; huvudsekreterare **Håkan Billig**, Vetenskapsrådet; professor **Inge-Bert Täljedal**, rektor för Umeå universitet, professor **Kristina Alexandersson**, Karolinska Institutet samt den whiplashpreventionsgrupp som leds av professor **Claes Tingvall**, Vägverket.

Dessutom har kontakter knutits med en rad forskare: dr. **Anita Berglund**, Karolinska Institutet; dr. **Anders Kullgren**, Folksam forskning; dr. **Lotta Jakobsson**, docent **Janusz Kaijser** och docent **Mats Y Svensson** samt **Ahtesham Asad Khan** och **Manuel Forero**, avdelningen maskin- och fordonsystem, sektionen för maskinteknik vid Chalmers tekniska högskola – **Mats Y Svensson** är också svensk representant i EU-projektet *Whiplash 2: Development of new design and test methods for whiplash protection in vehicle collisions*; docent **Olle Bunketorp**, Östra Sjukhuset; professor **Jan Kleineman**, Stockholms universitet; docent **Olof Nilsson**, Akademiska Sjukhuset och jurist **Ola Schönning**, Trafiksäkerhetsföreningen.

Också läkare **Bengt H Johansson** och läkare **Thomas Timander** har varit i kontakt med kommissionen i skilda frågor.

En rådgivande grupp bestående av försäkringsöverläkare **Göran Blennow**, Försäkringskassan, professor **Björn Gerdle**, Linköpings universitet, överläkare **Magnus Fogelberg**, Uddevalla sjukhus och överläkare **Peter Henriksson**, Danderyds sjukhus har givit råd kring hur en kartläggning av svensk rehabilitering av personer whiplashrelaterade symtom kunde arbetas fram. En expertgrupp utsedd i samarbete med Svenska Läkaresällskapet har arbetat fram ett svenskt konsensusdokument om whiplashdiagnosen. I gruppen har ingått följande experter: **Ulf Måwe**, **Ylva Sterner**, **Per Grane**, **Hans Link**, **Christer Hildingsson**, **Mikael Karlberg**, **Gunilla Brodda Jansen**, **Curt Edlund** och **Kamilla Portala**. Gruppen har letts av professor **Björn Rydevik**, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Whiplashkommissionen har också sammanträtt med och/eller korresponderat med representanter för sammanlagt åtta föreningar, stiftelser eller internetportaler som representerar personer med whiplashrelaterade skador: **Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade (RTP)**, **föreningen Pisksnäret**, **Whiplashskadades rättsförening (WRF)**, **De whiplashskadades förening (DWF)**, **Whiplashstiftelsen**, **Whiplash Info/Whiplashfonden**, **Riksföreningen Hjärnkraft** och **Whiplashgruppen**.

Förfrågningar från kommissionen

Kommissionen har genomfört tre större förfrågningar. Dels skickades förfrågningar ut till de fyra stora försäkringsbolagen som syftade till en förbättrad whiplashstatistik, då de beräkningar som finns hos Försäkringsförbundet bygger på uppskattningar. Undersökningen fortsattes sedan av professor Marian Radetzki i hans beräkning av samhällskostnaderna för whiplashrelaterade skador.

Dels har kommissionen skickat ut förfrågningar till de kliniker som har avtal med Försäkringskassan om rehabilitering av whiplashskadade. Undersökningen fortsattes sedan av professor Björn Gerdle och dr. Michael Peolsson i en större kartläggning av svensk rehabilitering av whiplashrelaterade skador.

Dels har kommissionen sökt upp de åtta svenska patientföreningar som representerar personer med whiplashrelaterade besvär. Här har en fortsatt dialog lett till att kommissionen kunnat skapa sig en bild av vilka problem som kan upplevas inom sjukvård och försäkringssystem för den som drabbas av en whiplashrelaterad skada. Kartläggningen redovisas i rapportens kapitel 3 och har varit viktig i kommissionens egen problemformulering.

Konferenser och seminarier

Kommissionen deltog i ett stort antal konferenser och seminarier: RTP:s konferens för jurister den 31 januari 2003, Länsförsäkringars seminarium om whiplash på Stockholms bilsalong den 9 april 2003, Trygg Hansas möte för medicinska rådgivare den 10 april, Nationell samling kring trafiksäkerhet den 15 maj 2003, Nordisk trafikmedicinsk konferens i Umeå 2-3 juni 2003, MHF:s Trafiksäkerhetskonferens i Tylösand den 18-20 augusti 2003; Pisksnärtens whiplashsymposium i Uppsala den 10 oktober 2003; IFU:s personskadereglerarseminarium i Rånäs den 27 november 2003; seminarium vid Institutet för handikappvetenskap, Linköpings universitet 13 februari 2004; Försäkringsförbundets och Advokatsamfundets konferens om personskadereglering i Göteborg den 16 mars 2004; IF:s seminarium för medicinska rådgivare i Bergshamra den 22 april 2004, arbetsmöte för *The Bone and Joint Decade...* i Bordeaux den 5-7 juni 2004, MHF:s Trafiksäkerhetskonferens i Tylösand den 17-19 augusti 2004, Whiplashkonferens vid Belastningsskadecentrum i Gävle 28-29 oktober 2004 och Trafikförsäkringsföreningens seminarium den 2 december 2004. Vid dessa tillfällen har kommissionens ordförande eller huvudsekreterare informerat om kommissionens uppdrag och arbete. Kommissionen samarbetade med Vägverkets Whiplashpreventionsgrupp genom att stå som huvudarrangör för en workshop vid MHF:s Trafiksäkerhetskonferens den 17-19 augusti 2004. Två utskottsutfrågningar i riksdagen har också följts, dels om trafiksäkerhet, dels om orsakerna till den höga sjukfrånvaron i Sverige.

Forskningsprojekt och utvärderingar

Inventeringen av kunskapsläget och intressemötsättningarna kring de whiplashrelaterade skadorna ledde till att Whiplashkommissionen kunde formulera en rad frågor som var angelägna att få svar på. Vissa av dessa frågor kunde besvaras genom begränsade utvärderingar, som frågan om hur effektiva vissa eftermonterbara whiplashskydd är i jämförande krocktester. Andra frågor var större och av den typ som egentligen bara kan besvaras i omfattande forskningsprojekt, som frågan om hur effektiva vissa typer av rehabilitering är med avseende på arbetsförmåga och livskvalitet hos patienter. Sådana projekt har legat utanför kommissionens ekonomiska och tidsmässiga ramar.

För att ändå angripa relevanta frågeställningar på ett konstruktivt sätt, har kommissionen tillsatt ett antal mindre forsknings- och utvärderingsprojekt. Projekten har i en del fall kunnat ge konkreta svar, och i andra fall pekat på tendenser och möjliga öppningar för fortsatt forskning. Dessutom har kom-

missionen sett det som angeläget att delfinansiera två större forskningsprojekt med anknytning till den medicinska aspekten av whiplashrelaterade besvär. Resultaten från alla dessa projekt och utvärderingar ligger till grund för slutrapportens rekommendationer och förslag, men redovisas i sin helhet i rapportens del 2, "Bilagor". Vi har i huvudrapporten valt att vara sparsamma med referenser. Dessa återfinns i slutrapportens bilagor.

The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders

Kommissionen var medfinansierad till det internationella forskningsprojektet *The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders*, där professor Åke Nygren vid Karolinska Institutet är svensk representant. Projektet är ett samarbete mellan svenska, amerikanska och kanadensiska forskare, en fortsättning på *The Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders* som 1995 kartlade aktuell medicinsk forskning med anknytning till whiplashskador.

Utvärdering av eftermonterbara whiplashskydd (nackkuddar)

Kommissionen uppdrog åt dr. Anders Kullgren, Folksam forskning och Anders Lie, Vägverket att leda en utvärdering av eftermonterbara krockskydd. Två typer av nackskydd testades med avseende på sina krockvåldsdämpande effekter. Ambitionen var här att utvärdera effektiviteten hos de billigare alternativ marknaderna för närvarande tillhandahåller till de mer avancerade typer av whiplashskydd som finns att få i fabriksnya bilar. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 1.

Influence of Seat Optimization Based on one Dummy Size on the Risk of Whiplash Injury for Different Size Occupants

Kommissionen uppdrog åt dr. Janusz Kajzer vid avdelningen maskin- och fordonssystem, sektionen för maskinteknik vid Chalmers tekniska högskola, att justera beräkningar från vissa krocktester av nya whiplashskydd. Projektansvariga var Ahtesham Asad Khan och Manuel Forero. Kommissionen ville veta hur effektiva nuvarande krockskydd är för de mindre och lättare förarna: kvinnorna. I projektet undersöktes också hur krocktesterna fungerade för en mycket lång man. Eftersom forskningen kunnat visa att kvinnor oftare än män får svåra besvär efter krockvåld mot nacken, är det angeläget att de nya skydden blir effektiva för alla förare oavsett storlek och vikt. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 2.

Ett svenskt konsensusdokument om whiplashdiagnosen

Kommissionen samarbetade med Svenska Läkaresällskapet vid tillsättandet av en expertgrupp med uppdrag att arbeta fram ett svenskt konsensusdokument om whiplashdiagnosen. Gruppen har arbetat under ledning av professor Björn Rydevik vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. I expertgruppen har nio sektioner inom Svenska Läkaresällskapet varit representerade – specialiteter som kommer i kontakt med patienter med whiplashrelaterade besvär. Konsensusdokumentet kommer att erbjuda svenska läkare en samsyn om hur whiplashrelaterade skador skall diagnosticeras och behandlas initialt. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 3, och ges också ut som ett särtryck.

Utvärdering av det tidiga omhändertagandet i Västra Götalandsregionen

Kommissionen uppdrog åt docent Olle Bunketorp och docent Malin Lindh att göra en utvärdering av det tidiga omhändertagandeprogram som arbetats fram i Västra Götalandsregionen. Utvärderingen följde knappt 300 patienter som under ett års tid uppsökt Sahlgrenska sjukhuset/Östra i Göteborg i samband med nacksmärtor orsakade av trauma. En del av patienterna hade fått ta del av omhändertagandeprogrammet, en annan del inte. Utfallet mellan de två grupperna jämfördes med avseende på medicinsk återhämtning och patienttillfredsställelse. Projektet kan ses som en förstudie till en större utvärdering. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 4.

Whiplashrelaterade tillstånd och dessas rehabilitering

Kommissionen uppdrog åt Björn Gerdle, professor i rehabiliteringsmedicin vid Hälsouniversitetet i Linköping, att ställa samman en litteraturbaserad genomgång av vad forskare idag vet om whiplashrelaterade tillstånd och dessas rehabilitering. Genomgången av befintlig forskning ger ett underlag för att rekommendera vissa principer kring rehabiliteringsarbetet. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 5.

Översikt av rehabiliteringsinsatser i samband med whiplashrelaterade tillstånd

Professor Björn Gerdle och fil dr Michael Peolsson gavs i uppdrag att leda en kartläggning av rehabiliteringsmetoder för whiplashskadade som är i bruk på svenska kliniker, med utgångspunkt i den inventering kommissionen genomförde våren 2004. Utvärderingen bestod av en omfattande enkätundersökning av de kliniker som erbjuder rehabilitering av personer med whiplashrelaterade besvär. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 6.

Mikrodialys av kappmuskulaturen (trapezius) hos patienter med kronisk smärta efter whiplashtrauma och hos friska försökspersoner

Kommissionen var medfinansierad i det projekt där professor Björn Gerdle har undersökt möjligheterna av att mäta whiplashrelaterad smärta på patienter med kroniska besvär. Kommissionen bekostade mätningar hos kvinnliga patienter som diagnostiserats med kronisk smärta till följd av whiplashvåld. Genom mätningarna utvecklas en metod som i förlängningen kan ge precisare mätningar för att konstatera förekomst av smärta än dem vi har idag. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 7.

Kan ersättningssystemens utformning bidra till att förklara ökade kostnader?

Kommissionen uppdrog åt docent Marcus Radetzki att göra en undersökning av i vilken utsträckning en skadelidande kan erhålla ersättning för en whiplashrelaterad skada och hur denna ersättning står sig vid en jämförelse med ersättningen för nackskador med andra orsaker (olycksfall i arbetet och på fritiden, eller sjukdom). Det aktuella regelverket jämfördes här med de förhållanden som gällde tidigt under 1990-talet. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 8.

Totala samhällskostnader för whiplashrelaterade skador i Sverige

Kommissionen uppdrog åt professor em. Marian Radetzki att göra en beräkning av vad de whiplashrelaterade skadorna kostar Sverige. Projektet undersökte hur stora samhällets totala kostnader per år är i nuläget för whiplashrelaterade skador, och hur mycket ett års nytillkomna skador kommer att kosta samhället totalt. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 9.

Ökad användning av schabloner i personskaderegleringen

Kommissionen uppdrog åt professor Jan Kleineman och jurist Ola Schönning, Trafikförsäkringsföreningen, att analysera trafikskadelagen i Sverige i en promemoria. Problemen med nuvarande system identifierades och möjliga förändringsvägar skisserades. Projektet kan ses som en förstudie till en större utredning. Resultaten redovisas i rapportens bilaga 10.

Utvärdering av svenska mediers beskrivning av whiplashrelaterade skador

Kommissionen uppdrog åt Bernd Schmitz att i samarbete med kommissionens huvudsekreterare göra en utvärdering av svenska dagspressartiklar om whiplashrelaterade skador mellan åren 1980 och 2004. Undersökningen gjordes

via Sveriges tre största mediearkiv (Mediearkivet, Bibliotekstjänst Artikelsök och Presstext) och genom fritextsökningar i enskilda tidningar. Sammanlagt 19 tidningar undersöktes. Analysen gav en bild av informationen om whiplashrelaterade frågor i svensk dagspress idag, och hur denna bild växt fram under de senaste 24 åren. Underlaget har fungerat som en utgångspunkt då kommissionen utformat sina egna informationsinsatser. Resultaten redovisas i rapportens bilaga II.

PROBLEMBESKRIVNING

2. VAD ÄR WHIPLASHRELATERADE SKADOR?

Sammanfattning

Whiplashrelaterade skador beskrevs i ett trafiksäkerhetssammanhang redan 1928 men har framför allt ökat under de senaste decennierna. Vissa forskare menar med hänvisning till detta att whiplashdiagnosen inte motsvaras av något reellt sjukdoms- eller skadetillstånd. Detta antagande ställer sig Whiplashkommissionen inte bakom. Det är visserligen viktigt att betrakta whiplashrelaterade skador i ett kulturellt perspektiv – men det gäller alla sjukdomstillstånd. Trafikmiljö, bilkonstruktion och registreringsrutiner kan ha bidragit till att vi först nu ser denna skadetyper i statistiken. De flesta som rapporterar initiala besvär blir helt återställda, men antalet personer med bestående men blir ändå relativt stort eftersom trafikolyckor är så vanligt förekommande. Ingen enighet råder inom forskarvärlden om de skademekanismer som ligger bakom symtomen, men olika klassificeringsmodeller har använts för att försöka ringa in symtombilden. Av dessa är The Quebec Task Force indelning av Whiplash Associated Disorders grad 0-4 den mest använda. Långvariga whiplashrelaterade besvär skiljer sig inte från andra kroniska nack- och ryggproblem, vilket gör en tidig diagnos viktig, både av medicinska skäl och av försäkringsskäl. Den forskning som publicerats under senare år borde kunna ligga till grund för en större samsyn inom läkarkåren kring en praktiskt användbar diagnosmetod.

Inledning

För att få en beskrivning av hur begreppet whiplashrelaterade skador har växt fram och hur forskarvärlden ser på det idag, har Whiplashkommissionen dels i samarbete med Svenska Läkaresällskapet gett en expertgrupp i uppdrag att formulera ett svenskt konsensusdokument kring whiplashdiagnosen, dels uppdragit åt professor Björn Gerdle att diskutera hur läkarvetenskapen ser på mer långdragna besvär. Resultaten från dessa båda projekt ligger till grund för resonemangen i detta kapitel. De båda undersökningarna finns redovisade i sin helhet i rapportens bilaga 3 respektive 5.

När uppkom begreppet ”whiplash”?

Begreppet *whiplash* – på svenska pisksnärt – användes, enligt litteraturen, för första gången vid ett symposium i San Fransisco, USA 1928. Det var den amerikanske läkaren H. E. Crow som använde begreppet under en konferens där han diskuterade nackskador efter trafikolyckor. Crow avsåg inte skadan som uppkommit, utan ville beskriva huvudets och nackens rörelse.¹

Detta var inte första gången forskare och debattörer resonerat om faran av nack- och ryggskador vid persontrafik, men tidigare hade diskussionen framför allt gällt tågresenärer. Kring sekelskiftet 1900 fick järnvägs- och spår-vagnsolyckor stor uppmärksamhet, och knöts samman med oron för det nya, moderna samhället med dess rörlighet och snabba livstempo. Det fanns t.o.m. ett sjukdomstillstånd, nostalgin, som kunde drabba den som alltför snabbt ryckts ur sitt sammanhang. I detta sammanhang uppmärksammades särskilt de personer som råkat ut för olyckor: de kunde drabbas av ”railway spine” som gav men för lång tid framöver. Här pekade läkarna på symtom som värk och begränsad rörlighet, men också på oro, sömnsvårigheter och ångest. Den som varit med om en tågolycka hade då inte drabbats bara av en mekanisk skada, utan också skadats i själen. ”Skräcken över en händelse kunde utlösa psykiska mekanismer med långt större räckvidd än händelsen själv”, sammanfattar idéhistorikern Karin Johannisson, och pekar på en svensk tågolycka 1875 som drog till sig uppmärksamhet av den vetenskapliga expertisen.²

Nackskador i samband med biltrafik

Nackskador var alltså inte något nytt. Redan år 1919 hade andra forskare uppmärksammat att bilister kunde skadas i nacken i samband med bilolyckor, men vid symposiet 1928 kopplades de ihop med en specifik typ av krockvåld för första gången. Det var också under 1920-talet som personbilstrafiken verkligen tog fart i USA, och med den ökade antalet bilolyckor snabbt. Det skulle dock dröja innan problemet uppmärksammades igen.

När termen *whiplash* åter dök upp i den medicinska litteraturen – efter nästan 20 år – användes den som just en skadebeteckning, och begreppet har sedan blivit den gängse medicinska beteckningen på en viss typ av skador på halsryggen. När amerikanerna JR Gray och KH Abbott 1953 publicerade en artikel om bilolyckor vid påkörning bakifrån, använde de begreppet *whiplash* i titeln, och ett par år senare kom den första studien där forskare fotograferat levande försökspersoner och på så sätt kunnat få en bild av den egentliga whiplashrörelsen, dvs. sträckning följt av böjning i nacken efter krock i rela-

tivt låg hastighet. Här konstaterades också att symtomen kunde ge sig tillkännna ett antal timmar efter själva krocken.³

Whiplashrörelsen

Den rörelse som termen ”whiplash” beskriver är alltså ett försök att ringa in skademekanismen vid ett indirekt halsryggsvåld genom att likna det vid en pisksnärt. Svenska Läkaresällskapetets språkkommitté har till och med föreslagit att det svenska ordet *pisksnärt* bör användas i stället för whiplash. En liten applicerad kraft i piskans skaft leder som bekant till en större och snabbare rörelse i toppen av piskan. Men det finns en väsentlig skillnad mellan en vanlig pisksnärt och den rörelse halsryggen utsätts för vid whiplashvåld; i änden av halsryggen sitter huvudet, som väger 4-5 kg. Detta förstärker och komplicerar de krafter som påverkar strukturerna i både halsrygg och hjärna.

Eftersom rörelsen är så komplicerad att beskriva, och kan uppvisa stora variationer från fall till fall, har ”whiplash” kommit att få en allt mer omfattande innebörd. Begreppet har använts för såväl skademekanismen som symtombilden, och flera författare har också använt whiplashvåld för att beskriva direkt våld mot halsryggen – med eller utan frakturer. I den allmänna debatten, såväl i Sverige som i andra länder, har ”whiplashrelaterad skada” ofta inbegripit en värdering: ett svårbehandlat tillstånd med dålig prognos.

Sammanfattningsvis har den oklara definitionen av ”whiplash” möjliggjort vida tolkningar vilket sannolikt varit orsaken till många missförstånd med åtföljande negativa effekter för patienterna.

Hur vanligt är det att råka ut för whiplashtrauma?

Det finns inga studier som systematiskt undersökt hur vanligt det är att råka ut för ett whiplashtrauma – alltså en händelse där huvud och nacke utsätts för whiplashvåld. De svenska försäkringsbolagen uppskattar att av de över 50 000 personer som anmäler personskada i trafiken varje år, utgör nackbesvär långt mer än hälften. Men hur många fler det är som råkar ut för whiplashtrauma utan att drabbas av besvär finns inga uppgifter om. Av de åtminstone 30 000 personer per år som anmäler initiala besvär får ca 1 500 personer mer allvarliga men enligt Trafikskadenämndens statistik – alltså 5%. Ett större antal, uppemot 20%, får dock besvär som resulterar i en längre sjukskrivningsperiod.⁴

Andra beräkningar har kommit fram till att förekomsten av whiplashtrauma är åtminstone tre gånger så hög som förekomsten av akuta besvär.⁵ Det är alltså inte så att den som råkar ut för whiplashvåld bör räkna med att få nack-

besvär, och av dem som får ont i nacken i samband med en krock är det endast en liten del som får bestående men.

Detta innebär emellertid inte att whiplashrelaterade besvär är ett försumbart problem: eftersom bilolyckor med whiplashvåld är så vanligt, blir det också många människor som drabbas. Beräkningar har i olika länder gjorts under senare år när det gäller akuta besvär efter whiplashtrauma. Resultaten visar på stora skillnader: mellan 0,8 och 4,2 per tusen invånare och år. En del av förklaringen till variationerna kan vara skillnader i hur studierna lagts upp. Andra förklaringsmodeller är geografiska skillnader, samhällsstruktur, försäkringssystemens utformning, typ av olyckor som ingår i undersökningen osv.

Det finns alltså inga entydiga siffror som kan visa hur vanligt det är att drabbas av själva whiplashrörelsen i samband med trafikolyckor, och inte heller säkra siffror på hur stor risken är att få ont i nacken efter att ha blivit utsatt för en sådan rörelse. Däremot har de flesta studier och tillgängliga siffror visat att risken för långvariga besvär statistiskt sett är liten.

De whiplashrelaterade skadorna blir fler

Antalet whiplashrelaterade skador har ökat under de senaste två decennierna, inte bara i Sverige utan också i andra länder. Innan dess orsakade de visserligen uppmärksamhet i forskningssammanhang, men gav litet avtryck i statistiken över konstaterade trafikskador. Det skulle dröja ända till 1970-talet innan whiplashrelaterade skador började synas i trafikstatistiken. Ett antal hypoteser har förts fram till att denna skadetyper då började öka i antal.

Dels gäller det biltrafikens omfattning och trafikmiljöns utseende; det dröjde helt enkelt lång tid innan västvärlden fick tillräckligt många hårt trafikerade stadsmiljöer, den trafikmiljö där flest whiplashrelaterade olyckor sker.

Dels var bilarna under lång tid konstruerade på ett sätt som inte ledde till en whiplashrörelse för den som blev påkörd, eftersom plåt och balkar gav med sig och i stället ledde till allvarligare skador. När bilarna blivit säkrare har de också blivit styvare, och när antalet olyckor med allvarlig följd har minskat – under 1980-talet och framför allt under 1990-talet – har antalet whiplashrelaterade skador ökat. I en stadigare bil fortplantar sig krockvåldet på ett annat sätt, och förare och passagerare får ta emot en del av detta våld samtidigt som de skonas från att bli allvarligt klämda.

Dels har olika metoder för att samla in statistik förmodligen påverkat vår bild av situationen. I Sverige följdes under många år endast de bilolyckor upp där bilen måste lämnas in för reparation, vilket mer sällan händer vid en whiplashrelaterad krock. Vid sjukhusen noterades knappast denna grupp av

skadade, eftersom de sällan lades in för akut vård i samband med olyckan. De lätta nackskadorna fångades inte upp av de system vi använde för att samla kunskap om trafikolyckor. Liknande förhållanden har rått i andra länder.

När den nya trafikskadelagen infördes i Sverige 1976, innebar detta att försäkringsbolagen för första gången fick information om alla trafikanter som varit med om en bilolycka. Och då började de lätta nackskadorna synas i det svenska materialet. Under 1980- och 1990-talen fortsatte ökningen; i en studie av Trafikskadenämndens material från perioden 1989-1994 ökade andelen personer med whiplashrelaterad skada från drygt 15% av de skadade till drygt 28%. Dessa siffror representerade endast dem som hade en relativt allvarlig skada. Den stora majoriteten av anmälningarna till försäkringsbolagen syns inte i Trafikskadenämndens material.

En rad faktorer kan alltså förklara varför whiplashrelaterade skador är ett relativt nytt fenomen i vårt samhälle.

Nya diagnoser i historien

Det har också förts resonemang om att ”whiplash” egentligen inte bör tas på allvar, eftersom diagnosen är så ny och eftersom antalet whiplashrelaterade skador skiljer sig åt mellan olika länder. I en ofta åberopad studie från Litauen 1996 ställde en grupp personer som råkat ut för en bilolycka med påkörning bakifrån mot en kontrollgrupp, och forskarna tyckte sig kunna visa att endast den som hade haft tidigare nackbesvär riskerade att råka ut för whiplashrelaterade symtom. Litauen saknade vid detta tillfälle allmän trafikskadeförsäkring, och den allmänna kännedomen om whiplashrelaterade skador var låg. En senare studie tycktes bekräfta resultatet. Därför drog forskarna slutsatsen att det framför allt är *föreställningen om risk* för ett kroniskt smärttillstånd som orsakat ökningen av whiplashrelaterade skador i andra länder. Möjligheten att få ersättning från trafikförsäkringen skulle också spela in.⁶

Andra studier har försökt visa på samband mellan förekomsten av långvariga besvär och konstruktionen av försäkringssystemet; om systemet bygger på en utdragen skaderegleringsprocess, där den det ”lönar sig” för den enskilde att visa symtom under lång tid, kommer också besvären att bli långvariga. I en studie från Kanada kunde forskare visa att då försäkringssystemet ändrades så att möjligheterna till större belopp efter utdragen rättsprocess minskade, skedde också tillfrisknandet av patienter med whiplashrelaterade besvär snabbare. Även denna studie har åberopats av dem som vill häva att whiplashrelaterade besvär ”egentligen” inte finns.⁷

Den snabba ökningen av de whiplashrelaterade skadorna under senare år

skulle, enligt vissa forskare, kunna förklaras genom att beskriva whiplash-relaterade skador som en ”kultursjukdom”.

Begreppet ”kultursjukdom”

”Kultursjukdom” är ett begrepp som används inom den medicinhistoriska forskningen, för att ringa in ett antal symtom och sjukdomsbilder som tycks kunna relateras till något så diffust som en allmän ”tidsanda”.

Idéhistorikern Karin Johannisson har beskrivit den kritik av det moderna samhället som kom till uttryck vid förra sekelskiftet, den period som brukar kallas *fin-de-siècle*. Jämsides med en grundmurad framstegsoptimism, baserad på 1800-talets enorma tekniska och vetenskapliga landvinningar, växte en allmän kulturpessimism fram. Förändringarna av människans livsvillkor gick för fort. Urbanisering och industrialisering hade fått ödesdigra konsekvenser: ”I ett samhälle där alla sociala roller plötsligt var lösryckta ur trygga och begripliga ramar skruvades livstempot upp/.../Människan befann sig i ett kroniskt tillstånd av konkurrens, tävlan och kamp för social överlevnad.”

Kring sekelskiftet 1900 rapporterades också om en rad nya sjukdomar i Europa och USA, och förklaringarna lades allt mer utanför den enskilde och fokuserades istället till samhället. Också smittsamma sjukdomar som tuberkulos och syfilis, eller det allt mer uppmärksammade alkoholmissbruket, förklarades med det moderna samhällets livsvillkor som bakgrund. Läkarvetenskapen stod enig: människan var inne i ”nervositetens tidsålder”. Framstegets pris var en alltmer utmattad och sårbar människa.⁸

Hur skall dessa nya sjukdomsbilder förstås – som tecken på okunskap och inbillning? Johannisson menar att sjukdomsbilder uppkommer och institutionaliseras just för att de behövs. Tiden runt sekelskiftet 1900 gav upphov till en serie reaktioner och symtom, och samtidigt behövde ett sätt att tolka dem. De krävde ett namn och de behövde få legitimitet från det vetenskapliga etablissemanget, eftersom människor faktiskt drabbades.

Sjukdomen som ett psykiskt tillstånd

På samma sätt har en rad nya diagnoser i vår tid pekats ut som ”kultursjukdomar”. Delar av forskarvärlden och vissa samhällsdebattörer har med denna beteckning velat peka ut diagnoser som ”utbrändhet” och ”utmattningsdepression” – och whiplashrelaterade skador. Dessa tillstånd har ibland beskrivits som reaktioner på det moderna samhällets livsvillkor, inte ”rent” medicinska tillstånd. Då skulle behandlingen av sådana ”kultursjukdomar” snarare ligga i att förändra människors villkor än medicinsk diagnos och behandling. Vissa debattörer hävdar att kulturellerade sjukdomar i själva verket

handlar om den enskilda människans psykiska oförmåga att hantera sin livssituation, och att symtomen försvinner om denna förmåga kan stärkas.

Att kropp och själ hänger samman är ingen ny tanke, inte heller inom läkarvetenskapen. Psykiska faktorer är en viktig del av alla sjukdomstillstånd – inte minst de smärttillstånd som en whiplashrelaterad skada kan ge upphov till. Det är dock stor skillnad mellan att diskutera en sjukdomsbild som kulturellrelaterad och med psykiska komponenter, och att hävda att den skulle vara ett påhitt. Alla sjukdomssymtom måste i själva verket förstås kulturellt och psykiskt. Intressant nog liknar också en del av de nya diagnoser som uppkom vid sekelskiftet 1900, och som senare försvann ur den medicinska litteraturen, de så kallade ”kultursjukdomar” som beskrivs idag.

Den litauiska studien – som ofta då det gäller studier av whiplashrelaterade besvär – baserar sig på ett litet urval av trafikskadade, ett par hundra personer. I själva verket är det ju också i länder som Sverige en liten risk att drabbas av långvariga besvär. För forskarna bakom den kanadensiska rapporten var syftet *inte* att peka ut de skadade som ekonomiskt rationella utnyttjare av ett system. Istället ville studien visa på vikten av tidiga vårdinsatser och en psykosocial situation där fokus skulle hamna på snabb återhämtning, snarare än att hela tiden behöva bevisa sina besvär.

Sammanfattningsvis innehåller en relativt ny diagnos som ”whiplashrelaterad skada” såväl kulturella som psykiska komponenter, i likhet med andra sjukdomstillstånd. Så har det sett ut i hela den moderna medicinhistorien. Diagnoser har hela tiden uppkommit och ibland senare försvunnit, vilket inte skall tolkas som att de inte ”finns” ur ett medicinskt perspektiv, eller att de symtom som den drabbade upplever är påhittade.

Hur yttrar sig en akut whiplashrelaterad skada?

I den akuta fasen är stelhet i nacken ofta ett första symtom, som sedan följs av smärta i nacken och/eller huvudet. Ibland kommer smärtan först. Det är en klinisk erfarenhet att de flesta symtom uppkommer inom ett dygn, och inom tre dygn (72 timmar) menar många forskare att en eventuell whiplashrelaterad skada kommer att ha givit sig till känna på något sätt.⁹ Tanken är då att de initiala symtomen är tecken på någon form av vävnadsskada. I ett senare skede kan andra symtom och besvär utvecklas, men dessa har då föregåtts av en akut symtombild. Det är detta som givit upphov till den i Sverige så kallade ”72-timmarsregeln”, dvs. att den som vill kunna påvisa att senare besvär har samband med en trafikolycka (t.ex. för sitt försäkringsbolag), måste hänvisa till någon form av akuta symtom i samband med olyckan. Många forskare

re hävdar att ett *rimligt tidssamband* bör finnas mellan trafikolyckan och en symtombild. Vi återkommer till denna fråga i kapitel 7.

Vad kan whiplashrelaterade akutsymtom bero på?

Det är sällsynt att med hjälp av vanlig röntgen upptäcka förändringar i skelettet och ligamenten efter trafikolycka med whiplashvåld. Ibland kan vissa röntgenundersökningar visa att segment i nacken är instabila, dvs. att nackens ligament uppvisar skador. I studier av avlidna personer har mikroskopisk teknik använts för att konstatera små skador på nacken, diskar och facettleder. Dessa skador skulle eventuellt kunna ge upphov till smärta och andra symptom, och syns inte på vanlig röntgen.¹⁰ Andra forskare har efter diagnostiska försök med blockeringar av olika platser i nacken föreslagit att just facettlederna i nacken skulle vara orsak till smärtan.¹¹

I den kliniska undersökningen av patienter med whiplashrelaterade besvär brukar oftare antas att besvären kommer från muskulatur eller bindväv, alltså så kallade mjukdelsskador. Då är det rimligt att anta att dessa skador skall läka enligt den så kallade traumatiska principen, dvs. patienten bör bli helt återställd efter några veckor. Vissa läkare vill därför inte tala om whiplashrelaterade skador utan istället använda begreppet nackstukning. Mer långdragna besvär skulle då snarare bero på den förväntan patienten har på möjligheterna till återhämtning, samt på den livssituation patienten befinner sig i.¹²

I en sådan beskrivning diskuteras dock inte en eventuell relation mellan akut smärttillstånd och senare kronisk smärta. Andra studier, baserade på omfattande svenskt försäkringsmaterial, har kunnat visa på ett statistiskt samband mellan dem som uppvisar akut smärta i nacke, rygg och huvud efter en olycka, och dem som senare utvecklar långdragna besvär.¹³ I senare utvärderingar har just kopplingen mellan stark tidig smärta och senare problem fått starkt stöd.¹⁴

Det finns också forskning som diskuterat om de kognitiva besvär som ofta rapporteras av personer med whiplashrelaterade tillstånd kan hänga samman med att hjärnan skadas i samband med trafikolyckan. Den smäll som huvudet kan utsättas för vid trafikolyckan kan då ha skadat nervsystemet, vilket påverkar hjärnans funktioner.

Sammanfattningsvis kan det med största sannolikhet uppstå en mängd olika typer av skador i nacken efter ett whiplashtrauma, och trots att viss forskning hävdar motsatsen, kan vi idag inte koppla en klinisk bild till en viss typ av skada. Inte heller skademekanismerna är klarlagda. De trafikforskare som studerat huvudets och nackens rörelse har inte kunnat påvisa att det rör sig om *en* typ av rörelse som orsakar *en* typ av skada. Det är istället rimligt att

utgå från att whiplashrelaterade besvär kan uppstå genom en mängd olika skademekanismer.

Relationen mellan akuta och bestående besvär

De whiplashrelaterade skadorna är komplicerade också av en annan orsak. Relationen mellan de akuta besvären och de mer bestående symtomen är ofta diffus. En akutmärta i nacken kan senare spridas till större delar av rygg och armar. Smärtan kan övergå i kronisk värk som i sin tur leder till en ökad allmän smärtekänslighet. Stelheten kan övergå i starkt begränsad rörelseförmåga. Kognitiva besvär – problem med minne och koncentration – beskrivs av många personer med denna symtombild, liksom en rad psykiskt definierade problem.

I forskningslitteraturen finns en mängd symtom beskrivna hos patienter med kroniska whiplashrelaterade besvär. Dessa inkluderar:

- Smärta och smärtspridning
- Begränsad nackrörlighet
- Diskdegeneration
- Ökad muskelspänning
- Neurologiska symtom, som känselstörning i armen
- Otoneurologiska symtom, som visar sig som störningar i ögats rörelsefunktion
- Psykologiska problem, som depression, och posttraumatisk stress
- Kognitiva svårigheter

Alla dessa symtom kan dock enligt många forskare beskrivas som följdtilstånd av kronisk smärta.

Denna symtombild kompliceras ytterligare, om de nack- och ryggbesvär som förekommer i stora delar av befolkningen jämförs med besvär som föregåtts av en trafikolycka. Det visar sig då att det är svårt att skilja ut de patienter som har symtom till följd av trafikolycka, och de patienter som uppvisar en ”vanlig” rygg- och nackproblematik. Symtomen överensstämmer med varandra. En tredjedel av befolkningen i Sverige uppger att de med jämna mellanrum har sådana besvär, enligt vissa studier. Så mycket som en tiondel av den svenska folket har kontinuerliga nackbesvär, enligt andra undersökningar. Många forskare menar att ju äldre en människa är, desto större är risken för att denna typ av symtom skall uppstå – och bero på degenerativa förändringar i skelettet.

Sammanfattningsvis är det denna problematiska symtombild som bland annat lett till att det kan vara svårt att påvisa att långvariga nack- och ryggbesvär kommer av en trafikolycka. Mellan försäkringsbolag, behandlande läkare

och patienter uppstår ibland tvister. Då blir sambandet mellan de akuta besvären och de mer långdragna komplikationerna viktigt att påvisa. I denna process blir noggrann diagnos och klassifikation i akutskedet central – även om det endast är en liten del av dem som upplever besvär direkt efter krocken som senare utvecklar kroniska symtom.

Försök till klassifikationer

De amerikanska artiklarna från 1950-talet fick stor uppmärksamhet i forskarvärlden, men antalet konstaterade skador som kunde relateras till whiplashrörelsen var inte särskilt stort. När försäkringsbolag och sjukvårdspersonal började uppmärksamma skadorna, från 1980-talet och framåt, visade sig denna tidiga forskning vara ett trubbigt instrument när det gällde diagnos och klassifikation. Efter hand ökade behovet av mer precisa klassifikationssystem, och flera försök har gjorts. I svenska Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem anges numera ”whiplashskada” som en speciell typ av distorsion i halskotpelaren (S13.4), skild från andra halsdistorsioner. Denna benämning ger dock ingen vägledning om hur läkare bör gå till väga för att diagnostisera skadan.

The Quebec Task Force (QTF) publicerade år 1995 en monografi om whiplashbegreppet där en definition och en klassifikation presenterades som skulle vara användbar i praktisk klinisk verksamhet. Detta klassifikationssystem väckte stor uppmärksamhet i många länder, och medförde en ökad allmän medvetenhet om problemen med de existerande bristfälliga definitionerna och därmed en kvalitetsförbättring av den vetenskapliga debatten. Även om inte alla forskare höll med QTF, blev klassifikationssystemet ett sätt att strukturera symtom och kliniska fynd.

QTF definierade ”whiplashrelaterad skada” på följande sätt:

Whiplash is an acceleration-deceleration mechanism of energy transfer to the neck. It may result from rear-end or side-impact motor vehicle collisions, but can also occur during diving or other mishaps. The impact may result in bony or soft-tissue injuries (whiplash injury), which in turn can lead to a variety of clinical manifestations (Whiplash-Associated Disorders, WAD).¹⁵

Man klassificerade sedan de whiplashrelaterade skadorna i fem grader, där WAD ”0” innebar frånvaro av både symtom och kliniska fynd, ”1” innebar att patienten upplevde värk, stelhet eller ömhet men att inga kliniska fynd kunde

göras, ”2” innebar att patienten upplevde besvär och att undersökande läkare kunde göra muskuloskeletal fynd (som begränsad rörlighet och ömhet vid beröring), ”3” att patienten upplevde besvär samtidigt som undersökande läkare kunde konstatera neurologiska fynd (som sämre reflexer), och WAD ”4”, slutligen, nackbesvär hos patienten tillsammans med konstaterade frakturer och/eller luxationer i halsryggen. För alla dessa grader, menade författarna, kunde mer diffusa symtom som hörselproblem, tinnitus och minnesproblem också förekomma. I monografen diskuterades framför allt graderna 1-3, och QTF presenterade också en tidsaxel för att ange tidpunkten för klassificeringen av skadan.

Kritik mot QTF:s klassifikationssystem

Klassifikationssystemet har kritiserats för att indelningen är för detaljerad: om varken patienten upplever besvär eller läkaren kan konstatera objektiva fynd är det svårt att tala om en ”whiplashrelaterad skada”. Om däremot luxationer eller frakturer kan konstateras vid en klinisk undersökning, menar dessa kritiker, krävs medicinska insatser som skiljer sig från den behandling och rehabilitering som bör sättas in vid muskuloskeletal eller neurologiska fynd.

Det finns också forskare som menar att QTF inte tar hänsyn till de svårupptäckta neurologiska symtom, som de menar är utmärkande för just de whiplashrelaterade skadorna. En tidig antydning om sådana symtom skulle, enligt dessa forskares sätt att se, peka ut de patienter som har en ökad risk för bestående besvär.¹⁶

En annan punkt där QTF:s system kritiserats är tidsaxeln. Efter en tids besvär överensstämmer ofta patientens symtom med de symtom som andra personer med kroniska nackbesvär uppvisar. Det har därför av flera läkare ansetts att QTF:s klassifikation kan vara värdefull i akutskedet, men att den är mindre användbar ju längre tiden går från det att olyckan inträffade. Eftersom det är de långdragna whiplashrelaterade skadorna som utgör själva kärnan i problematiken, blir indelningen i WAD 0-4 mindre användbar.

Andra grupper har ansett att ett mer detaljerat klassifikationssystem behövs, bland annat för att fånga in patientens psykiska tillstånd. Rädsla och stress anses påverka både smärtupplevelse och andra symtom, och en forskare har föreslagit att WAD grad 2 bör delas upp i flera undergrupper. En sådan klassifikation kräver en mycket omfattande undersökning som kan vara komplicerad att praktiskt tillämpa i allmänvården.

Andra förslag till klassifikationer av whiplashrelaterade symtom

Ett problem med de whiplashrelaterade besvären är att det är svårt att konsta-

tera objektiva fynd, samtidigt som patienter uppvisar en mängd symtom. En forskargrupp har därför föreslagit att klassificera whiplashrelaterade skador enbart med utgångspunkt i de upplevda symtomen, och har på detta sätt fått fram två grupper: Lower cervical spine syndrome (LCS) och Cervicoencephalic syndrome (CES), med delvis olika symtombild.

Ett senare svenskt klassifikationssystem bygger istället på att lokalisera symtom och kliniska fynd till de anatomiska områden som kan vara involverade. Här ingår en beräkning av hur länge symtomen varar och beskrivning av om de sprider sig till andra delar av nacke och rygg.

Sammanfattningsvis har det varit svårt att få fram praktiskt användbara klassifikationer för en snabb diagnos och beskrivning av whiplashrelaterad skada. Det är angeläget att sådana metoder inriktas på det akuta stadiet, eftersom symtombilden för den som drabbas av kroniska besvär inte behöver skilja sig från den som lider av mer generell nack- och ryggproblematik.

Vilka drabbas av långvariga besvär?

Initial smärta är en viktig prognosfaktor när läkare försöker fastställa risken för att en skadad person skall drabbas av mer långvariga besvär. Många studier lyfter också fram att det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller whiplashrelaterade besvär. Risken att få långdragna besvär är större för kvinnorna.¹⁷ Andra riskfaktorer är placering i bilen – föraren löper störst risk – och hur huvudet och nackstödet varit positionerat när krocken inträffar. Typ av bil och tillgängliga säkerhetsmekanismer är också mycket viktiga – en del trafikforskare hävdar att de bästa nya bilarna sänker risken för långvariga besvär med så mycket som 40%, något vi återkommer till i kapitel 6. Också ålder, utbildningsnivå och tidigare smärtproblematik har lyfts fram som riskfaktorer för senare problem.¹⁸

Vilka följder bestående besvär kan få är dåligt definierat i forskningen. Att ha återkommande värk behöver ju inte automatiskt innebära förlust av arbetsförmåga och väsentligt försämrad livskvalitet – men i kliniska uppföljningar fokuseras ofta på egenrapporterade symtom utan att göra en bedömning av hur de påverkar tillvaron för den drabbade mer generellt.

Hur vanliga är bestående men?

Som vi tidigare konstaterat visar de svenska försäkringsbolagens siffror att ungefär 5% av dem som initialt anmäler besvär till sitt försäkringsbolag senare bedöms ha allvarliga bestående men enligt Trafikskadenämndens material. Denna siffra är dock ett trubbigt instrument av flera skäl. För det första tar

den inte hänsyn till dem som kan ha besvär utan att bedömas som invaliderade. För det andra medför en symtombild som ”kronisk värk” ofta relativt låga invaliditetsgrader, under 10% – och dessa syns nästan aldrig i Trafikska-denämndens material. Och för det tredje anmäler ett antal försäkringstagare troligen besvär ”för säkerhets skull” till sitt försäkringsbolag. Detta kan i sin tur förklaras med den uppmärksamhet som bolagen riktar mot den tidiga symtombilden för att godta ett orsakssamband mellan trafikolycka och senare besvär.

Klinisk medicinsk forskning har istället följt mindre grupper av patienter med avseende på medicinsk återhämtning. Det är här stor variation: vid uppföljningar efter 6 månader har mellan 18% och 60% rapporterat bestående besvär. När det gäller försämrad arbetsförmåga är siffrorna väsentligt lägre. Endast 5% – 8% av dem som drabbats av akuta besvär har omfattande problem med arbetskapaciteten, enligt en rad studier.¹⁹ Relationen mellan arbetsförmåga och de ersättningsmöjligheter samhället erbjuder rent generellt brukar dock uppvisa ett samband, vilket försvårar jämförelsen mellan olika länder.

Sammanfattningsvis kan en intensiv värk i akutskedet vara en varningsflagga för bestående besvär. Andra riskfaktorer är kön, ålder, placering i bilen vid olyckstillfället, typ av bil och förekomst av tidigare smärta. Men det finns inget tvärsäkert sätt att peka ut den som vid akuttillfället riskerar långvariga symtom – vilket gör behovet av en enkel men effektiv diagnosmetod än viktigare.

Diskussion

Som vi kunnat konstatera i denna genomgång, råder det idag ingen samsyn om hur whiplashrelaterade skador skall beskrivas. Inte heller kring skademekanismerna råder enighet mellan olika läkare. Detta har lett till att skadorna inte kan ges någon enhetlig diagnos och att synen på vad whiplashrelaterade skador är skiljer sig åt. Det finns flera problem med att det visat sig svårt att ställa en snabb och säker diagnos på de whiplashrelaterade skadorna.

Dels gäller det frågan om skyndsamt och effektiv medicinsk behandling. De flesta studier visar att personer som drabbats av akuta whiplashrelaterade symtom bör vara aktiva snarare än passiva. Att försöka ”vila bort” värk och andra symtom kan i det långa loppet visa sig skadligt, eftersom vävnaderna mår bättre av att vara i rörelse. Muskulaturen stärks och rörelseförmågan tränas upp. Att använda nackkrage betraktas av de flesta läkare numera som verkningslöst. Det kan till och med på sikt förvärra symtomen.²⁰ Men för den som drabbas av värk kan den egna impulsen vara att just ”ta det lugnt” och röra sig

så litet som möjligt. För denna grupp patienter är det därför viktigt att snabbt kunna få en diagnos där undersökande läkare betonar att återhämtningen kan snabbas upp av patientens eget beteende.

Dels är frågan om patientens egen upplevelse av mottagandet i vården viktig – också när det gäller möjligheten att snabbt bli symtomfri. En korrekt och snabb bedömning, där patientens symtom tas på allvar och sätts in i ett större sammanhang, är en viktig del i hela den process som följer av att råka ut för en trafikolycka. Att ”inte blir trodd” är en återkommande upplevelse för många personer som råkat ut för whiplashrelaterade besvär, enligt de kontakter med patientföreningar och allmänhet som Whiplashkommissionen haft. Bättre och mer enhetliga diagnosmetoder skulle göra en stor skillnad.

Dels gäller det den speciella försäkringsituation som råder efter trafikolyckor. Även om bara en liten del av alla dem som drabbas av nackont efter krockvåld kommer att få mer bestående men, är det för denna grupp viktigt att kunna påvisa att besvären har ett samband med olyckan. Vi har ovan resonerat kring det faktum att de långvariga whiplashrelaterade besvären inte skiljer sig nämnvärt från de besvär som drabbar andra patienter med kroniska rygg- och nackproblem. Men försäkringsmässigt gör det stor skillnad om besvären kommer sig av en trafikolycka eller om de uppkommit av andra orsaker. En tidig och korrekt diagnos blir viktig.

Det är alltså angeläget att vi når en större klarhet om vad whiplashrelaterade skador är och hur de bör diagnosticeras. Mer forskning behövs. Samtidigt har det under det senaste decenniet ändå publicerats en hel del forskning av god kvalitet som gör att en större samsyn kring whiplashdiagnosen, baserad på såväl forskningslitteratur som kliniska erfarenheter, skulle kunna vara möjlig. Vi skall återkomma till denna fråga i rapportens kapitel 7.

Noter

1 Nygren et al., Nackskador vid trafikolyckor (Lund, 2000).

2 Karin Johannisson, Medicinens öga (Stockholm 1990).

3 Servey et al, 1955

4 Källa: Försäkringsförbundets statistik för år 2003.

5 Otremski et al., 1989; Ryan, 2000.

6 Schrader et al 1996, Obelienne et al 1999.

7 Cassidy et al, 2000.

8 Johannisson, Medicinens öga

9 Deans et al 1987, Dvorak et al 1989, Hilsingsson et al 1990, Spitzer et al 1995 (gerdle)

10 Taylor et al. 1003, Schonstrom et al 1993, Taylor et al 1996, Uhrenholt et al 2002. (gerdle)

11 Barnsley et al. 1995, Lord et al. 1996

12 Schrader et al 1996, Obelienne et al 1999.

13 Nygren et al 2000, Berglund et al 2001.

14 Cote et al 2001, Gwendolinje et al 2003, Sterner et al 2003.

15 Spitzer et al. 1995.

16 Se t ex Hildingsson et al 1990.

17 Spitzer et. al 1995, Versteegen et al 1998, Mayou & bryant 1996, Dolinis 1997, Berglund 2002.

18 Berglund 2001.

19 Spitzer et al 1995, Herrström et al 2000, Kasch et al 2001, Hartling et al 2002, Sterner et al. 2003.

20 Rosenfeld et al 2000, Söderlund 2001.

3. ATT LEVA MED EN WHIPLASHRELATERAD SKADA

Sammanfattning

Den som lever med en whiplashrelaterad skada idag upplever ofta att mycket tid måste ägnas åt att ”bevisa” sin skada. Många whiplashskadade vittnar om hur viktigt det är att bli tagen på allvar och att inblandade läkare och försäkringshandläggare inte ifrågasätter symtomens allvar. Det är ur medicinsk synpunkt förmodligen olyckligt att bli allt för fast i att ”bevisa” skadan – det försvårar inriktningen på en konstruktiv rehabiliteringsprocess. Men så som våra trygghetssystem är uppbyggda, saknas idag incitament för att snabbt återhämta sig. Systemen kan upplevas som om hjälp bara ges till den som kräver akuta vårdinsatser och längre sjukskrivning. Risker blir därför att den som råkar ut för en whiplashrelaterad skada upplever sig ha hamnat in i en komplicerad sjukroll. De patientföreningar som representerar whiplashskadade i Sverige arbetar på delvis olika sätt och med olika mål. Men de argumenterar samfällt om vikten av att Sverige får en bättre vård och rehabilitering av whiplashskadade, att ansvarsfördelningen klargörs mellan olika instanser i samhället, att den skadade visas respekt och att läkare och handläggare låter honom/henne ta en aktiv del i utformningen av livet efter skadan, samt att det svenska samhället ökar kontrollen av de yrkesgrupper – medicinska rådgivare och jurister – som på olika sätt påverkar den skadades liv och villkor.

Inledning

När Whiplashkommissionen upprättade sitt kansli sågs det som angeläget att så många som möjligt skulle kunna kontakta kommissionen för att berätta om erfarenheter och åsikter. På kommissionens hemsida och i olika sammanhang har allmänheten uppmuntrats att kontakta kansliet för att berätta om sina upplevelser, peka på de problem som finns och komma med förslag till lösningar.

Kommissionen såg det också som angeläget att snabbt upprätta kontakter med föreningar och organisationer som representerar personer med whiplashrelaterad skada. Sammanlagt åtta sådana föreningar och organisationer har vid olika tillfällen träffat kommissionens representanter och redogjort för sitt arbete, sin problembeskrivning och sina åtgärdsförslag. En kontinuerlig

kontakt med föreningarna har lett till att kommissionen kunnat fördjupa sin bild av hur det är att leva med en whiplashrelaterad skada.

Upplevelser av whiplashrelaterade skador

De berättelser som inkommit till kommissionen är av olika slag, och beskriver olika typer av upplevelser och besvär. Här är några anonymiserade exempel, från skadade, anhöriga och från dem som arbetar med att hantera konsekvenserna av de whiplashrelaterade skadorna.

- **[Skadad]** ”Jag som skriver är en 37-årig kvinna. Jag har en whiplash-skada sedan -97, sen drygt 3 år sedan sjukskriven till och från. Jag arbetar som polisinspektör. Och tycker om mitt jobb och tänker göra allt för att komma tillbaka. Jag har genomgått det mesta tänkbara i rehabilitering, här i Sverige. Och tyvärr har INGENTING lyckats hittills.”

- **[Skadad]** ”Jag är 41 år. Har en underbar fru samt 2 barn. Sedan jag blivit skadad i en trafikolycka som lastbilen vållade mig -00, har jag levt med mina smärtor dag som natt. Att jag varje dag kämpar med mitt handikapp för det är det verkligen. Vad jag än försöker ta mig för bromsas jag av smärtor. Att även hela tiden behöva avbryta det man gör, bara för att vila sig men det är ju inte så lätt när jag även då får värk av att ligga för länge, utan tvingas ta mig upp för att rätta till rygg och nacke. För att sedan tvingas att sätta sig eller lägga sig igen. Åker jag någonstans med bil blir [jag] sliten i både kropp och själ, dödsjobbigt. Ändå försöker jag varje dag att kämpa. Jag åker till rehabiliteringskliniken bad för att träna och bada bastu. Jag försöker att åka dit varje dag, för att på så vis lindra mina smärtor [...] Det allra värsta är när man vill men inte kan. Utan tvingas avstå vissa aktiviteter som jag alltid brukar delta i. Jag har idag hjälp av sjukgymnast, läkare, hemtjänst samt har handikapptillstånd, färdtjänst, advokat, dessa hjälper mig men ta bort mina smärtor går ju inte, utan det är bara att äta mer medicin och bada varma bad varje dag som jag gjort ända sedan jag kom till rehabiliteringskliniken.”

- **[Skadad]** ”När det gäller Whiplash kan ingen riktigt säga hur framtiden kommer att gestalta sig för den enskilde. Min erfarenhet är att professionell hjälp (SmärtRehab) måste ges relativt omgående. 3 månader efter skadetillfället kan vara en gräns (under förutsättning att lidandet kvarstår). Att bli skadad är ett trauma som tar tid att gå igenom. Läkningen är en

process som ser olika ut för varje individ [...] Ofta är rehabiliteringen tidsbegränsad. Enligt läkare är 2 månader gynnsam tid för en whiplashrehabilitering. Jag anser det inte rimligt att rehabiliteringen skall ha som syfte att enbart göra individen 'duglig' för återgång till arbetslivet. Förstahandsmålet måste vara att reducera smärta och lära individen handskas med sin nya livssituation samt öka dennes livskvalitet."

- **[Anhörig]** "När en skadad har fått sitt pensionsbeslut från kassan börjar [Försäkringskassan] om sina utredningar med nya handläggare och nya långa handläggningstider, i vårt fall nästan ett år, innan livränteutredningen var klar. Penningbristen blir tämligen akut på den tiden. Sjukpeng och pension är inte samma summor. Jag tycker att FK skall göra om sin handläggning så att pension och livränta är färdig samtidigt. Det borde spara tid för FK om samma handläggare gjorde klart ärendet när den personen redan hämtat alla nödiga uppgifter och har ärendet på bordet. I andra änden sparas den drabbade ifrån onödig väntan och pengabrist."

- **[advokat]** "Jag har funderat kring kritiken mot de av försäkringsbolagen anlitate sakkunniga läkare som bedömer samband och invaliditetsgrad mm. De skadade vill ofta påstå att läkarna är köpta av försäkringsbolagen, läkarna vill hävda motsatsen. Och läkarna står utanför Socialstyrelsens kontroll. Om dessa sakkunniga läkare gick samman i en slags poolverksamhet, dit bolagen fick skicka sina förfrågningar utan att egentligen på förhand veta vem som svarar (dock välja vilken specialistfunktion man söker) skulle läkarnas trovärdighet öka då? Antingen kunde poolen finansieras gemensamt av bolagen, eller av staten, för att säkra doktorernas oberoende ställning. Dessutom skulle läkarnas arbete inte utföras 'hemma på kammaren' utan de skulle istället få betalt för den tid de var på 'poolen', och inte som idag, oftast ett arvode per fråga."

Vilka problem tas upp i berättelserna?

Ett vanligt tema i de inkomna berättelserna är upplevelser av inte bli trodd och tagen på allvar, vare sig i vårdapparaten, av representanter för det svenska socialförsäkringssystemet eller av sitt eget försäkringsbolag. De som skriver har känt att trots att de själv upplever symtom som de menar gör vardagen svår att uthärda, har läkare och handläggare bemött dem med "en axelryckning" och menat att "det går över". Uppmaningar om att återgå till ett så normalt liv som möjligt har av många skadade tolkats som att deras symtom inte tagits på allvar. Läkarnas och handläggarnas bemötande kan förklaras utifrån

befintlig statistik och forskning: det är rimligt att vänta sig att de allra flesta som drabbas av smärtor i samband med en bilolycka blir helt återställda. Men även om den drabbade får upplysningar om detta, tycks ofta de skadade känna att de inte blir trodda.

Senare, om besvären trots allt blivit mer bestående, utvecklas ofta en bredare symtomflora. Många av dem som kontaktat kommissionen berättar om yrsel, sömnlöshet, koncentrationssvårigheter och domningar. Det är inte ovanligt att den skadade då börjar en jakt genom vårdapparaten på förklaringar till just dessa specifika symtom: det värsta, menar många, är att inte få en konkret fysisk förklaring till vad man upplever. De funderar över orsaken till sina besvär: yrsel kanske kan bero på problem med balanssinnet, koncentrationssvårigheter på lättare hjärnskador, domningar kan komma sig av att nerver kommit i kläm. Många drabbade accepterar inte de förklaringar som sjukvården i Sverige ofta ger: att alla dessa symtom kan betraktas som sekundära till smärtan. Istället är det vanligt att söka alternativa sätt att erhålla diagnoser, kanske också utomlands – vilket de svenska landstingen eller Försäkringskassan inte betalar för om metoden inte anses vetenskapligt utvärderad. Återigen kan den skadade uppleva att inte bli tagen på allvar och att mötas av misstro.

Ett annat viktigt tema i de inkomna berättelserna utgörs av upplevelsen att leva med ständig smärta. Tillvaron förvandlas för många snabbt till hopplöshet. Livet blir en enda lång jakt på stunder av relativ smärtlättnad. Den oförutsägbara karaktären hos kroniska smärttillstånd är ett stort problem för många som hört av sig till kommissionen. Även om en dag upplevs som helt symptomfri, kan nästa dag innebära sådan smärta att det är svårt att ta sig ur sängen. Skadade menar att det blir svårt att planera sitt liv, både med avseende på arbete och sociala relationer. Drabbade ger uttryck för en stark oro inför framtiden. Den kroniska smärtan påverkar allt i livssituationen: inte bara arbetsförmågan, utan också relationerna till omvärlden, familjen och vännerna. I flera av de inkomna breven beskrivs en gradvis självpåtagen isolering: att helt enkelt inte orka umgås med andra människor, eftersom smärtan hela tiden bestämmer hur man mår.

I berättelser som inkommit beskrivs hur känslan av att inte blir trodd kan leda till att både den drabbade och familjen ägnar mycket tid åt att argumentera med företrädare för vård och försäkringssystem. Ibland utvecklas detta till ett stort arbete där många timmar går åt till att jaga intyg, skriva ansökningar och tala i telefon. Väntetiderna till specialistkliniker för smärtbehandling inom vården är långa. Ansökningar om ersättning för vård utomlands tar tid att behandlas av landstingen eller Försäkringskassa. Kassans utredningar av arbetsförmågan tar tid. Skaderegleringen i det egna försäkringsbolaget tar

också tid – i synnerhet om den drabbade bestämmer sig för att anlita juridiskt ombud för att ompröva ett beslut om ersättning. Flera av dem som skrivit till kommissionen har heller inte klart för sig hur ansvarsfördelningen mellan det allmänna sjukförsäkringssystemet och de privata försäkringsbolaget ser ut, utan anger att de upplever utredningar och beslut som ”kränkningar”.

Genom dessa berättelser löper de drabbades upplevelse av att de olika samhällssystemen är ogenomskinliga och att synkroniseringen mellan dem är dålig. Som skadad får man helt enkelt göra allt för mycket av arbetet själv, menar många av dem som kontaktat Whiplashkommissionen.

Att ”bevisa sin skada”

Whiplashkommissionen har diskuterat den bild som framkommer i de inkomna berättelserna av hur de svenska vård- och försäkringssystemen fungerar, och hur den som drabbas av en whiplashrelaterad skada kan uppleva situationen. Utifrån det inkomna materialet framstår systemet som olyckligt på flera sätt. Den i och för sig fullt rimliga hållningen från läkare och handläggare – att initiala besvär troligen går över – kan leda till att drabbade upplever att de måste ”bevisa” sin skada. En sådan inställning gynnar inte processen mot en snabb återhämtning utan riskerar att förvärra de upplevda problemen. Frånvaron av ett strukturerat samarbete mellan t.ex. Försäkringskassa och vårdapparat, leder till att många drabbade i onödan hamnar i utdragna sjukskrivningar utan annan hjälp än den ekonomiska trygghet det innebär att vara sjukskriven. Bristen på lättillgänglig information om hur de allmänna och privata försäkringssystemen fungerar kan öka känslan av att vara ”lurad”. En sådan upplevelse förstärks troligen av den ibland felaktiga bild som svenska medier och internetsidor kan ge av rättigheter och skyldigheter i försäkringssystemet.

Sjukdomsidentiteten

I en diskussionen av hur de svenska trygghetssystemen fungerar – både inom den allmänna försäkringen och inom den allmänna vården – har debattörer ibland lyft fram som ett problem att den enskilde inte förväntar sig att behöva ta något eget ansvar för sin situation. Systemen är också sedan länge uppbyggda så att de i teorin skall fungera lika för alla och med viss automatik. Detta bör dock betraktas som en generalisering som inte gäller alla och inte för alla situationer. I synnerhet de som drabbas av ett mer svårdiagnostiserat sjukdomstillstånd eller en komplicerad skada med svårbedömd prognos kan uppleva att de inom vårdapparaten själva måste begära remisser till olika specialister och att dyra undersökningsmetoder kan vara svåra att få tillgång till.

Detta är rimligt utifrån sjukvårdens prioriteringar – specialistkompetens skall bara anlitas på särskilda medicinska indikationer. Men många patienter vill själva ha tillgång till olika specialister då detta kan upplevas som att skadan ”tas på allvar”. Dessutom har svensk sjukvård under de senaste decennierna försökt att aktivt stärka patientens egen roll, eftersom studier visat att detta är positivt också för den medicinska återhämtningen.²¹

För att få tillgång till vård och till ekonomisk ersättning ur trygghetssystemen, måste patienten verkligen definieras av läkare som sjuk. Då blir diagnoser och olika former av behandlingar, tillsammans med sjukintyg från läkare, helt centrala. För den som blir långvarigt sjukskriven försvinner ofta kontakten med arbetsplatsen, samtidigt som Försäkringskassan efter något år vill utreda arbetsförmågan för att fatta ett mer långsiktigt beslut om återgång i arbete eller sjukersättning. Därtill kommer de ofta långdragna skaderegleringsprocesser som trafikskadade kan bli föremål för – processer som bland annat drar ut på tiden för att försäkringsbolaget vill invänta en eventuell återhämtning innan beslut fattas om ersättning.

Så som systemet nu är utformat, blir i realiteten incitamentet att så snart som möjligt återgå i arbete (trots vissa kvarstående besvär) begränsade. Den som skadats kan uppleva att han eller hon ”tvingas” av systemet att hela tiden ”bevisa” sin skada, för att få den hjälp systemet kan erbjuda. Att hela tiden behöva visa hur dåligt man mår och att vara ständigt uppmärksam på förändringar i symtombilden återkommer i de brev, mejl och telefonsamtal som inkommit till Whiplashkommissionens kansli. En följd av det är att skapandet av en sjukdomsidentitet riskerar att ta en allt större plats i den whiplashskadades liv.

Sjukdomsrollen

De som forskat kring vad det innebär att vara sjuk vill ofta tydliggöra att sjukdomsrollen har olika dimensioner som påverkar människor på olika sätt. Forskarna talar om skillnaden mellan den biologiskt uppkomna sjukdomen, mellan den sjukens egen upplevelse av sitt tillstånd, och vilka föreställningar samhället har kring sjukdomsbilden.²² För den som drabbats av whiplashrelaterade symptom handlar sjukdomsupplevelsen enligt de brev och telefonsamtal som inkommit till kommissionen om att försöka översätta sin egen upplevelse av sjukdomstillståndet till en biologisk definition, dvs. att få bekräftelse på att verkligen ”vara sjuk” genom en biologiskt inriktad diagnos (t.ex. att något ”gått sönder” i nacken). Som vi konstaterat i föregående kapitel är det svårt att fastställa sådana skademekanismer, och diagnosmetoderna för just whiplashrelaterade skador har istället i första hand utgått från de symptom patienten upplever.

Jakten på en mer biologisk, eller rentav mekanisk, förklaring till de egna symtomen präglar däremot många skadades liv, i alla fall enligt de beskrivningar som inkommit till kommissionen. Detta stämmer med flera forskares beskrivningar av vår moderna sjukdomsuppfattning. Vi vill, för att få erkännande, att kroppen skall betraktas som en sorts apparat där den egna upplevelsen inte skall vara avgörande utan där sk. ”objektiva fynd” måste kunna göras.²³ I förlängningen handlar detta också om att samhällets föreställningar om de whiplashrelaterade skadorna är så komplicerade idag. Den kulturella delen av uppfattningen om vad ”en whiplashskada” är för något varierar från kvällspressens katastrofbeskrivningar till en i vissa läger etablerad misstro inför att symtomen har någon reell grund.

Den upplevelse av ständig smärta många whiplashskadade ger uttryck för påverkar sjukdomsidentiteten. Filosofen Fredrik Sveneaus har beskrivit det som att sjukdomar leder till ett sönderfall av det ”kroppsliga meningsmönstret”, och att individen förlorar en känsla av meningsfullhet och tillhörighet i samhället.²⁴ Andra författare har beskrivit hur kroniska smärttillstånd paradoxalt nog kan erbjuda en väg in i en ny typ av meningsskapande i tillvaron. Men detta kan bara ske om symtomen kan kopplas till en ”riktig” och ”erkänd” diagnos – som en av läkare konstaterad whiplashrelaterad skada.²⁵ Och för den person som både känner sig ifrågasatt och motarbetad blir det till slut det allt överskuggande: att ”bevisa” att man är sjuk.

Från patient till funktionshindrad

När upphör en person med whiplashrelaterade besvär att vara patient och kan betraktas som en person med ett permanent funktionshinder? För att kunna avsluta skaderegleringsprocessen efter en trafikskada måste just en sådan bedömning göras, om den skadelidande vill få ersättning pga. av viss invaliditet efter skadan.

Det finns också en medicinsk rationalitet i att efter en tid betrakta en patient som ”medicinskt färdigbehandlad”. Med denna term menas att en fullständig återhämtning inte är möjlig, däremot inte att det sjukdomstillstånd som råder aldrig kommer att förändras. Det brukar också ur behandlingssynpunkt betraktas som positivt om patienter med någon form av kroniska besvär riktar in sin egen rehabilitering på olika sätt att förbättra livskvaliteten trots att vissa besvär kommer att finnas kvar.

Rent organisatoriskt hamnar dock den som är ”medicinskt färdigbehandlad” i en annan kategori patienter i Sverige. Utredningar och behandlingar inriktade mot en fullständig återhämtning blir inte längre aktuella. Istället handlar det om livslånga rehabiliteringsinsatser, och vilken samhällsinstans

som har ansvaret för sådana insatser är inte alltid klart. Så länge ”arbetslivsinriktad rehabilitering” är aktuell är det arbetsgivare och Försäkringskassa som tar ansvaret. Men för en person som förlorar sin anställning och som av Försäkringskassan bedöms vara långvarigt arbetsoförmögen, är denna typ av rehabiliteringsinsatser inte längre motiverade.

Det som i en del av systemet ger rätt till ersättning – nämligen att få en permanent invaliditet konstaterad – innebär alltså en annan typ av hjälp av vårdapparaten. När Försäkringskassan konstaterar en långvarig arbetsoförmåga, byts den högre sjuklönen mot en lägre sjukersättning. Till det kommer den svåra process som många människor måste genomgå vid insikten om att man aldrig mer kommer att må som före olyckan. Detta gör att patientidentiteten efter hand kan bli ganska komplicerad. Många whiplashskadade har givit uttryck för att de å ena sidan vill ha ständig möjlighet till vårdinsatser där målet är att blir fullt återställd, liksom kontinuerlig sjuklön från Försäkringskassan, men att de å andra sidan gentemot sitt försäkringsbolag vill få en invaliditetsbedömning gjord så snart som möjligt.

Att se sig som funktionshindrad efter en whiplashrelaterad skada

Denna kluvna inställning kan också få andra konsekvenser. Flera av dem som kontaktat Whiplashkommissionen har givit uttryck för en tveksamhet när det gäller de handikapporganisationer som finns i Sverige. De har beskrivit att funktionshindrade hamnar i vad de kallar en ”offerroll”. Enligt denna uppfattning får bara den som ”gett upp” samhällets stöd.

De svenska handikapporganisationerna driver av tradition sina frågor utifrån ett konstaterat funktionshinder (t.ex. ryggmärgsskada), där rätten till ett deltagande i samhället på så lika villkor som möjligt är det centrala. Handikapprörelsen arbetar visserligen för rätten till livslång rehabilitering men den är då inte inriktad mot att ”bli frisk” utan att just öka livskvaliteten. Den som till exempel drabbats av en ryggmärgsskada efter en trafikolycka har kanske inte upplevt samma typ av diskussioner kring symtombild och orsaker med läkare, försäkringskassa eller sitt privata försäkringsbolag som personer med whiplashrelaterad skada ofta vittnar om. De whiplashrelaterade skadorna skulle enligt detta sätt att se kunna definieras som ett mer osynligt handikapp.

För många personer i gruppen whiplashskadade tycks detta utgöra ett problem. De ser sig mer som patienter än som funktionshindrade, åtminstone i vissa situationer, och vill därför inte driva frågor på samma sätt som den traditionella handikapprörelsen gör. Detta kan vara en orsak till att personer med whiplashrelaterad skada finns representerade i åtminstone åtta före-

ningar/motsvarande i Sverige, inte alltid inbördes är eniga om vilka frågor som skall drivas.

Patient- och handikapporganisationer i Sverige

Patientföreningar är en relativt ny företeelse i Sverige. Det var från början en del av handikapprörelsen. Handikapprörelsen har rötter i det sena 1800-talet då bland annat syn- och hörselskadade bildade sina första förbund. Den äldsta föreningen som idag organiserar personer med whiplashrelaterade besvär är Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade. Det är genom RTP som patientintresset representeras i Whiplashkommissionens arbete.

Handikapporganisationerna är uppbyggda enligt folkrörelsemodellen, där ett riksförbund med en nationell, vald styrelse organiserar sina medlemmar i lokal- eller regionalavdelningar. Arbetet inriktas på att förbättra det dagliga livet för medlemmarna och på konkreta förändringar i samhällets syn på funktionshinder och omhändertagande på ett lokalt och nationellt plan. Kontakter med experter och myndigheter syftar till att få bättre information, och den svenska staten har efter hand givit begränsat ekonomiskt stöd till många föreningar. En del organisationer har, genom insamlade medel, också stött medicinsk forskning med relevans för medlemmarna. Så småningom har också ett konkret handikappolitiskt arbete bedrivits genom handikapporganisationerna, och flera organisationer har kommit att fungera som remissinstanser i handikapp- och vårdpolitiska utredningar i kommun, landsting och stat.

Patientföreningarna växer fram

Under 1980- och 1990-talen blev antalet svenska patientföreningar fler. Nya medicinska diagnoser har givit upphov till nya föreningar och förbund av skilda slag. Det är numera vanligt med flera olika organisationer som vänder sig till personer med samma symtom, skada eller sjukdom. De nya patientföreningarna har ofta en annan karaktär än de redan etablerade, och fungerar snarare som nätverk än som traditionella folkrörelser. Den nya informationsteknologin har gjort det relativt enkelt och billigt att etablera och upprätthålla sådana nätverk. De nya patientföreningarna arbetar på ett annat sätt än det traditionellt handikappolitiska. De hämtar och sprider information genom Internet, de är generellt mer skeptiska till myndigheter och politiker och de vänder sig istället till tidningar, radio och TV för att få ut sitt budskap.

Inom vården och i vårdpolitiska frågor har patientintresset också fått ett större utrymme under de senaste 20 åren. Det hänger dels samman med politikens ökade medialisering över huvud taget; genom att arbeta via medierna blir pati-

entföreningarna synliga på ett annat sätt än tidigare. Dels har svensk sjukvård kommit att uppmärksamma patientens egna erfarenheter när olika symtom skall behandlas. Ett exempel är smärtforskningens förändrade inriktning, där patientens subjektiva upplevelse står i centrum för diagnos och behandling.

De personer som råkat ut för en whiplashrelaterad skada kan idag vända sig till en rad patientföreningar/motsv., med delvis olika inriktning. Whiplashkommissionen har samtalat med åtta av dessa: De Whiplashskadades förening, Pisksnärten, Riksföreningen Hjärnkraft, Whiplashgruppen, Whiplashskadades rättsförening, Whiplash Info/Whiplashfonden, Whiplashstiftelsen och Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade.

De whiplashskadades förening

De whiplashskadades förening bildades 1993, då under namnet Piteå Whiplashförening, PWF. När medlemsantalet ökade, och den geografiska spridningen blev större, bytte föreningen namn till ”PWF Norr- och Västerbotten”, därefter till ”De whiplashskadades förening” (DWF). År 1995 lade föreningen ut en egen hemsida på nätet och numera är det framför allt genom hemsidans information som föreningen centralt bedriver sin verksamhet. Men föreningen är aktiv över hela landet med hjälp av sina lokalföreningar. DWF anger medlemsantalet till ca 2 000. Hemsidan har adress: <http://user.tninet.se/~pbz623s>.

DWF anger som sitt mål att hjälpa whiplashskadade med information om vård, rehabilitering, handikapphjälpmedel och med juridiska frågor. Samarbetet med andra föreningar är begränsat. Detta har delvis sin orsak i olika sätt att vilja driva sakfrågor, enligt DWF:s sätt att se. Föreningen har bland annat kritiserat RTP, för att, som man säger, ”koncentrera resurser på att trycka upp informationstexter och böcker”. Enligt DWF borde RTP använda sin roll som remissinstans till att mer aktivt arbeta för de skadades rätt i samhället än vad DWF menar sker idag. Trots denna grundläggande skillnad i synen på hur handikappföreningar bör arbeta framhåller DWF att RTP, tillsammans med Whiplashskadades rättsförening och Pisksnärten, är de föreningar som på ett seriöst sätt arbetar för gruppen med whiplashrelaterad skada.

Pisksnärten

Pisksnärten bildades 1993 och beskriver sig som en ekonomiskt oberoende patientförening baserad i Uppsala. Pisksnärten uppger medlemsantalet till drygt 4 000 medlemmar, och av dessa står 3 300 på föreningens mejlinglista – antalet betalande medlemmar är dock mindre. Pisksnärten har en hemsida med adress: www.pisksnarten.com.

Pisksnärten karaktäriserar sig som en ”rehab-förening” och ordnar kurser, utbildningar och medlemsaktiviteter, ger ut ett medlemsblad och har på sin hemsida information och länkar. Föreningen ser som en av sina viktigaste uppgifter att ge råd och stöd till de personer med whiplashrelaterade besvär som hör av sig med frågor i skilda ämnen. Pisksnärten ger bland annat tips om rehabilitering, och rekommenderar juridiska ombud. Pisksnärtens ordförande Rolf Jonsson framhåller att det för personer som varit med om en whiplashrelaterad olycka är viktigt att få prata med någon annan som är skadad. Därför är telefonrådgivningen också inriktad på att ge konkreta tips, till exempel om att minska antalet smärttabletter per dygn och att uppsöka en bra smärtklinik.

Pisksnärten beskriver sitt samarbete med andra föreningar som begränsat, men nämner att man har kontakt med WRF och Whiplashgruppen. Många av föreningens egna medlemmar är också medlemmar i RTP. Pisksnärten definierar sig själv som ”en liten och obyråkratisk förening”, som ”kan agera snabbt i olika frågor”.

Riksföreningen Hjärnkraft

Hjärnkraft bildades 1988 av anhöriga till patienter med förvärvad hjärnskada. Många anhöriga menade att det fanns dålig kunskap inom sjukvården när det gällde möjligheterna till rehabilitering för hjärnskadade. Med utländska patientföreningar som förebild har Hjärnkraft arbetat för att följa forskningen kring hjärnskaderehabilitering, och kritiserat att personer med förvärvad hjärnskada vårdades inom långvård eller psykiatri. Föreningen vänder sig nu till både skadade och anhöriga med information om rehabiliteringsmöjligheter och arbetar även aktivt mot ansvariga sjukvårdspolitiker. En sammanhängande rehabiliteringskedja för den som drabbats av hjärnskada är ett viktigt mål.

Hjärnkraft uppger att föreningen har ca 2 800 medlemmar, varav ungefär 900 utgörs av skadade, ca 1 000 är anhöriga och resten är stödjande medlemmar. Hjärnkraft är organiserad i 22 länsföreningar och tre lokalföreningar. Riksförbundet har sitt kansli i Stockholm. Föreningen ger ut en medlemstidning och har en hemsida med adress: www.hjarnkraft.nu. Föreningen är medlem av Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO). Hjärnkraft samarbetar med RTP i vissa frågor, liksom med Arbetarnas Bildningsförbund.

Whiplashgruppen

Whiplashgruppen står bakom en portal på nätet som tillhandahåller information om whiplashskador, via texter och videointervjuer med sakkunniga. Per-

sonerna som har grundat Whiplashgruppens portal kommer ursprungligen från en ”whiplashmailinglista” som även låg bakom det sk. ”Uppropet”, en namninsamling på Internet kring kravet om att försäkringsbolagens och försäkringskassornas läkare skulle få en egen tillsynsmyndighet. Namninsamlingen, med 3 500 enskilda namn, överlämnades till regeringen den 18 juni 2002. Whiplashgruppens hemsida är: www.whiplashgruppen.info. Portalen ägs av Kia Temmes och Chris Hilli. Till Whiplashgruppens infoportal är även ett forum och en mejl-lista knutna. Whiplashgruppen karakteriserar sig själv som ”en ideellt arbetande grupp med varierande antal medlemmar”, anger visst samarbete med Pisksnärten i Uppsala, och har även länkar till en del andra organisationer på hemsidan.

Whiplashskadades Rättsförening

Föreningen Whiplashskadades rättsförening (WRF) bildades 1992, av en grupp personer som råkat ut för whiplashrelaterade besvär och som upplevde att det saknades en organisation som inriktade sig på de skadades juridiska möjligheter och problem. Från att först vara en förening med säte på Västkusten, uppger WRF nu att föreningen har 3 500 medlemmar över hela Sverige. Föreningen ger ut ett medlemsblad och har också ett antal aktiva lokalavdelningar, som ansvarar för månadsmöten och olika medlemsaktiviteter. Föreningen har också fungerat som remissinstans för olika kommuner i handikappfrågor.

WRF:s huvudsakliga arbete är inriktat på de rättsliga sidorna av problemet med whiplashrelaterade skador. Föreningen har ett nätverk med 60–70 juridiska ombud, som har särskilda kunskaper i just whiplashfrågor, och en lista på ca 300 advokater som föreningen rekommenderar sina medlemmar att kontakta. WRF tillhandahåller också en förteckning över läkare med specialistkompetens inom området och samarbetar med utvalda sjukgymnaster.

Föreningen är ideell men uppbär lönebidrag för en heltidsanställd kanslist. Man har en hemsida med adressen: www.wrf.se. WRF uppger att samarbetet med andra patientföreningar är begränsat, men att många av föreningens medlemmar också är medlemmar i RTP.

Whiplashfonden-Whiplash Info

Whiplashfonden är en nystartad fond (år 2002, men för tillfället vilande) som bildats för att stödja forskning om whiplashrelaterade skador. Fonden startades av Tomas Alsbro som också driver hemsidan Whiplash Info. Tomas Alsbro har också varit aktiv som debattör och har fungerat som remissinstans för Finansinspektionens rapport ”Stärkt skydd för trafikskadade” (2003).

Syftet med Whiplash Info anges som att hjälpa skadade och anhöriga i vård-

, omsorgs- och försäkringsfrågor, att granska myndigheter och makthavare, att identifiera de problem som drabbar whiplashskadade, att sprida information och skapa opinion. Portalen startades i maj 2000 och har därefter haft drygt 700 000 besök, enligt Tomas Alsbro. Dessutom är ett så kallat ”hjälpforum” kopplat till portalen, som enligt Alsbro har 1 100 anslutna medlemmar. Adressen till Whiplash Info är: www.whiplash.pp.se. På denna hemsida finns länkar till en rad patientföreningar med anknytning till whiplashrelaterade skador, bland annat till Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade, Whiplashskadades förening och Pisksnärten. Något mer formaliserat samarbete existerar ej.

Whiplashstiftelsen

Whiplashstiftelsen startades 1995 av Gunilla Sogell, och uppger som sitt mål att samla kunskap om whiplashrelaterade skador, att delta i förebyggande arbete och att sprida kunskap till andra skadade. Det är också huvudsakligen Gunilla Sogell som driver arbetet, tillsammans med ett nätverk av läkare och jurister. Stiftelsen uppger att över 3 000 personer har kontaktat Whiplashstiftelsen sedan starten, de flesta skadade och anhöriga, men också andra som vårdgivare, arbetsgivare, jurister och media. Stiftelsen har också en hemsida med adressen www.mkb.se/whiplash.

Stiftelsen arbetar för att ta del i debatten om whiplashrelaterade skador och följer utvecklingen inom forskningen. Studiebesök har också genomförts på ett antal rehabiliteringskliniker. En förhoppning är att stiftelsen i framtiden också skall kunna samla in medel till forskning. Telefonrådgivning utgör stommen i kontakterna med de whiplashskadade, enligt Sogell.

Gunilla Sogell själv är medlem i RTP, men menar att det inte alltid är lätt att samarbeta när ”synliga” och ”osynliga” funktionshinder finns representerade i samma organisation. Det är i själva verket svårt att passa in whiplashrelaterade skador i den samhällsstruktur som finns för andra funktionshindrade grupper, menar hon. Fördelen med en liten förening, stiftelse eller portal är att kunna arbeta på ett mindre byråkratiskt sätt som möjliggör snabba beslut och direkt information.

Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade

Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade (RTP) har representerat trafikskadade sedan föreningens ombildande 1970 och de senaste 15 åren har personer med whiplashrelaterade skador blivit en intressegrupp inom RTP. Förbundet har ca 20 000 medlemmar över hela Sverige, organiserade i 60-talet lokalföreningar.

Som sin målsättning anger RTP ett arbete för delaktighet och tillgänglighet

i samhället för trafik-, olycksfalls- och polioskadade, och att ”stärka medlemmarna i syfte att de skall kunna påverka sin livssituation och uppnå god livskvalitet.” Verksamheten pågår både genom lokalföreningarnas medlemsaktiviteter och genom förbundskansliet i Stockholm, där förbundet bland annat deltar i utredningar och fungerar som remissinstans i handikappolitiska frågor. RTP har ett nätverk av jurister, ger ut böcker i skilda ämnen och tidningen *Liv* fem ggr om året. Finansieringen sker genom medlemsavgifter och statsbidrag, och förbundskansliet har flera heltidsanställda. Det finns en forskningsfond som stöder forskning, RTP är medlem i Handikappförbundens samarbetsorgan – HSO – och är huvudman i rehabiliteringsföreningen Mälargården. Hemsidan till förbundet har adress www.rtp.se.

Samarbetet med andra patientföreningar ser ut på litet olika sätt. Som ovan framgått är många medlemmar i andra föreningar också medlemmar i RTP.

Patientföreningarnas önskemål och rekommendationer

De åtta patientföreningarna/motsvarande har ombetts redogöra för vilka problem de upplever som mest väsentliga att åtgärda när det gäller frågan om whiplashrelaterade besvär. En viktig skiljelinje mellan de olika föreningarna/motsvarande gäller diskussionen om whiplashrelaterad skada skall betraktas som ett funktionshinder eller som en övergående skada – och vilka konsekvenser detta får för hur skadade bör agera inom vård- och försäkringssystem.

Rätten till rehabilitering

En punkt som återkommer i de åtta patientföreningarnas önskemål är att rätten till rehabilitering måste stärkas. Föreningarna menar att så som lagen nu är utformad, är rehabilitering något som kan erbjudas, men det är ingen rättighet. Enligt föreningarna varierar kunskapen och viljan att diskutera rehabiliteringsinsatser hos de olika lokala försäkringskasskontoren. Under det senaste året tycker sig flera föreningar märka att Försäkringskassan satsat mer på utredningar av arbetsförmåga än på arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket upplevs som ett problem.

Flera föreningar anser att det i det svenska samhällssystemet görs en skillnad mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta, menar föreningarna, är inte väsentligt ur den skadades synvinkel, men får desto större praktisk betydelse. Ansvaret för individens rehabilitering faller på flera instanser, beroende på hur lång tid som gått efter trafikolyckan. Dessutom anser föreningarna att de skadade bör få en uttalad rätt att vara med och bestämma över vilken typ av rehabilitering man skall använda sig av, och när.

Flera av föreningarna menar att Försäkringskassan gärna väljer ”ett billigt alternativ som ligger nära geografiskt”. För den skadade, menar föreningarna, bör rätten att få ta egna initiativ och eget ansvar vara en viktig del i återhämtningen efter olyckan.

Bättre samordning

En ökad samordning mellan de olika samhällsinstanser som blir inblandade efter en trafikolycka vore önskvärd, menar föreningarna: sjukvården, arbetsplatsen, Försäkringskassan och det privata försäkringsbolaget. De ”samordningssamtal” som på några håll redan existerar håller inte måttet, menar föreningarna, och skälet är att de innehåller både för många och för få aktörer. Att många handläggare skall medverka gör att samtalen i praktiken är svåra att få till. Men att arbetsgivaren oftast inte finns med gör att samtalen ändå saknar den kanske viktigaste pusselbiten i individens tillvaro: länken till arbetsplatsen. Här vill patientföreningarna formulera det som att samordningssamtalen alltid skall utformas efter den enskildes behov och möjligheter.

Ombud för den skadade

Livskvalitetsfrågor är viktiga att hålla i åtanke vid en diskussion av rehabilitering efter en whiplashrelaterad trafikolycka, hävdar föreningarna. Det kan vara svårt för den enskilde att navigera i vårdapparaten och i försäkrings-systemet. Här menar flera av föreningarna att ett lokalt nätverk av patientföreningar skulle vara till stor hjälp, snarare än att myndigheterna utser ”ombudsmän” för de enskilda. Andra föreningar skulle hellre se en statlig eller kommunal representant. Föreningarna skiljer sig också åt i hur pass mycket de betonar att målet skall vara att stärka den enskilde i de egna initiativen, att den skadade skall bli aktiv i sin egen återhämtning – eller om hjälpen i kontakterna med myndigheter och försäkringsbolag ”att få rätt” är det viktigaste.

Försäkringsmedicinen bör kvalitetssäkras

Ett ofta återkommande problem i diskussionerna med patientföreningar är de medicinska rådgivarnas roll, både de som används av försäkringsbolag och av Försäkringskassan. Flera föreningar har uppfattat det som att de medicinska rådgivarnas ansvar är diffust, och att de visar ”lojalitet mot sina arbetsgivare snarare än mot den skadade”. Ett förslag som flera patientföreningar tagit fasta på är Finansinspektionens resonemang från 2003 om en ny typ av tillsyn för dessa rådgivare, kanske av Socialstyrelsen (ett förslag som nu diskuteras av berörda instanser, Whiplashkommissionens anm.). Andra lyfter fram behovet av en förbättrad utbildning inom försäkringsmedicin, inte bara för de

medicinska rådgivarna utan också för behandlande läkare. Att behandlande läkare kan skriva intyg på ett korrekt sätt är viktigt för patienten. En förbättrad utbildning i försäkringsmedicin och någon slags kvalitetssäkring av de medicinska rådgivarna ses alltså som angeläget.

Tidsaspekten och rättsskyddet

Bör det gå snabbt att avsluta vård- och försäkringsprocesserna efter en whiplashrelaterad skada? De olika föreningarna ger delvis olika svar. Alla är eniga om att snabbt medicinskt omhändertagande är viktigt. Ett förslag som framlagts är att alla skadade med kvarstående besvär redan efter ett par månader skall erbjudas särskild rehabilitering som inriktas på whiplashrelaterade besvär. Men behandlande läkare bör vara försiktiga med att konstatera ett kroniskt tillstånd innan en avsevärd tid förflutit, tycker flera av föreningarna. ”Man får aldrig ge upp hoppet om att bli helt frisk”, förklarar WRF. RTP, däremot, menar att det är viktigt att så snart som möjligt få hjälp att konstatera om besvären riskerar att bli kvarstående. Då kan också rehabiliteringen inriktas på att underlätta det nya livet, snarare än att fortsätta hoppas på att bli helt återställd, år efter år, anser RTP.

En snabb slutreglering i försäkringsfrågan är inte lika viktig som ett snabbt medicinskt omhändertagande, tycker flera av föreningarna, även om de menar att de privata försäkringsbolagen bör vara mer generösa i sina ”tills vidare”-betalningar. RTP vill förtydliga detta genom att påpeka att det är orsaken till att regleringen tar tid som är det viktiga, inte själva tidsåtgången.

Flera av föreningarna anser också att Försäkringskassan blivit allt för snabb med att utreda och fatta beslut om långvarig arbetsoförmåga. Sjukersättningen är lägre än sjuklönen, och om den skadade befinner sig i tvist med sitt privata försäkringsbolag samtidigt som Försäkringskassan beslutar om sjukersättning, riskerar den enskilde en försämrad privatekonomi, hävdar flera föreningar.

Ett ökat rättsskydd och mer hjälp i rättstvister är ett återkommande önskemål från patientföreningarna. Här skiljer sig dock RTP åt genom att förtydliga att antalet tvister mellan försäkringsbolag och försäkringstagare är litet, ungefär 150 fall per år. Det är inte i någons intresse att antalet fall ökar drastiskt, menar förbundet, vilket skulle kunna bli följderna av ett väsentligt högre rättsskydd. En idé förbundet fört fram är att den enskilde försäkringstagaren skulle kunna köpa sig till ett högre rättsskydd genom en högre försäkringspremie.

En annan synpunkt som framförts av vissa av patientföreningarna är att den skadelidande skulle ha rätt att ständigt ompröva slutregleringen av en trafikskada. Detta ställer sig dock RTP tveksamt till, eftersom förbundet då misstänker att premierna skulle bli alldeles för höga. RTP har kunnat konsta-

tera att kunskaperna om hur försäkringssystemet fungerar är dåliga hos allmänheten, och att förväntningarna på ersättningsbelopp från trafikskadeförsäkringen ofta är orealistiska.

Bättre tillsyn av jurister

Flera patientföreningar diskuterar den rättsliga process som ibland inleds där försäkringstagare och försäkringsbolag inte kommer överens. Att de jurister som åtar sig att representera försäkringstagaren agerar korrekt och effektivt är av största vikt. Men det är svårt att på förhand kunna försäkra sig om att det juridiska ombudet arbetar med försäkringstagarens hela situation i åtanke. Rättsprocesser drar ibland ut på tiden och kan bli dyrbara. En bättre tillsyn av de jurister som arbetar med whiplashrelaterade fall är därför önskvärd, menar föreningarna.

Vårdens inställning

När det gäller vård och omsorg uttalar alla patientföreningar att kunskapen om whiplashrelaterade tillstånd inom sjukvården måste förbättras. ”Det viktiga är att bli sedd och trodd”, är ett återkommande krav från de olika patientföreningarna. Flera föreningar menar att kunskaperna och intresset inom svensk sjukvård är dåliga, inte bara när det gäller de whiplashrelaterade skadorna, utan också när det gäller omhändertagande av människor över huvud taget som riskerar att få ett permanent funktionshinder. Processen mellan akuta och kroniska besvär är dåligt utforskad och det finns inte rutiner för att följa upp den skadade förrän det är för sent.

Några föreningar hävdar att när skadan ändå riskerar att bli kronisk, måste läkare och annan vårdpersonal våga tala om detta för patienterna. Andra föreningar vill, som konstaterats ovan, att begreppet ”kroniska besvär” skall hanteras med största försiktighet. Samtidigt menar föreningarna att den skadade måste stärkas i sitt eget ansvar för att hantera sitt tillstånd, både i akutskedet och senare. Flera av föreningarna hävdar att svensk sjukvård i praktiken tilldelar sina patienter en offerroll.

Trafiksäkerhet

Whiplashrelaterade skador kommer i skymundan i jämförelse med andra trafikskador när det gäller säkerhetsarbetet, menar föreningarna. Reklam, informationskampanjer och det nationella trafiksäkerhetsarbetet är inriktade på den sk. ”nollvisionen”, och de whiplashrelaterade skadorna riskerar att glömmas bort i denna vision. Här måste Trafik-Sverige arbeta mer medvetet för att förbättra säkerheten också när det gäller så kallade lättare trafikskador, anser

föreningarna. Några förslag om hur trafikskadade själva kunde bli involverade i detta arbete på ett lokalt plan, genom att informera om sin egen olycka, har också delgetts Whiplashkommissionen. Flera av föreningarna har varit inblandade i tidigare initiativ i denna riktning.

Diskussion

I detta kapitel har de som drabbats av en whiplashrelaterad skada fått komma till tals – både som privatpersoner och genom de åtta föreningar och organisationer som representerar whiplashskadade idag.

Fram tonar en bild av ett hälsotillstånd – whiplashrelaterade besvär – som karaktäriseras av en oklar diagnos, diffusa behandlingsmetoder, frustration och kanske ilska hos både den som drabbas av en olycka och av dennes anhöriga. Personer som råkat ut för en sådan skada kan uppleva att de inte blir trodda och, enligt sin egen uppfattning, inte heller tagna på allvar. Detta har dels att göra med att skademekanismerna är så pass oklara, att skadorna sällan går att diagnosticera utifrån objektiva fynd, och att forskningen visat att en överväldigande majoritet blir helt återställda utan vårdinsatser. Men det kan också ha att göra med en önskan hos den som drabbas att det skall finnas en biologisk, eller mekanistisk förklaring – ”något som gått sönder”.

Långvariga besvär efter en trafikskada med whiplashvåld liknar andra diffusa smärttillstånd, men för den som råkat ut för en trafikskada finns upplevelsen av traumat, krocken, som en förutsättning för sjukdomsupplevelsen. Även om symtomen kanske kommit och gått, och utvecklats över tid till något annat än de från början var, upplever den trafikskadade att det finns en tydlig startpunkt för besvären: ett ”före” och ett ”efter”. Förhoppningen blir då att något skall kunna ”lagas”, och dessutom att i omvärldens ögon inte behöva bevisa sin sjukdom. Att i det läget mötas av läkare och vårdpersonal som diskuterar diffus smärtproblematik, kroniska besvär och rehabilitering där psykologiska komponenter utgör en väsentlig del kan förstärka känslan av att skadan inte erkänns.

Förutom i mötet med vården skall den skadelidande också hävda ett sjukdomstillstånd i det allmänna och privata försäkringssystemet. Alla människor i Sverige som råkar ut för en kronisk smärtproblematik som påverkar arbetsförmågan möter Försäkringskassans regler och handläggningsrutiner, men den trafikskadade skall därutöver diskutera symtombilden med sitt försäkringsbolag. För många är det kanske inte så konstigt om tillvaron till slut tycks handla om en enda sak: att bevisa att man är så sjuk som möjligt.

Patientföreningar och handikapporganisationer har delvis olika mål med

sina verksamheter, men genom upprepade kontakter med dem som representerar personer med whiplashrelaterad skada i Sverige har Whiplashkommissionen ändå fått en relativt enhetlig bild av de problem medlemmarna upplever. Det handlar om att skaffa bättre vård och rehabilitering, att klargöra ansvarsfördelningen mellan olika instanser, att respektera den skadade som en aktiv part i återhämtning och rehabilitering samt att öka kontrollen av de yrkesgrupper – medicinska rådgivare och jurister – som på olika sätt påverkar den skadades liv och villkor.

Noter

21 Sveneus, *Sjukdomens mening* (Stockholm, 2003)

22 Sveneus s. 34.

23 Lise Ehlers *Ont i livet* (Smedjebacken/Lidingö, 2000) s. 29.

24 Sveneaus s. 74ff.

25 Ehlers, s. 52-54. Se också idéhistorikern Roger Qvarsell: "När livet gått i baklås kan sjukdom vara det minst onda och minst smärtsamma alternativet. Samhället belönar också den sjuke på olika sätt genom att ge en garanterad försörjning och ge medlidande. Att gå in i en sjukroll kan vara enklare än att ta itu med problem på arbetet och i äktenskapet." ur "Om nyttan av att vara sjuk" i *Hälsa och existensiella frågor. Synsätt på hälsa, ohälsa och livsfrågor. FRN:s rapport 95:8* (Stockholm 1995).

4. SAMHÄLLSKOSTNADER

Sammanfattning

De whiplashrelaterade skador som inträffar i år kommer totalt att kosta samhället över fyra miljarder kronor, vilket motsvarar 1 000 kronor per bil i Sverige. Den helt dominerande delen av dessa kostnader utgörs av ersättningar för inkomstbortfall, till följd av arbetsförmåga. Whiplashrelaterade skador kostar samhället tre gånger mer än andra rygg- och nackproblem, och hela denna merkostnad kan förklaras av de höga ersättningarna för inkomstbortfall. En stor vinst, både för de enskilda som drabbas av whiplashrelaterade besvär, och för samhället, skulle göras om fler personer med whiplashrelaterade besvär återgick i arbete.

Inledning

Hur många drabbas av whiplashrelaterade besvär i Sverige, och vilken är kostnaden för samhället? Hur kan kostnaderna för denna skadetyp jämföras med andra rygg- och nackbesvär? För att få svar på dessa frågor har Whiplashkommissionen uppdragit åt Marian Radetzki, professor em. i nationalekonomi, att undersöka hur stora samhällskostnaderna för de whiplashrelaterade skadorna är i Sverige idag. Undersökningen i sin helhet finns med i rapportens bilaga 9.

Samhällets kostnader

Under 1990-talet har alla de stora försäkringsbolagen redovisat en ökning av antalet whiplashrelaterade trafikskadefrågor. Såväl Länsförsäkringar som Folksam, som vardera försäkrar ungefär en fjärdedel av de svenska bilägarna, har uppskattat att antalet sådana fall har ökat med minst 50% sedan mitten av 1990-talet. Försäkringsbolagens utgifter representerar dessutom bara en del av den totala samhällskostnaden. Sjukvård, rehabilitering, individuella kostnader, utbetalningar av inkomstersättningar från arbetsgivare och det allmänna försäkringssystemet – allt detta måste tas i beräkningen vid en uppskattning vad de whiplashrelaterade symtomen kostar Sverige.

Hur beräknas samhällskostnaden?

Det är svårt att beräkna totala kostnader för sjukdomar. Dels är det många olika typer av utgifter som skall tas med i beräkningen, och det finns invändningar mot alla de metoder som utarbetats för att ta hänsyn till de olika faktorerna. Dels är det svårt att få fram en heltäckande statistik. För en diagnos som ”whiplash-relaterad skada” ser till exempel sjukvårdskostnaderna annorlunda ut än för ”benbrott” – den som skadas spenderar oftast ingen tid alls på sjukhus i akutskedet, men kan längre fram tvingas tillbringa mycket tid i olika former av rehabilitering. Beroende på hur sjukvårdsstatistiken samlats in kan då ”whiplashrelaterade skador” antingen se ut att kosta samhället mycket små eller mycket stora summor.

För att genomföra en beräkning av hur mycket samhället betalar för de whiplashrelaterade skadorna har här använts en metod som kallas ”cost-of-illness”, och som sedan 1980-talet utgör ett allmänt accepterat sätt för nationalekonomer att räkna på sjukdomars kostnader. En ”cost-of-illness” kan antingen ta fram samhällets totala kostnader under ett år för sjukdomen/skadan, eller räkna på vad alla de personer som insjuknar/skadas under ett särskilt år kommer att kosta samhället totalt, alltså också framåt i tiden. Det finns olika fördelar med de två sätten att räkna. Det första sättet ger den aktuella summan, och alla de sjuka och skadade som utnyttjar sjukvård, försäkringssystem och så vidare finns med. Men metoden är statisk. Den ger ingen bild av om kostnaderna kommer att minska eller öka. Detta kan däremot beräknas med hjälp av den andra metoden. Här kommer *antalet* sjuka och skadade att vara mindre, eftersom det bara är de personer som drabbas under ett år som kommer med. Men *kostnaderna* för deras sjukdom eller skada beräknas för hela livet, och ger på så sätt en uppskattning av hur samhällskostnaderna kan komma att öka – eller minska.

I undersökningen görs bägge typer av beräkningar för att visa vad de whiplashrelaterade skadorna kostar samhället. Avsikten är att visa på vad skadorna kostar det svenska samhället idag, men också att fånga in det som är speciellt med de whiplashrelaterade symtomen: antalet skadade verkar öka från år till år, och många av dem som drabbas av långvariga besvär är relativt unga, vilket får stora konsekvenser för samhällskostnaderna.

Vad är det som kostar pengar?

I ”cost-of-illness”-metoden delas kostnaderna upp i tre delar. Dels räknar man på de *direkta kostnaderna*, vilket innebär sjukvårdskostnader (diagnos, behandling, medicin och rehabilitering), direkta kostnadstäckningar från för-

säkringsbolag för till exempel juridisk hjälp åt försäkringstagaren. Dels beräknas vad som kallas *indirekta kostnader*. Här ingår de kostnader som blir följden av arbetsförmåga och invaliditet: utbetalningar av sjuk- och inkomstersättningar från försäkringskassa och försäkringsbolag och arbetsgivarnas kostnader både för minskad produktion i samband med sjukfrånvaro och för merkostnader vid anställandet av ersättare. Och dels beräknas något som kallas *psykosociala kostnader*: ett försök att fånga in kostnaden för den enskilde som kan tappa sin egenförsörjning och som måste ändra sin livsföring. Denna sista del är mycket svår att beräkna, och i många studier lämnas den utanför kostnadsberäkningarna. Men det finns vissa konkreta kostnader i samband med whiplashrelaterade skador som hamnar i denna kategori: försäkringsbolagens ersättningar för ”sveda och värk” och ”lyte och men”. I den beräkning som gjorts finns alltså en del av de psykosociala kostnaderna med, även om de sammanlagda psykosociala kostnaderna förmodligen är väsentligt högre.

Underlaget för beräkningarna

Det är svårt att få in tillförlitliga uppgifter som kan ligga till grund för en beräkning av vad de whiplashrelaterade skadorna kostar. Att upprätta en helt ny typ av register för att fånga in alla de utgifter som samhället har för denna skadetyper har inte varit realistiskt. Istället har använts de statistiska uppgifter som redan funnits tillgängliga från olika håll. Dessa siffror har samlats in enligt olika urvalskriterier. I beräkningen ingår därför material som inte ursprungligen samlats in för att ge en bild av de whiplashrelaterade skadornas kostnader.

Det regionalt eller lokalt baserade material som använts har till exempel räknats upp för att ge en bild av förhållanden i hela Sverige. Detta kan medföra problem eftersom både frekvensen av whiplashrelaterade skador, och kostnader för till exempel sjukskrivningar, skiljer sig åt mellan olika delar av landet.

Ett centralt problem är att ”whiplashrelaterade skador” är en relativt ny, och vag diagnos. Detta medför problem av olika slag när kostnaderna för samhället skall fastställas. Under 1990-talet har whiplashdiagnosen kommit att användas vid många sjukskrivningar i samband med nackbesvär – och dessa behöver inte ha haft samband med en trafikolycka. Diagnosticeringen – till exempel från vissa sjukvårdsområden – visar ibland på systematiska fel som förs vidare i statistiken, och antalet whiplashrelaterade fall som har sitt ursprung i en trafikolycka är i själva verket mindre än de fall som redovisas. För statistiken från till exempel Riksförsäkringsverket (nuvarande Försäkringskassan) kan problemet bli det motsatta: diagnosen ”whiplashrelaterad skada” redovisas inte separat utan under rubriker som behandlar nack- och ryggproblem mer generellt. Här kan alltså de whiplashrelaterade fallen helt försvin-

na, och man får göra en uppskattning av andelen whiplashrelaterade ryggproblem med ledning av annan statistik. Men denna kostnadsfördelning blir ännu svårare att beräkna där whiplashrelaterade symtom uppträder tillsammans med andra skador eller sjukdomar – vilket är förhållandevis vanligt.

Sammanfattningsvis måste understrykas, att de beräkningar som gjorts av samhällskostnader för de whiplashrelaterade skadorna inte lett till en med säkerhet fastslagen siffra. Beräkningarna både för samhällskostnaderna under ett år, och för den totala aktuella och framtida kostnaden för de whiplashrelaterade skador som inträffar under ett år, är en ungefärlig, men kvalificerad, uppskattning utifrån de statistiska uppgifter som finns tillgängliga. Någon säkrare statistik går dock i dagsläget inte att få fram.

Tidigare studier

I Sverige har under senare år ett antal ”cost-of-illness”-studier gjorts för att få fram kostnaden för olika sjukdomar, till exempel för reumatiska sjukdomar, hjärtsjukdomar eller Mutipel Skleros (MS). Socialstyrelsen gjorde i mitten av 1990-talet ett försök att beräkna samhällskostnader för alla sjukdomar, och i denna studie av 17 sjukdomsgrupper finns också ”Sjukdomar i muskulosketala system och bindväven” – en grupp där whiplashrelaterade besvär och symtom ingår. Det intressanta med denna grupp är att kostnadsfördelningen mellan olika kategorier skiljer sig åt från andra sjukdomsgrupper. Sifferunderlaget, från tidigt 1990-tal, visar att mer än 90% av samhällets kostnader utgörs av inkomstbortfall, medan kostnaderna för vård och medicin är förhållandevis små. Det är därför ett rimligt antagande att de whiplashrelaterade skadorna uppvisar denna fördelning av kostnaderna – dvs. att de kostar samhället förhållandevis litet för vård och rehabilitering, men desto mer för indirekta kostnader i samband med arbetsoförmåga och invaliditet.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, publicerade en studie över nack- och ryggsjukdomar år 2000, där en ”cost-of-illness”-beräkning ingick. Också här är det kostnaderna för inkomstersättning och produktionsbortfall som dominerar. Den totala vårdkostnaden för personer med nack- och ryggbesvär (där de whiplashrelaterade skadorna utgör en del) beräknades för år 1995 till 2,4 miljarder kronor, medan de *indirekta kostnaderna* beräknades till 16,8 miljarder kronor. Totalkostnaden för svenska folkets rygg- och nackbesvär skulle alltså för år 1995 ha varit 19,2 miljarder kronor.

Det finns ett par tidigare studier som direkt riktat in sig på whiplashrelaterade skador, och som försökt beräkna kostnaderna för dem. Ulf Björnstig vid Umeå universitet har undersökt antalet nytillkomna whiplashrelaterade ska-

dor i Umeå 1990-1991. Hans underlag är förhållandevis litet – 141 fall – men han fick ändå fram en del intressanta siffror om de förväntade kostnaderna för sjukskrivning och sjukersättning blev för denna grupp. Sammanlagt 63 personer blev sjukskrivna för en längre eller kortare tid. Fem år efter olyckan hade så många som 9 personer sjukersättning för permanent arbetsförmåga (några av dem på halv- eller deltid), och ytterligare 7 var fortfarande sjukskrivna och skulle antagligen också erhålla sjukersättning för permanent arbetsförmåga. Snittåldern på de *sammanlagt 16 personer* som redan hade eller skulle få permanent sjukersättning var låg, 41 år. Detta innebär att den totala samhällskostnaden för dessa ersättningar över tid skulle bli hög.

Åke Nygren vid Karolinska institutet har också analyserat kostnaderna för de whiplashrelaterade skadorna i en studie från år 2000. Baserat på siffror från 1997 menar Nygren att nytillskottet av personer med kroniska whiplashrelaterade besvär är ungefär 500 personer per år, och att mellan 300 och 500 personer får mer än 10% medicinsk invaliditet konstaterad varje år. Även om dessa siffror inte automatiskt överensstämmer med antalet personer som har en konstaterad arbetsförmåga med åtföljande samhällskostnader, ger de ändå en indikation på problemets storlek.

Faktaunderlaget till denna studie

De whiplashrelaterade skadorna berör många olika instanser i samhället, vilket också speglas i de sifferunderlag som använts i den studie som presenteras här.

Trafikskadenämnden för statistik över de whiplashrelaterade fall som antingen har en invaliditetsgrad på över 10% eller där den skadade och hans eller hennes försäkringsbolag tvistar om en medicinsk invaliditet föreligger eller ej. De flesta fall med en lägre invaliditetsprocent än 10% syns alltså inte i detta material. Riksförsäkringsverket (nuvarande Försäkringskassan) har fört statistik över nybeviljade sjukbidrag och beståndet av bidragstagare med nackbesvär – men med bredare diagnoskategorier än ”whiplashrelaterade skador”. Socialstyrelsen för ett patientregister över antalet vårdtillfällen i slutna vård för personer med nackbesvär, men också här utgör alltså de whiplashrelaterade skadorna en del, som måste uppskattas. Också Landstingsförbundet har regional statistik över slutna vårdtillfällen. Region Skåne har fört en mer uppdelad statistik och kan därför redovisa både hur många personer som fick slutna vård och öppen vård med diagnosen ”whiplashrelaterad skada”. Regionen har vid en hälsoekonomisk undersökning visat att registreringen av whiplashrelaterade diagnoser är mycket osäker. Stockholms läns landsting har också bidragit med siffror.

Försäkringsbolagens statistik blir också viktig när det gäller beräkningar av

samhällskostnaderna för de whiplashrelaterade skadorna. Så många som 30 000 personer anmäler varje år till sitt försäkringsbolag att de upplever nackbesvär i samband med en trafikolycka – en siffra som vida överskrider dem som söker öppen eller sluten vård för sina besvär. Av de anmälda personskadorna i trafiken utgör alltså de whiplashrelaterade skadorna över hälften. Det är dock troligt att många av dessa anmälningar görs ”för säkerhets skull”, eftersom de allra flesta anmälda nackbesvär går över efter några veckor. Troligen är det den mediala uppmärksamheten kring den sk. 72-timmarsregeln – att skador bör ha givit upphov till symtom senast tre dygn efter olyckan – som ligger bakom en del av de anmälda fallen. Den statistik bolagen lämnat skiljer sig åt när det gäller urvalsmetoder och tidsspann: *Länsförsäkringar* (där ca 25% av svenskarna har sina trafikskadeförsäkringar) har för åren 1995-2000 beräknat hur mycket alla anmälda fall av whiplashrelaterade besvär kommer att kosta, också i framtiden. *Folksam* (där 23% har sina trafikskadeförsäkringar) har lämnat uppgifter om de whiplashrelaterade fall som resulterat i någon form av invaliditetsersättning, och som slutreglerats mellan 1996 och 2003. Och *Trygg Hansa* (som representerar 16% av trafikskadeförsäkringsmarknaden) har lämnat uppgifter om de whiplashrelaterade fall som anmälts under år 2002 och vilka aktuella och framtida kostnader försäkringsbolaget räknat med att ha för dessa skador.

Det har också funnits siffror som inte kunnat användas: Vägverkets STRADA-projekt för trafikskadedata som av sekretesskäl inte tagits med i beräkningen, och siffermaterialet från en analys av vårdkostnaderna för trafikskadorna som inträffade i Göteborg år 1990, då materialet innehåller så stort bortfall att det inte bedömts som tillförlitligt.

En preliminär hälsoekonomisk beräkning

De flesta anmälda besvär kostar små summor

Statistiken är inte entydig när det gäller hur många som anmäler nackbesvär i samband med trafikolycka varje år. Försäkringsförbundets statistik, som bygger på uppskattningar från de olika försäkringsbolagen, redovisar drygt 30 000 anmälda fall år 2002, medan Åke Nygrens beräkningar från 1997 – som bland annat utgick från försäkringsbolagens siffror – angav 21 000 personer per år. Någonstans däremellan hamnar beräkningarna från de tre försäkringsbolagen som lämnat statistik till denna undersökning, om deras siffror räknas upp till att gälla hela Sverige.

Det råder dock enighet om att den stora majoriteten – uppemot 90% – av alla dem som anmäler besvär återhämtar sig helt inom några veckor. Som

konstaterats ovan i denna rapport, det är alltså bara en liten del av alla dem som upplever att de har ont i nacken i samband med en bilolycka som får långdragna besvär. Detta faktum förtjänar att upprepas, eftersom den allmänna uppfattningen tycks vara en annan.

Kostnaderna för dessa övergående nackbesvär är förhållandevis små. Försäkringsbolagens snittbetalningar för de whiplashrelaterade besvär som inte ledde till invaliditet hamnar på drygt 2 000 kronor under det sena 1990-talet, och för många av dem som anmäler nackont är besvären inte av den art att de leder till försäkringsersättning över huvud taget. I Åke Nygrens studie påpekas att bara hälften av dem som får nackont efter en bilolycka söker någon form av läkarvård.

Kostnader för invaliditet och långvarig arbetsförmåga

Som ovan konstaterats utgörs alltså den dominerande kostnaden för de whiplashrelaterade skadorna det produktionsbortfall – de indirekta kostnaderna – som inträffar vid långvarig arbetsförmåga, och särskilt i de fall där arbetsförmågan blir permanent och leder till invaliditet. När samhällskostnader beräknas måste man därför fokusera på det årliga antalet nytillkomna personer med permanent arbetsförmåga, och på hur många sådana personer som redan finns i samhället. Övriga kostnader i samband med de whiplashrelaterade skadorna är förhållandevis små, och kan därför behandlas mer översiktligt.

Eftersom det saknas entydiga uppgifter om hur många personer som redan nu finns med konstaterad arbetsförmåga till följd av whiplashrelaterade skador, och eftersom det är svårt att göra korrekta uppskattningar av hur många som tillkommer varje år, bygger de beräkningar som presenteras här på en kombination av olika sifferuppgifter, och på uppskattningar och antaganden. Det är alltså viktigt att komma ihåg att siffrorna nedan skall förstås som kvalificerade uppskattningar.

En kombination av de sifferuppgifter som Socialstyrelsens och Riksförsäkringsverkets (nuvarande Försäkringskassans) material ger, och en beräkning av antalet whiplashskadade ur den större grupp i vilken diagnosen tillhör, ger följande uppskattning: kostnaden under ett år för de whiplashrelaterade fall som konstaterats är ungefär **1,5 miljarder kronor**, medan beräkningarna framåt i tiden – vad de nytillkomna whiplashrelaterade skadorna under ett år kommer att kosta samhället fram till pensionen – blir **4,6 miljarder kronor**.

Ställs denna beräkning mot det övriga materialet hamnar Nygrens studie betydligt lägre – men hans siffror härrör från en tidigare period än resultatet framräknat ur Socialstyrelsen och RFV:s uppgifter. Siffrorna från Trafikskadenämnden ger också en lägre siffra, vilket skulle kunna förklaras med att de

endast redovisar fall med svår invaliditet och/eller fall där tvist uppstått mellan försäkringstagare och försäkringsbolag. Björnstigs studie från Umeå, omräknat till kostnader för hela Sverige, visar däremot på en väsentligt *högre* siffra än RFV:s beräkning, vilket delvis kan förklaras genom att patienterna i hans material var yngre än personerna i Socialstyrelsens och RFV:s material, delvis genom att regionala skillnader syns i studien. Enligt Riksförsäkringsverkets övriga statistik är kostnaderna för sjukskrivning och sjukersättning högre i Norrland än i andra delar av landet.

Räknat på de siffror som försäkringsbolagen lämnat hamnar totalsumman litet olika, beroende på att materialet ser olika ut och baseras på delvis skilda uppgifter. Länsförsäkringars siffror, omräknade och uppräknade för att gälla hela Sverige, visar på en aktuell och framtida kostnad för ett års whiplashrelaterade skador på 5 miljarder kronor, Folksam på 1,2 miljarder kronor och Trygg Hansa på 2 miljarder kronor, skillnader som troligtvis kan förklaras med hur insamlingen av siffrorna gått till. För den studie som gjorts här har Länsförsäkringars material den största relevansen, och beräkningarna från Socialstyrelsens och RFV:s material stöds av materialet från Länsförsäkringar

Kostnader för sjukskrivning

I jämförelse med kostnaderna för en permanent arbetsförmåga bör en ”cost-of-illness”-kalkyl också räkna med de indirekta kostnader som orsakas av kortare sjukskrivningar. Detta tillägg är förmodligen begränsat när det gäller de whiplashrelaterade skadorna. Nygren sluter sig till att de allra flesta som sjukskrivs endast är borta från arbetet i några dagar, och i Björnstigs beräkningar stöds detta intryck, eftersom majoriteten av de inkomstförluster han räknar med kommer från dem som får kvardröjande besvär. En om- och uppräknning ur Björnstigs material för hela Sverige skulle ge följande siffror: de personer som drabbas av en whiplashrelaterad skada under ett år kommer sammanlagt att kosta samhället **50 miljoner kronor**, medan kostnaderna för alla skadade under ett år uppgår till sammanlagt **100 miljoner kronor**.

Sjukvårdskostnader

Landstingsförbundet har räknat på hur mycket de personer som fått sluten vård för sin whiplashrelaterade skada har kostat samhället. Uppräknat till hela Sverige kostade denna vård samhället inte mer än 24 miljoner kronor under 2001. Som en jämförelse kan vi använda siffrorna från region Skåne som gäller kostnaderna för personer som fått både öppen och sluten vård (till exempel genom att först läggas in på sjukhus och sedan komma på återbesök vid vårdcentral – eller tvärtom), och då få fram en lägre siffra, medan Stock-

holm läns landstings material kompletterar med siffror för enbart öppenvård som uppräknade antyder att dessa kostnader ligger tre gånger så högt som kostnaderna för den slutna vården.

Siffrorna för de whiplashrelaterade skadornas sjukvårdskostnader har kritiserats av ett par forskare, som menar att denna skadetyper i själva verket kostar samhället låga summor för slutna vård. Det är sällsynt att patienter med enbart whiplashrelaterade skador läggs in på sjukhus över huvudet taget. Om denna kritik tas med i beräkningen, samtidigt som de uppräknade siffrorna för vårdkostnaderna justeras, blir det rimligt att anta att samhällets kostnader för öppen och slutna vård av personer som under ett års tid drabbas av whiplashrelaterade skador totalt kommer att kosta **50 miljoner kronor**, och den största delen av dessa kostnader inträffar under själva skadeåret. Räknet på vad alla whiplashrelaterade skador, för hela beståndet kostar samhället totalt under ett år hamnar vi på det dubbla, **100 miljoner kronor**.

Psykosociala kostnader

Som ovan angetts, är det svårt att beräkna den tredje faktorn i en "cost-of-illness"-studie, nämligen den som avser psykosociala kostnader. I denna studie har dessa kostnader fått representeras av de ersättningar som försäkringsbolagen betalar ut för "sveda och värk" – som avser det obehag en skada kan orsaka på kort sikt – och för "lyte och men" – en slags permanent fortsättning på "sveda och värk". Ett problem här är att de tre försäkringsbolag som lämnat sifferuppgifter skiljer sig åt. För Länsförsäkringar hamnar mellan 7% och 9% av de totala kostnaderna för de whiplashrelaterade skadorna i denna kategori. Folksam redovisar istället att "sveda och värk" står för 2-3% av samma kostnader men att lyte och men står för mellan 29% och 61% av kostnaderna. Då bör det understrykas att det siffermaterial som Folksam lämnat avser whiplashrelaterade skador som resulterat i att någon form av invaliditet konstaterats, medan Länsförsäkringars material gäller alla anmälda fall av whiplashrelaterade skador (alltså också dem som inte resulterar i permanent invaliditet). Det blir därför rimligt att här använda Länsförsäkringars siffror, vilket uppräknat till att gälla hela Sverige skulle vara 92 miljoner kronor för ett år.²⁶

En jämförelse med andra kostnader

Inledningsvis är det viktigt att upprepa, att de beräkningar som gjorts av de whiplashrelaterade skadornas samhällskostnader präglas av att siffermaterialet är av varierande inriktning och kvalitet. Osäkerheten i de data som studi-

en bygger på är uppenbar, och de belopp som redovisas måste betraktas som centrala värden i ett spann både uppåt och nedåt. Det innebär inte att en beräkning av detta slag saknar värde. Här redovisas en välgrundad uppfattning om storleksordningen på samhällskostnaderna för de whiplashrelaterade skadorna, om dessa kostnader kan förväntas öka eller minska, och vilka delar av samhällsekonomin som framför allt berörs.

Beräkningarna ställs upp enligt de två metoder som använts i analysen ovan.

Samhällskostnader för ett års skador i början av 2000-talet, för all framtid:

Permanent produktionsbortfall	4000 miljoner kr
Tillfälligt produktionsbortfall	50 miljoner kr
Sjukvårdskostnader	50 miljoner kr
Psykosociala kostnader	100 miljoner kronor
SUMMA	4200 miljoner kronor

Samhällskostnader under ett år i början av 2000-talet för samtliga existerande whiplashrelaterade skador

Permanent produktionsbortfall	1500 miljoner kr
Tillfälligt produktionsbortfall	100 miljoner kr
Sjukvårdskostnader	100 miljoner kr
Psykosociala kostnader	100 miljoner kronor
SUMMA	1800 miljoner kronor

Som siffrorna visar, blir den framtida kostnaden för ett års whiplashrelaterade skador – drygt 4 miljarder – avsevärt högre än den totala samhällskostnad per år som skadorna kostar idag, knappt 2 miljarder. Ett rimligt antagande är att dagens siffra redovisar många årgångar av skadestånder från en tid då whiplashrelaterade diagnoser var mer sällsynta än idag. En del gamla skador som idag skulle klassas som whiplashrelaterade, kan ha givits annat namn. Den stora skillnaden mellan de två siffrorna understryker att kostnaderna för de whiplashrelaterade skadorna ökar, och ökar ordentligt.

Jämförs dessa siffror med den ”cost-of-illness”-analys som gjordes av Statens Beredning för medicinsk utvärdering år 2000, uppenbarar sig intressanta skillnader. När det gäller antalet drabbade, och kostnaden för samhället

under ett år, motsvarar whiplashrelaterade besvär strax under 10% av den del av befolkningen som har olika former av rygg- och nackproblem. Sett till vårdkostnaderna svarar personer med whiplashrelaterade besvär bara för knappt 5% av de totala samhällskostnaderna. Så långt är de siffror som räknats fram inte anmärkningsvärda. Men sett till de totala kostnaderna för ett års nytillkomna skadade för produktionsbortfall – alltså räknat också på framtiden – ser vi att de whiplashrelaterade skadorna svarar för nära 35% av de totala samhällskostnaderna. Med reservation för att de beräkningar som här gjorts är uppskattningar, och för att sättet att räkna på inkomstbortfall skiljer sig åt i SBU-rapporten och i denna studie, är ändå denna procentsats anmärkningsvärd. *Trots att personer med whiplashrelaterade besvär i antal inte svarar för mer än knappt 10% av dem som lider av nack- och ryggbesvär i Sverige, beräknas de komma att kosta samhället tre gånger så mycket som andra ryggbesvär.* Och den helt överskuggande delen av dessa samhällskostnader utgörs av inkomstbortfall till följd av permanent arbetsförmåga.

Diskussion

De whiplashrelaterade skadorna som inträffar idag kommer sammanlagt att kosta samhället över fyra miljarder kronor. Allt fler personer har under senare år anmält en whiplashrelaterad skada till sina försäkringsbolag. Den helt dominerande delen av kostnaderna för dessa skador utgörs av ersättningar för inkomstbortfall, till följd av arbetsförmåga. Whiplashrelaterade skador kostar samhället tre gånger mer än andra rygg- och nackproblem, och hela denna merkostnad kan förklaras av de höga ersättningarna för inkomstbortfall.

De möjliga orsakerna till varför de whiplashrelaterade skadorna orsakar så stora inkomstbortfall är flera. De skadade är förhållandevis unga jämfört med andra rygg- och nackpatienter. Det tidiga omhändertagandet inom sjukvården har fungerat dåligt på många håll i Sverige under 1990-talet. Ersättningsystemen har inte innehållit incitament för att snabbt komma åter i arbete. Och rehabilitering av personer med långvariga whiplashrelaterade besvär har hittills visat sig mycket svårt – i synnerhet då det gäller ett återställande av arbetsförmågan. Vi kommer att återkomma till ett resonemang om rehabiliteringsmöjligheter i rapportens kapitel 7 och 8.

Men oavsett vilka orsakerna är, kan man med en ”cost-of-illness”-beräkning se att de whiplashrelaterade skadorna är en typ av nack- och ryggbesvär som är mycket kostsam för samhället. Över fyra miljarder kronor motsvarar en kostnad på 1 000 kronor per bil i Sverige. För trafikförsäkringen får det till exempel stora konsekvenser att en enskild typ av skada belastar ersättnings-

systemet så hårt, något som drabbar alla försäkringstagare i Sverige. För svenska arbetsgivare kostar trafikskadorna också stora summor, framför allt då de orsakar långtidssjukskrivningar på heltid. I det allmänna försäkrings-systemet ökar hela tiden antalet personer med sjukersättning efter trafikolycka vilket belastar samhällsekonomin mer för varje år som går.

Kunde bara hälften av de personer som idag förklarats arbetsoförmögna på grund av whiplashrelaterade besvär komma åter i arbete, skulle samhället spara miljarder varje år – resurser som bland annat kunde användas till en effektivare vård och rehabilitering. Det skulle möjliggöra en drägligare tillvaro för ännu fler personer med långvariga whiplashrelaterade symtom.

Noter

26 Det finns ytterligare en kostnadsdel som försäkringsbolagen redovisar i sitt siffermaterial, och det rubriceras i materialet som ”kostnader”. En del av dessa kostnader kan räknas in under posten ”direkta kostnader” i vår analys – advokatarvoden, hemhjälp och kostnad för medicin. Det verkar emellertid orimligt att så mycket som 20-25% av Länsförsäkringars och 24-54% av Folksam totala kostnader skulle hamna under denna post. Slutsatsen blir att vissa kostnader, som till exempel köp av livräntor, hamnar i denna post, fast de egentligen skulle räknas med i ”indirekta kostnader”, alltså som ersättning för inkomstbortfall. Dessa siffror inkluderas inte under posten ”indirekta kostnader” i denna ”cost-of-illness”-analys.

5. WHIPLASHRELATERADE SKADOR I ANDRA LÄNDER

Sammanfattning

Whiplashrelaterade skador är inte unika för Sverige. Antalet anmälda whiplashrelaterade besvär steg under 1990-talet i många länder i västvärlden, och kom på flera håll att helt dominera trafikskadestatistiken. Men det finns stora skillnader mellan förekomsten av whiplashrelaterade besvär i olika delar av världen, och det är skillnad på om skadorna är övergående eller om de skadade utvecklar en kronisk problematik. Trafikens intensitet, statistikens utseende och människors medvetenhet om att whiplashrelaterade besvär kan bli följden av en trafikolycka brukar lyftas fram som delförklaringar till att förekomsten och karaktären på de whiplashrelaterade skadorna varierar. Som en av de viktigaste förklaringarna brukar dock skillnader i ersättningsystemen anges. De tre nordiska grannländerna har system som liknar det svenska. En snabbare och enklare hantering av de whiplashrelaterade trafikskadorna har i Finland, Norge och Danmark ansetts vara en av de viktigaste åtgärderna för att minska det mänskliga lidandet och de samhällliga kostnaderna. Vid sidan av effektivare vård- och rehabiliteringsinsatser har de tre länderna prövat olika former av schabloniseringar inom trafikförsäkringen för att åstadkomma detta.

Inledning

Whiplashrelaterade skador är inte unika för Sverige. Stora delar av västvärlden har under de senaste decennierna konstaterat en ökning av denna typ av trafikskador, och forskarnas intresse har ökat; en sökning på en av de största medicinska databaserna ger idag över 2 000 träffar på sökordet "whiplash". I Whiplashkommissionens uppdrag ingår att tillvarata internationella erfarenheter. I detta kapitel görs därför en utblick mot omvärlden, med särskilt fokus på Finland, Norge och Danmark, där trafikmönster, lagstiftning och vårdsystem liknar svenska förhållanden.

Antalet whiplashrelaterade skador varierar

Whiplashrelaterade skador står för det största antalet anmälda trafikskador i en rad länder idag, och på de flesta håll är trenden snarast ökande än minskande. I Storbritannien angav en nypublicerad studie att ca 85% av alla anmälda trafikskador idag är whiplashrelaterade. De ekonomiska ersättningarna för whiplashrelaterade skador per år beräknas till över 3 miljarder pund årligen.²⁷ I Kanada har under de senaste 15 åren andelen whiplashrelaterade besvär legat på mellan 60% och 75% av de anmälda trafikskadorna, med vissa regionala skillnader. I USA anmäls varje år ca 13 miljoner trafikskador varav en miljon utgörs av whiplashrelaterade skador, något som beräknas kosta det amerikanska samhället 29 miljarder dollar varje år.²⁸

I andra länder har antalet anmälda whiplashrelaterade skador däremot varit lågt. I de två studierna från Litauen, som diskuterats ovan i kapitel 3, kunde forskarna inte finna att trafikskadade led av långvariga nackbesvär i högre utsträckning än befolkningen generellt.²⁹ Undersökningarna har blivit citerade därför att de jämförde trafikskadade med en kontrollgrupp – vilket är mycket ovanligt när det gäller studier av whiplashrelaterade besvär.³⁰ I Grekland har två andra undersökningar visat att av dem som rapporterar nackbesvär efter trafikolycka återhämtar sig 91% efter tre veckor, och resten inom tre månader.³¹

Att förhållandena i Litauen och Grekland skiljer sig så mycket från situationen i t.ex. Storbritannien har bland annat förklarats med försäkringssystemets utformning och att ländernas invånare inte varit medvetna om att en trafikolycka skulle kunna leda till långvariga whiplashrelaterade besvär.³²

Det är framför allt förekomsten av långvariga besvär i samband med whiplashrelaterade trafikolyckor som ifrågasatts genom nationella jämförelser.³³ I Tyskland, till exempel, innebar perioden 1985-2005 en snabb ökning av antalet *kortvariga* whiplashrelaterade besvär efter trafikolycka; däremot var förekomsten av långvariga besvär mer sällsynt. Vissa forskare menar att de visat att den tyska allmänhetens kännedom om kroniska whiplashrelaterade besvär är förhållandevis liten, bland annat vid en nyligen gjord jämförelse med Kanada.³⁴ En annan förklaring har varit att möjligheterna att få ekonomisk ersättning för långvariga besvär i det tyska försäkringssystemet har varit små, medan ersättningsmöjligheterna för akuta symtom varit så goda att det tyska försäkringssystemet blivit mycket hårt belastat av whiplashrelaterade fall. Den förväntade återhämtningstiden i Tyskland efter nackbesvär i samband med bilolycka är idag 12 veckor.³⁵

Det har gjorts flera försök till internationella jämförelser när det gäller före-

komsten av whiplashrelaterade skador, eftersom olika länder uppvisar så skilda olyckstal. Förklaringar har sökts i skilda diagnoskriterier, försäkringssystemets utformning, biltrafikens täthet och befolkningens kunskaper om förekomsten av whiplashrelaterade besvär.

Men förekomsten av både akuta och långvariga whiplashrelaterade besvär är svåra att jämföra mellan olika länder. I denna rapport har flera gånger påpekats, att det statistiska underlaget för Sverige när det gäller whiplashrelaterade trafikskador är mycket osäkert. Detsamma gäller för statistiken i övriga världen. Som en jämförelse angav Norges officiella trafikskadestatistik för några år sedan att 6 000 personer skadades i trafiken efter påkörning bakifrån, medan anmälningarna till försäkringsbolagen var över 42 000 stycken. En genomgående bild är att den officiella trafikskadestatistiken skiljer sig från de siffror försäkringsbolagen presenterar – whiplashrelaterade skador syns inte på samma sätt i vårdens och polisens material, som i anmälningarna till trafikförsäkringsbolagen.

Ersättningssystemets betydelse

En av de viktigaste faktorer som brukar diskuteras när det gäller prognosen för whiplashrelaterade besvär är ersättningssystemets utformning. En nyligen publicerad engelsk studie jämförde patienter som efter bilolycka hade råkat ut för olika typer av nack- och ryggsador. Patienter med whiplashrelaterade besvär av grad I-II, där inga objektiva fynd kunnat konstateras, jämfördes med patienter som råkat ut för konstaterade frakturer på nacken, *cervical spine fractures*, en allvarligare skada ur ett medicinskt perspektiv. Efter drygt tre år hade den senare patientgruppen återhämtat sig betydligt bättre än de patienter med whiplashrelaterade besvär som fortfarande var indragna i en skaderegleringsprocess. Smärtproblemen var mindre och graden av upplevt handikapp lägre. De engelska forskarna drar slutsatsen att de långdragna besvären kan förklaras med den psykiska belastning det innebär att vara indragen i en skaderegleringsprocess.³⁶ En aktuell svensk genomgång av forskningen kring akuta och långdragna besvär ifrågasätter dock att ersättningssystemet skulle spela en central roll för möjligheterna att återhämta sig vid långdragna besvär.³⁷ Det kan därför vara intressant att titta närmare på en av de större studier som under senare år hävdar att ett sådant samband existerar.

Exemplet Saskatchewan

I den kanadensiska delstaten Saskatchewan menar en grupp forskare att antalet långvariga whiplashrelaterade besvär minskade då det delstatliga för-

säkringssystemet ändrades. Saskatchewan trafikskadeförsäkring var tidigare uppbyggd på principen om personligt ansvar. En mindre ekonomisk ersättning till alla försäkringstagare kunde här kompletteras med stora ideella ersättningar (för ”sveda och värk” och ”lyte och men”), om den skadelidande kunde driva en rättsprocess mot den förare som orsakat olyckan. Efter en snabb ökning av antalet anmälda whiplashrelaterade skador från mitten 1980-talet, införde delstaten år 1995 en typ av trafikförsäkring som istället liknar den svenska. Skuldfrågan blev oviktig. Försäkringen betalar ut ett större ersättningsbelopp snabbare, men möjligheterna att processa mot den som orsakat olyckan har minskats avsevärt.³⁸

En skillnad mellan Sverige och Kanada är att det delstatliga kanadensiska försäkringsbolaget är direkt inblandat i behandling och rehabilitering. Bolaget har medicinska experter som gör upp en rehabiliteringsplan i samarbete med behandlande läkare. Den skadelidande som inte vill följa rehabiliteringsplanen kan få minskade möjligheter till ersättning. (Ett system som liknar det som tillämpas i Finland, se nedan).

Det nya systemet har radikalt förändrat fördelningen av samhällskostnaderna för trafikskador. Idag går 40% av försäkringsbolagets ersättningar till rehabilitering, 36 % till ersättning för förlorad inkomst, och resterande 24% till ideella ersättningar. I det gamla systemet gick bara 8% till rehabilitering, 22% till ersättning för förlorad inkomst, och hela 70% av försäkringsutbetalningarna gick till ideella ersättningar. Antalet rättsprocesser har minskat liksom samhällets totala kostnader. I det äldre systemet var whiplashrelaterade skador den helt dominerande anmälda trafikskadan, men i det nya systemet har antalet whiplashrelaterade ärenden reducerats med 28%. Numera är 60% av anmälda trafikskador i Saskatchewan whiplashrelaterade, och ingen ökning har skett de senaste 9 åren.³⁹

Det riktades dock en hel del kritik mot reformen och efter några år återinfördes det gamla systemet som ett parallellsystem; försäkringstagarna får numera välja vilken typ av trafikskadeförsäkring de vill ha. Av delstatens en miljon invånare hade endast 4 700 personer valt det gamla systemet sommaren 2004.

Det intressanta är, att antalet människor med långvariga besvär till följd av whiplashrelaterade skador samtidigt har minskat. Genom medicinska uppföljningar av de flera tusen anmälda skadefallen under ett par år kunde de kanadensiska forskarna visa, att också hälsotillståndet hos de skadade förbättrades då trafikskadeförsäkringen effektiviserades. Försäkringstagarna hade använt den generösare ersättningen i det nya systemet till en intensivare behandling på ett tidigt stadium. Eftersom de inte blivit indragna i en utdragen skadere-

geringsprocess kunde de fokusera på sin återhämtning. Därigenom menade de kanadensiska forskarna att de kunnat slå fast att ersättningssystemet har betydelse för hälsan.⁴⁰

De kanadensiska erfarenheterna är dock svåra att översätta till de svenska, bland annat för att våra vård- och ersättningssystem är uppbyggda på ett annat sätt, och för att vi inte har en statlig trafikförsäkring.⁴¹ På samma sätt kan vi inte utan reservationer diskutera hur förhållandena ser ut i USA eller i Grekland, om vi vill dra lärdom av de utländska exemplen för att diskutera hur situationen i Sverige skulle kunna förändras. Det blir därför förhållanden i Finland, Norge och Danmark som har mest att ge vid en jämförelse med andra länder. Här ser trafikmönstren ut ungefär som i Sverige, våra välfärdsystem och vårdapparater är uppbyggda på liknande sätt, och trafikskadeförsäkringen i alla de nordiska länderna bygger på skadeståndsrättsliga principer.

Finland

I Finland har antalet whiplashrelaterade skador proportionellt sätt varit mindre än i Norge, Sverige och Danmark. Personskadeersättningar vid kroppsskada eller dödsfall har på årsnivå betalats i ca 14 000 fall i Finland, men uppgifter hur stor del av dessa som utgörs av whiplashrelaterade skador saknas. Antalet omkomna i trafiken är ca 400 per år och nästan lika många får bestående skador, alltså någon form av medicinsk invaliditet.

Två studier baserade på de finska försäkringsbolagens material har dock visat att av ett antal personer som anmälde nackbesvär efter trafikolycka i Finland år 1998 rapporterade över 10% att de fortfarande upplevde besvär ett år efter skadan, en siffra som efter uppföljning tre år senare inte visade sig ha sjunkit, utan ökat något. Så många som mellan 10% och 17% använde ”någon form av hälsovård” för sina besvär. Antalet sjukskrivna var emellertid litet, bara 1,5% ett år efter olyckan och därefter ännu färre. De forskare som genomfört studien menade att siffrorna visade på en stor skillnad mellan hur finska patienter och läkare bedömde hälsotillståndet.⁴² I en senare studie användes samma material för att se om sociodemografiska faktorer spelade någon roll. Här fick forskarna fram att låg utbildningsnivå och hög ålder (över 60 år) var de viktigaste faktorerna för att förutsäga risken för långvariga besvär. Övriga faktorer saknade statistisk signifikans.⁴³

Trafikskadelagen i Finland

Finland har ett regelsystem som i allt väsentligt överensstämmer med det svenska när det gäller bestämmande av ersättning på skadeståndsrättslig

grund vid personskador. En grundläggande skillnad är dock att trafikförsäkringen i Finland är primär i förhållande till ersättningen från det allmänna, dvs. den skadelidande får *hela* sin personskadeersättning och inkomstförlust utbetald från trafikförsäkringen. Detta faktum har givit upphov till vissa följder när det gäller relationen mellan den enskilde, de allmänna trygghetssystemen och den privata trafikförsäkringen.

I Finland används schabloner i skaderegleringen på ett sätt som liknar Sveriges, alltså för ”sveda och värk” och för ”lyte och men” (invaliditet). Schablonerna är dock inte så detaljerade som i Sverige, och inga pengar alls betalas ut om inte trafikskadan räknas som allvarlig, dvs. överstiger 15% invaliditet. Den finska Trafikskadenämnden ger årligen ut en tabell över ”normer och instruktioner” som skall vara vägledande för hur trafikskadorna bedöms.

Det finska systemet innebär att ersättningen sänks eller tas bort helt för den som varit rattfull, har åkt som passagerare med en rattfull förare eller då fordonet ”varit i olovligt bruk”. Jämfört med sina nordiska grannländer, har man i Finland varit mer restriktiv med långvariga sjukskrivningar och sjukersättningar, något som också slår igenom när det gäller möjligheterna att få ersättning för långvariga besvär efter trafikskada.

Rehabilitering i försäkringsbolagens regi

Från den första januari 2005 skall också akuta vårdkostnader täckas av trafikförsäkringen, som får faktura på dessa vårdkostnader från den allmänna sjuk- och hälsovården. De finska trafikförsäkringsbolagen har därtill givits utökade befogenheter att själva välja ut och upphandla arbetslivsinriktad rehabilitering åt trafikskadade. Lagstiftaren hoppas på så sätt att vården skall bli mer effektiv. Möjligheterna för den som skadats att välja andra vårdformer än den anvisade rehabiliteringen är små, även om lagen uttryckligen säger att ”trafikskadepatienters rätt att få den vård de behöver” kvarstår. Detta innebär att det numera framför allt är försäkringsbolagens handläggare och medicinska experter den trafikskadade har kontakt med.

De finska försäkringsbolagen har ett gemensamt centrum för att utreda rehabiliteringsbehov av trafikskadade, Försäkringsbranschens Rehabilitering. Centret anger som sin uppgift ”att i samarbete med klienten, försäkringsbolaget/arbetspensionsanstalten, arbetsgivaren och olika serviceinrättningar göra upp ett rehabiliteringsprogram åt klienten. Målsättningen är att förbättra klientens funktions- och/eller arbetsförmåga samt att hjälpa klienten tillbaka till arbetslivet i fall det är möjligt.”⁴⁴ Utredningarna är rådgivande, men har i praktiken stort inflytande över hur rehabiliteringsstrategierna läggs upp för den enskilde. En anledning till den nya lagen kan vara att kostnaderna för rehabi-

litering i trafikskadeförsäkringen kontinuerligt har stigit från mitten av 1990-talet, medan kostnaderna för inkomstersättning legat kvar på samma nivå.⁴⁵

Norge

Norge var det nordiska land som under 1990-talet fick den snabbaste uppgången av antalet whiplashrelaterade skador i Norden, och norska forskare kunde också i flera studier rapportera ett ovanligt högt antal personer med någon form av kroniska besvär, uppemot 58%.⁴⁶ Detta ledde till att *Social- och helsedepartementet* tillsatte en utredning om diagnos- och bedömningskriterier för ”nakkeslenskader”, som levererade sitt betänkande år 2000. I rapporten konstaterades att det var WAD-skador av typ I och II enligt Quebec-systemet som var problemet, eftersom de inte leder till några objektiva fynd. Diagnosgruppen menade att symtomen bör debutera i anslutning till olyckan men ställde sig frågande till förekomsten av kroniska besvär, eftersom de är svåra att medicinskt koppla till trafikolyckan. ”Vi står derfor fortsatt med ofullständiga förklaringar på denne tillstanden”.⁴⁷ Rapporten menade dock att alla initiativ för att begränsa förekomsten av kroniska besvär skulle vara värdefulla.

Trafikskadelagen i Norge

I Norge används schabloner och schabloniserade beräkningssätt i större omfattning än vad som är fallet i Sverige. När det gäller ersättning för *inkomstförlust* betalas ersättningen som ett engångsbelopp. För *lyte och men* bestäms ersättningen av invaliditetsgraden och den skadades ålder. Invaliditetsgraden bestäms med ledning av tabeller som fastställs av *Folketrygden* (Norges motsvarighet till Försäkringskassan), och samma tabeller används vid bedömningar inom den allmänna arbetsskadeförsäkringen. I Norge finns ett antal utsedda specialistläkare som avger utlåtanden om vilken invaliditet en skada kan bedömas ha lett till (läkare som alltså inte är kopplade till de enskilda försäkringsbolagen). Även om läkarnas utlåtanden är rådgivande, accepteras de oftast i praktiken av såväl försäkringsbolag som skadelidande och deras ombud. Någon motsvarighet till de finska och svenska trafikskadenämnderna finns inte i Norge.

Även om grundförutsättningarna alltså på flera sätt liknar svenska förhållanden är de norska invaliditetstabellerna uppbyggda på ett delvis annat sätt, som gör dem mer komplicerade att tillämpa än de svenska.⁴⁸ Precis som i Finland har Norge helt tagit bort menersättningen för medicinsk invaliditet som inte överstiger 15%.

Aktiv personskadebehandling

Flera norska försäkringsbolag införde under 1990-talet ett system för att snabbt komma i kontakt med personer som anmält nackbesvär efter trafikolycka. Så snart en anmälan görs erbjuder försäkringsbolagen besök hos specialläkare, som bolaget har ett särskilt avtal med. Inom två veckor skall den skadade få komma på ett sådant besök, där läkaren ställer en diagnos och gör en prognos inför framtiden. Försäkringsbolaget Gjensidige har i avtalet med läkaren skrivit in att en första undersökning bör ta ca 60 minuter – betydligt längre tid än vad som är brukligt inom primärvården. Denna tid används också till att ge konkreta råd om hur den skadade själv bör bete sig för att undvika att förvärra och förlänga sina besvär. De norska läkare som är knutna till försäkringsbolagen driver i allmänhet linjen att snabb återgång i arbete är ett sätt att återhämta sig.

Skulle läkaren bedöma att det finns behov av ytterligare rehabiliteringsåtgärder, har försäkringsbolagen har tecknat avtal med ett antal sådana behandlingscentra. Gjensidige menar dock att den snabba insatsen, och fokus på självaktivering, har minskat behovet av längre och intensivare rehabilitering. De belopp som betalas ut av bolaget för trafikskador har sjunkit från slutet av 1990-talet. Ärendena handläggs snabbare – från i genomsnitt 3 till i genomsnitt 2 år – men antalet rättprocesser och överklaganden har ändå inte ökat.

Ullevålsprojektet

Det så kallade ”nakkeslengsprojektet” vid Ullevåls sjukhus blev det första nordiska projekt som direkt försökte adressera problemet med whiplashrelaterade skador inom norsk sjukvård. En metod för tidigt omhändertagande utarbetades som byggde på principer om noggrann dokumentation, identifiering av patienter med risk för långvariga besvär, och information till patienten. En av utgångspunkterna för Ullevålsprojektet var att oron för långvariga besvär var en av de största riskfaktorerna för att utveckla kroniska symtom. Ett lättillgängligt informationsmaterial spreds till norsk vårdpersonal. Projektet har fungerat som en inspiration för flera av de vårdprogram som utarbetats vid svenska landsting.

Danmark

I Danmark har antalet anmälda whiplashrelaterade skador i relation till antalet anmälda trafikskador varit lägre än i Sverige och Norge. Under senare år har det förekommit en viss ökning. Den danska trafikskadestatistiken uppskattade för några år sedan att mellan 5 000 och 10 000 personer drabbades av

initiala whiplashrelaterade besvär varje år, men underströk att siffrorna är osäkra. Samtidigt har nämligen antalet polisanmälda trafikolyckor gått ned. Sundhetsstyrelsen räknar med att endast 30% av alla faktiska trafikolyckor rapporteras till polisen, men räknar med att drygt 5 000 personer varje år söker läkarvård på grund av nacksmärtor efter trafikolycka. Av dessa kommer troligen mellan 5% och 10% få bestående besvär. En beräkning av den danska försäkringsupplysningen angav att de whiplashrelaterade skadorna år 2000 kostade försäkringsbolagen 500 miljoner kronor/år, en siffra man då menade var i stigande.

Trafikskadelagen i Danmark

Danmark har precis som de övriga nordiska länderna en trafikskadelagstiftning som bygger på skadeståndsrätten. Motsvarigheterna till sveda och värk och lyte och men ersätts enligt schabloner som strukturellt överensstämmer med dem som tillämpas i Sverige, men i Danmark ersätts inte skador där invaliditetsgraden bedömts som under 5%. Sedan några år tillbaka skiljer sig emellertid Danmark på en viktig punkt från övriga Norden när det gäller personskadeersättning och det gäller *ersättningen för inkomstförlust*. I Danmark tillämpas ett starkt schabloniserat system också vid beräkningen av sådan förlust. Inkomstförluster som är mindre än 15% av årsinkomsten ersätts över huvud taget inte. (För barn under 18 år tillämpas särskilda schabloner).

Arbejdsskadestyrelsen har en viktig roll vid regleringen av personskador i Danmark. Enligt en bestämmelse i den danska skadeståndslagen kan såväl skadevällaren som den skadade inhämta ett utlåtande från Arbejdsskadestyrelsen angående den förvärvsmässiga invaliditetsgraden. Detta utlåtande är endast rådgivande och alltså inte bindande för parterna, men i praxis avviker domstolarna sällan från bedömningen. Någon motsvarighet till de svenska och finska trafikskadenämnderna finns inte i Danmark.

Århusprojektet

Den danska försäkringsbranschen satsade år 2000 över 8 miljoner danska kronor på ett stort projekt om behandling och rehabilitering av whiplashrelaterade skador. Så många som 1 600 personer ingår i studien, som testat tre relativt enkla behandlingsmetoder för personer med akuta whiplashrelaterade besvär. Projektet avser att på detta sätt kunna slå fast vilka rekommendationer primärvården bör ge personer som anmäler nackproblem efter trafikolycka. Studien kommer att bli unik i sitt slag genom att forskarna kunnat använda ett så stort patientunderlag, och den är planerad att slutrapporteras i mitten av 2005.⁴⁹

Diskussion

Det finns stora skillnader mellan förekomsten av whiplashrelaterade besvär i olika delar av världen, och det är också skillnad på om skadorna är övergående eller om de leder till någon form av kronisk problematik. Som en av de viktigaste förklaringarna brukar skillnader i ersättningssystemen anges. Studien från den kanadensiska delstaten Saskatchewan visar att ersättningssystemen har betydelse också för människors medicinska tillfrisknande.

Vid en jämförelse med Finland, Norge och Danmark – alla med en trafikskadlagstiftning som liknar vår – blir det uppenbart att också inom ramen för liknande ersättnings- och vårdssystem kan länder välja delvis skilda sätt att hantera trafikskador. Trots att de nordiska trafikskadlagarna bygger på skadeståndsrättsliga principer, har man i större eller mindre grad börjat använda sig av schabloniserade ersättningar. Längst i detta avseende har Danmark gått, som schabloniserat hela ersättningen, också inkomstförlusten, som desutom inte ersätts om den understiger 15% av årsinkomsten. Norge och Finland (liksom Sverige) har istället schabloniserat ersättningar för sveda och värk resp. lyte och men – alltså de ideella ersättningarna. De tre nordiska grannländerna har alla valt att sätta en undre gräns för den invaliditetsgrad som ger rätt till ideell ersättning: 5% i Danmark, 15% i Finland och Norge. Vi kommer att anknyta till diskussionen om schabloner i rapportens kapitel 9.

De nordiska länderna har också sökt olika metoder för att effektivisera det medicinska omhändertagande av personer med whiplashrelaterade besvär. Som ovan konstaterats när det gäller svenska förhållanden, är ett av de största problemen med de whiplashrelaterade skadorna att de tar så lång tid att utreda, behandla och ersätta. I Sverige liksom i övriga Norden har vården haft svårt att hitta fungerande behandlingsstrategier, samtidigt som den skadeståndsrättsliga principen blivit otymplig att tillämpa när antalet anmälda skador dramatiskt ökat. En snabbare och enklare hantering av de whiplashrelaterade trafikskadorna, både i vårdsystemet och i ersättningssystemet, har i Finland, Norge och Danmark ansetts vara en av de viktigaste åtgärderna för att minska det mänskliga lidandet och de samhällliga kostnaderna.

Whiplashkommissionen menar att vi i Sverige bör inspireras av hur våra nordiska grannländer hanterar problemen med de whiplashrelaterade skadorna. Vi kommer nedan att utveckla våra förslag i den del av rapporten som omfattar kapitlen 6-11.

Noter

- 27 Joslin, CC, Khan SN, Bannister GC, "Long-term disability after neck injury: a comparative study", *J Bone Joint Surg Br* 2004 Sep; 86 (7): 1032-4.
- 28 Young WF. The enigma of whiplash injury: current management strategies and controversies. *Postgrad Med* 2001;109(3):179-86
- 29 Schrader et al 1996, Obelienne et al 1999.
- 30 I den internationella projektet The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders gör man för närvarande en genomgång av publicerad medicinsk litteratur för att bland annat fånga in hur allvarliga problemen i olika länder är med nackbesvär och nacksmärtor, oavsett orsak. Utgångspunkten är att diagnosticering och framför allt behandling borde kunna ske under liknande former oavsett symtomens orsak. se presentation av detta projekt på hemsidan: www.nptf.ualberta.ca.
- 31 Partheni M, et al 1999; Partheni M, et al, 2000.
- 32 Som diskuterats ovan i kap. 3 har flera kritiker menat att studierna varit för små för att kunna dra så långtgående slutsatser Se t ex Nygren et al. (2000).
- 33 Pearce JM. "The myth of chronic whiplash syndrome". *Spinal Cord* 1999;37(11):741-8; Panjabi MM, Cholewicki J, Nibu K, et al. "Simulation of whiplash trauma using whole cervical spine specimens". *Spine* 1998;23(1):17-24.
- 34 Ferrari, Robert, *BC Medical Journal* Vol 44, No 6, July/August 2002, p. 307-311; Ferrari R, Lang C, "A cross-cultural comparison between Canada and Germany of symptom expectation for whiplash injury.", *J Spinal Disord Tech*. 2005 Feb;18(1):92-7.
- 35 Bonk, A 2000.
- 36 Joslin CC, Khan SN, Bannister GC, "Long-term disability after neck injury. A comparative study", *J Bone Joint Surg Br* 2004 Sep; 86 (7): 1032-4.
- 37 Sterner Y, Gerdle, B, "Acute and chronic whiplash disorders – a review", *J Rehabil Med* 2004 Sep; 36 (5): 193-209
- 38 De juridiska begreppen för de bägge systemen är "tort" resp. "no fault".
- 39 *Saskatchewan Auto Fund 2003 annual report*; brev från Jon Schubert, President SIG, 4 augusti 2004.
- 40 Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P, et al. "Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury." *N Engl J Med* 2000;342(16):1179-86.
- 41 Saskatchewanstudien har ådragit sig viss kritik, dels för att den finansierats med pengar från försäkringsbolaget, dels för hur urvalskriterierna sett ut: bland annat uteslöts skadelidande som återupptagit sina skadeärenden. Kritik har också riktats mot hur de kanadensiska forskarna definierat "tillfrisknande" Se t ex H Merkey, Robert Teasell & D Nussbaum, "Science, Whiplash, Insurance and Minimizing pain", opubl. artikel från University of Western Ontario (2001); opubl. brev från M Freeman & A Rossignol, Submission to NEJM Sounding Board Editoria, (2000). Artiklarna finns bland annat tillgängliga på Tomas Alsbro's internetportal whiplash.pp.se. Den ursprungliga studien publicerades emellertid i *New England Journal of Medicine*, vilket innebar en rigorös granskning före publicering. Resultaten måste därför betraktas som relevanta.
- 42 Finska studierna del 1 & 2 in här.
- 43 Finska studien del 3 – follow up efter 3 år.
- 44 Se hemsidan: www.vkk.fi.

45 Exempel: enligt finska trafikförsäkringsföreningen steg rehab-kostnaderna mellan 1993 och 1997 från ca 47 000 000 mark till 59 000 000 mark.

46 Borchgevink et al, 1996.

47 SMM rapport nr. 5/2000: Nackslenskade. Diagnostik og evaluering.

48 De norska tabellerna innehåller tio grupper som var för sig innehåller 10 procentenheter. Som exempel kan nämnas grupp 2, som innehåller invaliditetsgraderna 35-44%. Varje grupp svarar mot en viss procentsats av det sk ”grundbeloppet” om f.n. (år 2005) ca 55 000 SEK (vad vi i Sverige kallas basbelopp).

49 Studien är enligt uppgift från Bank & Forsikring färdig, men kommer först att avrapporteras genom publicering i en vetenskaplig tidskrift, därefter offentliggöras

ÅTGÄRDSFÖRSLAG

6. FÖREBYGGANDE TRAFIKSÄKERHET

Åtgärdsförslag

En förbättring av trafiksäkerheten skulle stoppa ökningen av antalet whiplashrelaterade olyckor, och avsevärt lindra konsekvenserna av de olyckor som ändå sker. Här ligger en viktig del av lösningen på whiplashproblematiken.

Whiplashkommissionen föreslår att:

- Svenskt trafiksäkerhetsarbete inom nollvisionen uppmärksammar att whiplashrelaterade trafikolyckor kan medföra långtgående konsekvenser för den enskilde
- Nollvisionens insatser för att förbättra trafikmiljö och trafikbeteende fokuserar också de situationer som är typiska för whiplashrelaterade olyckor
- De nya whiplashskydden utvärderas i oberoende konsumenttester på europeisk nivå
- Bilindustrin och konsumenttester uppmärksammar att allvarliga whiplashrelaterade besvär är vanligare hos kvinnor – vilket bör påverka skyddens och testernas utformning
- Bilindustrin och konsumenttester uppmärksammar utvecklingen av eftermonterbara skydd
- Försäkringsbranschen premierar bilar med väl fungerande skydd
- Svenska trafikforskare och myndigheter tar initiativet till snabbare europeiska överenskommelser kring gemensamma krockprover och lagkrav

Inledning

Under bilens århundrade, 1900-talet, har trafiksäkerhetsmedvetandet hela tiden ökat. Det har inneburit att bilarnas säkerhetsegenskaper förbättras, att en bättre trafikmiljö utvecklats och att bilförarnas beteende förändrats. Samtidigt har antalet bilar och trafikens intensitet också ökat, vilket trots olika förebyg-

gande åtgärder lett till allt fler bilolyckor. En sådan ökning har utgjorts av antalet whiplashrelaterade olyckor. I detta kapitel diskuteras hur olika trafiksäkerhetsåtgärder dels kan minska antalet inträffade krockar, dels minska förekomsten av allvarliga och långdragna besvär efter olycka med whiplashvåld. Kommissionen har tagit initiativ till två mindre projekt på området: en utvärdering av eftermonterbara whiplashskydd och en matematisk justering av krockprov. Projekten finns redovisade i sin helhet i rapportens bilaga 1 respektive 2.

Nollvisionen

Sverige har under många år legat långt framme i ett internationellt perspektiv, både vad det gäller trafiksäkrare bilar och bättre trafikmiljöer. Under de senaste decennierna har Sverige också kunnat minska antalet dödsolyckor genom en rad trafiksäkerhetsåtgärder. Riksdagen antog år 1997 den så kallade "nollvisionen", som går ut på att minska antalet dödsolyckor och svåra skador i trafiken. Av tradition har till kategorin "svåra skador" räknats skador som kräver omedelbar sjukhusvård. På Vägverkets hemsida definieras "svårt skadad i trafikolycka" en person

som fått brott, krosskada, sönderslitning, allvarlig skärskada, hjärnskakning eller inre skada eller andra skador som väntas medföra intagning på sjukhus.⁵⁰

Svenskt trafiksäkerhetsarbete är sedan några år inriktat på att förverkliga denna nollvision, bland annat genom ett ökat samarbete mellan bilindustrin, olika myndigheter och de organisationer som företräder bilförare. Trots att nollvisionen alltså omfattar också svåra skador, har den politiska debatten kring initiativet framför allt kommit att handla om antalet döda i trafiken. Ett delmål har formulerats som att senast år 2007 uppnå en halvering av antalet döda i trafiken, från ca 500 personer per år till 250.

Whiplashrelaterade skador i nollvisionen

Men hur relevant är nollvisionen för de whiplashrelaterade skadorna? Efter en krock med whiplashvåld uppstår sällan akut vårdbehov. Enligt Vägverkets egen definition blir det därför inte alltid en självklarhet att räkna en whiplashrelaterad skada som "svår", även om symtomen efter hand kan ge upphov till mycket allvarliga besvär. Eftersom skuldfrågan oftast är klar, tillkallas inte alltid polis. En studie har uppskattat att endast ca 10% av olyckorna polisanmäls.⁵¹ Den offentliga statistiken över bilolyckor fångar därför inte upp den

kraftiga ökning av antalet whiplashrelaterade skador som faktiskt skett under de 15–20 senaste åren. Detta kan ha lett till att denna typ av trafikolycka inte fått tillräcklig uppmärksamhet i svenskt trafiksäkerhetsarbete.

Som redovisats tidigare i denna rapport räknar Trafikskadenämnden med att ca 1 500 personer per år i Sverige bedöms ha en invaliditet på 10% eller mer till följd av whiplashrelaterad skada. Till denna siffra läggs de många människor som bedöms ha en lägre invaliditetsgrad, men som kanske ändå drabbas av arbetsoförmåga för resten av livet. Försäkringskassan räknar med att minst 500 personer per år drabbas av livslång arbetsoförmåga till följd av whiplashrelaterad skada. Whiplashkommissionen vill därför understryka behovet av att i arbetet med att förverkliga nollvisionen också fokusera whiplashrelaterade olyckor.

Trafiksäkerhet och whiplash

Vägmiljön

När det gäller *vägmiljön* har det svenska nollvisionsarbetet bland annat inriktats på byggandet av mötesfria motorvägar. Men de whiplashrelaterade olyckorna sker oftast i tät stadstrafik varför en helt annan typ av trafikmiljöåtgärder krävs för att förebygga dem. De flesta olyckorna sker i rusningstid, när den påkörda bilen står stilla eller kör i låg hastighet.⁵² Trafikljus, vänstersvängar och i viss mån cirkulationsplatser är vanliga olycksmiljöer, liksom korsningar. Den största risken för krock med whiplashvåld är trafiksituationer där kö och trängsel tvingar fram en ryckig körning, men de allvarligaste krockarna sker i korsningar där hastighetsbegränsningen är hög och där vänstersväng sker.⁵³

Det så kallade STRADA-projektet – ett samarbete mellan polis, svensk sjukvård och Vägverket – har de senaste åren givit underlag till en förbättrad trafikmiljö, genom en uppföljning av polisrapporterade bilolyckor. Men som vi tidigare kunnat konstatera ger detta material inte tillräckligt med information om de krockar där whiplashvåld förekommer. Vi behöver veta mer om till exempel ytterligare hastighetsbegränsningar i redan låga farter kan förbättra situationen, eller vilka konsekvenser de många nya cirkulationsplatserna i svensk stadsmiljö får.

I en analys av skaderapporter från Folksam, föreslår trafikforskaren Lise-Lott Söderström vid Lunds universitet ett antal åtgärder för att förbättra vägmiljön just med avseende på whiplashrelaterade bilolyckor. Hon menar att antalet sådana olyckor skulle minska om trafikplaneringen arbetade för att:

- Minska trängseln i tät stadstrafik
- Förbättra varningssystemen som gör föraren uppmärksam på köbildning, till exempel genom variabla hastighetsskyltar.⁵⁴

- Minska hastigheten vid korsningar och även vid på- och avfarter från motorväg
- Minska risken vid vänstersväng: gör korsningar större och mer synliga, bygg egna körfält för de bilar som skall svänga vänster.

Trafikanternas beteende

Nollvisionen har också lett till att man försökt ändra *trafikanternas beteende*, bland annat genom en ökning av hastighetsövervakning på landsväg. Inte heller här har nollvisionsarbetet varit direkt relevant för de whiplashrelaterade krockarna. Under 1990-talet försökte Vägverket på olika sätt uppmuntra trafikanter att ”hålla avståndet”, en typ av beteendeändring som direkt adresserade problemet med påkörningar bakifrån.⁵⁵ I sin analys uttalar dock Söderström att avståndshållning inte är så centralt som forskarna tidigare trott.⁵⁶ Ytterligare ett försök att förändra trafikanternas beteende har varit initiativet med högre bromsljus, vilket idag är standard i de flesta bilmodeller.

Kampanjerna tycks dock inte ha påverkat antalet inträffade krockar – antalet anmälda krockar till försäkringsbolagen har ökat varje år det senaste decenniet. Men trafikanters beteende är inte oviktigt för att minska riskerna för allvarliga besvär. Forskare som analyserat skaderapporter och krockmönster har formulerat några enkla regler som biltrafikanter bör följa:⁵⁷

- Justera huvudstödet till rätt nivå. Det innebär att stödets överkant skall vara i höjd med hjässan.
- Minimera avståndet mellan huvudet och huvudstödet genom att räta upp stolsryggen
- Hålla ordentligt avstånd till framförvarande bil.
- Om man hinner se i backspeglarna att man kommer att bli påkörd bakifrån: pressa huvudet mot nackstödet och vrid inte huvudet.

Bilens betydelse

Förbättringar i vägmiljön och förändringar i trafikbeteendet skulle förmodligen kunna minska antalet whiplashrelaterade skador. Men den stora förbättringspotentialen när det gäller de whiplashrelaterade krockarna ligger i bilens, och då in synnerhet bilstolarnas, konstruktion.

Bilindustrin har sedan 1970-talet utvecklat allt säkrare bilar när det gäller att motstå krockar i högre hastigheter. Bilkarosserna har blivit allt styvare och hårdare, vilket lett till att dödsolyckorna blivit färre. Men paradoxalt nog har denna utveckling troligen ökat risken för whiplashrelaterade olyckor. De styvare bilarna utsätter nämligen bilens förare och passagerare för en stummare typ av rörelse, som bland annat riskerar att orsaka skador på nacken.

Det är därför framför allt på bilarnas konstruktion, som trafiksäkerhetsarbetet när det gäller whiplashrelaterade skador bör inriktas. Det finns ett antal nyheter som kan få stor betydelse i arbetet med att minska antalet whiplashrelaterade besvär. *Aktuella studier visar att med effektiva whiplashskydd kan risken för långvariga besvär minskas med så mycket som 40%.*⁵⁸ Initiativ till sådana skydd har tagits under senare år från flera håll, och många bilmärken har nu aktiva whiplashskydd som standard eller tillval i nyare modeller. Vägverket har sedan år 2002 samlat en Whiplashpreventionsgrupp med representanter från bilindustrin och försäkringsbranschen, som genom bland annat tester av nya skydd arbetar med att utveckla bilarnas säkerhet. Gruppen kan ses som ett nytt initiativ inom ramen för nollvisionen.⁵⁹

Att förebygga whiplashrelaterade skador genom ny teknik

Att genom bilens konstruktion förebygga whiplashrelaterade skador är inte helt enkelt, bland annat av den anledningen att vi idag inte vet när i olycksförloppet skadan inträffar. Den rörelse nacken utsätts för vid en påkörning bakifrån innehåller flera olika moment: huvudet kastas framåt, sedan bakåt, och ibland uppstår en pisksnärtsliknande rörelse i nackkotorna. Som konstaterats ovan i rapportens kapitel 2, kan skadans orsak skilja sig åt mellan olika personer – och möjligheten av att förebygga skadorna måste ta hänsyn till detta. För att ringa in de olika påfrestningarna som nacken utsätts för har trafikforskare utvecklat ett antal skadekriterier, och för en fungerande krocktestning behövs i allmänhet fler än ett. Det har till exempel visat sig att skyddsbehoven skiljer sig åt för påkörningar bakifrån beroende på hastighet och bilarnas storlek. Det har också visat sig att många whiplashrelaterade skador uppstår vid påkörning framifrån eller från sidan, vilket ytterligare försvårar arbetet med att utveckla fungerande krocktester.

Whiplashkommissionen vill understryka, att de krocktester som genomförs måste bygga på vetenskapligt belagd kunskap om vad som händer med bil och människa vid en whiplashrelaterad krock. Att detta kan vara komplicerat visas inte minst av att en del biltillverkare installerat whiplashskydd i nya bilar, som i oberoende tester visat sig vara nästan helt verkningslösa. Ett samarbete på europisk nivå för att utarbeta en gemensam krockprovstandard pågår. Målet är att kunna använda gemensamma testmetoder för krockar med whiplashvåld vid påkörning bakifrån, framifrån och från sidan.⁶⁰

Nackskydd

Mot bakgrund av att skademekanismerna är så oklara när det gäller whiplashrelaterade skador och att effekterna skiljer sig åt beroende på krock-

situation och förarens egenskaper, måste whiplashskyddande åtgärder ta sikte på flera tänkbara skademekanismer. Försöken att med bilkonstruktionens hjälp minska risken för nackbesvär i samband med trafikolyckor inleddes på 1970-talet. Då utvecklades huvudstödet, eller nackskyddet, i vissa bilmodeller. Tanken var att förhindra att nacken böjdes allt för långt bakåt i samband med krock. Nackskydd har sedan successivt kommit att införas på samtliga sittplatser i bilen. Effekten på långvariga whiplashrelaterade besvär har dock visat sig vara relativt låg, 5-10%. En förklaring till det kan bland annat vara att många trafikanter av bekvämlighetsskäl placerar sina nackskydd på fel sätt.

Skydd genom förändring av stolens geometri

När nu speciella whiplashskydd har börjat utvecklas av bilindustrin, har de i stället byggt på principen om att kompensera för de styvare bilkonstruktionerna: genom att aktivera rygg- och/eller huvudstödet reduceras den relativa hastigheten mellan bröstkorg och huvud.

Dessa mer avancerade whiplashskydd introducerades av några biltillverkare i slutet av 1990-talet. De skiljer sig åt sinsemellan, men den gemensamma nämnaren är att huvudstödet eller ryggstödet geometri förändras i krockögonblicket. Tanken är att stolen skall bidra till en kontrollerad uppbromsning av överkroppen, så att accelerationskraften på människan minskas. I vissa modeller åker huvudstödet fram för att skydda nacken då huvudet kastas bakåt. Den svenska biltillverkaren Saab använder sig av denna modell. I andra modeller är det istället stolen som ändrar form och läge för att dämpa krockvåldets effekter på nacken. Volvos skyddssystem WHIPS bygger på denna princip. Båda dessa principer har i krockprov visat sig minska pisksnärtseffekten med ungefär 40%.

Nya krockprov

Whiplashkommissionen har haft ett kontinuerligt samarbete med Whiplashpreventionsgruppen sedan 2003. Då initierade gruppen en serie krockprov, med syfte att utvärdera nya whiplashskydd i ett antal bilmodeller. Samtidigt testades vissa nya bilar utan whiplashskydd. Hittills har tre sådana serier genomförts och sammanlagt ett 40-tal bilmodeller har testats. Krockproven har genomförts i väntan på att de stora europeiska konsumenttesterna – som EuroNCAP – skall införa standardiserade krockprov av whiplashskydd i nya bilar, och som en vidareutveckling av de tidiga tester som utförts i USA. Proven har offentliggjorts dels i broschyrform, dels rapportform där Folksam

forskning och Vägverket står som gemensamma utgivare. Resultaten är viktiga då de är ett led i arbetet med att minska antalet whiplashrelaterade skador i Sverige. De presenteras därför i korthet här.⁶¹

Krockprovets genomförande

Svenska forskare har varit ledande när det gäller att basera sina krocktester på data som samlats in via ”svarta lådor” utplacerade i bilar som varit med om krockar. Genom att kartlägga hur bilarna – och bilstolarna – uppför sig i ett antal verkliga bilolyckor, kan trafikforskare med större precision återskapa typiska krocksituationer i ett testlaboratorium. Folksam forskning utrustade år 1995 ca 40.000 bilar med ”svarta lådor” innehållande så kallade krockpulsmätare för att kunna analysera sambandet mellan krockvåld och personskada, både vid påkörning bakifrån och vid påkörning framifrån.⁶²

Eftersom det är i bilstolarna som de nya whiplashskydden byggts in, är det också bilstolarnas egenskaper vid krocktillfället som utvärderats i testerna. Folksam forskning har i samarbete med biltillverkarna kunnat använda stolar från ett stort antal modeller.

Bilstolens skyddande egenskaper har utvärderats i tre olika krockvåldsnivåer vid påkörning bakifrån. Dessutom har tre olika skadekriterier använts. Skaderisken mäts i början av krockförloppet (NIC/nackvåld), i mitten (Nkm/-Nackkraft) och i slutet (återstuds). Metoden utvecklades något mellan de prov som utfördes år 2003 och de som utfördes 2004, men även om provserierna inte är helt jämförbara ger de ändå en god vägledning i bilstolarnas förmåga att förhindra att allvarliga whiplashrelaterade skador uppstår.

Sammanfattning av resultaten

Krockproven visar att säkerhetsnivån varierar stort mellan olika bil- och stolmodeller. Det finns bilstolar som utsätter de åkande för stora belastningar i flera skadeområden vid provningarna. Andra stolar lyckas skydda de åkande väl. Några bilmodeller med inbyggda whiplashskydd fick dåliga resultat i testerna. Vissa bilar som inte angav att de byggts in ett skydd mot whiplashvåld klarade sig hyggligt ändå.

Två goda exempel är Volvo och Saab, där de nya whiplashskydden minskade risken för långvariga besvär med uppemot 40% (+/- 21%). I princip är de nya bilarnas skydd mot whiplashvåld effektiva, men stora skillnader kvarstår mellan olika bilmodeller. De uppmätta skillnaderna visar att risken för att få bestående whiplashrelaterade besvär varierar från låg risk till tämligen hög risk.

En av de bilmodeller som testades i den första krockprovsserien 2003, och som fick dåliga resultat, var Audi A3 – trots att bilen var utrustad med särskilt

whiplashskydd. Efter publiceringen av testerna gjorde Audi en revision av sitt whiplashskydd, och i en senare testserie fick bilmodellen avsevärt bättre resultat. I den krockserie som presenterades i april 2005 fick en annan bilmodells whiplashskydd underkänt i krockproven, men denna tillverkare valde då att hänvisa till tester utförda i Tyskland som givit samma skydd gott betyg.

Slutsatsen blir att det är angeläget med oberoende konsumenttester av de nya skydden, innan deras effektivitet kan påvisas. Det mest inflytelserika testet är EuroNCAP. Whiplashkommissionen stöder Vägverkets arbete för att whiplashskydd också skall inkluderas i EuroNCAP:s tester. *Konsumenttester visar att de bästa skydden på marknaden är mycket effektiva när det gäller att minska risken för allvarliga besvär.* Att vissa skydd skulle kunna minska risken med så mycket som 40% är imponerande. Om vi kunde få skydd som bara var hälften så effektiva i fler av de bilar som rullar på svenska vägar, skulle vi bryta den snabba ökningen av whiplashrelaterade skador. Det skulle innebära att färre människor utsattes för långdragna problem, och att samhällskostnaderna i samband med whiplashrelaterade besvär avsevärt skulle minska.

Matematiska modeller

Svenska forskare har alltså med stor precision kunnat återskapa typiska krocksituationer i ett testlaboratorium. Under senare år har en grupp forskare vid avd, för neuronik, Tekniska Högskolan i Stockholm gjort försök åt andra hållet: genom matematiska modeller har de försökt återskapa ett olycksförlopp i efterhand. Metoden har väckt förhoppningar om att kunna fastställa sambandsfrågor när det gäller trafikskador. Än så länge är dock rekonstruktionens tillförlitlighet beroende av att noggranna data matas in – och därmed är metoden i praktiken ännu inte användbar för att besvara sambandsfrågorna.

Men rent generellt har trafikforskare allt oftare börjat använda matematiska modeller i trafiksäkerhetsarbete. De kan till exempel användas för att kompensera vad som upplevts som krockdockornas brister. Det har nämligen visat sig komplicerat att ta fram krockdockor som kan imitera den mänskliga nackens alla rörliga delar. Ett antal olika dockor har utvecklats parallellt. Idag försöker forskarna enas om vilka modeller som fungerar bäst, till exempel i EU-projektet ”Whiplash 2”, där europeiska trafiksäkerhetsforskare samarbetar kring principerna för krocktestning (projektet beräknas bli färdigt under 2005).⁶³

När vi diskuterar trafiksäkerhetsmetoder är det viktigt att göra skillnad på *utvecklingsprov*, där trafikforskarna arbetar med avancerade metoder för att förstå hur bilen och människan uppför sig och vad som händer under krocksi-

tuationen, och *konsumentprov*, som handlar om att verifiera bilens funktioner (som EuroNCAP). Utvecklingen av matematiska modeller är ett kostnadseffektivt sätt att minska riskerna med en alltför statisk och endimensionell krockdocka, som kanske inte i alla situationer uppför sig som en mänsklig kropp kan förväntas göra.

Trafiksäkerhet – bara för "normalbyggda" män?

Att med matematiska beräkningar kunna justera för krockdockornas brister är viktigt också ur en annan synpunkt. Whiplashkommissionen har uppmärksammat, att de krockdockor som utvecklats för att arbeta med just whiplashförebyggande åtgärder visserligen har olika egenskaper sinsemellan, men en sak gemensamt: de är alla baserade på en genomsnittlig man.

Trafiksäkerhetsarbete måste bygga på en gemensam standard. När det gäller trafiksäkerhetsteknik har det ofta varit en rimlig utgångspunkt att utgå från en genomsnittlig man. Män kör bil i högre utsträckning än kvinnor, de råkar oftare ut för trafikolyckor, och skydd för en genomsnittlig man har oftast kunnat skydda kvinnor lika bra. Men när det gäller just whiplashrelaterade krockar stämmer inte denna bild.

Kvinnor och män skiljer sig åt: den genomsnittlige mannen är både längre och tyngre än den genomsnittliga kvinnan. Konstruerar biltillverkaren ett krockskydd utifrån en viss längd och vikt, kan det innebära att den som inte motsvarar dessa mått inte får ett fullgott skydd. Så har också skett i konstruktionen av vissa whiplashskydd, som utformats efter prov med de "genomsnittliga" manliga krockdockorna och där längd och vikt varit viktiga. För den som är antingen längre och tyngre än genomsnittet – vilket gäller en stor grupp män – eller kortare och lättare – vilket gäller de flesta kvinnor – fungerar alltså inte skydden som det är tänkt. Några bilmodeller har i realiteten utvecklat skydd som inte ens utlöses av en kort och lätt förare.

Som diskuterats tidigare i rapporten, har flera studier visat att risken för långvariga besvär efter en krock med whiplashvåld är större för kvinnor än för män. Ett antal olika orsaker till detta har föreslagits: kvinnor kör oftare i stadstrafik, de kör oftare äldre och mer trafikfarliga bilar, och kvinnors fysik är annorlunda än mäns; nackmuskulaturen är svagare. Det borde alltså ses som angeläget att utveckla fungerande whiplashskydd för alla – också kvinnor.

Matematiska justeringar av krockprov

Att utveckla en kvinnlig modell av en krockdocka för utprovning av whiplashskydd har inte varit möjligt inom ramen för Whiplashkommissionens uppdrag. Ett sådant projekt skulle ha krävt för mycket tid och för stora resurser.

Men eftersom det är i högsta grad angeläget att uppmärksamma frågan om kvinnor och trafiksäkerhet, har Whiplashkommissionen givit dr. Janusz Kajzer, Athesham Khan och Manuel Forero vid avd. för maskinteknik, Chalmers tekniska högskola, i uppdrag att göra en serie krockprovsjusteringar så att resultaten är relevanta också för kvinnor. Dessutom har projektet gjort justeringar så att krockproven stämmer också för en man som är längre och tyngre än genomsnittet. Beräkningarna i sin helhet finns presenterade i rapportens bilaga 2.

Krockprovsjusteringen bygger på flera matematiska modeller. De tre forskarna har använt modeller av krockdockan BioRID II, av ett typiskt bilsäte (efter Toyota Yaris Maydamo-modell) och också modeller av olika typer av krockpulser, baserade på data från verkliga olyckor. Krockpulserna representerar olika styrkor av whiplashvåld som kan uppstå i olika typer av krockar.⁶⁴ De två huvudtyperna av whiplashskydd testades: dels ett aktivt huvudskydd som i krockögonblicket rör sig in mot bakhuvudet (denna princip används av till exempel Saab), dels ett skydd där sätet rör sig bakåt (Volvos WHIPS är konstruerat på detta sätt).

Genom att använda sådana här matematiska modeller erhålls ungefärliga resultat som kan peka på vissa sannolika samband – samband som bör undersökas närmare. Denna typ av beräkningar kan alltså beskrivas som utvecklingsprov. Men för att kunna användas som konsumentprov bör krocktesterna utföras på riktiga bilar, med riktiga dockor och i återskapade krocksituationer.

Resultat av beräkningarna

När beräkningarna genomförts, visade det sig att de två typerna av whiplashskydd fungerar olika väl för personer av olika storlekar. *Sämst fungerar bägge typer av skydd för den lättare och kortare kvinnan.* Detta kan bland annat förklaras med att kvinnans kropp representerar en mindre massa. När det gäller whiplashskydd som bygger på att stolens geometri förändras, är just förarens/passagerarens massa en viktig faktor. Beräkningarna visade att den kvinnliga krockdockan fick ta emot ett större våld som potentiellt kan orsaka allvarligare skador. Detta stämde för alla typer av krockpulser. Den mycket långa och tunge mannen fick också ett sämre skydd än genomsnittsmannen, men inte lika dåligt som kvinnan. Här skilde sig dessutom de olika krockpulserna åt: i vissa krocksituationer spelade mannens storlek ingen större roll.

Mätningarna av hur mycket sämre effektiviteten för de olika dockorna blev visade en intressant skillnad mellan de två typerna av whiplashskydd. *Det aktiva huvudstödet* gav ett något bättre skydd för alla tre dockorna, även om skyddet alltså var bäst för den genomsnittlige mannen. Tekniken där *stolen rör*

sig bakåt uppvisade däremot stora skillnader. Kajzer, Khan och Forero menar att denna typ av whiplashskydd är svårare att konstruera på ett sådant sätt att den passar många typer av förare och passagerare.

Slutsatsen blir att förarens storlek spelar stor roll för de nya whiplashskyddens effektivitet, och att principen som bygger på det aktiva huvudstödet är lättare att anpassa till fler förartyper. Det betyder förstås inte att biltillverkare bör överge de skydd som bygger på att bilstolen flyttar sig, men de bör uppmärksammas på de större svårigheterna med att kompensera för olika människors storlek och tyngd.⁶⁵

Andra skydd

Nya bilar kan, med effektiva whiplashskydd, erbjuda en väsentlig minskning av risken för allvarlig skada efter krock med whiplashvåld. Men även om alla nya bilar utrustades med effektiva skydd, skulle det dröja många år innan den svenska bilparken var utbytt. Det är därför angeläget att pröva eftermonterbara skydd.

Test av två eftermonterbara kuddar

Idag finns det på marknaden en typ av sådana skydd, nämligen kuddar som monteras på bilstolen. Idén bakom kudden är enkel och följer egentligen samma princip som för ett effektivt användande av bilens nackskydd: rätt monterad gör kudden att skyddet hamnar närmare hjässan. En löstagbar kudde ställer dock krav på festsättningen – hamnar den fel blir den verkningslös. Den riskerar desutom att hamna i fel position vid mer komplicerade krockförlopp.

En nyligen publicerad amerikansk studie från Insurance Institute (IIHS) har visat att de eftermonterbara kuddarna kan bidra till att minska risken för långdragna whiplashrelaterade besvär. Likaså har goda testresultat rapporterats till Whiplashkommissionen av den svenska tillverkaren Whipguard. Whiplashkommissionen har därför i samarbete med Whiplashpreventionsgruppen testat två typer av sådana kuddar. Resultaten finns redovisade i sin helhet i rapportens bilaga 1.

För att få en så allsidig testsituation som möjligt, testades kuddarna på tre olika bilstolar av olika fabrikat, samtliga utan aktivt whiplashskydd. Det krockvåld som användes liknar en typisk påkörning bakifrån, och man testade tre olika typer av krockvåld med en sk. BioRID-krockdocka. Två typer av utvärderingar gjordes, både Vägverket/Folksamms modell och enligt IIWPG (International Insurance Prevention Group).

Testerna har alltså konstruerats för att ge en utförlig dokumentation och en

rättvis kontroll av kuddarnas effektivitet. Resultaten visar dock att nackkuddarnas effektivitet är helt beroende av stolens konstruktion. Därför varierade den uppmätta effekten kraftigt mellan stolmodellerna. Härvidlag fanns ingen skillnad i kuddens konstruktion – ingen av kuddarna var bättre än den andra. Även om kuddarna inte kan sägas minska säkerheten (utom i ett fall, där kudden kan ha glidit ner), kan de heller inte generellt rekommenderas. Kuddarna kan bara bli effektiva om de speciellt anpassas till varje bilstol, vilket gör att de i nuläget inte uppfyller rollen som ett billigt, lättillgängligt eftermonterbart skydd. *Av de forskningsresultat som finns tillgängliga idag, måste man sluta sig till att effektiva whiplashskydd framför allt bör bygga på förändringar av stolens geometri.*

”Kapsylen”

Folksam forskning och Autoliv har arbetat med att utveckla en annan typ av eftermonterbart skydd, den s.k. ”Kapsylen”. Hittills finns detta skydd bara som prototyp och det har bara utformats för förarplatsen (dvs. den plats i bilen där risken är störst för att drabbas av en allvarlig whiplashrelaterad skada). ”Kapsylen” bygger på samma princip som de nya stolarna, nämligen att förmå stolen – inte den som sitter i stolen – att absorbera en del av kraften vid en kollision. En liten metallkonstruktion fästs mellan förarstolen och bilstolens golv. Vid en påkörning bakifrån aktiveras skyddet så att stolen delvis lossnar och mjukt tippas bakåt. I denna relativt enkla konstruktion har krocktester visat att accelerationskrafterna minskas för den åkande och att huvudets hastighet jämfört med överkroppen minskar – det vill säga att risken för en pisksnärtsliknande rörelse blir mindre.

”Kapsylen” har också testats i verkliga krocksituationer. Ca 3 000 bilar av märket Toyota Corolla 1993–1997 utrustades år 2001 med eftermonterbara skydd, medan 12 000 bilar av samma märke utan skydd redan fanns med i undersökningen. Efter två år samlades alla data in, och av de 58 förare som varit utsatta för whiplashvåld som inträffat i bilarna med skydd, var det bara en som ådrog sig långvariga besvär (mer än 6 månader). Motsvarande siffror för kontrollgruppen var 82 krockar, och 9 förare som drabbades av långvariga besvär. Även om sifferunderlaget är litet, kan forskarna konstatera att risken för allvarliga besvär minskas också med dessa eftermonterbara skydd.⁶⁶

Whiplashkommissionen konstaterar att det nu finns en princip för hur ett eftermonterbart skydd mot allvarliga whiplashrelaterade skador skulle kunna se ut. Fler tester behövs, och det kan finnas hittills oförutsedda problem med att i efterhand manipulera bilstolar. Det är önskvärt att bilindustrin tar initiativet till vidare forskning och utveckling på området. För vissa bilmodeller

skulle justeringarna av den existerande prototypen dessutom bli relativt små. Om biltillverkarna utifrån denna prototyp utvecklar varianter som kan monteras in i en större del av det äldre svenska bilbeståndet, skulle effekterna av många whiplashrelaterade bilolyckor troligen bli avsevärt lindrigare.

Vanliga krockkuddar

I dag är praktiskt taget alla bilar på svenska vägar utrustade med inbyggda krockkuddar. I ett antal krockprov har det visat sig att den vanliga krockkudden också har en gynnsam effekt när det gäller att förebygga allvarliga whiplashrelaterade skador. Krockkuddarna konstruerades framför allt för att minska skullskador vid frontalkrockar, men har minst lika stor effekt när det gäller att minska effekterna på nacken, åtminstone vid påkörning framifrån. En studie från Folksam forskning visar att krockkudden minskar risken för allvarlig whiplashrelaterad skada med i genomsnitt 60% i hastighetsändringar mellan 20 och 40 km/h, det vill säga i det hastighetsintervall där risken i frontalkollisioner är allra störst. Totalt reducerar krockkuddar risken för långvariga whiplashrelaterade besvär med cirka 40% i frontalkrockar.

Vikten av ett europeiskt samarbete

Arbetet med att inkludera skydd mot whiplashvåld i de stora konsumenttesterna pågår nu. Det svenska Vägverket har genom olika kanaler arbetat för att sprida kunskaperna om de tester som genomförts i samarbete med Folksam forskning. Vägverket har framför allt inriktat arbetet mot EuroNCAP. Också den svenska försäkringsbranschen har genom sitt deltagande i CEA, den organisation som representerar den europeiska trafiksäkerhetsindustrin, tillskrivit EuroNCAP och rekommenderat fortsatta tester för att ta hänsyn till ett fordon's whiplashpreventiva egenskaper.

Just EuroNCAP:s resultat brukar räknas som mycket viktiga för att uppmärksamma världen på olika bilmodellers trafiksäkerhetsegenskaper. Det tar dock tid att etablera ett allmänt säkerhetstänkande kring whiplashrelaterade krockar på europeisk nivå. Bilindustrin representerar en mäktig grupp med inte bara europeiska, utan också globala intressen. Så har det t.ex. konsekvent visat sig att trafiksäkerhetsåtgärder i bilar är mindre populära hos den genomsnittlige amerikanske konsumenten än den genomsnittliga europén, något bilindustrin måste ta hänsyn till vid konstruktionen av nya modeller.

Trafiksäkerhetsarbete är dock aldrig en nationell fråga. Människor i Europa reser mer idag än för 20 år sedan, och det blir allt vanligare att ta sin bil utanför det egna landet. Dessutom är ökningen av antalet whiplashrelaterade ska-

det inget specifikt svenskt problem. Över hela världen, inte minst i Europa, växer denna skadetyper snabbt.

De trafiksäkerhetsåtgärder som införs i ett land blir därför relevanta också för medborgare utanför detta land. Samarbetet mellan de europeiska vägmyndigheterna i EEVC blir allt viktigare. De nya direktiven kring trafikskadeförsäkringarna som EU föreslagit knyter också de olika nationella trafiksäkerhetsfrågorna närmare varandra. Det blir i detta perspektiv viktigt att trafiksäkerhetsidéer utvecklas i ett större sammanhang än det svenska. Whiplashkommissionen ser det som angeläget att svenska myndigheter och organisationer fortsätter och intensifierar sitt europeiska trafiksäkerhetsperspektiv, och att den svenska regeringen medvetet driver frågor om en ökad trafiksäkerhet i de europeiska sammanhangen. Den långa tradition vi har i Sverige av effektivt trafiksäkerhetsarbete – både från bilindustrin, oberoende trafiksäkerhetsforskare och myndigheter och organisationer – bör ge oss förutsättningar att spela en viktig roll på denna arena.

Diskussion

Det finns goda möjligheter att minska antalet whiplashrelaterade olyckor genom olika typer av trafiksäkerhetsåtgärder. Vi behöver veta mer om trafikmiljöns betydelse, men arbetet bör inriktas på att minimera köbildning och trängsel i tätorter och bygga bort farliga vänstersvängar. Trafikanternas uppmärksamhet bör också på olika sätt stimuleras vid körning i stadstrafik, så att oväntade stopp i trafiken bättre kan förutses i tid. Det arbetet skiljer sig en del från de initiativ som hittills blivit en effekt av nollvisionen, dvs. det nationella trafiksäkerhetssamarbete som syftar till att minska antalet döda och allvarligt skadade i trafiken. Men nollvisionens formuleringar ger utrymme för att bättre fokusera också whiplashrelaterade trafikskador – om statistiken ställs samman så att den synliggör hur allvarligt många människor faktiskt drabbas.

Den största potentialen ligger dock i att förhindra att olyckorna får allvarliga konsekvenser, och här är det bilarnas konstruktion som står i fokus. Det har varit svårt att få fram internationella standardtester när det gäller just whiplashrelaterade krockar, eftersom skademekanismerna kan variera så mycket från fall till fall. De skydd som utvecklats bygger ofta på en avancerad teknisk anpassning till de olika rörelsemönster som kan uppstå hos bilförare och passagerare i krockögonblicket. Detta kan i värsta fall leda till att skydden är dåligt anpassade till trafikanter som inte motsvarar genomsnittet. Eftersom ”genomsnittet” inom trafiksäkerhetsarbete oftast bygger på den manliga kroppen snarare än den kvinnliga, har det redan lett till att en del skydd fun-

gerar sämre för fler kvinnor än män – vilket är allvarligt då just whiplashrelaterade besvär är vanligare hos kvinnor än hos män.

Men såväl bildindustrin som trafiksäkerhetsforskare världen över har gjort framsteg under senare år. En del av de nya whiplashskydd som bygger på en förändring av bilstolens geometri har givit utomordentligt goda resultat i oberoende tester. Risken för allvarliga följder efter krock med whiplashvåld kan i bästa fall reduceras med så mycket som 40%. Även om alla de nya skydd som konstruerats inte uppvisar samma potential, är det Whiplashkommissionens uppfattning att *en viktig del av lösningen på whiplashproblematiken ligger i bilarnas tekniska utveckling*. Därför är det också angeläget att de stora, internationella konsumenttesterna, som EuroNCAP, snarast inkluderar whiplashskydd när de testar bilarnas säkerhet. På så sätt skulle vi kunna stimulera fler konsumenter – inte minst företag och myndigheter – att köpa bilar med effektiva whiplashskydd. Resultaten från de stora konsumenttesterna skulle också ge ett underlag för till exempel försäkringsbranschen att beräkna sina premier med hänsyn till bilens trafiksäkerhet.⁶⁷

Men det kommer att ta många år innan vägarna domineras av nya bilar med nya skydd. Det är därför viktigt att de olika typer av eftermonterbara skydd som finns på marknaden idag följs upp och testas mer konsekvent. Bilindustrin bör utveckla olika former av eftermonterbara skydd som förändrar stolens geometri. Här har prototypen av ”Kapsylen” visat på en möjlig väg.

Det är också angeläget att från svensk sida fortsätta det redan påbörjade arbetet med att påverka europeiskt trafiksäkerhetsarbete så att whiplashrelaterade krockar får mindre allvarliga konsekvenser än idag. Här bör Sverige ha goda möjligheter att driva frågor på ett effektivt sätt, eftersom vi ligger väl framme i ett internationellt trafiksäkerhetsperspektiv. Det handlar bland annat om att enas om vilka krockdockor som används och hur tester skall gå till. Så småningom bör också ett gemensamt europeiskt lagkrav när det gäller effektiva whiplashskydd arbetas fram.

Noter

50 www.vv.se, ”Trafiksäkerhet-statistik om trafiksäkerhet-definitioner inom statistiken”. Som ”död i trafikolycka” räknas den som inom 30 dagar från olyckan avlider till följd av direkta eller indirekta skador han eller hon ådragit sig vid skadetillfället.

51 Liselott Söderström, Väg- och trafikmiljöns betydelse för whiplashskador vid påkörning bakifrån. (Otryckt rapport från Avd. för Trafikteknik, Institutionen för Teknik och samhälle, Lunds universitet, 2004), s. 55.

52 Söderström, s. 58f; Cedersund, Olyckor i tätortskorsningar, VTI meddelande nr 362.

53 Jenssen Deinboll, Gunnar & Saukshaug, Kristian, Studium av olyckor med påkörning bakfra, NTH, SINTEFF Bygg- og miljøteknikk, Rapport STF22 A96604 (Trondheim 1996).

54 Försök med variabla hastighets skyltar har i Tyskland visat sig ha en god effekt på antalet olyckor, eftersom för att de gör föraren uppmärksam på trafiksituationen.

55 Rydén & England, Avståndsprjektet. Slutrapport 1999, Vägverket rapport 1999:0361.

56 Söderström s. 55f.

57 Rekommendationerna bygger bland annat på Berglund, A, et al., "Occupant- and Crash-Related Factors Associated with the Risk of Whiplash Injury", Elsevier Vol. 13, N11, 2003, och Krafft, M., Non-Fatal injuries to car occupants (Stockholm 1998). Reglerna finns återgivna i Bilstolars skydd mot pisksnärtskada, informationsbroschyr utg. 2004 av Folksam och Vägverket.

58 Lotta Jakobssons *Whiplash Associated Disorders in Frontal and Rear-End Car Impacts* (Gbg, 2004).

59 Whiplashpreventionsgruppen bildades sedan den svenska försäkringsbranschen uppmärksammat Vägverket på det stora antal whiplashrelaterade olyckor, som aldrig polisanmäls men som synt i försäkringsbolagens statistik.

60 Inom den europeiska samarbetsorganisationen för vägmyndigheter, EEVC, pågår sedan några år ett arbete för att formulera ett europeiskt lagkravsprov för whiplashskydd. Det pågående europeiska samarbetet "Whiplash 2" utvecklar bland annat testmetoder för påkörningar framifrån och från sidan med avseende på whiplashvåld. Resultaten beräknas bli färdiga under 2005. Se också projektets hemsida, www.passivesafety.com/whiplash2.

61 Rapporten "Assessment of Whiplash Protection in Rear Impacts" kan laddas ner från Vägverkets hemsida: www.vv.se, eller frpn Folksams hemsida, www.folksam.se.

62 Kullgren et al., "Validation of Neck Injury Criteria Using Reconstructed Real Life Rear End Crashes with Recorded Crash Pulses", Proceedings of the ESV Conference (Nagoya, 2003); Krafft et al., Assessment of Whiplash Protection in Rear Impacts. Crash Tests and Teal-life Crashes. Rapport från Folksam & Vägverket (2004).

63 Se projektets hemsida, www.passivesafety.com/whiplash2 för mer information. Svensk representant är docent Mats Y Svensson, Chalmers Tekniska Högskola.

64 Stolmodellen utvecklades av Linda Ericsson år 2000. Krockdockemodellen har utvecklats av avd. för maskinteknik, och har sedan justerats till tre olika storlekar med hjälp av Madyscalemetoden. Krockpulserna, tre stycken, används i det europeiska vägmyndighetssamarbetet kring whiplashkrockar, EEVC WG 20, arbetsdokument 54. I beräkningarna användes gjordes inte justeringar för bilbälte.

65 I Lotta Jakobssons nyutkomna avhandling har WHIPS en konstaterat högsta skyddseffekt på just kvinnor. Detta kan innebära att Volvo i själva verket optimerat sitt whiplashskydd för en förare som är något mindre och lättare än den genomsnittlige mannen.

66 Testresultaten av "Kapsylen" presenteras på Folksams hemsida, www.folksam.se,

67 Det svenska försäkringsbolaget Folksam ger redan idag en viss rabatt för den som försäkrar en bil som fått goda resultat i de tester Whiplashpreventionsgruppen initierat.

7. VIKTEN AV TIDIGA INSATSER

Åtgärdsförslag

En liten minoritet av alla dem som drabbas av whiplashrelaterade symptom i samband med en trafikolycka får varaktiga besvär. Med ett tidigt omhändertagande som bygger på principer om självaktivering och snabb uppföljning, kan antalet personer med kroniska besvär minska.

Whiplashkommissionen föreslår att:

- Den diagnosmetod av whiplashrelaterade skador som arbetats fram av Svenska Läkaresällskapets medicinska expertgrupp börjar användas i Sverige: WAD delas in i grad 1-3, med särskilt fokus på neurologiska besvär och stressymtom
- Patienterna delas in tre grupper beroende på risk för långdragna besvär, baserade på självskattad smärta och kartläggning av patientens allmäntillstånd
- Whiplashrelaterade skador förutsätts ge någon form av symptom i samband med olyckan
- För de allra flesta är råd om självaktivering tillräckligt
- Riskpatienter identifieras och följs upp innan besvären blivit kroniska
- Implementering och utvärdering av tidigt omhändertagande prioriteras av svenska landsting i högre grad än vad som sker idag

Inledning

Ett av de problem Whiplashkommissionen kunnat identifiera när det gällt de akuta whiplashrelaterade besvären, har varit bristen på ett enhetligt omhändertagande i vården och svårigheterna med att ställa diagnos. Därför har kommissionen i samarbete med Svenska Läkaresällskapet tillsatt en expertgrupp som arbetat fram ett konsensusdokument kring whiplashdiagnosen och kring principer för tidigt omhändertagande. Dessutom har kommissionen följt upp det omhändertagandeprogram som infördes i Västra Götalands-

regionen år 2003, och som bygger på idéer som liknar konsensusdokumentets. Utvärderingen redovisas i sin helhet som rapportens bilaga 4, och konsensusdokumentet som bilaga 3 och också som ett särtryck.

Principer för ett tidigt omhändertagande

Ungefär 20% av dem som uppger att de har ont i nacken i samband med en bilolycka är sjukskrivna för en kortare period (från ett par dagar upp till ett par månader). Av dessa är det sedan en mindre grupp som fortfarande har besvär ett år efter olyckan. Ungefär 30 000 personer per år anmäler att de varit utsatta för whiplashrelaterat krockvåld i Sverige. Varje år bedöms minst 1 500 människor ha bestående men av mer allvarligt slag (10% medicinsk invaliditet, eller mer) till följd av sådant våld, och av dessa bedöms ca 500 personer som permanent arbetsförmögna. Det är alltså inte mer än 6% av alla som anmäler sin skada som får långvariga besvär, och inte mer än drygt 1,5% som blir helt arbetsförmögna. *Vi har flera gånger i denna rapport kunnat konstatera att även om det finns ett mörkertal är risken att drabbas av långvariga besvär liten efter en krock med whiplashvåld.*

När läkare och vårdpersonal resonerar om en effektivisering av det tidiga omhändertagandet av personer med whiplashrelaterade besvär, är relationen mellan dem som har initiala symtom, och dem som får kroniska besvär, viktigt att hålla i minnet. För de allra flesta behövs inga särskilda åtgärder, utan symtomen går över av sig själva när den initiala skadan läker ut. Denna första period kan förstås vara obehaglig, eftersom den kan medföra smärta. Men att på detta tidiga stadium utsätta alla människor med nackont efter bilolycka för en rad medicinska behandlingar är meningslöst. Det kan till och med förvärra situationen för den skadade, eftersom mötet med sjukvården kan ge den skadade intrycket av att vara på väg mot livslånga problem, vilket orsakar onödig oro och stress – faktorer som i sin tur kan påverka hälsotillståndet negativt.

För den lilla grupp som riskerar att drabbas av långvariga besvär är det dock viktigt att redan tidigt få adekvat hjälp. Tidiga, begränsade smärtsymtom kan nämligen förvärras genom att den drabbade på olika sätt försöker kompensera för smärtan – till exempel genom inaktivitet. När det gäller besvär med nacke och rygg är det viktigt att fortsätta röra sig, bland annat därför att viktiga muskelgrupper måste få kontinuerlig träning. Muskelförsvagning kan i förlängningen leda till att besvären förvärras. Samtidigt vittnar många personer med whiplashrelaterade besvär om att vissa rörelsemönster orsakar en skarp smärta och trötthet. För en mindre grupp av dem som anmä-

ler whiplashrelaterade besvär blir det därför viktigt med snabb uppföljning och hjälp inom ramen för primärvården.

Vårdprogram för personer med whiplashrelaterade besvär

På flera håll i Sverige har landstingen utvecklat särskilda vårdprogram för dem som anmäler nackbesvär efter bilolycka – två tidiga exempel utgörs av landstinget i Östergötland och Gotlandsregionen. Whiplashkommissionen har följt ett av de senaste initiativen på området, nämligen Västra Götalandsregionens riktlinjer för omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär, som infördes år 2003. Programmet har satts samman av en arbetsgrupp bestående av läkare och sjukgymnaster med stor erfarenhet av whiplashrelaterade skador, under ledning av docent Malin Lindh. Vårdprogrammet finns tillgängligt på Västra Götalandsregionens hemsida, www.vgregion.se/whiplash.

Västra Götalandsprogrammets riktlinjer

Tanken bakom att utarbeta riktlinjerna har varit att trots olika förutsättningar för vård i olika delar av regionen, bör vården eftersträva en enhetlighet i mottagandet och den tidiga behandlingen av personer som har nackbesvär efter en bilolycka. Det har också ansetts viktigt att besvären dokumenteras på ett riktigt sätt redan från början, då detta ”skapar en trygghet både för patienten och vårdgivaren där bemötande, undersökning, utredning, behandling och rehabilitering sker på samma grunder oavsett geografisk hemvist”. Mer specifikt innebär vårdprogrammet

- att få enhetliga rutiner för såväl akut omhändertagande som för uppföljning och rehabilitering på behovsbasis
- att identifiera riskfaktorer för långvariga besvär
- att få enhetlig dokumentation
- att få ett integrerat samarbete med Försäkringskassa och försäkringsbolag för såväl rehabiliteringssamordning som för utlåtande och intyg

Ambitionen med programmet är också att skapa ett regionalt kontaktnät för den vårdpersonal som arbetar med att ta emot patienter med whiplashrelaterade besvär. Ett sådant kontaktnät kan då leda till bättre uppföljning, fortbildning och forskning på området, med målet att vården av whiplashrelaterade skador blir bättre och mer kostnadseffektiv.

Omhändertagandeprogrammets upplägg

Programmet anger rutiner för hur personer som inkommer till vården skall handläggas, så att allvarigare skador kan uteslutas. Först därefter bör undersökningen inriktas på whiplashrelaterade symtom och fynd. Nackens rörlighet och smärtupplevelsen utreds, liksom tecken på stress, vilket är vanligt efter en bilolycka och vilket ibland kan övergå i ett posttraumatiskt tillstånd som påverkar smärtorna i nacken. En noggrann dokumentation blir viktig i den minoritet av fallen där besvären blir långdragna. Det är också viktigt att patienten själv får berätta om olyckan, om sitt tidigare hälsoläge och om sina besvär. Särskilda formulär har utformats, dels en procedur för läkaren att följa vid undersökningen, dels frågor för patienten att besvara. Med hjälp av undersökning, formulär och samtal kan läkaren ringa in om patienten hör till någon av riskgrupper för kroniska besvär. I sådana fall kan ett uppföljningsbesök hos läkare planeras in redan från början. Extra tid motsvarande två patientbesök bör avsättas för denna första konsultation, som alltså alla personer med nackbesvär direkt efter en bilolycka skall erbjudas.

Uppföljning av sjukgymnast och läkare

Inom 10 dagar från detta första läkarbesök skall sedan en sjukgymnastisk undersökning göras. För de flesta patienter har då läkeprocessen kommit en bit på väg. Detta besök har två anledningar: för det första att ge konkreta råd om hur patienten bör röra sig för att själv medverka till en snabb återhämtning. För det andra fungerar sjukgymnastbesöket som en uppföljning där eventuella behov av ny läkarvård kan identifieras. Också sjukgymnasten dokumenterar sina fynd och följer en bestämd procedur vid undersökningen, enligt ett särskilt utformat formulär.

Efter besöket hos sjukgymnasten bör flertalet patienter vara på god väg att bli helt besvärsfria, särskilt om patienterna följer de råd om självaktivitet som givits. För den minoritet där förbättring inte skett, är det hos sjukgymnasten uppföljning och undersökning sker ungefär 6 veckor efter traumat. Om patienten fortfarande efter denna tid lider av kvarstående besvär, kanske med en ökad symtomflora, bör en ny läkarundersökning göras – denna gång för att göra en bedömning av patientens prognos och eventuella framtida rehabiliteringsinsatser. Vid denna andra läkarundersökning skall utredningen väga in patientens livssituation och psykiska status. Här kan det också bli aktuellt med en djupare utredning där andra professioner än läkaren blir involverade.

För en grupp patienter blir det sedan aktuellt med en mer omfattande rehabilitering. Denna bör ske med hjälp av särskilda team och enligt de

metoder som visat sig effektiva då det gäller att behandla personer med whiplashrelaterade besvär i ett tidigt skede. Om symtomen trots dessa tidiga åtgärder kvarstår, och efter 6-12 månader bedöms som kroniska, är det en annan typ av rehabilitering som skall sättas in, som inriktas på en mer kronisk problematik.

Programmets implementering

Vårdprogrammet i Västra Götaland bygger alltså på en tydlig struktur, tidigare erfarenheter och aktuell forskning. Whiplashkommissionen har följt arbetet med intresse och har här sett en möjlighet att få en bild av hur ett förbättrat omhändertagande i praktiken skulle kunna se ut i svensk sjukvård. Men våren 2005 har vårdprogrammet ännu inte genomförts i hela Västra Götaland-regionen. Trots hjälp från regionkansliet att identifiera ett vårdområde, Södra Älvsborg, där programmet tillämpats, har det visat sig omöjligt att inom kommissionens tidsram få en större utvärdering till stånd. Ett problem kan ligga i att läkaren enligt programmet bör avsätta så mycket tid och resurser för patientens första besök, även om statistiken visar de allra flesta återhämtar sig utan vård. I tider av minskade resurser till vården kan det av vårdpersonalen upplevas som mer angeläget att prioritera andra patientgrupper. Paradoxalt nog har regionen år 2004 dessutom lagt ner nackskadekliniken i Göteborg, som i vårdprogrammet var tänkt att vara just den instans där patienter i riskzonen för kroniska besvär togs om hand.

Arbetsgruppen som utarbetat programmet har bland annat gjort informationsbesök i regionen, men spridningen av riktlinjerna har trots detta förblivit begränsad. Det måste ses som en viktig markering att Västra Götalandsregionen valde att satsa avsevärda resurser på att utarbeta programmet. Då är det anmärkningsvärt att regionen inte på samma sätt har möjliggjort en implementering och spridning till alla vårdenheter. Dessutom har både vårdcentraler och sjukhus ett visst mått av självständighet när det gäller arbetsmetoder och prioriteringar. Ett antal vårdenheter förklarar att de helt enkelt inte har tid att arbeta efter riktlinjerna.

Uppföljning av 299 patienter

För att ändå få en uppfattning om hur vårdprogrammet fungerat, har kommissionen bett docent Olle Bunketorp och docent Malin Lindh att med hjälp av Trafikskaderegistret göra en mindre, begränsad uppföljning av de personer som besökt akutmottagning vid Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra (SU/Ö) under år 2004.⁶⁸ Uppföljningen har flera begränsningar. Patientunderlaget är

relativt litet, 299 personer varav ungefär hälften fått ta del av vårdprogrammet. Det är inte optimalt att de personer som varit med om att utarbeta ett vårdprogram deltar i en uppföljning, vilket skett här. De patienter som uppsöker ett akutsjukhus kan delvis representera ett annat urval än de som uppsöker primärvården. Och uppföljningen har gjorts relativt snabbt vilket begränsat antalet faktorer som kunnat undersökas. Men trots dessa begränsningar har kommissionen sett det som värdefullt att få några indikationer på hur vårdprogrammet använts och vilka konsekvenser detta fått för patienterna. Förhoppningen är att denna första, preliminära uppföljning snart kan följas av en större utvärdering i Västra Götalandsregionens egen regi.

Uppföljningens uppläggning

Patienter som under ett års tid uppsökt akutmottagningen på SU/Ö för whiplashrelaterade besvär har följts upp på enkätbasis upp till ett år efter olyckan. Ett antal frågor har ställts för att ringa in i vilken utsträckning programmet använts, hur kontakterna med vården sett ut under akuttiden, besvärens varaktighet och sjukskrivningsförloppet. Svarsfrekvensen var 77% och enkäten besvarades mellan åtta veckor och ett år från det första besöket på sjukhuset. Eftersom mindre än hälften av de undersökta patienterna har handlagts helt enligt vårdprogrammets riktlinjer har uppföljningen kunnat identifiera en kontrollgrupp och jämföra de båda grupperna.

För varje enskild fråga i enkäten gjordes också en analys av svaren i syfte att sälla bort de personer som kunde ge ett missvisande svar när det gällde frågor om vårdprogrammets effektivitet. Till exempel föll i frågan om sjukskrivningstendenser ett antal personer bort ur gruppen ”sjukskrivna efter sex veckor” då det visat sig att de redan före olyckan varit sjukskrivna på hel- eller deltid. För andra frågor kunde däremot denna grupp inkluderas i svaren.⁶⁹

Uppföljningens resultat

Av dem som handlades helt enligt programmet – och mottogs av läkare där en noggrann undersökning gjorts – hade 46% fått kontakt med sjukgymnast efter de första tio dagarna. Ytterligare ett antal patienter besökte sjukgymnasten något senare. Kontakterna med sjukgymnast var mindre vanliga i kontrollgruppen.

För de patienter som handlagts enligt programmet var tillfredsställelsen med den akuta handläggningen signifikant bättre än för kontrollgruppen, särskilt när det gällde frågan om läkarens information och rådgivning (gruppen var något mindre nöjd med noggrannheten vid undersökningen). De som handlagts enligt programmet angav kvarstående besvär sex veckor efter

olyckan i något lägre utsträckning än kontrollgruppen, men skillnaden är så liten att den inte är statistiskt signifikant. Motsvarande tendens till skillnad i sjukskrivningsbehov fanns också, men var svag.⁷⁰ Men för den mindre grupp patienter som kunde följas efter ett halvår, hade skillnaden mellan de båda grupperna försvunnit när det gällde besvärsfrekvens och sjukskrivning – vilket skulle kunna tyda på att den akuta handläggningen har påverkat det tidigare förloppet.

Eftersom gruppen var liten, kan alltså de slutsatser som kan dras snarast beskrivas som tendenser. Men sammanfattningsvis talar enkätresultatet för vårdprogrammets möjlighet att påverka såväl patienttillfredsställelse som tidigt besvärs- och sjukskrivningsförlopp. Även om resultaten bara kan beskrivas som statistiskt säkerställda tendenser, understryker de behovet av en bredare utvärderingsinsats.

Svenska Läkaresällskapets expertgrupp

Om de principer som Västra Götalandsprogrammet utvecklat i sig är riktiga, kan programmets krav på noggrann dokumentation och generell uppföljning hos sjukgymnast ha gjort det svårhanterligt i praktiken. Med erfarenheter från flera svenska initiativ till tidiga omhändertagandeprogram i minnet, har en expertgrupp inom Svenska Läkaresällskapet tagit sig an problemet med att formulera ett praktiskt svenskt konsensusdokument för whiplashdiagnosen. Dokumentet finns både redovisat i sin helhet som rapportens bilaga 3, och ges ut av Whiplashkommissionen som ett särtryck riktat till svensk vård.

Hur bör diagnosen gå till?

Expertgruppen slår fast att skademekanismerna kan variera när det gäller whiplashrelaterade skador, liksom art och svårighetsgrad av kliniska besvär, objektiva undersökningsfynd, psykiska och fysiska reaktionsmönster och förekomst av prognostiska faktorer för utveckling av långdragna besvär. Allt detta gör att det är svårt att behandla patienter med akuta whiplashrelaterade symtom efter en enhetlig schablon. Diagnosen och det tidiga omhändertagandet bör därför utgå från symtomen och hur dessa kan sättas i samband med risken för långdragna besvär. Men en viktig princip är att diagnosen bör sättas i samband med att trafikolyckan skett, eller kort tid därefter.

Kommissionens och Svenska Läkaresällskapets expertgrupp redovisar i sitt dokument att det i vissa sammanhang har hävdats att symtomdebut måste föreligga inom 72 timmar efter olyckan för att symptomatologin ska anses ha samband med whiplashvåldet. Något vetenskapligt bevis för en definitiv tids-

gräns finns dock inte. Gruppen anser emellertid att det är rimligt att fastslå att symtom och kliniska fynd som är relaterade till ett whiplashvåld skall debutera inom några dygn efter traumat.

Mötet med patienten är mycket viktigt, slår gruppen fast. Här är det begrepp man valt använda en ”patientcentrerad metodik”. Läkaren måste ta sig tid att aktivt lyssna på patientens farhågor och förväntningar, dessutom göra sig en helhetsbild över vem patienten är – hälsotillstånd och livssituation. Genom att läkaren aktivt lyssnar och ställer rätt sorts frågor menar gruppen att sådan konsultation inte behöver ta allt för lång tid.

Beskrivningen av olyckan är viktig och inleder diagnosen. Därefter undersöks smärtutbredning, stelhet, domningar eller andra neurologiska symtom. Tecken på stress och oro noteras liksom eventuella sömnstörningar. Det är viktigt att patienten själv får skatta sin smärtupplevelse vid undersökningstillfället, eftersom stark smärta i samband med olyckan är en av de viktigaste prognostiska faktorerna för senare besvär. Eventuella tidigare smärt- eller nackbesvär kartläggs liksom aktuell arbetssituation. Det är också viktigt att få en bild av hur patienternas kontaktnät inom vårdapparaten ser ut – finns en husläkarkontakt sedan tidigare? Vilka möjligheter finns för återbesök? Akutläkaren har ett ansvar att i samband med undersökningen också se till att skapa sådana kontaktvägar om de inte redan finns.

Därefter skattas WAD-graden enligt en enklare modell än den QTF föreslagit (se presentationen av detta klassifikationssystem i rapportens kapitel 2). WAD 0 (inga symtom och inga objektiva fynd) och WAD 4 (frakturer och/eller luxationer) räknas inte som tecken på whiplashrelaterad skada. Till de tre kvarvarande gruppernas traditionella symtombild läggs också en ökad uppmärksamhet på neurologiska störningar. För sådana störningar som bedöms som allvarliga, rekommenderar läkargruppen särskilda åtgärder.

Noggrann dokumentation är viktig vid detta inledande besök.

Handläggning och åtgärder

Generellt gäller att åtgärderna man rekommenderar ökar beroende på WAD-grad och smärtintensitet. För den största gruppen patienter, som diagnostiseras med WAD-grad 1 eller 2 och en självskattad smärtintensitet på högst 4, gäller att patienten informeras om att prognosen är god och att inga restriktioner gäller i fritid och arbete.

För en mindre grupp som diagnostiseras med WAD-grad 2 eller 3 (vilket innebär neurologiska symtom och fynd) och självskattad smärtintensitet på 5–6 informeras om att det kan ta några veckor innan återhämtningen sker. Eventuellt kan ett par dagars sjukskrivning övervägas. Huvudvridningar och

annan skonsam självaktivitet – som snabba promenader – kan påskynda läkningsförloppet, medan hårdare träning och sporter bör undvikas under en inledande period. Vanliga smärtabletter kan hjälpa under någon vecka, och om besvären inte börjat förbättras efter denna inledande vecka, skall patienten kontakta sin egen läkare för uppföljning. Akutläkaren bör se till att information från diagnostillfället skickas till den läkaren.

De patienter som har WAD grad 2 kombinerat med svårt smärta, 7-10, kanske också stelhet, har en högre risk för långdragna besvär – men även för denna grupp gäller att de allra flesta återhämtar sig, även om det kan ta litet längre tid. Här blir dock informationen till patienten, för att undvika negativa förväntningar och oro, mycket viktig. Starkare smärtstillande preparat kan sättas in under ett par veckor så att till exempel nattsömmen inte rubbas, liksom kortare sjukskrivning om patientens arbete är tungt. För den grupp som har WAD grad 3 och stark smärta gäller samma typ av rådgivning och smärtbehandling, men här bör ett återbesök hos läkare planeras in redan inom en vecka, sjukskrivning fram till dess rekommenderas och det kan vara en god idé att ha telefonkontakt redan efter några dagar. Det är i denna grupp man förmodligen kan finna patienter med störst risk för att utveckla långdragna besvär, och det är därför viktigt att snabbt göra en uppföljning och sedan kontinuerligt övervaka hur symtomen utvecklas.

Diagnosen bör också uppmärksamma patienter som uppvisar andra riskfaktorer: de som har ont i nacken redan före olyckan, de som är sjukskrivna när olyckan inträffar, de som uppvisar koncentrationsstörningar och oro eller tecken på stressymtom. Sådana patienter bör alltid rekommenderas att ta kontakt med sin egen läkare efter en vecka för uppföljning och ev. vidare undersökning.

Uppföljning

För de patienter som inte återhämtar sig, utan som vid uppföljning uppvisar fortsatta och kanske förvärrade symtom, gäller nya undersökningar för att utesluta neurologiska skador, ev. fortsatt smärtbehandling och kanske också remiss till sjukgymnast. Rörelse- och konditionsträning, avslappningsövningar och självaktivitet har i aktuella studier visat sig vara effektiva, om de sätts in på ett tidigt stadium. Passivitet och vila fungerar sämre på sikt. Mobilisering eller manipulation rekommenderas inte, inte heller halskrage.

När den akuta skadan kan antas ha läkt bör smärtmedicineringen i allmänhet upphöra. De flesta mediciner som används mot smärta idag är nämligen inriktade på ett inflammatoriskt nociceptivt smärttillstånd, och de kan inte anses vara effektiva på mer långdragna besvär (undantaget är neurogen smärta på grund av nervskada). De patienter som fortfarande efter 1-3 måna-

der har ont och problem med att återgå i arbete bör bedömas på vårdcentral av ett multimodalt team. Inte bara läkare utan också sjukgymnast, psykolog och kognitiv beteendevetare skall helst ingå i denna grupp, eftersom det akuta smärttillståndet nu kan riskera att utvecklas till besvär av mer kronisk art. Det är viktigt att patienten involveras i detta bedömningsarbete och att man gemensamt fattar beslut om en eventuell remiss till smärtklinik. Ansvaret för att remissen skickas iväg och att smärtbehandlingen följs upp måste också blir tydligt för alla inblandade.

Sammanfattningsvis bygger konsensusdokumentet på liknande principer som omhändertagandeprogrammet i Västra Götalandregionen, och också tidigare svenska initiativ med strukturerat omhändertagande av patienter med akuta whiplashrelaterade besvär. Patienter som har värk och andra symtom efter en trafikolycka bör i anslutning till olyckstillfället undersökas av läkare, som genom noggrann undersökning och dokumentation försöker identifiera patienter som har en högre risk för att utveckla långvariga besvär. Sådana patienter bör snabbt följas upp om besvären inte försvinner. Men i konsensusdokumentet följer dokumentation och uppföljning inte samma utförliga, fastslagna mall som i Västra Götalands-programmet, uppföljning hos sjukgymnast blir aktuell endast för den som fortfarande vid återbesök uppvisar symtom, WAD-graderna är färre och självskattning av smärta utgör en viktig del i diagnosarbetet. Förhoppningsvis blir därför konsensusdokumentet enklare att arbeta efter, så att det snabbt kan börja användas i primärvården över hela landet – även i de landsting där man uppfattar att tids- och resursbrist råder.

Diskussion

Vi har i detta kapitel diskuterat principer för hur diagnos och tidigt omhändertagande av personer med akuta whiplashrelaterade besvär bör se ut. En viktig förutsättning för detta arbete är att alla inblandade – såväl patienter som läkare – görs medvetna om att prognosen är mycket god, men för *den lilla grupp som riskerar långdragna besvär bör insatser sättas in på ett tidigt stadium*. En noggrann och tidig diagnos som syftar till att identifiera patienter i riskgrupperna är därför av största vikt. En patientcentrerad metodik, en noggrann dokumentation och en sortering av patienter efter WAD-grad och självskattad smärta bör utgöra stommen i den första läkarekontakten, som bör ske i anslutning till olyckan. Det konsensusdokument som Svenska Läkaresällskapet och Whiplashkommissionens medicinska expertgrupp arbetat fram bör kunna fungera som en enkel vägledning för Sveriges landsting då de arbetar fram rutiner för tidigt omhändertagande.

Att det tar tid att genomföra ändringar i sättet att tänka kring vård och omsorg är naturligt. Whiplashkommissionen menar dock att alla beslutade omvårdnadsprogram på regional nivå – som det i Västra Götalandsregionen – måste följas av en medveten implementerings- och utvärderingsprocess. Om ett medvetet uppföljningsarbete av vårdprogrammet saknas, riskerar detta goda initiativ att bara få tillfälliga och punktvisa effekter på hur vården fungerar. För en primärvårdsenhet kan det vara svårt att fatta beslut som på kort sikt tycks medföra minskade resurser – som att avsätta extra tid för ett första läkarbesök – trots att en tidig insats kan minska vårdbehovet på längre sikt. Det är Whiplashkommissionens övertygelse att ett tidigt omhändertagande som bygger på en medveten struktur och en tidig uppföljning, kan minska antalet personer med långvariga symtom och i slutändan därigenom spara resurser åt svensk sjukvård.

Diskussionen om ekonomiska resurser har också en vidare dimension. Svensk sjukvård har som främsta uppgift att minska mänskligt lidande. Genom att redan från olyckstillfället medvetandegöra personer med whiplashrelaterade besvär om den goda prognosen och om vikten av självaktivitet, och genom att följa upp läkningsförloppet, ökar sannolikheten för att fler patienter än idag blir helt besvärsfria. Allt för många människor som drabbas av whiplashrelaterat krockvåld hamnar i en ond cirkel av passivitet, sjukskrivning och ökande värk, som delvis också har sin bakgrund i stress. Detta lidande skulle kunna minska avsevärt, om alla patienter redan på ett tidigt stadium togs emot på ett konstruktivt sätt – just på det sätt som skisseras i Svenska läkaresällskapets och Whiplashkommissionens expertgrupps konsensusdokument för whiplashdiagnosen.

Noter

68 Undersökningen i sin helhet redovisas i rapportens bilaga 4.

69 Enkätens resultat har också bearbetats av statistikern Anders Odén, som bland annat räknat fram det antal patienter som hade behövs för att uppnå statistiskt säkerställda svar på ett antal frågor.

70 Enligt Odéns beräkningar hade ett 35 gånger större patientunderlag kunnat ge ett klarare besked.

8. REHABILITERING AV PERSONER MED LÅNGVARIGA BESVÄR

Åtgärdsförslag

Efter 6–12 månader bedöms en whiplashrelaterad skada som kronisk, vilket innebär att vissa besvär troligen kvarstår. Då inträder en annan princip för hur symtomen skall behandlas. Idag erbjuds bra smärtehabilitering på många svenska kliniker, men vårdplatserna är för få och väntetiderna långa.

Whiplashkommissionen föreslår att:

- Personer med långvariga whiplashrelaterade besvär rehabiliteras efter samma principer som andra patienter med kroniska smärttillstånd
- En multidisciplinär smärtehabilitering används med målet att stimulera återgång i arbete
- Kvinnors särskilda villkor och problem uppmärksammas då rehabiliteringen planeras
- Väntetiderna för rehabilitering måste göras kortare, särskilt hos de landstingsdrivna klinikerna
- Klinikerna bör ägna sig åt mer forskning och göra bättre utvärderingar av existerande rehabilitering
- anslutning till nationellt kvalitetsregister bör öka, i synnerhet för de privata klinikerna

Inledning

Existerar det en effektiv rehabilitering av personer med långvariga whiplashrelaterade besvär? Whiplashkommissionen har uppdragit åt Björn Gerdle, professor i rehabiliteringsmedicin vid Hälsouniversitetet i Linköping, att undersöka vilken vetenskaplig kunskap det finns om rehabilitering och att tillsammans med fil dr Michael Peolsson kartlägga och utvärdera den rehabilitering som erbjuds av svenska kliniker som behandlar patienter med kronisk WAD.

Resultaten av undersökningarna ligger till grund för slutsatserna i detta kapitel, och undersökningen i sin helhet finns i rapportens bilagor 5 och 6.

Skillnaden mellan rehabilitering och behandling i akut skede

I föregående kapitel har vi diskuterat hur akuta whiplashrelaterade besvär bör diagnosticeras och behandlas. Vi har där hänvisat till den expertgrupp inom Svenska Läkaresällskapet som arbetat fram ett svenskt konsensusdokument kring whiplashdiagnosen, och de erfarenheter som vårdprogrammet i Västra Götalandsregionen givit. Förhoppningen är att med ett tydligare diagnosinstrument, och ett effektiviserat tidigt omhändertagande, skall antalet personer med långvariga whiplashrelaterade besvär kunna minska avsevärt. En liten del av dem som upplever nacksmärta och/eller stelhet efter en trafikolycka med whiplashvåld, kommer emellertid också i framtiden att drabbas av långvariga symtom, och det är behandlingen av dessa vi skall diskutera i detta kapitel. Som vi tidigare slagit fast, utgör denna grupp en minoritet av alla dem som upplever nacksmärta i samband med bilolycka. Av dem som drabbas av akuta besvär, är det förhållandevis få som fortfarande efter sex månader känner av problemen. Endast 5–8% uppger sig ha problem med arbetskapaciteten, medan litteraturen uppvisar större variation när det gäller hur många som fortfarande har ont då och då.

Den behandling som sätts in i det akuta skedet skiljer sig från den behandling som används i ett kroniskt skede. I det akuta skedet är insatsen inriktad på att läka eventuella skador och därigenom eliminera symtomen. När symtomen blivit kroniska – och ett riktmärke här är ungefär 6 månader – förändras behandlingen. Läkarna räknar då med att symtomen inte beror på en akut skada och de måste därför behandlas på ett annat sätt.

Behandling av kroniska whiplashrelaterade tillstånd

Prognosen för akuta whiplashrelaterade besvär är god, och skulle troligen vara ännu bättre om en aktiverande behandling sätts in på ett tidigt stadium för dem som uppvisar akuta symtom. Men vissa patienter med symtom fortfarande efter ett halvår utvecklar efter hand en långvarig eller livslång problematik. Som vi diskuterat i föregående kapitel, är en intensiv smärta i akutstadiet en varningsflagga för senare problem. Det speciella för de whiplashrelaterade skadorna är bland annat att de kan hänga samman med ouppklarade försäkringsfrågor. Litteraturen är inte entydig om och i så fall hur försäkringsaspekter influerar de whiplashrelaterade symtomen, men i klinisk rehabilitering anses oavslutade försäkringsfrågor vara ett rehabiliteringshinder.

Också sociala sammanhang och förväntningar påverkar troligen patienternas tillstånd, liksom vad sjukvårdssystemet är berett att diagnosticera och genomföra behandling för. Relationen mellan de akuta och kroniska besvären kan vara diffus.

En rad olika symtom brukar förekomma vid kroniska whiplashrelaterade besvär, men det är rimligt att utgå från att alla dessa symtom – minskad nackrörlighet, känselstörningar, psykologiska problem och kognitiva svårigheter – kan hänga samman med smärtupplevelsen. *Det är därför rimligt att behandla personer med whiplashrelaterade besvär med samma metoder som används för andra personer med kroniska smärttillstånd.* I sådan behandling är det viktigt att beskriva det kroniska tillståndets omfattning och konsekvenser, så att den rehabilitering som sätts in är tillräckligt bred.

Ett viktigt undantag från denna princip utgörs av de patienter som bedöms lida av någon form av posttraumatisk stress efter olyckan. Det är dessvärre inte ovanligt att efter en bilolycka drabbas av sådana symtom. Obehandlade stressymtom omöjliggör en effektiv rehabilitering inriktad på smärtan, och måste först upptäckas och behandlas. Det är därför mycket viktigt att flera olika professioner involveras i utredning och rehabilitering av personer med whiplashrelaterade symtom.

En ny syn på smärta

Man har allt mer frångått den gamla synen på smärta, som byggde på idén att smärtan aktiverade vissa nerver som skickade signaler till ett särskilt smärtcentrum i hjärnan. I denna äldre modell antogs att smärtupplevelsen skulle stå i relation till hur allvarlig skadan var som orsakade smärtan. Personer som hade ont utan att en vävnadsskada kunde påvisas avfärdades därför med argumentet att deras smärta ”egentligen” handlade om ett psykologiskt tillstånd. Numera utgår smärtforskarna istället från idén att hjärnan har en aktiv roll i hur smärtimpulserna upplevs av den enskilde. Olika delar av hjärnan aktiveras vid smärta. Psykologiska faktorer är i själva verket en del av all smärtupplevelse, och det innebär att det inte går att skilja mellan fysiskt orsakad och psykiskt orsakad smärta. En etablerad definition av smärta lyder:

Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada.

Kronisk smärta

Man vet idag mer om kronisk smärta och vad som skiljer den från ett akut smärttillstånd. Det kroniska smärtan är inte enbart en akut smärta utsträckt i tid, utan i vissa fall sker också förändringar i smärtans art och orsaker. Nervsystemet kan påverkas och ju längre smärtan pågår, desto mer sannolikt är det att dessa förändringar kvarstår. Smärta av långvarig art är förknippat med plastiska förändringar till exempel av hjärnbarken. Normalt utövar hjärnan kontroll över ryggmärgen, men balansen mellan hämmande och stimulerande mekanismer kan rubbas av kronisk smärta. Därför måste långvarig smärta som hänger samman med whiplashrelaterade tillstånd behandlas som ett komplext och sammansatt problem.

Definitioner av rehabilitering

Det finns flera definitioner av rehabilitering. WHO definierade år 1960 begreppet som

alla åtgärder som syftar såväl till att reducera effekten av funktionsnedsättande och handikappande förhållanden som till att integrera individen socialt.

En senare, svensk definition som Socialstyrelsen, Landstinget och Svenska kommunförbundet formulerat definierar rehabilitering som

tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Annorlunda uttryckt är målet för rehabilitering att hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktion och förmåga samt att förbättra förutsättningarna för full delaktighet i samhällslivet.

Oavsett hur rehabilitering definieras är det viktigt att arbeta utifrån ett mål, så att läkare och patient tillsammans kan avgöra när rehabiliteringen nått sitt syfte. Målet kan mer allmänt beskrivas som att skapa ett välbefinnande utifrån en ny livssituation med bestående symtom, men därefter formuleras ett individbundet specifikt mål. För de flesta drabbade av whiplashrelaterade besvär blir arbetsåtergång i någon form ett viktigt mål.

Man brukar i behandlingsterminologin skilja mellan rehabilitering och reaktivering – det senare innebär att återställa funktioner och förmågor, till exempel genom sjukgymnastik och arbetsterapi.

Olika behandlingar för kroniska whiplashrelaterade besvär

Många olika typer av behandlingar har prövats för patienter med kroniska whiplashrelaterade besvär, men inga övertygande bevis existerar för någon enstaka somatisk metod. De flesta studier som gjorts har låg metodologisk kvalitet, och mer forskning behövs. I Australien har läkare utvecklat ett metod som bygger på sk. *radiofrequency-neurotomi*, utifrån ett antagande om att det är facettlederna som ger upphov till smärta. Metoden uppges ge god smärtlindring men måste bekräftas i andra studier, där denna metod ställs mot andra.

Den tyske röntgenologen Eckhardt Volle har utvecklat en teknik för magnetkamera som skall möjliggöra diagnostik av skador på ligament och ledkapslar som stabiliserar huvudet. Därefter opereras patienten av Volles samarbetspartner Abbas Montazem så att huvudet stabiliseras (en sorts stelooperering av de skadade ligamenten). Ett par studier har publicerats och metoden har blivit mycket omskriven i svenska medier. Emellertid har från ryggkirurgiskt, neuroradiologiskt, och otoneurologiskt håll påpekats att denna undersökningsmetod är bristfälligt kontrollerad, och att den föreslagna operationsmetoden är förknippad med betydande risker.

En annan metod, som också ådragit sig stort massmedialt intresse, innebär att vissa triggerpunkter på muskelfasciorna bortopereras. Operationsmetoden tillämpas av den svenske läkaren Åke Nyström, verksam i USA, men är ej utvärderad med till exempel en kontrollgrupp och långtidsuppföljning. Innan sådan utvärdering är gjord går det inte att uttala sig om metodens effekter. Att en operation kan ha en kortsiktigt gynnsam effekt på ett kroniskt smärttillstånd innebär inte att den fungerar på längre sikt. Operationer är dessutom alltid förenade med risker för patienten.

Sammanfattningsvis är kunskapen om effekten av denna typ av inriktade behandlingsmetoder vid kroniska whiplashrelaterade besvär mycket begränsad. Innan utvärderingar, uppföljningar och jämförande studier gjorts, kan inte Whiplashkommissionen rekommendera att någon av de ovanstående beskrivna metoderna används.

En långsiktig rehabilitering

Diagnostik

All rehabilitering bör inledas med en noggrann diagnostik. En sådan diagnos skiljer sig från den som görs i akutstadiet, oftast av läkare, i syfte att identifiera möjliga behandlingar för att läka skadan och eliminera symtomen. *Diagnosen inför den mer långsiktiga rehabiliteringen utgår istället från att besvären är av kronisk art.* Såväl somatiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, kulturella som personlighetsmässiga aspekter måste kartläggas, eftersom de whiplashrelaterade besvären – liksom alla kroniska smärttillstånd – innefattar en betydande komplexitet. Som ovan understrukits bör man uppmärksamma symtom på obehandlad posttraumatisk stress – ett tillstånd som ibland förekommer hos människor som varit med om en trafikolycka. (All rehabilitering av sådana patienter som bedöms ha någon form av posttraumatisk stressreaktion måste först reda ut och behandla dessa besvär. Detta innebär också att fler professioner måste involveras i diagnosticeringen.)

En sådan flerprofessionell (multidisciplinär) bedömning bör göras oftare, tidigare och på vidare indikationer än vad som nu sker. På ett nationellt plan föreslår vi en tidigare bedömning av de patienter som bedömts ha kroniska besvär, för att undersöka vilka möjligheter till rehabilitering som finns och hur denna rehabilitering bör läggas upp. Sådana multidisciplinära utredningar skall inte endast kunna erbjudas av specialistkliniker med inriktning på smärtbehandling.

Nya diagnosmetoder

Kunskaperna om vilka faktorer som ökar respektive minskar riskerna för en kronisk utveckling vid whiplashrelaterad smärta är mycket begränsade idag. Det är heller inte sällsynt att man i kliniskt arbete möter föreställningar om att den kroniska smärtan inte skulle ha ett neurobiologiskt underlag (dvs. att det inte skulle finnas några förändringar i den smärtande muskulaturen). Men från djurstudier vet man att vissa ämnesomsättningsförändringar och ökningar av olika markörer som förhöjs vid skada kan framkalla smärta. Man tror sig också veta att känsligheten hos nervvävnaden som signalerar smärta kan ökas genom närvaro av vissa substanser och genom frisättning av olika ämnen i kroppen (som till exempel mjölksyra, eller laktat), som sker då musklerna arbetar.

När man lider av ett kroniskt smärttillstånd brukar detta åtföljas av ständiga muskelsammandragningar. Det är därför angeläget att nya diagnosmetoder utvecklas som på olika sätt försöker fånga in vilka ämnen som frigörs i kroppen vid kroniska smärttillstånd, och hur dessa påverkar smärtupplevelsen. Det

skulle förbättra dagens diagnosmetoder om man genom sådana objektiva fynd kunde ringa in smärtans natur. Det skulle också vara en viktig hjälp i planeringen och genomförandet av en bättre och effektivare rehabilitering.

Whiplashkommissionen har delfinansierat ett försök vid Hälsouniversitetet i Linköping (som sker i samarbete med ett forskarlag i Köpenhamn) där man mätt olika substanser i kroppen på 20 försökspersoner med kroniska whiplashrelaterade besvär. Undersökningen i sin helhet finns som rapportens bilaga 7.

Försökspersonerna har kontrollerats både vid vila och vid statiskt arbete, och de har jämförts med en frisk kontrollgrupp och en grupp med så kallad kronisk yrkesrelaterad trapeziusmyalgi, alltså allmänt smärttillstånd som har sitt ursprung i till exempel förslitningsskador. Frågan som ställdes var vilka substanser som kunde observeras och hur dessa kunde relateras till smärtintensiteten. Studien visade på flera skillnader i muskulaturen hos patienter med kronisk WAD i jämförelse med en frisk kontrollgrupp. Skillnaderna var relaterade till metabolismen, cellskada samt anti-inflammatorisk aktivitet. En intressant observation var att WAD-gruppen inte heller har samma mönster av förändringar som personerna med kronisk värk till följd av förslitningsskador. Detta skulle kunna tyda på att den whiplashrelaterade smärtan ser annorlunda ut – men det är ännu så länge för litet underlag för att dra några säkra slutsatser utifrån dessa observationer.

Rehabiliteringsplan

Det är viktigt att patienten involveras i arbetet med att lägga upp en rehabiliteringsplan, och att han eller hon får klart besked om att den utredande fasen är avslutad, och vilka förväntningar som kan ställas på rehabiliteringen. Det kan till exempel vara viktigt att klargöra att även om viss smärta kan finnas kvar, kan målet för rehabiliteringen vara att lära sig hantera denna smärta och kunna leva ett aktivt liv. Det är också viktigt att betrakta rehabiliteringen som en process som kan ta tid, och som ytterst syftar till att den person som rehabiliteras skall få en annan och bättre inriktning i livet. Ofta är resurserna inom primärvården otillräckliga för att förverkliga en sådan plan, och därför kan specialistkompetens behövas. För att öka chanserna att lyckas med rehabilitering bör både Försäkringskassan och arbetsgivaren (genom företagshälsovården) involveras redan vid formulerandet av planen, som bör vara skriftlig för att ge en tydlig struktur.

Särskilda aspekter vid rehabilitering av personer med kronisk WAD

Som ovan påpekats, bör man vid rehabilitering betrakta personer med kroniska smärtbesvär som en grupp, oavsett om smärtan beror på whiplashvåld eller

någon annan orsak. Det finns dock vissa aspekter som lyfts fram som unika för de whiplashrelaterade tillstånden. Vi har redan understrukit vikten av att fastställa om patienten verkar lida av posttraumatiska stressymtom. En annan viktig aspekt av rehabilitering av denna grupp är att en hög andel av personer med kroniska besvär är kvinnor. Detta kan ha olika orsaker som också får betydelse för hur rehabiliteringsplanen läggs upp: kvinnor utför oftare dubbelarbete i hem och på en arbetsplats, har sämre möjligheter att bli omplacerade på arbetsplatsen och har också ofta sämre möjligheter att få ta del av en tidig och intensiv behandling.

En annan iakttagelse är att personer med whiplashrelaterad skada i vissa studier visat sig vara sjukskrivna/arbetsoförmögna i högre grad än andra smärtpatienter, trots effektiv smärthantering och en i övrigt lyckad rehabilitering.

En ytterligare faktor att ta hänsyn till, som också nämnts ovan, är att en pågående försäkringsprocess kan betraktas som hinder för en effektiv rehabilitering. Det blir svårt att inrikta arbetet på anpassning till den nya livssituationen, innan försäkringsfrågorna är avslutade.

En mångsidig rehabilitering

Eftersom kroniska smärttillstånd är komplexa, bör också rehabiliteringen adressera såväl den fysiska, psykologiska som den sociala situation patienten befinner sig i. Det finns dock bara ett fåtal studier som analyserat effekter av en mångdisciplinär rehabilitering av personer med whiplashrelaterade besvär, och resultaten är motstridiga. Även sådan rehabilitering som bedömts som framgångsrik när det gällt att hantera smärta och att öka livskvaliteten för patienter har sällan lett till återgång i arbete.

Det finns fler studier som undersökt effekterna av en multidisciplinär rehabilitering för personer med kroniska smärttillstånd generellt. Här har forskarna kunnat visa att både funktioner och smärthantering fungerar bättre med en bredare rehabiliteringsinsats, och att denna helst skall vara intensiv. Där emot har effekten på återgång i arbete varit svår att påvisa.

Rehabilitering av personer med whiplashrelaterade besvär vid svenska kliniker

Vilken typ av rehabilitering erbjuds då svenska patienter som lider av kronisk whiplashrelaterad smärta och dess följsymtom? En kartläggning av svenska kliniker har genomförts av Hälsouniversitetet i Linköping. Urvalet av vårdinstanserna gjordes för att få med både privata och landstingsdrivna kliniker. En orsak till detta har bland annat varit att kommissionen i samtal med patient-

organisationer delgivits uppfattningen att de privata klinikerna bättre svarar mot patienternas behov än de landstingsdrivna. Sammantaget identifierades totalt 82 enheter eller kliniker. Av dessa var 53 kliniker (65%) landstingsdrivna medan 29 (35%) var privatdrivna. Samtliga kliniker kontaktades och fick svara på en enkät med frågor om antal patienter/år, väntetider, behandlingsmetoder, utvärderingar, forskning och huruvida kliniken var ansluten till ett nationellt kvalitetsregister. Av de identifierade klinikerna svarade 76%, vilket får anses tillräckligt för att få en bild av de rehabiliteringsinsatser som görs i Sverige i samband med whiplashrelaterade tillstånd. Det är dock viktigt att notera att de privata klinikerna ibland valt att inte svara eller ibland helt enkelt haft för få patienter/år för att det har ansetts meningsfullt för dem att delta i utvärderingen.⁷¹

Multidisciplinär behandling

Av enkäten framkommer att verksamheterna oberoende av organisationsform i allmänhet använder sig av ett multi-teoretiskt och multiprofessionellt team vid handläggning av WAD-patienter. Svenska behandlingskliniker har alltså uppmärksammat den komplexitet som gäller kronisk smärta vid whiplashrelaterade besvär. Men klinikerna är inte helt konsekventa när det gäller att uppmärksamma vilka särskilda kriterier som bör gälla för just WAD-relaterade tillstånd (det bakomliggande traumat, fokus på kvinnor och mäns olika livssituationer osv.) Whiplashkommissionen menar att om sådana kriterier tydliggörs och blir enhetliga blir behandlingen förmodligen mer effektiv. Jämförelser mellan olika kliniker skulle också underlättas.

Väntetiden

Väntetiden för behandling vid klinikerna är lång, men skiljer sig signifikant åt mellan de olika organisationsformerna. Väntetider på mellan några veckor upp till ett år rapporteras. Resultaten visar att väntetiden kan vara upp till dubbelt så lång hos landstingsdrivna smärtenheter som hos privatdrivna, och upp till tre gånger så lång när det gäller väntan till WAD-specifika rehabiliteringsprogram. Eftersom vi tidigare konstaterat att snabb rehabilitering är en viktig faktor i möjligheterna till återhämtning efter trafikolycka, är detta olyckligt. Dessutom har många WAD-patienter besökt en eller flera vårdinstanser innan de får remiss till smärtklinik. Den faktiska väntetiden har då varit längre än vad som syns i materialet. Mängden symtom brukar också öka ju längre tid det tar för patienter med whiplashrelaterade besvär att komma i behandling.

Samtidigt påpekar flera kliniker att det är viktigt att rehabiliteringen genomförs i ett stadium då patienten är mottaglig och kan bli en drivkraft i sin

egen behandling. Forskning visar att det efter trafikolycka med bestående men kan dröja innan den enskilde bearbetat traumat så att en effektiv behandling kan påbörjas.

Hur många får hjälp?

Klinikerna anser sig kunna utreda de allra flesta patienter som kommer på remiss. Ca 85% av det uppskattade vårdbehovet utreds, enligt svaren. Där- emot bedömer klinikerna, både landstingsdrivna och privata, att enbart varannan patient får den behandling som bedömts motiverad. Detta är mycket olyckligt, på flera sätt. För det första innebär dessa siffror att uppemot 1 500 personer varje år med kronisk smärtproblematik till följd av whiplashrelaterad skada inte får den vård de bedömts vara i behov av. För det andra leder detta troligen till att en del av dessa personer kommer att fortsätta att utveckla sekundära symtom, som ökad smärtspridning och smärtsensibilitet.

Utvärdering och forskning

När det gäller utvärdering av den egna verksamheten visar resultaten att fyra av fem kliniker utvärderar sina vårdinsatser i någon form. De privat drivna klinikerna är något ambitiösare än de landstingsdrivna. Detsamma gäller forskning – också här uppger de privata klinikerna att de bedriver forskning oftare än de landstingsdrivna. Men när det gäller WAD-specifik utvärdering och forskning är resultaten sämre. Dessutom säger inte svaren så mycket om hur ”utvärderingar” och ”forskning” egentligen ser ut. Det enda man på basis av materialet kan säga är att andelen ”mindre utvärderingar” är dubbelt så vanliga hos de privata klinikerna som hos de landstingsdrivna. Det betyder att när landstingsdrivna enheter genomför utvärderingar, är dessa i allmänhet av en mer omfattande och genomgripande karaktär.

Anslutningen till nationellt kvalitetsregister är låg, i synnerhet hos de privata klinikerna. Endast 20% av de privatdrivna klinikerna var anslutna till ett register, och 50% av de landstingsdrivna. Det kan innebära att det finns brister i klinikernas systematiska kvalitetsarbete. Detta är olyckligt av flera skäl. Registren har utvecklats för att underlätta jämförelsen mellan olika vård- instanser, utveckla kvaliteten i vården, möjliggöra utvärderingar och under- lätta forskning. De finns registrerade hos Socialstyrelsen och det är förhållan- devis enkelt att ansluta sig. Kvalitetsregistren utgör ett av de viktigaste red- skapen som Sverige har för att utveckla vården i Sverige.

I Sverige finns ett nationellt kvalitetsregister för smärtrehabilitering (NRS) vid Västra Götalandsregionen, primärvården i Göteborg. Docent Harald Sanne

vid Arbetsrehabcenter är ansvarig. Registret räknade år 2003 med att ca 70% av enheter i landet som sysslar med smärtrehab är anslutna – vilket alltså Gerdles och Peolssons utvärdering från 2004 inte bekräftar. Socialstyrelsen konstaterar i en beskrivningen av registret att

Patientflödet på varje rehabiliteringsklinik är begränsat vilket försvårar utvärdering. Genom ett nationellt register kan man erhålla ett patientunderlag för beskrivning av rehabiliteringsrelevanta och preciserade data som förbättrar förutsättningarna för utvärdering. Ett rikstäckande register har betydelse genom att gynna utvecklingen av ämnesområdet dvs. förbättra verksamheten vid rehabiliteringsenheter men kommer också att ge kunskap och leda till förbättring inom primärvård och mera generellt.

Whiplashkommissionen menar att det bör vara ett mål för de kliniker som tar emot och behandlar patienter med långvarig smärtproblematik, att också bedriva klinisk forskning och utvärdering med syfte att förbättra verksamheten. Får klinikerna också i samarbete med det nationella smärtregistret bättre utvärderingsrutiner, kan detta i framtiden leda till att vi kan jämföra olika klinikers behandlingar och resultat med varandra, vilket skulle gynna de patienter som lider av whiplashrelaterade besvär.

Diskussion

Sammanfattningsvis kan vi konstatera, att vi med rehabilitering avser åtgärder riktade mot personer med kroniska besvär – och att denna grupp utgör en liten del av dem som upplever besvär i ett tidigt skede. Målet för rehabiliteringen bör utformas för varje individ, men en mer allmän målsättning är en anpassning till en ny livssituation och ett aktivt deltagande i samhället.

Personer med whiplashrelaterade besvär kan jämföras med andra personer med långvariga smärttillstånd, och smärtan bör förstås som ett komplext tillstånd där psykologiska faktorer spelar roll. Den mångfald av symtom som vissa personer med whiplashrelaterade skador vittnar om – kognitiva störningar, domningar i armar och händer, sömnsvårigheter – kan ha sin grund i smärtan. Ett långvarigt smärttillstånd har visat sig kunna ge permanenta förändringar av till exempel kroppens nervsystem, och rehabiliteringen måste anpassas till den långvariga smärtans särskilda karaktär.

Operationer för att lindra whiplashrelaterade besvär är ännu för dåligt dokumenterade för att Whiplashkommissionen skall kunna rekommendera dem, liksom en del experimentella diagnosmetoder. Operationer medför all-

tid risker för patienterna varför det är särskilt anmärkningsvärt att vetenskapliga utvärderingar och uppföljningar inte görs.

En omfattande diagnostik är viktig innan rehabiliteringen inleds, där flera professioner deltar. Kommissionen vill därför förespråka att personer med långvariga smärttillstånd utreds av multidisciplinära team. Det är också viktigt att patienten görs delaktig i formuleringen av en rehabiliteringsplan, samt att andra berörda – till exempel Försäkringskassan och arbetsgivaren – deltar i arbetet.

En mångdisciplinär rehabilitering har visat sig effektiv för kroniska smärttillstånd, åtminstone när det gäller smärthantering och upplevd livskvalitet. Däremot har det varit svårt att hitta effektiv rehabilitering som leder till återgång i arbete. Detta gäller i ännu högre grad personer med whiplashrelaterade besvär, där ett par studier visar att trots en bättre smärthantering och upplevd livskvalitet än för andra smärtpatienter, var sjukskrivningsfrekvensen högre i denna grupp. En kartläggning av den rehabilitering som erbjuds patienter med whiplashrelaterade tillstånd i Sverige idag visar att de flesta kliniker är medvetna om tillståndets komplexitet, och de erbjuder multidisciplinär behandling. Däremot är klinikerna sämre på att systematiskt kartlägga de speciella förhållanden som kan råda för den som har råkat ut för ett trauma jämfört med en ”vanlig” smärtpatient. Utredningsbehovet fylls i tillfredsställande grad, men förhållandet mellan det uppskattade behovet av behandling och den behandling som faktiskt genomförs är sämre. Bara hälften av de vårdbehövande får hjälp. Väntetiderna är långa och forskning och utvärdering visar brister. Det gäller särskilt anslutningen till nationellt kvalitetsregister.

Skillnaden mellan de landstingsdrivna och de privata enheterna ligger främst i väntetiden – det går avsevärt snabbare att få plats på en privat klinik än en landstingsdriven – och i utvärderingsarbetet. De privata klinikerna anger oftare att de utvärderar sin verksamhet än de landstingsdrivna, men huvuddelen av utvärderingarna karakteriserade som ”små”. Det betyder att man inte kan tillmäta dessa utvärderingar samma tyngd som de färre, men större, utvärderingar som görs av landstingsdrivna enheter. Ett sätt att höja kvaliteten på utvärderingsarbetet är att ansluta sig till det nationella smärtregister som idag finns vid Arbetsrehabcentrum i Göteborg. Anslutningen till kvalitetsregistret var mer än dubbelt så hög hos de landstingsdrivna som de privata klinikerna, men ändå inte mer än 50% vilket är alldeles för lågt.

Noter

⁷¹ En gräns på 10 patienter/år har satts för de kliniker som deltagit i utvärderingen.

9. EN FÖRENKLAD SKADEREGLERING

Åtgärdsförslag

Whiplashrelaterade besvär riskerar att förvärras och permanentas om inte skaderegleringen fungerar snabbt och effektivt. Trafikförsäkringen belastas idag av det ökande antalet anmälda whiplashrelaterade besvär, samtidigt som ersättningssystemet är svårt att överblicka för den enskilde och ger upphov till konflikter. En förenklad skadereglering skulle förbättra situationen och detta bör kunna uppnås genom en ökad användning av schabloner.

Whiplashkommissionen föreslår att:

- Handläggningen i de allmänna försäkringarna och i trafikskadeförsäkringen synkroniseras bättre, så att bedömningarna blir mer enhetliga
- Sambandsfrågan görs beroende av tidig medicinsk diagnos
- Försäkringsbolagens medicinska rådgivare organiseras på ett annat sätt än idag
- Riktlinjerna för behandlade läkares och medicinska rådgivares utlåtanden görs tydliga
- En ökad användning av schabloner inom trafikskadelagen utreds i särskild ordning

Inledning

All tillgänglig forskning visar att det är viktigt att personer som drabbas av whiplashrelaterade symtom snabbt får hjälp. Att gå länge med obehandlad smärtproblematik kan leda till att besvären förvärras och blir kroniska. Ur hälsosynpunkt är det därför viktigt att snabbt få hjälp att hantera sina besvär och inrikta detta arbete mot en återgång till ett fungerande liv.

I tidigare kapitel har vi föreslagit principer för det tidiga omhändertagandet och den rehabilitering som erbjuds personer med whiplashrelaterade besvär. Men vårdande och rehabiliterande insatser måste kompletteras med ett

ersättningssystem, som också fungerar snabbt och effektivt. I detta kapitel diskuteras därför hur ersättningssystemen idag ser ut, vilka konsekvenser detta får och hur systemen skulle kunna göras effektivare. Kapitlets resonemang bygger delvis på Marcus Radetzkis rapport om ersättningsmöjligheter vid nackbesvär och Ola Schönning och Jan Kleinemans PM om schabloner i trafikskadelagen, som redovisas som huvudrapportens bilaga 8 respektive 10.

Trafikförsäkringen idag

För majoriteten av de över 50 000 personskador som anmäls till svenska försäkringsbolag varje år går skaderegleringen snabbt och effektivt. Ca 65% av trafikskadorna är slutreglerade inom några månader, vilket bland annat beror på att de symtom den skadelidande kände strax efter olyckan har läkt ut. Utöver detta går ca 25% att reglera inom ett par år – det handlar om mindre allvarliga skador som ger mindre allvarliga men. Här beror en del av väntetiden på att försäkringsbolaget inväntar att skadan av behandlande läkare skall bedömas som kronisk, vilket enligt de flesta forskare kan ske efter ungefär ett år – det är alltså möjligt att denna process skulle kunna snabbas upp ytterligare.⁷² *Det stora flertalet av de anmälda trafikolyckorna regleras alltså förhållandevis snabbt, vilket är till fördel för den skadelidandes hälsotillstånd.*

Problemet med långa handläggningstider gäller alltså en mindre del av de anmälda trafikskadorna, ca 10% av det totala antalet. Den övervägande delen av dessa är whiplashrelaterade skador. I denna grupp finner vi handläggningstider på många år, ända upp till ett decennium. Det var också konsekvenserna för denna grupp som framför allt diskuterades i Finansinspektionens rapport *Stärkt skydd för trafikskadade* från 2003, där försäkringsbolagens handläggningsrutiner diskuterades och kritiserades.

Principer för ersättning

Vid en personskada i trafiken utgår ersättning från den privata trafikskadeförsäkringen. Om sjukskrivning blir aktuellt utgår dessutom ersättning från arbetsgivaren och det statliga sjukförsäkringssystemet. De flesta omfattas också av kollektivförsäkringar, vilka bygger på avtal mellan arbetsgivarnas och arbetstagarernas organisationer. Arbetsgivaren betalar enligt lag sjuklön under de två första veckorna, och därefter en extra sjukförsäkringsavgift på 15% under tid med hel sjukpenning. För enkelhets skull kallas i detta kapitel alla dessa typer av ersättning för de ”allmänna försäkringarna”. Den privata trafikskadeförsäkringen och de allmänna försäkringarna är nämligen uppbyggda enligt delvis skilda principer.

Den privata trafikskadeförsäkringen är utformad enligt skadeståndsrättsliga principer. Det innebär i juridiska termer att en trafikskada behandlas enligt skadeståndslagen, där principen är att *ersätta den skadelidande ekonomiskt som om skada inte hade uppstått*. I praktiken betyder detta att den privata trafikskadeförsäkringen skall ”fylla på” de belopp som betalas ur det allmänna försäkringssystemet, så att skadeståndslagens princip följs. Dessutom ersätter trafikskadelagstiftningen också vad som kallas den ideella skadan, dvs. kompenserar den skadade för ”lyte och men” och särskilda kostnader.

Enligt skadeståndslagen skall den ekonomiska ersättningen beräknas individuellt för varje enskild person. Det betyder att varje trafikskadad person skall ersättas enligt en individuell beräkning av skadans omfattning och art, hur stor arbetsförmågan blir och vilken ekonomisk situation den skadade skulle ha befunnit sig i om skadan inte hade skett. För allvarligare trafikskador har vi i Sverige en särskild juridisk instans, Trafikskadenämnden, som gör en oberoende bedömning av ersättningen från de privata trafikförsäkringarna. En liknande konstruktion finns i Finland.

Medicinsk invaliditet

Om en person efter en trafikolycka får bestående men, görs i trafikskadeförsäkringen en bedömning av hur funktionsnedsättande den bestående skadan anses vara ur medicinsk synpunkt. Detta behöver inte stämma överens med graden av arbetsförmåga. Den skadade kan ju t.ex. förlora en hand och ändå kunna arbeta heltid. I lagtexten definieras medicinsk invaliditet som

fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning oberoende av orsak och utan hänsyn till den skadades yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden.

I praktiken har den medicinska invaliditeten fått direkt betydelse för hur den ideella skadan kompenseras – t.ex. förlusten av handen – vilket ger ett bestående ”lyte och men” och också kan leda till ”särskilda olägenheter” (till exempel anspänning i arbetet). Dessutom kan man bli kompenserad för det som kallas ”sveda och värk”. I denna post ingår bland annat en kompensation för ”fysiskt och psykiskt lidande” under den akuta sjuktiden, vilken brukar sammanfalla med sjukskrivningstiden. Det finns ett medicinskt tabellverk som ger procentsatser för funktionsnedsättningen för en rad olika skador. Dessa procentsatser är kopplade till ett antal schablonbelopp av de ideella ersättningarna. De skadade får helt enkelt olika stora summor för olika typer av skador. Posten ”särskilda olägenheter” är svårare att schablonisera, eftersom den

skall ta hänsyn till den enskildes situation – t.ex. på arbetsplatsen. I praktiken har fasta årsbelopp knutna till skilda invaliditetsgrader kommit att användas även här. Enligt dessa principer har systemet fungerat ända sedan den första arbetsskadelagen kom till år 1901.

Men den medicinska invaliditeten har inte kunna kopplas till frågan om arbetsförmågan – och därmed inkomstförlusten – på samma förenklade sätt. För vissa personer kan en skada som enligt tabellverket bedöms som lättare leda till en nästan total arbetsförmåga. Till exempel kan så litet som en bedömd invaliditet om 15% räcka medföra att trafikskadade aldrig återgår i arbete, enligt en genomgång från år 2001. I andra fall kan en större skada (t.ex. att förlora synen, vilket motsvarar 68% medicinsk invaliditet) ändå innebära att den skadade kan fortsätta i arbetslivet. Här görs en bedömning i varje enskilt fall.

De allmänna försäkringarna

Arbetsskadelagstiftningen bygger på skadeståndsrättsprincipen. Kollektivförsäkringarna har likheter med trafikskadeförsäkringen. Men andra delar i det allmänna försäkringssystemet är inte uppbyggda enligt skadeståndsrättsliga principer. Därför kan den juridiska princip de allmänna försäkringarna bygger på, principen om inkomstersättning, översiktligt karaktäriseras som

social trygghet genom social försäkring och vissa bidragssystem.

Här är målsättningen att ge människor en ekonomisk trygghet. När det allmänna socialförsäkringssystemet beräknar vad en trafikskadad person skall ha i ersättning, är det just graden av arbetsförmåga, och inte medicinsk invaliditet, som bedöms. Om en person efter en trafikolycka inte kan arbeta alls, ser de allmänna försäkringarna ut på följande sätt: Under en inledande period om två veckor betalar arbetsgivaren sjukersättning med 80% av inkomsten. Den skadade får därefter inkomstersättning från de allmänna försäkringarna till ett belopp motsvarande 80% av den sjukpenninggrundande inkomsten upp till ett tak på 7,5 basbelopp. Arbetsgivaren betalar under denna tid en avgift motsvarande 15% av sjukpenningen till Försäkringskassan. (För många kompletteras detta med en kollektivsättning från arbetsgivaren vilket höjer ersättningen, åtminstone under första året. Blir personen i fråga sedan arbetsoförmögen minst ett år betalas istället kallad sjuk- eller aktivitetsersättning ut som motsvarar 64% av den sjukpenninggrundande inkomsten upp till ett tak på 7,5 basbelopp (detta kallades tidigare sjukbidrag och förtidspension).

Om skadan har inträffat genom olycksfall i arbetet eller på väg till och från arbetet kan skadan och inkomstförlusten prövas enligt arbetsskadeförsäkringen. Om skadan bedöms som arbetsskada kan livränta betalas ut tillsammans med sjuk- och aktivitetsersättningen i exemplet ovan. Livräntan utgör mellanskillnaden mellan vad den skadade skulle haft för inkomst som oskadad och sjukersättningen, men en begränsning om 7,5 basbelopp finns för arbetska-delivränta (se också uppställningen nedan i Tabell 1).

Om livränta beviljas från arbetsskadeförsäkringen reglerar trafikförsäkringsbolaget utbetald ersättning för samma skada med den enskilde.

Skillnaden mellan den privata trafikskadeförsäkringen och de allmänna försäkringarna är alltså delvis en fråga om att de följer skilda juridiska principer: skadeståndsrätten respektive principen om social trygghet. Frågan om de olika systemens skilda juridiska utgångspunkter har diskuterats ett antal gånger sedan trafikskadelagen infördes 1976. Detta har bland annat att göra med de långa handläggningstider och den svåröverskådliga situation som kan råda efter en trafikolycka, som skall ersättas enligt två olika system. Synen på skadeståndsrätten har också ändrats i det svenska samhället sedan mitten av 1970-talet – bland annat har de ideella ersättningarna (för sveda och värk) successivt höjts de senaste åren. Det är dock troligt att systemet med två parallella principer kommer att bestå inom överskådlig tid.

Whiplashkommissionen menar att det är angeläget att ändå ha en kontinuerlig diskussion om systemets utformning och vilka konsekvenser det får för den enskilde. Att trafikskadade ersätts enligt två skilda juridiska principer kräver en nära samverkan mellan Försäkringskassan och den skadades försäkringsbolag.

Arbetsförmågan

Försäkringskassan bedömer vilken arbetsförmåga en person har. Denna bedömning är ibland komplicerad. Ett visst yrke kan ju vara så påfrestande att en person inte kan arbeta alls. Men med andra arbetsuppgifter kan en trafikskadad person kanske arbeta halvtid eller mer. Bedömningen görs utifrån en 7-stegsmodell, där första steget är om den skadade kan återgå till sitt ordinarie arbete och det sjunde steget om han eller hon inte kan återgå i arbete. I bedömningen tas hänsyn till vilka rehabiliteringsinsatser som kan behövas. Försäkringskassans roll är att samordna medan rehabiliteringsinsatserna utförs av andra aktörer. I ett trafikskadefall är det därför viktigt att Försäkringskassan samarbetar med berört försäkringsbolag så att ersättningsfrågan kan samordnas och beslut snabbt kan tas. Risk finns annars att en konflikt uppstår på grund av oklarheter gentemot den som skadats. Det kan handla om ersättningsfrågor, möjligheter till rehabiliteringsinsatser och hjälp att komma

åter i arbetsmarknaden. En konflikt uppstår i vissa fall då Försäkringskassan vill fatta beslut om sjukersättning eller aktivitetsersättning, medan den trafikskadade vill fortsätta vara sjukskriven. Några tänkbara orsaker till denna konflikt kan vara den högre ersättningen för den som är sjukskriven, och att möjligheter till rehabiliteringsinsatser och hjälp att komma åter i arbetsmarknaden av den skadade upplevs som bättre för den som är sjukskriven än den som får sjuk- och aktivitetsersättning.

De privata trafikförsäkringsbolagen skall kompensera den enskilde för den beräknade totala inkomstförlusten. Det är alltid svårt att beräkna vad en person skulle ha tjänat om en olycka inte hade inträffat. Här det ju inte bara inkomsten vid själva skadetillfället som är viktig. Försäkringsbolaget måste också ta hänsyn till en allmän uppräknig av löneläget, till framtida möjligheter till karriär och avancemang. Extra svårt är det för de personer som vid olyckstillfället har en låg inkomst, men som förhoppningsvis skulle tjäna betydligt mer i framtiden – två vanliga exempel är egenföretagare som just har startat och studenter som ännu inte avlagt sin examen. Denna typ av beräkningar tar tid och orsakar inte sällan konflikt mellan försäkringstagare och försäkringsbolag.

Problem med det nuvarande systemet

När det gäller trafikskador kompliceras dessa alltså av att den skadelidande skall få ersättning ur två olika försäkringssystem. Dessa system skall anpassas till varandra, vilket innebär att skadereglerarna vid de privata bolagen måste samla information om de ersättningar en skadad erhåller ur det allmänna försäkringssystemet och också, där det är aktuellt, från arbetsgivaren. Först därefter kan bolaget beräkna hur stor ersättningen ur trafikskadeförsäkringen kan bli – ett beräkningsarbete som inte är okomplicerat.⁷³ Här finns en av flera förklaringar till de långa handläggningstiderna av trafikförsäkringsärenden, och också en av anledningarna att ersättningarna blir så svåra att på förhand beräkna för den skadelidande.

Ett allvarligt problem med långa handläggningstider och skilda bedömningar kan bli, att den som drabbats av en skada inte vågar försöka gå tillbaka i arbete, därför att han eller hon upplever att det finns en risk att förlora möjligheter till framtida inkomstersättning. Just när det gäller personer med whiplashrelaterade besvär, finns vittnesmål om hur besvären kan avta under en tid för att sedan komma tillbaka. Det är inget ovanligt när det gäller kroniska smärtsymtom, men den skadade kan uppleva att möjligheterna till ekonomisk kompensation från trafikförsäkringsbolaget blir mindre, om perioder av arbete varvats med kortare sjukskrivningar. Att vara långtidssjukskriven blir

ur detta perspektiv ett sätt att visa skadans allvar. Men medicinsk erfarenhet har visat att på detta sätt riskerar hälsotillståndet att förvärras genom överksamhet. Därför kan den långa sjukskrivningen fungera som en väg in i permanent arbetsoförmåga.

Skilda beräkningsgrunder

Det allmänna försäkringssystemet och de privata försäkringarna har också delvis skilda grunder för att beräkna arbetsoförmåga. Försäkringskassan bedömer förmågan att arbeta och tjäna pengar. De privata försäkringsbolagen däremot gör fram allt en bedömning av *funktionsnedsättningen* i relation till påfrestningarna i yrkesutövningen, dvs. den medicinska invaliditeten. Det betyder att det medicinska tabellverket får en större betydelse för de privata försäkringsbolagen, och de förlitar sig också på ett antal medicinska rådgivare, som har till uppgift att särskilt uttala sig om funktionsnedsättningen hos varje skadelidande. Det händer att konflikt uppstår när det gäller bedömningen av hur invalidiserande en skada egentligen är – den behandlande läkaren kan komma till en annan slutsats än de medicinska rådgivarna.

Detta är helt i enlighet med de olika uppgifter de två försäkringssystemen har i Sverige, men kan upplevas som orättvist för den som skall ersättas enligt delvis skilda principer. I de skilda bedömningsgrunderna för de allmänna försäkringarna och de privata ligger också en möjlig orsak till konflikter mellan den skadade och dennas försäkringsbolag. Också här blir möjligheten att förutsäga hur stor den slutgiltiga ersättningen rimligen bör bli i praktiken liten för den som skadats.

Intygens roll

De intyg som medicinska rådgivare skriver blir mycket viktiga för hur den skadelidandes ärende behandlas. På liknande sätt får de utlåtanden Försäkringskassans rådgivare skriver en central roll i bedömningen av en persons arbetsförmåga. Inte sällan finns en skillnad i hur de medicinska rådgivarna och den behandlande läkaren bedömer frågor om invaliditet och arbetsförmåga.

Frågan om hur medicinska intyg och utlåtanden skall skrivas och hur utbildningen kring intygsskrivande går till, har diskuterats på senare år såväl inom Försäkringskassan som inom försäkringsbranschen. De vidareutbildningar som anordnas syftar till att göra intygsskrivandet mer enhetligt och kvalitetssäkrat. Finansinspektionens rapporter från 1998 och 2003 om trafikskadelagen har också diskuterat intygen. I rapporten påpekas att det är viktigt att de journalanteckningar och läkarintyg som ligger till grund för den medicinska bedömningen vid skaderegleringen uppfyller Socialstyrelsens kvali-

tetskrav, men att det också är ett ansvar för försäkringsbolagen att inte göra bedömningar på kvalitativt undermåliga underlag. FI föreslår därför att bolagen skall utarbeta riktlinjer för hur det medicinska underlaget skall vara utformat samt överväga riktlinjer även för kompetenskrav på de medicinska rådgivarna. Sådana riktlinjer förbereds nu.

Som FI påpekar är det fråga om dels ämnesspecifika krav för just trafikskaderegleringens behov och dels generella krav på utlåtanden och intyg. Det förstnämnda området är en fråga för försäkringsbolagen att utforma, vilket bör göras i samråd med bolagens medicinska rådgivare. De generella kraven däremot regleras idag i Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m.⁷⁴ Dessa föreskrifter kommer, enligt Socialstyrelsens planering, att ses över för att så småningom ersättas av nya regler.

Sambandsfrågan

För att få ersättning från trafikförsäkringen skall orsaken till skadan vara en trafikolycka. I många är fall är denna så kallade sambandsfråga relativt oproblematiske. När det gäller whiplashrelaterade skador, har den visat sig svårare. Det gäller särskilt fall där symtomen visar sig först lång tid efter olyckan, och där dokumentation om initiala besvär saknas. Som diskuterats ovan i rapporten, kan de whiplashrelaterade skadorna ge upphov en rad diffusa symtom: smärta, yrsel, sömnproblem, kognitiva besvär osv., som kan skifta över tid för den enskilde. Långvarig kronisk smärta påverkar kroppens olika system vilket kan ge alla dessa symtom, och det är därför rimligt att behandla utdragna whiplashrelaterade besvär som ett kroniskt smärttillstånd. Problemet är att symtomen inte är unika för personer med en whiplashrelaterad skada: ca 10% av svenska folket lider av någon form av återkommande nacksmärta, med samma symtombild som personer med whiplashrelaterade besvär, men orsakade av ålder, felaktig arbetsställning, överansträngning på fritiden, stress osv.

Att whiplashrelaterade besvär överensstämmer med de nackproblem många svenskar lider av är inget problem ur behandlingssynpunkt, vilket vi diskuterat ovan i kapitel 8. Däremot kan inte orsaken till besvären avgöras bara genom att studera symtomen. *Trots vissa försök med magnetröntgenfotografering och matematiska beräkningar baserade på olyckans art, finns idag inget tillförlitligt sätt att påvisa någon särskild "whiplashrelaterad skada" annat än genom symtombilden.* Och denna symtombild delas alltså av många andra svenskar med nackbesvär. Det innebär att det privata försäkringsbolaget och försäkringstagaren måste komma överens om att det faktiskt är en trafikolycka som orsakar besvären – inte arbetsställning, åldersförslitningar osv.

För många personer med whiplashrelaterad skada blir detta inte ett problem,

eftersom det finns dokumentation från primärvården och de tidiga kontakterna med försäkringsbolaget där en tidig smärta kan användas som tecken på att problemen uppstått i samband med trafikolyckan. Men för de personer som av någon anledning inte fått några besvär dokumenterade i samband med olyckan, och som efter en lång tidsrymd – ibland flera år – får nackont, domningar och yrsel kan det blir svårare. Hur skall försäkringsbolaget kunna avgöra om detta är ”vanliga” nackbesvär eller symtom efter en olycka?

Försäkringsbolagens medicinska rådgivare får en avgörande roll, och debatten om deras arbete har under senare år varit intensiv. De medicinska rådgivarnas roll har ifrågasatts, då de inte står under Socialstyrelsens tillsyn.⁷⁵ Flera patientföreningar har t. ex. framfört kritik mot det nuvarande systemet och önskat någon form av statlig tillsyn av de medicinska rådgivarna, och regeringen ställde år 2003 frågan till Socialstyrelsen om inte sådan tillsyn borde ske. Frågan har utretts av Socialstyrelsen som menar att de medicinska rådgivarnas arbete är av administrativ karaktär. De bör därför inte sortera under tillsynslagen. Istället förordar Socialstyrelsen att Rättsliga rådet skall kunna överpröva ärenden där tvist kring bedömning av invaliditetsgrad eller sambandsfråga uppstått.⁷⁶ Inom försäkringsbranschen pågår samtidigt diskussioner om en gemensam ”pool” av medicinska rådgivare, som alltså inte skulle vara knutna till ett enskilt bolag. Whiplashkommissionen menar att man bör gå vidare med denna fråga.

När det gäller den komplicerade sambandsfrågan finns alltså ytterligare ett olyckligt incitament för den trafikskadade att söka en lång, sammanhängande sjukskrivning – vilket kan leda till att tidiga besvär blir kroniska. Får en skadelidande efter flera års skadereglering sedan ett beslut om att besvären inte räknas som orsakade av en trafikolycka, blir den ekonomiska situationen radikalt annorlunda än den hade blivit om sambandet hade godtagits. En diskussion av skillnaderna i ersättningsmöjligheterna återfinns längre fram i kapitlet.

Vikten av en snabb skadereglering

Under den tid då trafikskador var mindre vanliga i Sverige fungerade trafikförsäkringssystemet på ett rimligt sätt. Det tar alltid tid att göra beräkningar av framtida inkomstförluster, men så länge Sverige hade ett lågt antal trafikskador, fanns ändå utrymme i systemet att upprätthålla en skadereglering som i genomsnitt tog ett par år. Under 1990-talet har emellertid denna balans rubbats. Detta beror på att antalet anmälda trafikskador till försäkringsbolagen har ökat snabbt de senaste decennierna. Ökningen har gjort att försäkringsbolagen släpat efter och att vissa skaderegleringar tagit lång tid. Den helt dominerande andelen anmälda trafikskador i Sverige idag utgörs av whip-

lashrelaterade besvär: bolagen uppger att långt mer än hälften av anmälda skador numera handlar om nackbesvär efter trafikolycka. Och som vi flera gånger diskuterat i denna rapport, är det viktigt att den som drabbas av whiplashrelaterade besvär snabbt kommer åter i ett aktivt liv. *En lång skaderegleringsprocess, där incitament för att komma åter i ett aktivt liv saknas, drabbar den skadade hårdast.*

Möjligheter att överklaga försäkringsbolagens beslut

Det finns i vårt svenska trafikförsäkringssystem en möjlighet för den enskilde att överklaga försäkringsbolagens beslut. Trafikskadeförsäkringen innehåller också en post för ”advokatkostnader” som skiftar mellan de olika bolagen, men idag ligger på runt 100 000 kr. Vissa patientföreningar och det svenska Advokatsamfundet har efterfrågat en höjning av detta belopp i syfte att öka möjligheterna för de skadelidande att driva sitt mål vidare i inom domstolsväsendet. De rättsfall som hittills uppstått handlar till stor del om whiplashrelaterade skador och gäller de konfliktorsaker vi diskuterat ovan. Ersättningsbeloppens storlek diskuteras, därför att den skadade inte håller med om den invaliditetsgrad som försäkringsbolaget har beräknat. Sambandsfrågan leder ibland till processer, eftersom försäkringsbolagen kan besluta att nackbesvär inte har samband med en trafikolycka medan den skadelidande hävdar att sådant samband föreligger. Det är inte mer än ca 150 fall per år som hamnar i domstolarna, men de får mycket uppmärksamhet i medierna. Här brukar också frågan om försäkringsbolagens medicinska rådgivare diskuteras eftersom deras utlåtanden ställs mot intyg skrivna av andra läkare som gör en annan bedömning av invaliditetsgraden.

I de domar som fallit har det visat sig att domstolarna oftast bedömer försäkringsbolagens beslut som rimliga. De tre whiplashrelaterade fall som har behandlats av Högsta Domstolen understryker detta intryck. Dessutom är möjligheterna att genom rättprocesser väsentligt förändra den skadelidandes ekonomiska situation begränsad. De ideella beloppen är så pass små att en förändring av invaliditetsprocenten bara får marginella effekter. Någon dramatisk förändring av funktionsnedsättningen i relation till inkomstförlusten är också svår att se. Där rättsprocesserna kan ha avgörande betydelse är sambandsfrågan, eftersom den är helt avgörande för att över huvud taget få ersättning ur trafikförsäkringen. Det är för rättssäkerheten viktigt att den enskilde har möjlighet att få sin sak rättsligt prövad, och den möjligheten finns också i Sverige idag. Men erfarenheten visar alltså i praktiken att domstolarna i Sverige ofta instämt i försäkringsbolagens slutsatser när det gäller samband. *Därför är Whiplashkommissionen av den uppfattningen att rättspro-*

cesser i enskilda fall inte är vägen att gå när det gäller att förenkla och effektivisera skaderegleringen inom trafikskadelagen.

Många av de skadelidande som hört av sig till Whiplashkommissionen har heller inte klart för sig att man som enskild tar en ekonomisk risk när man driver process i Sverige. Man riskerar att få betala stora belopp för egna och försäkringsbolagens rättegångskostnader, om man förlorar processen. Att den rättsliga prövningen ofta pågår i flera år kan också förvärpa hälsan för den skadelidande, och den ekonomiska situation kan bli än mer ansträngd.

Ersättningssystemets betydelse

En av de frågor som orsakat konflikt när det gäller just de whiplashrelaterade skadorna är sambandsfrågan. Men vilken roll spelar det för den enskilde hur försäkringsbolaget ställer sig till besvärens orsak? Genom att se på ersättningsmöjligheterna vid tre möjliga orsaker till nackkont kan här ges en snabb överblick. Docent Marcus Radetzki vid Örebro universitet har för Whiplashkommissionens räkning gjort en genomgång av hur systemet fungerar, som redovisas i rapportens bilaga 8. Frågan som besvaras handlar om vilka ersättningsmöjligheterna är vid:

- sjukdom/fritidsolycksfall
- arbetsskada och arbetsjukdom
- trafikolycka

Eftersom de försäkringar många människor har genom sin arbetsgivare spelar en roll för hur stora ersättningarna blir, har de ekonomiska ersättningsnivåerna för tre grupper av arbetstagare analyserats: privatanställda arbetare, privatanställda tjänstemän, och statsanställda. I tabellen har de tre yrkeskategorierna för överskådlighetens skull slagits samman, men villkoren mellan dem varierar.⁷⁷

**Tabell 2: Ersättningsmöjligheter år 2004 vid nackbesvär
– ett genomsnitt av tre yrkeskategorier**

(I kolumnen avseende arbetsskada anges utan parantes ersättning vid arbetsolycksfall och inom parantes ersättning vid arbetsjukdom).

GENOMSnittlig ERSÄTTNING									
	Sjukdom/fritidsolycksfall			Arbetsskada			Trafikskada		
Inkomstförlust									
Inkomst-nivå	< 7,5 pbb	> 7,5 pbb < 20 ibb	< 20 ibb < 30 ibb	< 7,5 pbb	> 7,5 pbb < 20 ibb	< 20 ibb < 30 ibb	< 7,5 pbb	> 7,5 pbb < 20 ibb	< 20 ibb < 30 ibb
Dag 1	0%	0%	0%	100% (Särskild arbetsskadeersättning (SGI/365) x 2)	100%	100%	100%	100%	100%
Dag 10	80%	80%	80%	100% (80%)	100% (80%)	100% (80%)	100%	100%	100%
Dag 50	ca 87,6%	60%	60%	100% (ca 87,6%)	100% (60%)	100% (60%)	100%	100%	100%
Dag 100	ca 80,9%	48,3%	37,5%	100% (ca 80,9%)	100% (48,3%)	100% (37,5%)	100%	100%	100%
Dag 1000	ca 81%	48,7%	24,3%	100% (100%)	100% (100%)	100% (100%)	100%	100%	100%
Kostnad									
Sjukhus-vistelse	NEJ ⁱ			JA ⁱⁱ (JA) ^b			JA ^b		
Annan läkarvård	NEJ ^a			JA ⁱⁱⁱ (JA) ^c			JA ^c		
Resor	JA ^a			JA ^c (JA) ^c			JA ^c		
Inköp av läkemedel	NEJ ^a			JA ^c (JA) ^c			JA ^c		
Annan omkostnad	NEJ ^a			JA ^c (JA) ^c			JA ^c		
Ideell skada									
Sveda och värk	NEJ			JA ^{iv} (NEJ)			JA ^d		
Lyte och men	NEJ			JA ^d (JA) ^d			JA ^d		
Särskilda olägenheter	NEJ			JA ^v (JA) ^e			JA ^e		

- i Ersättning kan dock/även utgå i enlighet med vissa kollektivavtal.
- ii Inbesparade levnadskostnader ersätts dock ej.
- iii Ersättning utgår med 100%.
- iv Ersättning utgår enligt schablon.
- v Ersättning bestäms individuellt.

Inkomstförlust

Som tabellen tydligt visar, ger trafikskadan, tillsammans med arbetsolycksfallsskadan, den mest förmånliga ersättningen. I dessa fall lämnas ersättning med 100 % av den skadades inkomstbortfall, när de allmänna försäkringarna och den privata trafikskadeförsäkringen räknas samman. Vid arbetssjukdom är ersättningen mer begränsad – den som fått ont i nacken till följd av sjukdom på arbetet (som långvarig förslitning) får sämre ersättning för inkomstförlust. Och vid sjukdom eller fritidsolycksfall är ersättningen för inkomstförlust sämst – denna kategori ger aldrig mer än högst 87,6% inkomstersättning under begränsad tid.

Skillnaderna i inkomstbortfallsersättning vid trafikskada och vid sjukdom/fritidsolycksfall är betydande. I tabellen framgår att den genomsnittliga ersättningen vid sjukdom/fritidsolycksfall varierar mellan 0% och 87,6% medan ersättningen vid trafikskada alltid är 100 % av det faktiska inkomstbortfallet. Vid långvarig arbetsoförmåga blir klassificeringen av skadan särskilt viktig, och störst skillnad märks hos dem som tjänar mer än 7,5 basbelopp. För dem som tjänar mest blir den genomsnittliga ersättningsgraden för nackbesvär efter sjukdom/fritidsolycksfall mellan 24,3 % och 28,5 % av inkomsten.

Kostnader

Vid såväl trafik- som arbetsskada erhåller en person med nackbesvär full ersättning för kostnader som uppkommit till följd av skadan. Vid sjukdom/fritidsolycksfall är möjligheterna till ersättning däremot begränsade: resekostnader, men inte andra kostnader, ersätts. Beloppen är i jämförelse med inkomstförlusten små, eftersom vi i Sverige har statligt subventionerad läkarevård och också subventionering av läkemedel – men det finns ändå en principiell skillnad där trafikskadan, tillsammans med skada till följd av arbetsolycksfall, ger bättre möjligheter till kompensation.

Ideell skada

Som diskuterats ovan, och som tabellen visar, ger trafikskadan också rätt till ersättning för den ideella skadan, dvs. det som kallas ”lyte och men”, ”sveda och värk” och ”särskilda olägenheter”. För de förstnämnda ersättningarna är

schablonisering enligt det medicinska tabellverket och Trafikskadenämndens rekommendationer tämligen oproblematiske, och man strävar också efter en form av schabloner när det gäller ”särskilda olägenheter”. För den som drabbas av nackbesvär till följd av arbetsolycksfall gäller nästan samma regler, med det undantaget att man inte kompenseras för ”sveda och värk”. Vid sjukdom/fritidsolycksfall, däremot, ersätts inte ideella skador över huvud taget.

I ett internationellt perspektiv är de ersättningar som i Sverige betalas ut för ideella skador förhållandevis låga. Men beloppen läggs på varandra och kan därför bli av ekonomisk betydelse för den enskilde. Inom begreppet ”särskilda olägenheter” ryms till exempel en post som kallas ”ökad anspänning i daglig livsföring” – t.ex. orsakad av kontinuerlig smärta. För denna anspänning kan en skadelidande räkna med ett antal tusen kronor per år, vilket då skall läggas till övrig ersättning för ”sveda och värk”, ”lyte och men” och andra delar av ”särskilda olägenheter” (som till exempel ”anspänning i arbete”). Vid allvarliga skadefall, med betydande invaliditetsgrader, är det därför uppenbart att även de ideella ersättningarna kan få omfattande ekonomisk betydelse.

Sammanfattning av jämförelsen

Vid en jämförelse av ersättningsmöjligheterna för nackbesvär kan konstateras, att om orsaken till besvären är en trafikskada, står ersättningsmöjligheterna i en *särställning* jämfört med andra orsaker. Full kompensation lämnas för både inkomstbortfall – vilket blir särskilt märkbart för den som tjänar mer än 7,5 basbelopp/år – och för kostnader och den ideella skadan.⁷⁸ Skulle nackbesvären ha uppkommit till följd av en olycka på arbetsplatsen är ersättningen nästan lika god, medan arbetssjukdom inte ger samma förmånliga villkor. Sämst är ersättningsmöjligheterna om nackbesvären uppkommit till följd av sjukdom eller fritidsolycksfall. *Det har alltså en avgörande ekonomisk betydelse för den enskilde om smärtsymtomen i nacken beror på en trafikolycka eller om de orsakats på annat sätt.*

I rapporten har flera gånger konstaterats att antalet anmälda whiplashrelaterade skador har ökat snabbt under hela 1990-talet. En intressant fråga är om detta direkt kan kopplas till förändringar i ersättningssystemen. Men ersättningsmöjligheterna har sett i stort sett likadana ut de senaste 10 åren. För nackbesvär orsakade av arbetsolycksfall har villkoren förbättrats, så att den skadade nu får en ersättning på 100% av inkomstbortfallet. Skulle nackbesvären orsakats av en arbetssjukdom har ersättningsmöjligheterna däremot försämrats något: man får mindre ersättning för inkomstförlust och inte längre ersättning för ”sveda och värk”. Men inga av dessa justeringar i ersättningsmöjlighe-

terna är av större vikt. Förändringar i ersättningssystemen kan inte förklara varför antalet anmälda whiplashrelaterade skador ökat under 1990-talet.

Frågan om ekonomiska drivkrafter betydelse

I modern forskning kring välfärdstaten och socialförsäkringssystemen diskuteras ofta frågan om hur ekonomiska drivkrafter påverkar enskilda människors beteenden. Hur agerar vi som medvetna och rationella aktörer i ekonomiska system, där vi kan få fördelar genom att bete sig på ett visst sätt? I en artikel från 2004 diskuterar Per Johansson och Mårten Palme denna problematik och betonar att frågan om vad som är rationellt är problematisk. Det som är en vinst för vissa människor – till exempel att stanna hemma och erhålla sjuklön – kan vara en förlust för andra människor, som till varje pris går till arbetet trots att de inte är helt friska. För den senare gruppen upplevs frånvaron från arbetet som en större kostnad än vinsten att vara hemma, kanske i form av egna karriärmöjligheter. Detta gör att diskussioner om vad som styr människor i försäkringssystem alltid måste hanteras med försiktighet.

Johansson och Palme menar ändå, att de genom en större empirisk studie kunnat slå fast att de ekonomiska ersättningsmöjligheterna spelar roll för människors sjukskrivningsbeteende och för deltagandet i arbetskraften över huvud taget. De hänvisar också till en rad internationella studier som bekräftar att så är fallet. Däremot vill de inte på samma sätt slå fast hur stor konkret betydelse förändringar i ersättningssystemet har, bara att det finns en skillnad mellan kvinnor och män där kvinnors beteende är mer kopplat till frågan om ekonomisk ersättning från olika försäkringar, medan mäns beteende påverkar i högre grad av andra faktorer (t.ex. karriärmöjligheter).⁷⁹

Normernas betydelse

Assar Lindbeck, Sten Nyberg och Jörgen Weibull har i ett par artiklar hävdad att inte bara ekonomiska drivkrafter, utan också våra normer och föreställningar, påverkar hur vi beter oss inför ekonomiska system som till exempel social- och trafikförsäkringar. De hävdar att i takt med att allt fler människor i samhället lever med någon form av stöd ur det allmänna försäkringssystemet, förändras också normen. Det blir efter hand mindre viktigt med andra drivkrafter, som till exempel att ta hänsyn till de egna karriärmöjligheterna. De ekonomiska drivkrafter som är kopplade till ersättningsmöjligheterna, kommer efter hand att dominera för fler och fler människor. När det gäller effekterna på till exempel sjukskrivningar, skulle detta betyda att ju fler människor i samhället som är sjukskrivna istället för att arbeta, desto fler kommer det att bli. För Lindbeck

och hans kolleger är ökningarna av sjukskrivningarna i Sverige mellan år 1997 och 2004 ett tecken på just sådan normförskjutning.⁸⁰

SBU:s slutsatser

De nationalekonomer som studerar effekterna av ekonomiska drivkrafter och normernas betydelse, har inte tagit hänsyn till faktiska hälsofrågor. Sjukskrivning är ju trots allt kopplat till sjukdom och frågan om sjukdomen påverkar arbetsförmågan. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har nyligen gått igenom aktuell internationell forskning om sjukskrivningar. Syftet har inte varit att förklara varför sjukskrivningsfrekvensen i Sverige har ökat, utan att visa på vad modern forskning vet om sjukskrivningens orsaker och effekter. Här konstaterar SBU att det finns ganska goda belägg (så kallad ”måttligt stark evidens”) för att sjukförsäkringssystemets utformning påverkar sjukfrånvaron, oberoende av sjukdomens art eller symptom. Forskarna kan dock inte säga något om hur stor denna påverkan är. Andra faktorer som påverkar sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning är möjligheter att påverka sin arbetssituation, kön, ålder, hemförhållanden, var den sjukskrivne bor och hur arbetsmarknaden ser ut.⁸¹

En ökad användning av schabloner

Mängden anmälda trafikskador idag medför betydande problem, eftersom kravet på en individuell prövning enligt skadeståndslagen kan göra att ersättningssystemet bli alltför långsamt. Men det stora antalet anmälda fall innebär också en fördel; att så många som 30 000 whiplashrelaterade fall behandlas av trafikförsäkringsbolagen varje år, innebär att ett stort antal fall är likartade. Därför finns förutsättningar att inom systemet utveckla användningen av vissa schabloniserade lösningar.

I en PM har professor Jan Kleineman, Stockholms universitet och Ola Schöning, jurist vid Trafikförsäkringsföreningen, på Whiplashkommissionens uppdrag diskuterat möjligheten av att öka användningen av schabloner inom ramen för den nuvarande svenska trafikskadestiftningen, en text som redovisas i sin helhet i rapportens bilaga 10.

Fördelar med schabloner

Schabloner kan också beskrivas som bedömningar och normer som har sin grund i vissa erfarenhetssatser. De kan vara fixa – som den tabell där invaliditetsgrader för vissa funktionsnedsättningar bedöms. Även om en sådan tabell ständigt omprövas och omarbetas, utgör den en typ av enkel, fastslagen

schablon. Men schabloner kan också ha formen av enhetliga bedömningar i skilda skadeärenden med sinsemellan i stort sätt likvärdiga omständigheter. I lagtexten som behandlar trafikskador ges ingen ledning i hur de olika ersättningsarna skall beräknas, bara att de skall ske på skadeståndsrättslig grund.

Det gemensamma syftet med användning av schabloner är att skaderegleringen skall gå snabbare, och öka rättssäkerheten genom att lika fall behandlas lika. Förutsägbarheten, både för den skadelidande och försäkringsbolaget, ökar. Om schablonerna blir enhetliga och skäligen, minskar behovet av att ifrågasätta det rättvisa i försäkringsbolagets bedömningar. För att dessa fördelar skall kunna uppnås är det dock viktigt att schablonerna erhåller ett brett stöd i samhället – och de måste kontinuerligt kunna förändras, om den samhälleliga uppfattningen om vad som är rimliga schabloner ändras.

Schabloner idag

I de övriga nordiska länderna används schabloner i trafikförsäkringen i olika grad, vilket diskuterats i rapportens kapitel 5 ovan. Också i Sverige används en rad schabloner redan i trafikskadelagen. En enkel tabell visar hur dagens trafikskadelag i praktiken fungerar:

Tabell 1: Användning av schabloner i dagens svenska trafikskadelag

Typ av ersättning	Schablon	Förekommer	Finns det undantag från schablonen?	Anmärkningar "informella" schabloner?
Sveda och värk	Ja	I princip nej	Nej	
Sveda och värk (psykiskt lidande)	Ja	I princip nej	Nej	Ett högre schablonbelopp betalas då dödandet skett med uppsåt (sällsynt i trafiken)
Lyte och men (äldre skador)	Ja	Nej	Nej	Ersättningen i sig ifrågasätts sällan – däremot invaliditetsgraden
Lyte och men (Inkl. olägenheter = nya skador)	Ja	Nej	Nej	Samma förhållande som i äldre skador
Särskilda olägenheter (nya skador)	Nej	Nej	Nej	Allt fler väntas begära denna ersättning
Ärr och utseendemässiga förändringar	Ja	Nej (tabellen medger flexibla lösningar)	Nej	
Amputationer	Ja	Nej, tabellen medger flexibla lösningar	Nej	
Kostnader	Nej	—	Ja	Skadans svårighetsgrad har betydelse
Inkomstförlust	Nej	—	Ja, för barn som skadas innan de kommit ut i förvärvslivet	Individuell bedömning men "normallönen" för en heltidsarbetande är oftast riktmärket när unga personers inkomstförlust skall bedömas
Rattfylleri i kombination med vårdslöshet	Ja	Nej	Nej	Bevisbördan för vårdslöshet ligger på försäkringsbolaget.
Ersättning till efterlevande för förlust av underhåll	Ja (för bl.a. efterlevande barn)	Nej (?)	Nej (?)	
Värdesäkring av livräntor	Ja, i lag (och enligt utfästelse)	Nej	Nej	Nya regler fr.o.m. 2004

Som framgår av tabellen används alltså schabloner redan idag, och det finns anledning att fundera över om inte schabloniseringen inom ramen för trafikskadelagen skulle kunna öka ytterligare, för att på så sätt effektivisera skaderegleringsprocessen. Målet med schablonerna är alltså klart, medan deras innehåll måste utarbetas på ett sådant sätt att de uppfattas som rättvisa.

Principer för ökad schablonisering

Den mest radikala lösningen skulle vara att ta in bestämmelser om schablonerna direkt i lagtexten. Som en jämförelse kan hänvisas till den svenska patientförsäkringen. En sådan lösning skulle dock vara främmande för svensk rättstradition, och det skulle inte ge den flexibilitet som är önskvärd. En viktig förutsättning för schablonerna är ju att de skall vara allmänt accepterade i det svenska rättsmedvetandet, och de behöver därför snabbt kunna justeras om uppfattningen om vad som är skäligt och rimligt förändras. En lärdom kan dras av det danska exemplet. Den starkt schabloniserade ersättningsmodell för trafikskador som sedan några år tillämpas där har kritiserats för att vara allt för statisk – inte minst den schabloniserade ersättning för inkomstförlust som tillämpas.

Ett annat alternativ skulle vara att låta schablonerna växa fram successivt i domstolspraxis. Reglerna skulle då – när väl Högsta domstolen ställt sig bakom dem – få en sådan genomslagskraft att de i praktiken vore att jämställa med lagregler. Problemet är bara att sådan behandling tar lång tid. Idag finns en möjlighet att särskilt intressanta fall förs till HD genom den så kallade ”hissen”, men parterna i en process kan inte påverka ett sådant förfarande. Det är HD som bestämmer när ett fall lyfts upp för principiell bedömning. Sådana bedömningar sker endast då HD menar att en ny princip kan prövas, vilket sker förhållandevis sällan. Därför kan inte en successiv rättspraxis anses vara ett realistiskt sätt att arbeta fram schabloner i tillämpningen av trafikskadelagen.

Det tredje alternativet är att det i den praktiska skaderegleringen skapas förutsättningar för en ökad schablonisering genom medverkan från olika representativa, praxisskapande organ på personskadeområdet. En naturlig utgångspunkt för ett sådant arbete vore redan existerande schabloner och det sätt som dessa tillkommit på. Som framgår i tabellen finns redan ett stort antal sådana schabloner i dagens svenska skadereglering. Trafikskadenämnden har hittills spelat en huvudroll i arbetet. Genom sin sammansättning speglar nämnden de olika grupper som är intressenter i trafikskadelagen. Det går också att överväga om ett särskilt fristående organ, med en tydligare politisk tillsättningsprofil, skulle få ansvaret för arbetet med utformandet av schabloner.

Vilka är riskerna med ökad schablonisering?

Det är viktigt att alla former av schabloner upplevs som rättvisa, enhetliga och skäliga. Som framgått av tabellen ovan, och de nordiska exempel som diskuteras i rapportens kapitel fem, är alla former av ideella ersättningar relativt enkla att schablonisera. I länder med andra typer av lagstiftning kan till exempel ersättningar för ”sveda och värk” blir stora, eftersom den skadelidande kan stämna den som orsakat en olycka. Men trafikskadelagen i Sverige bygger på en sk. ”no-fault”-princip vilket gör att vållandefrågan blir relativt oviktig.⁸²

Att det finns schabloner i form av tabeller för invaliditetsersättningar (”lyte och men”) framstår idag också som relativt okontroversiellt – däremot är bedömningen av invaliditetsgraden mer problematisk. En ökad användning av schabloner måste uppmärksamma de möjliga problem som kan uppstå. Ett konkret exempel skulle vara om man inom ramen för nuvarande system bestämde att whiplashrelaterade skador kunde bedömas ge ett par, tre olika invaliditetsgrader, istället för dagens system med enskilda procentsatser på upp till ca 18%. En sådan schablon skulle visserligen leda till snabbare bedömningar, men skulle också öka risken för konflikter mellan skadelidande och försäkringsbolag, som kanske skulle ta sig uttryck i fler rättsprocesser än idag. Det vore därför vara viktigt att samtidigt som schablonen införs, hitta ett sätt att öka acceptansen för den bedömande instansen (i det här fallet de medicinska rådgivarna). Det skulle antingen kunna göras genom ökad tillsyn, genom en företagsfinansierad ”pool” av läkare, eller genom att öka möjligheter till överprövning av försäkringsbolagets beslut. Som vi tidigare diskuterat har förslag framförts om att ge Rättsliga rådet sådana befogenheter, eller att utöka Trafikskadenämndens ansvarsområde.

Vidare utredning behövs

Sammanfattningsvis står det alltså klart, att en ökad användning av schabloner inom dagens skadeståndsrättsliga princip vore en framkomlig väg att effektivisera och snabba upp skaderegleringsprocessen utan att äventyra rättssäkerheten. Denna slutsats har också våra nordiska grannländer dragit, då en ökad schablonisering har vuxit fram i Norge, Finland och Danmark under senare år. Som vi diskuterat i rapportens kapitel 5, kan Sverige här finna goda exempel att dra lärdom av. De nordiska länderna har också visat att schablonerna kan se ut på olika sätt och beröra olika delar av skadeståndslagen, såväl de ideella ersättningarna som inkomstersättningarna.

Schabloner bör arbetas fram på ett sådant sätt att de uppfattas som skäliga och rättvisa i det allmänna rättsmedvetandet, och de måste vara så flexibla att

de kan ändras om rättmedvetandet förändras. Det vore därför rimligt att en grupp eller utredning tillsätts, som representerar de olika grupper som berörs av trafikskadelagens bestämmelser. *Whiplashkommissionen föreslår alltså att möjligheterna att öka användandet av schabloner inom den svenska trafikskadelagen utreds i särskild ordning.*

Diskussion

För att minska antalet whiplashrelaterade symtom och förbättra situationen för de människor som drabbas av långvariga besvär, har vi tidigare i rapporten slagit fast att ett snabbt och effektivt omhändertagande troligen skulle förbättra situationen avsevärt för många människor. Detta gäller också frågan om ekonomisk ersättning efter trafikskadan. En snabb och rättvis skadereglering underlättar för den enskilde att på ett tidigt stadium ta ställning till sin ekonomiska situation. Detta förbättrar människors möjlighet att arbeta aktivt för att minska hälsoeffekterna av sin skada. En lång och utdragen skadereglering, med osäkert utfall, anses däremot inverka menligt på återhämtningsprocessen. Att år efter år leva i ekonomisk ovisshet, och att ständigt känna sig tvungen att bevisa sin skada, orsakar en fysisk och psykisk press för den enskilde. De många vittnesmål från skadade som inkommit till kommissionen understryker detta.

När det gäller nackbesvär i Sverige är det ur ekonomisk synvinkel fördelaktigt om dessa klassificeras som orsakade av trafikskador. Bristen på tillförlitliga instrument för att fastslå orsaken till sådana nackbesvär öppnar för konflikter mellan försäkringstagare och försäkringsbolag – konflikter som riskerar att bli utdragna på grund av de whiplashrelaterade skadornas komplicerade och diffusa karaktär. Whiplashkommissionen förutsätter att det konsensusdokument som formulerats av expertgruppen inom Svenska Läkaresällskapet (se rapportens kapitel 7) till viss del skall åtgärda problemet, eftersom dokumentet tydligt etablerar medicinska kriterier för en tidig diagnos. Men så som systemet fungerar idag, kan den skadelidande som är indragen i en konflikt med sitt försäkringsbolag uppleva att det är fördelaktigare att vara långtidssjukskriven än att gå tillbaka i arbete. Själva sjukskrivningen blir då ett sätt att ”bevisa” skadan. Resultatet kan bli att besvären blir allvarligare och mer långdragna än de hade behövt bli. *Om ersättningssystemet tydligare uppmuntrade den enskilde att komma åter i arbete och/eller ett aktivt liv, gynnas både personer med whiplashrelaterade besvär och samhällsekonomin i stort.* Den som arbetar aktivt för att kunna leva ett bra liv också med återkommande smärtbesvär, skulle ändå inte behöva gå miste om en ekonomisk ersättning.

Trafikskadelagen kommer förmodligen fortsättningsvis att bygga på skadeståndsrätten. Därför bör berörda parter inom ramen för denna lagstiftning fundera över hur användningen av schabloner kan öka. Vinsten med ett ökat användande av schabloner är just snabbheten i skaderegleringen och förutsägbarheten för den skadelidande, vilket möjliggör en rimlig planering av privatekonomin. Om systemet blir mer förutsägbart och beräknas på erfarenheter från ett stort antal rättsfall, på vedertagen rättspraxis och överenskommelser mellan de intressegrupper som berörs, skulle det ändå sammantaget ge en rättvis ersättning för trafikskador. Och denna ersättning kan betalas ut snabbt och på så sätt medverka till utdragna och osäkra skaderegleringar eller rättprocesser. Detta ger mindre utrymme för segdragna och svårlösta konflikter.

Vinnarna i ett sådant reviderat ersättningssystem är i första hand gruppen skadelidande med whiplashrelaterade besvär. En av de viktigaste anledningarna till att dessa besvär kan förmörka tillvaron under lång tid, nämligen de olösta försäkringsfrågorna, försvinner och den som råkat ut för en skada kan helt och hållet koncentrera sig på att bygga upp sin tillvaro igen.

Noter

72 Till denna grupp kan också räknas skador som är allvarliga, men som snabbt stabiliserar sig och där graden av invaliditet och arbetsoförmåga är oproblematisks att beräkna.

73 En jämförelse med de övriga nordiska länderna visar att Finland helt överlåter till trafikförsäkringsbolaget ansvara för den ekonomiska ersättningen till trafikskadade, liksom för akutvård och rehabilitering.

74 SOSFS 1981:25.

75 I Norge och Danmark finns ett system där invaliditetsbedömningar – som dock bara är rådgivande – görs av läkare utsedda av statliga organ.

76 Rapporten publicerades 2004-01-20 och har Dnr 00-10798/03. Det ser i nuläget ut som om överprövning av Rättsliga rådet blir praxis.

77 Genomgången i sin helhet, också tabeller där de tre yrkeskategorierna redovisas var och en för sig, finns i rapportens bilaga 8.

78 Här kompenseras man i allmänhet också genom en kollektivförsäkring tecknad på arbetsplatsen.

79 Per Johansson & Mårten Palme, ”Påverkar ekonomiska incitament sjukskrivningsbeteendet och deltagandet i arbetskraften?”, i *Varför är svenskarna så sjuka?*, red. Birgitta Swedenborg (Stockholm 2003).

80 Assar Lindbäck m. fl, ”Social Norms and Economic Incentives in the Welfare State” *Quarterly Journal of Economics* 114 (1), 1999. Också Lindbäck, ”Välfärdsstat och sociala normer” i *Varför är svenskarna så sjuka?* red. Birgitta Swedenborg (Stockholm 2003).

81 SBV rapport nr 167: *Sjukskrivning, konsekvenser och praxis* (2003)

82 Den som pga. till exempel rattonykterhet orsakat en olycka kan idag få ersättningen något minskad. I till exempel Finland har man inom ramen för en lagstiftning som liknar den svenska möjliggjort ännu större begränsningar för den som genom rattfyllda eller oaksamhet orsakat en trafikolycka.

10. ETT NYTT FORSKNINGSMRÅDE

Åtgärdsförslag

Forskningen om whiplashrelaterade besvär och deras konsekvenser är idag otillräcklig och bristfällig. Det bör förstås som en del av den generella kunskapsbrist om sjukskrivning och försäkringsmedicin som råder i Sverige.

Whiplashkommissionen föreslår att:

- ökade statliga resurser prioriterar tvärvetenskaplig forskning om sjukskrivningarnas orsaker och konsekvenser i linje med den senaste forskningspropositionens diskussion om ohälsa och sjukfrånvaro
- Kvaliteten på den statistik som idag finns tillgänglig hos såväl privata försäkringsbolag, den allmänna sjukvården och i det allmänna försäkringssystemet förbättras
- forskningsfinansiärer på det medicinska området fokuserar på försäkringsmedicin
- forskningsfinansiärer på det samhällsvetenskapliga området fokuserar på samhällsmedicin
- satsning på klinisk forskning inriktas på frågor om vård och rehabilitering vid långdragna, oklara sjukskrivningsdiagnoser
- forskningsfinansiärer från olika områden initierar mångdisciplinära samarbeten med intentionen att öka kunskapen om de långa sjukskrivningarnas orsaker och konsekvenser

Inledning

Whiplashkommissionen har gjort en inventering av svensk medicinsk och försäkringsmedicinsk forskning om whiplashrelaterade skador. Den aktuella forskningen har sedan legat till grund för bland annat slutsatserna i rapportens olika kapitel. Men på flera områden har vetenskaplig kunskap av tillräckligt hög kvalitet saknats. Trots att de whiplashrelaterade skadorna utgör ett allvarligt problem för det svenska samhället, med stort mänskligt lidande och avse-

värda kostnader som följd, har forskare inte satsat på området. Vi vet idag för litet om vad långvariga whiplashrelaterade besvär beror på, och hur de bäst behandlas. I detta kapitel anges några riktlinjer för hur en satsning på forskning om whiplashrelaterade besvär och deras behandling bör se ut.

Hur ser den befintliga forskningen ut?

I Sverige har ett tiotal avhandlingar publicerats om möjliga skademekanismer, diagnoskriterier och riskfaktorer när det gäller whiplashrelaterade skador. Dessutom har något hundratal artiklar publicerats sedan sent 1980-tal. Flera av dessa studier är epidemiologiska analyser av försäkringsbolagsmaterial, med intentionen att svara på frågor om vilka faktorer som kan ha betydelse för prognosen efter bilolycka. Genom tillgången på försäkringsmaterial av god kvalitet har svenska forskare kunnat publicera studier som väckt ett internationellt intresse. Så har till exempel ett tydligt samband mellan inrapporterad tidig smärta och kvarstående besvär kunnat fastslås med hjälp av material från svenska försäkringsbolag. Fortfarande är emellertid kunskaperna om de medicinska faktorerna som har med whiplashrelaterade symtom att göra begränsade och ibland motsägelsefulla, vilket diskuterats tidigare i rapportens kapitel 6.

Andra forskare har försökt spåra eventuella skademekanismer, dels genom kliniska studier, dels genom analyser av halsens anatomi och jämförelser med försöksdjur. Här har insatser gjorts både från det medicinska området och från det tekniska, bland annat i utvecklingen av förfinade kriterier som i detalj kartlägger halsryggens och huvudets rörelse i samband med whiplashrelaterat krockvåld. De flesta forskare är idag överens om att flera olika skademekanismer ligger bakom de whiplashrelaterade symtomen. Studier av nackens och huvudets rörelsemönster har gett upphov till ett antal olika mätvärden som tillsammans anses ge en bild av riskmomenten under krockfasen. När det gäller sådana tekniska definitioner ligger svenska forskare långt fram i ett internationellt perspektiv, vilket redovisas längre fram i rapporten.

Studier om medicinsk behandling och rehabilitering är ovanligare. De få studier som gjorts i Sverige bygger i allmänhet på mindre patientgrupper (färre än 100 personer) och har sällan inneburit möjligheter till längre uppföljningar. Det har varit svårt att stämna av de undersökta behandlingsmetoderna mot randomiserade kontrollgrupper, vilket i har lett till att studiernas resultat måste betraktas som preliminära. De utvärderingar som görs av smärtkliniker som behandlar patienter med whiplashrelaterade symtom är också i allmänhet små och sällan kvalitetssäkrade. Svenska landsting avsätter inte resurser för att genomföra utvärderingar i någon större omfattning, inte ens

av vårdprogram och riktlinjer landstingen själva varit med om att utarbeta (se resonemanget kring Västra Götalandsregionen i rapportens kap. 7).

Det finns en tradition av klinisk forskning av hög kvalitet i Sverige, men sådan forskning är dyr och komplicerad att få till stånd. För många forskare blir den intressantare att syssla med andra typer av forskning, och vid många kliniker saknas kompetens och resurser att driva igenom större forskningsprojekt. Resultatet blir en brist på kliniska studier av sådan dignitet att de kan leverera tillförlitliga resultat. Flera av de svenska studier som idag publiceras om diagnosticering och behandling av whiplashrelaterade skador grundar sig i själva verket på ett så litet patienturval att deras resultat måste betraktas som mycket osäkra. Men så är det inte bara i Sverige, utan också i andra länder. I ett internationellt sammanhang har det visat sig att kliniska studier av hög kvalitet och tillförlitlighet inom detta område är sällsynta.

Arbetsgivare är idag ansvariga för att erbjuda sina anställda arbetslivsinriktad rehabilitering. Sådan rehabilitering har inte blivit systematiskt studerad och utvärderad, även om vissa arbetsplatser rapporterar goda resultat. Försäkringskassan har ansvaret för att erbjuda rehabilitering och/eller utredning för att klargöra en persons arbetsförmåga. Här har forskare heller inte haft möjlighet att genomföra några mer genomgripande utvärderingar, bland annat för att statistiken varit bristfällig. Vi vet ännu allt för litet om vad som kan förbättra återgången i arbete för människor med långvariga smärtproblem.

Whiplashkommissionen har använt en del av sina tilldelade medel för att genomföra utvärderingar för att få underlag för föreliggande rapport. Bland annat har kommissionen sökt kunskap om hur olika behandlingsprogram och vårdprogram i praktiken fungerat – en typ av uppföljning som sker alldeles för sällan. Den kunskap kommissionen på detta sätt kunnat generera har givit uppslag till rekommendationer och förslag. Men de projekt som varit möjliga att slutföra inom kommissionen ekonomiska och tidsmässiga ramar är av så begränsad räckvidd att de snarast understryker behovet av mer forskning och bättre kunskap.

Mångdisciplinär forskning

En komplikation i sammanhanget är att enbart specialiserad medicinsk forskning inte kan klargöra hela den symtombild som hänger samman med de whiplashrelaterade skadorna. En del studier visar på samband mellan medicinska symtom – som långvarig värk – och försäkringssystemets utformning. Det finns också studier som antyder att trots att whiplashskadade patienter kunnat minska sin smärta genom ”coping”-strategier, har de fortsatt att vara långtidssjukskrivna i högre grad än andra smärtpatienter. Det har på senare

tid också förts resonemang kring effekterna av själva sjukskrivningen på olika hälsotillstånd.

En bredare forskningsansats skulle behöva väga in olika typer av faktorer som tillsammans kunde belysa och förklara effekterna av whiplashrelaterade skador. Men denna typ av forskning kräver ett tvär- eller mångvetenskapligt angreppssätt, som tar mer tid och kräver större resurser. Då måste kanske medicinska forskare samarbeta med beteendevetare, jurister och sociologer.

Forskningsresurser

De forskare som ändå ägnat de whiplashrelaterade skadorna uppmärksamhet har påpekat att det är svårt att få ekonomiska resurser till större och mer långtgående forskningsprojekt. De som valt att disputerat på forskning inom detta område vittnar om svårigheterna att meritera sig genom fortsatt forskning, oavsett om den enskilde forskaren riktat in sig på riskfaktorer, diagnostisering eller behandling och rehabilitering. En orsak kan vara att projekten till sin natur blir allt för stora och omfattande för att kunna finansieras av en bidragsgivare, eller att forskare och forskningsfinansiärer är ovana vid den multidisciplinära ansats som kan krävas. De som ändå disputerar på forskning om whiplashrelaterade skador hittar ofta andra karriärvägar, vilket i praktiken inneburit att en högre forskarkompetens inte kunnat utvecklas.

Men problemet handlar också om forskarnas eget intresse. Det har visat sig svårt att rekrytera duktiga unga forskare till området, för övrigt ett mönster som går igen också för andra komplicerade, försäkringsrelaterade sjukdomar och tillstånd som utmattningsdepression och utbrändhet. Whiplashkommissionen har ställt frågan om varför whiplashrelaterade skador tilldrar sig så pass litet intresse från forskarvärlden. Är whiplashdiagnosen allt för omstridd för att intressera unga forskare? Kräver forskningen en allt för bred ansats för att locka till spännande forskningsprojekt?

Oavsett hur frågorna besvaras kan man konstatera, att det svenska samhället behöver mer och bättre kunskap om de whiplashrelaterade skadorna, om deras orsaker, effekter och behandling. Denna nya kunskap är nödvändig både för att minska människors lidande och för att minska de resurser whiplashrelaterade besvär kostar samhället. Det föreligger ett stort behov av ökad forskning kring grundläggande faktorer bakom smärtuppkomst och funktionsstörningar, samt om diagnostiska metoder och behandlingsprinciper vid whiplashrelaterade besvär. Det är alltså angeläget att förbättra incitamenten till vetenskaplig forskning på området.

Forskning om sjukskrivning

Problemen med whiplashrelaterade skador anknyter till den bredare problematik med diffusa smärtsymtom som ligger bakom många av dagens långtids-sjukskrivningar. Den nya myndighet som bildades år 2005 då landets försäkringskassor och Riksförsäkringsverket slogs samman, Försäkringskassan, har aviserat att den nu avser att angripa problemen med de långa sjukskrivningarna på en rad sätt. Det handlar både om en förändring av praxis och rutiner vid handläggning, en snabbare uppföljning och en satsning på ökad kunskap. En större del av resurserna kommer framöver att läggas på utredningar av arbetsförmågan snarare än rehabiliteringsprogram, eftersom arbetsgivaren i det nya systemet får ta ett större sådant ansvar.

Idag saknas tillräckliga grundfakta om de långa sjukskrivningarna. Forskarna vet inte varför människor sjukskrivs, eftersom tillförlitlig registrering saknas inom sjukvård och det allmänna försäkringssystemet. Forskarna vet heller inte tillräckligt om vilka åtgärder som kan leda till en snabbare återgång i arbete – systematiska uppföljningar av sjukskrivningarna saknas. Här har den nya Försäkringskassan formulerat en strategi för att förändra registrering och statistik, vilket förhoppningsvis i framtiden kommer att förbättra situationen.

Trots att sjukfrånvaron i Sverige har ökat snabbt sedan 1997, och alltså är en åtgärd som påverkar många människor, finns knappt någon medicinsk kunskap om själva *sjukskrivningens* orsaker och konsekvenser. Som vi diskuterat i rapportens kapitel 9, publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en rapport 2003 om sjukskrivningarna, där man konstaterade att dagens kunskap är starkt begränsad. Området är teoretiskt, metodologiskt och begreppsmässigt outvecklat:

Över huvud taget finns det förvånansvärt få studier om sjukfrånvarons orsaker och konsekvenser och om läkares sjukskrivningspraxis, och ytterst få av hög metodologisk kvalitet.

SBU konstaterar också att med ett så dåligt underlag, kan politiker och beslutsfattare inte få svar på de frågor som måste besvaras för att kunna planera en rimlig politik inom hälso- och sjukvården.

Bland annat med tanke på Försäkringskassans nya rutiner kring handläggning av sjukskrivningar och sjukersättning – just sådan politik som behöver ett kvalificerat beslutsunderlag – menar Whiplashkommissionen att det av högsta vikt att bättre forskning på området snabbt blir tillgänglig.

En satsning på försäkringsmedicinsk forskning

De whiplashrelaterade skadorna hänger alltså samman med frågan om sjukskrivningar i allmänhet och med försäkringssystemet i stort. På uppdrag av regeringen formulerade Riksförsäkringsverket år 2004 en handlingsplan för en satsning på en förstärkning av försäkringsmedicinen i Sverige. Men vad är försäkringsmedicin? I *Folkhälsovetenskapligt lexikon 2000* definieras begreppet på följande sätt:

Försäkringsmedicin som område som handlägger och studerar frågor med anknytning till de försäkringsformer som berör sjuka och handikappade, framför allt med anknytning till socialförsäkringen (sjukskrivning, förtidspension, arbetsskadeersättning m.m.). Försäkringsmedicinen har sitt ursprung i Tyskland vid slutet av 1800-talet, då det blev uppenbart att administrationen av de försäkringar för sjuka och invalider som Bismarck införde krävde läkarmedverkan.

I läroboken *Försäkringsmedicin* från 2002 definieras klinisk försäkringsmedicin:

Försäkringsmedicin är den kliniska verksamhet som kan komma att leda till bedömningar och intyg som sedan används vid handläggning av försäkringar.

Efter en diskussion av olika sätt att definiera försäkringsmedicin ger RFV:s dokument begreppet följande innehåll:

Begreppet försäkringsmedicin används nu allt oftare i Sverige som en övergripande term för handläggning och studier av försäkringar som rör sjukdom och handikapp, såsom sjukskrivning, arbetsskador, sjukbidrag/-förtidspension/sjukersättning, handikappersättning, vårdbidrag, patientförsäkringen, läkemedelsförsäkringen, livförsäkringar och olycksfallsförsäkringar, oberoende av om dessa är allmänna eller enskilda.

I RFV:s skrivelse framgår att försäkringar mot ekonomiska konsekvenser av sjukdom, skada eller handikapp är en central del i välfärdssamhällets utveckling, men att de också kan bidra till marginalisering från arbetslivet och isolering av enskilda individer. Det är därför viktigt att frågan om sjukskrivningar och försäkringssystemens utformning hanteras på, som RFV uttrycker det, ”ett optimalt sätt”, så att såväl individens, arbetsgivarens som samhällets intressen kan tillgodoses.

RFV menar också att det fåtal forskargrupper i Sverige som har längre erfarenhet av sjukskrivningar inte har någon långsiktig finansiering säkrad, vilket leder till att framstående forskare till slut väljer att arbeta inom andra områden. Den åtgärdsplan som RFV föreslår innebär bland annat professurer, regionala undervisningstjänster, forskartjänster och öronmärkta medel till försäkringsmedicinsk forskning.

Whiplashrelaterade skador som försäkringsmedicinskt problem

En whiplashrelaterad skada kan leda till långa sjukskrivningsperioder, utan att vi egentligen vet vilken påverkan sjukskrivningen har på det allmänna hälsotillståndet. Vi måste veta mer om vad sjukskrivningen innebär för möjligheter och risker, precis som SBU konstaterar i sin utvärdering från 2003.

De whiplashrelaterade skadorna knyter också an till den brist på försäkringsmedicinsk kunskap som RFV pekar på. Personer med en whiplashrelaterad diagnos kan bli inblandade i en komplicerad skaderegleringsprocess, vilket påverkar hälsotillståndet och prognosen för återhämtning. Den diffusa symtombilden, sjukskrivningarnas konsekvenser och kopplingen mellan försäkringsystemet och möjligheterna till snabb återgång i arbetet är angelägna frågor, som vi måste veta mer om. *Det är därför Whiplashkommissionens uppfattning att ett bredare försäkringsmedicinskt angreppssätt krävs för att förklara problemen med de whiplashrelaterade skadorna.* Whiplashkommissionen delar uppfattningen att den svenska försäkringsmedicinska kompetensen måste stärkas.

Det finns idag mindre belopp för försäkringsmedicinsk forskning att söka hos finansierare inom försäkringsbranschen. Dessa belopp är dock för små för att ge utrymme för de långsiktiga, större satsningar som krävs. De projekt för försäkringsbolagens stiftelser stödjer är snarare av utredningskaraktär och saknar därför den mångdisciplinära bredd som krävs för att säkerställa vetenskaplig kunskap av hög kvalitet. De forskningsanslag som Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna (från 2005 Försäkringskassan) disponerar har hittills inte använts för vare sig medicinsk eller försäkringsmedicinsk forskning.

Större försäkringsmedicinska projektsatsningar måste rimligen komma till på initiativ av de stora forskningsfinansierarna – staten (forskningsråden) och de stora forskningsstiftelserna. En tänkbar modell som Whiplashkommissionen diskuterat, är att Försäkringskassan och den privata försäkringsbranschen skulle kunna delta med en mindre del av finansieringen i relevanta projekt. Som exempel skulle projekt med anknytning till återgången i arbete efter whiplashrelaterade problem kunna finansieras ungefär med samma uppdelning som ansvaret för inkomstersättning, dvs. en statlig forskningsfinansierare står för ca 80% av projektkostnaderna och den privata försäkringsbranschen för 20%.

Sådana samarbeten skulle öppna upp för en rad nya möjligheter, som inte bara handlar om ökade resurser utan också om tillgång till en ny typ av frågeställningar och material. En annan fördel är att forskningens resultat snabbt görs tillgängliga för de aktörer som skall fatta beslut baserade på sådan kunskap – som Försäkringskassan och de privata försäkringsbolagen.

Prioritering av resurser

Idag stärks den allmänna resurstilldelningen till medicinsk forskning i Sverige. Genom en sådan statlig satsning säkerställs fortsatta forskningsmöjligheter för dem som inte gynnas av läkemedelsindustrin – till exempel forskare inom området försäkringsmedicin. Whiplashkommissionen menar att det går att upprätthålla principerna om forskningens frihet även om resurser öronmärks för vissa områden. I själva verket har vi i Sverige under hela efterkrigstiden i svensk forskningspolitik sett en lång rad sådana prioriterade forskningssatsningar som kommit till därför att samhället haft behov av ny kunskap på olika områden. Inom ramen för dagens forskningspolitik åläggs de statliga forskningsråden allt oftare att formulera strategidokument, där särskilt gynnade områden pekas ut. Detta är ett sätt att markera att samhället behöver kunskap inom ett visst område – och detta behov formuleras i en dialog mellan forskare och omvärld. Som kommissionen konstaterat, har det både varit en brist på resurser – alltså intresse från forskningsfinansiärer – och på intresserade forskare, som legat bakom den otillräckliga forskningen om whiplashrelaterade besvär idag.

En strategisk svensk satsning på försäkringsmedicin är angelägen, och Whiplashkommissionen menar att en sådan satsning borde initieras och administreras av de stora forskningsfinansiärerna på det området: Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap. I en sådan satsning kan också vissa medel öronmärkas för studier av särskilda diagnoser, som whiplashrelaterade skador. Klinisk forskning prioriteras allt för sällan idag, och resultatet är att vi vet alldeles för litet om hur medicinska behandlingar fungerar i praktiken.

Hur kan forskningen om whiplashrelaterade besvär stimuleras?

Whiplashkommissionen anordnade i mars 2004 en diskussion om möjligheterna att stimulera till mer forskning om whiplashrelaterade besvär. I diskussionen deltog representanter från Vetenskapsrådet, Riksförsäkringsverket, Umeå universitet och olika institutioner vid Karolinska institutet. Senare har även representanter från Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

(FAS) tillfrågats, och gett sina kommentarer till frågan om hur man bäst verkar för att stimulera forskningen om whiplashrelaterade skador.

Svenska forskare är överens om att forskningen om sjukfrånvaron har svårt att få resurser idag. Området är outvecklat, och forskning om sjukskrivningar är ofta av låg kvalitet – precis som SBU konstaterat i sin rapport 2003. Ett sätt att förtydliga problemet är att skilja mellan de tre delarna i sjukdomsbilden: ”illness” – den subjektiva upplevelsen; ”sickness” – den sociala roll den sjuke tilldelas och ”disease” – den medicinska diagnosen. Alla dessa delar av sjukdomsupplevelsen påverkar de enskilde, men idag forskas det nästa uteslutande om ”disease”.

Ur ett samhällsperspektiv är det viktigt att satsa på forskning som minskar människors lidande och som minskar samhällskostnaderna – och i detta perspektiv blir en utbredd diagnos som ”whiplashrelaterad skada” viktig att studera närmare. Ett sätt är att medvetet bredda området ”medicinsk vetenskap” så att ett bredare område inom sjuk- och hälsoområdet ges forskningsresurser. Här behövs just en flerdisciplinär forskningsinsats som mer handlar om hälso- eller livsvetenskap. Sådana satsningar pågår idag i t.ex. Holland och Australien. För svenskt vidkommande skulle detta kunna betyda att medicinska forskare skall kunna närma sig, och samarbeta med, forskare från det samhällsvetenskapliga området som inriktat sitt arbete på samhällsmedicin – en typ av forskning som handläggs av bland annat FAS. De forskare som deltog i diskussionen konstaterade att regeringen har aviserat att under de närmaste åren vilja satsa resurser på det medicinska forskningsområdet.

Nya forskningsstrategier

Hur ser då framtidens svenska forskningsstrategier ut när det gäller komplicerade försäkringsmedicinska diagnoser, deras uppkomst och behandling? Några aktörer blir här centrala: utbildningsdepartementet, den nya Försäkringskassan och de stora forskningsråden.

I mars 2005 presenterades en ny forskningsproposition av Utbildningsdepartementet, *Forskning för ett bättre liv* (prop. 2004/05:80). Här aviseras en ökad tilldelning av resurser till medicinsk forskning i Sverige, och ett av de prioriterade områdena är ”Forskning om ohälsa och sjukfrånvaro”. Propositionen understryker de höga samhällskostnaderna för sjukpenning och förtidspension – 110 miljarder kronor under år 2003 – och bristen på kunskap kring sjukfrånvarons orsak och konsekvenser. Propositionen understryker att flera myndigheter och samhällsinstanser bör samverka för att bygga upp en bättre kunskap på området, vilket också blir en styrka rent forskningsmässigt.

Propositionen pekar särskilt ut Arbetslivsinstitutet och Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap som ansvariga för att samordna forskningen på området. Regeringen betonar att man under 2003 och 2004 har tilldelat FAS 10 miljoner kronor för så kallad interventionsforskning om sjukskrivning, och en longitudinell databas har skapats vid Statistiska Centralbyrån. År 2008 tillförs FAS 5 extra miljoner kronor för en särskild satsning på forskning om ohälsa och sjukfrånvaro, en resurstilldelning som dock kan tidigareläggas inom befintliga ramar.

Försäkringskassan

På den nya myndigheten Försäkringskassan beskrivs forskningsfunktionen som inriktad mot socialförsäkringarna, och anger som prioriterade områden teorier om hur socialförsäkringar fungerar, administration, fördelningseffekter, incitamentstruktur och beteendeförändringar, finansiering och ekonomisk effektivitet samt allmänhetens inställning till välfärdssystemen. Projektbidragen som delas ut är vanligen knutna till en person och beviljas på ett år i taget.

Inriktningen är i högsta grad relevant också för de whiplashrelaterade skadorna, som ju ofta aktualiserar frågor om försäkringssystemets funktioner och dess påverkan på personers fysiska och psykiska hälsa. Men den nya forskningsfunktionen har inte fått några väsentligt förstärkta resurser jämfört med situationen som rådde under Riksförsäkringsverket och de lokala försäkringskassorna. Då beviljades i allmänhet medel för mindre projekt inom enskilda discipliner, som nationalekonomi och sociologi. Stora, tvärvetenskapliga projekt fanns det inte utrymme för. Eftersom resurserna inte väsentligen förändrats, kan man inte heller efter myndighetssammanslagningen vänta sig större forskningssatsningar från Försäkringskassan. Om den nya myndigheten till exempel skall vara med och finansiera större projekt med försäkringsmedicinsk inriktning – som forskning om whiplashrelaterade besvär – måste sådana satsningar ske i samarbete med andra aktörer.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS har nyligen antagit ett forskningsstrategiskt dokument för åren 2005-2008, *Forskning om människors arbete och livsvillkor*. Här öppnas för en ny typ av forskning kring sjukskrivningar och sjukersättningar, inom området samhällsmedicin:

Forskning behövs om hur förhållandena i arbetsliv och samhälle påverkar sjuklighet och sjuk-skrivning, hur sjukskrivning, förtidspensionering och arbetslöshet – och därmed relaterade kostnader – beror på utformningen av socialförsäkringssystemet och arbetslöshetsunderstödet liksom på försäk-

ringskassornas praxis, hur sjukskrivnas återgång till arbetslivet beror på rehabilitering och andra åtgärder under sjukskrivningsperioden.

FAS skriver vidare att rådet vill göra större satsningar i samarbete med andra forskningsfinansiärer, särskilt kring

interventioner som syftar till att finna sätt att förhindra att människor behöver lämna arbetslivet under kortare eller längre perioder och effektiva former för rehabilitering av dem som har blivit sjukskrivna eller förtidspensionerade.⁸³

FAS argumenterar alltså i sitt strategidokument för de närmaste åren utifrån de höga svenska ohälsotalen: ett samhällsproblem som kräver ökad vetenskaplig kunskap. Här finns alltså utrymme för en medveten satsning på ett försäkringsmedicinskt område – särskilt om FAS gör verklighet av sina intentioner att stödja tvärvetenskapliga samarbetsprojekt. Whiplashkommissionen noterar också att goda förutsättningar för ett ökat samarbete med Försäkringskassan borde föreligga, då rådet nu prioriterar projekt som skall syfta till en ökad återgång i arbete. Den resurstilldelning som forskningspropositionen aviserar borde också underlätta en sådan satsning.

Vetenskapsrådet

I den utvärdering av svensk medicinsk forskning som Vetenskapsrådet (VR) publicerade 2003 hävdas att Sverige under perioden 1993-2001 visat tendenser till att halka efter på den internationella forskningsarenan. VR konstaterade i sin analys att Sverige genom sin tidigare starka satsning på medicinsk forskning kunnat ha vad som kallas ”en topplacering”, vilket också lett till en gynnsam ekonomisk utveckling inom till exempel läkemedelsindustrin. Men under senare år har många andra länder satsat stora resurser, samtidigt som den svenska staten har minskat sitt engagemang. Det handlar både om konkreta minskningar av forskningsanslag till de medicinska fakulteterna, och om ofinansierade reformer och kostnadsökningar – sammanlagt räknar VR med att resurserna för medicinsk forskning minskat under perioden med så mycket som 20%. I stället har icke-statliga aktörer, till exempel läkemedelsindustrin, kommit att stå för allt mer av den medicinska forskningens finansiering. Detta innebär i praktiken att en viss typ av medicinsk forskning gynnas – nämligen sådan forskning som kan ge upphov till lönsamma mediciner.

Forskning blir av högst kvalitet då de resurser som tilldelas området huvudsakligen användas till forskarinitierade projekt, menar VR. Detta synsätt inne-

bär att medicinsk forskning måste ske också utanför de stora läkemedelsbolagens intressesfär. VR vill se därför se satsningar från staten, och detta bör vara resurser som *inte* styrs till viss forskning utan slussas via de statliga forskningsfinansiärerna. Inom det medicinska området krävs dessutom en koncentration av befintliga forskningsresurser till några få, större forskningscentra, och utökade möjligheter att bedriva klinisk forskning av hög kvalitet i samarbete med den svenska sjukvården, enligt VR.

I Vetenskapsrådets strategidokument för perioden 2005-2008, *Medicinsk forskning för hälsa, god sjukvård och ekonomisk tillväxt*, diskuterar VR redan i inledningen de höga ohälsotalen i Sverige, och ställer kostnaderna för ohälsan – inte bara för vård, utan också för socialförsäkringens ersättning vid arbetsoförmåga och indirekta kostnader som produktionsbortfall – mot kostnaderna för medicinsk forskning. Här är argumentet att svensk medicinsk forskning behöver mer resurser, om rådet skall kunna minska samhällets ökande kostnader för ohälsan.

Också VR argumenterar alltså i sitt strategidokument för de närmaste åren utifrån de höga svenska ohälsotalen när man pekar på behovet av en ökad satsning på medicinsk forskning. I dokumentets problembeskrivning framstår ohälsotalen som ett av dagens viktigaste samhällsproblem – ett problem som kräver ökad vetenskaplig kunskap. Men i sina konkreta förslag utvecklar sedan VR inte den diskussion om en breddning av begreppet ”medicinsk forskning”, som skulle möjliggjort en satsning försäkringsmedicin. I stället lyfter rådet fram områden som genteknik och argumenterar för att en koncentration av resurser skall borge för en kvalitetshöjning

Ett av de områden VR vill satsa på har dock direkt relevans för de höga ohälsotalen: en kvalitetshöjning av den kliniska forskningen:

Patientnära klinisk forskning är bl a nödvändig för att utvärdera de medicinska effekterna av olika vård- och behandlingsinsatser/.../Det är därför viktigt att skapa goda forskningsmiljöer och ekonomiska förutsättningar som gör att kvaliteten på den kliniska forskningen kan stärkas.⁸⁴

Eftersom VR är den enskilt största forskningsfinansiär som har möjlighet att stödja sådan forskning, är det utomordentligt viktigt att rådet de närmaste åren väljer att förstärka den kliniska forskningen.

I regeringens aktuella forskningsproposition *Forskning för ett bättre liv* tilldelas också det medicinska forskningsområdet ökade resurser, en satsning som delvis följer de riktlinjer VR önskat sig i utvärderingen av svensk medicinsk forskning. Som Whiplashkommissionen påpekat, behöver vi mer och bättre

kunskap om hur sjukvård och medicinsk rehabilitering fungerar i praktiken. Satsningen på klinisk forskning kan också bidra inte bara till ökad kunskap, utan också till en högre kvalitet på den vård som erbjuds. *Det är därför Whiplashkommissionens förhoppning att VR nu prioriterar sådan klinisk forskning som kan ha direkt betydelse för att minska kostnaderna för de höga ohälsotalen i Sverige.* I sitt strategidokument hänvisar VR just till sådana kostnader som ett argument för allmänt ökade forskningsresurser. I så fall kommer vi att under de närmaste åren få se kliniska studier om de diagnoser som står bakom dessa ohälsotal och höga kostnader – som till exempel whiplashrelaterade skador.

Sammanfattning

Kunskapen om de whiplashrelaterade skadorna och deras konsekvenser är idag bristfällig, och denna brist bör ses i ett större sammanhang. Inom det medicinska forskningsområdet har man hittills inte prioriterat forskning om sjukskrivningar och försäkringsmedicin.

Whiplashkommissionen instämmer i de slutsatser som flera andra aktörer redan kommit fram till, nämligen att *Sverige måste göra en satsning på bättre vetenskaplig kunskap på detta område.* De privata forskningsfinansierarna har av olika skäl inte intresse eller möjligheter att gynna den försäkringsmedicinska forskningen, och därför blir det i praktiken inom den statliga forskningspolitiken ett ansvar måste tas för att sådan kunskap genereras. En sådan statlig satsning förstärker nu resurstilldelningen till det medicinska området. Whiplashkommissionen menar dock att det medicinska ämnesområdet bör breddas, så att också försäkringsmedicinen får en given plats. De samhällsvetenskapliga disciplinerna tilldelas i regeringens kommande ökade resurser, som viks för samhällsmedicinsk forskning kring sjukskrivningarnas konsekvenser, möjligheter till effektiv rehabilitering och återgång i arbete.

Försäkringskassan har bland annat i uppdrag att öka kunskapen om hur socialförsäkringarna fungerar, genom att stödja forskningsprojekt som på olika sätt analyserar det allmänna försäkringssystemet. Det är Whiplashkommissionens uppfattning att om sådana projekt skall kunna få tillräcklig relevans och tyngd bör Försäkringskassan samarbeta med andra forskningsfinansierare. De privata försäkringsbolagen utgör en sådan tänkbar samarbetspartner, de statliga forskningsråden en annan. Såväl Forskningsrådet för Arbete och socialvetenskap som Vetenskapsrådet har formulerat forskningsstrategier för de kommande åren. Båda forskningsråden hänvisar till de stora och kostsamma ohälsotalen i Sverige och för sedan resonemang om vilken forskning som behövs för att adressera problemen.

Whiplashkommissionen menar att den typ att forskning som behövs för att förstå sjukskrivningsproblematiken bättre måste ha en bred, multidisciplinär ansats. Vår förhoppning är därför att de stora forskningsfinansiärerna skall kunna se möjligheterna av att samarbeta för möjliggöra sådana projekt. Den problematik som ligger bakom till exempel de whiplashrelaterade besvären och deras konsekvenser, skulle behöva analyseras såväl ur ett försäkringsmedicinskt, samhällsmedicinskt som kliniskt perspektiv. Endast ett samarbete mellan flera olika forskningsfinansiärer skulle möjliggöra en sådan ansats.

Bristen på kunskap gör också behovet av bättre statistik aktuell. SCB har inlett en satsning på en longitudinell databas, Försäkringskassan arbetar med att bygga upp en mer enhetlig statistik – båda dessa initiativ är viktiga. men den privata försäkringsbranschen kan, för trafikskadorna, avsevärt förbättra sina rutiner för att samla in och rapportera relevant statistik i samspel med andra samhälleliga instanser. Innan vi vet mer om hur sjukskrivningar och försäkringsförhållanden samspelar med den medicinska diagnosen, är det svårt att diskutera lösningar och förbättringar av nuvarande regelsystem och praxis. Eftersom så många människor i Sverige idag drabbas av längre sjukskrivningsperioder, är ökad vetenskaplig kunskap av bättre kvalitet helt central. Och det är bråttom; vi måste verka för att minska det stora mänskliga lidande som ligger bakom de höga sjukskrivningstalen i Sverige.

Noter

83 FAS, Forskning om människors arbete och livsvillkor. Forskningsstrategi för åren 2005 till 2008, s. 2f.

84 VR:s strategidokument Medicinsk forskning för hälsa, god sjukvård och ekonomisk tillväxt (2004).

11. TILLGÅNG TILL KUNSKAP

Sammanfattning

Forskningen har visat att människors förväntningar inför framtiden utgör en viktig faktor i möjligheterna att återhämta sig från whiplashrelaterade besvär. Om den skadade känner ångest och oro, försämras prognosen. Men de budskap allmänheten får är många gånger svåröverskådliga. Apotekens information är kortfattad. Få av de hemsidor som finns på Internet om hälsofrågor erbjuder kvalitetssäkrad information. Tidningarna skriver om whiplashrelaterade besvär på ett sätt som kan ge upphov till negativa förväntningar. Whiplashkommissionen vill verka för en mer nyanserad bild av de whiplashrelaterade skadorna, bland annat genom satsningar på Internetinformation av god kvalitet och genom att slutrapporten görs tillgänglig, både i fulltext och som sammanfattning.

Inledning

I rapportens kapitel 5-10 har vi diskuterat vad forskare idag vet om whiplashrelaterade skador och deras behandling. Vi har tagit upp de goda resultat som förebyggande trafiksäkerhetsarbete kan få och föreslagit en förenklad skadereglering som skall underlätta för de skadade att snabbt få en rättvis ersättning.

Att drabbas av långvariga whiplashrelaterade besvär kan innebära att livet förändras på en rad områden. Men risken för att detta skall hända efter en bilolycka med whiplashvåld är statistiskt sett liten. Att döma av de många brev, mejl och telefonsamtal som inkommit till kommissionen, stämmer denna bild inte överens med den allmänna föreställningen om whiplashrelaterade skador. Tvärtom tycks många människors oro vara stor inför framtiden efter en krock med whiplashvåld, och föreställningen om de troliga konsekvenserna är många gånger överdriven.

I rapportens avslutande kapitel vill vi därför diskutera vilken bild den svenska allmänheten kan få i tidningsartiklar och via Internet av förebyggande trafiksäkerhet, vård och ersättningsvillkor i samband med whiplashrelaterade skador. Vi presenterar därefter några åtgärder som kommissionen föreslår för att etablera en mer nyanserad offentlig diskussion i dessa ämnen.

Vilken roll spelar psykiska faktorer för återhämtningen?

I kapitel 8 har vi slagit fast att forskningen allt mer kommit att räkna med psykologiska faktorer då smärttillstånd diskuteras. Som SBU konstaterade redan 1994 måste alla faktorer som kan påverka hälsotillståndet efter en trafikolycka tas med i beräkningen.⁸⁵ Då läkare ställer en diagnos, förbereder en behandling och gör en prognos inför framtiden spelar psykosociala faktorer en stor roll. En rad internationella studier har understrukit att psykiska problem efter trafikolyckor är vanliga.⁸⁶ Under senare år har flera forskare velat använda termen post-traumatiskt stressymtom.⁸⁷

När det gäller konsekvenser av whiplashrelaterade bilolyckor, har förväntningarna inför framtiden lyfts fram av flera forskare som en delförklaring till de psykiska problem som kan uppstå. I en studie från Ullevåls sjukhus Norge visade Monica Dronning och hennes forskarlag att en omedelbar oro inför framtiden efter olyckan var en av de faktorer som indikerade att smärtproblemen skulle vara under en längre tidsperiod än fyra veckor.⁸⁸ På omvänt sätt hävdades i en studie från Litauen att en orsak till avsaknaden av långvariga problem efter påkörningar bakifrån var att allmänhetens kännedom om risker och följd tillstånd var låg.⁸⁹ Anna-Lena Andersson har i en studie av 134 trafikskadade patienter i Göteborg (där 13% utgjordes av personer med whiplashrelaterad skada), visat att upplevelsen av att inte få tillfredsställande medicinsk information påverkar det fysiska återhämtningen.⁹⁰

Förväntningar inför framtiden

Upplevelsen av olyckan har alltså betydelse för möjligheterna att bli frisk efter en trafikolycka. Anne Söderlund har visat att negativa förväntningar inför framtiden utgör en viktig förklaring till den dåliga prognosen hos vissa personer som drabbas av whiplashrelaterade besvär. Med stöd av annan forskning definierar hon patienters förmåga att själva hantera sina symtom som en av nycklarna till ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete. Den *upplevelse* en individ har av sin situation och sin egen förmåga att hantera och påverka den får helt enkelt betydelse också medicinskt.

I sin undersökning av 59 WAD-patienter i Uppsala delade Söderlund in patienterna in i två grupper, de som led av akuta besvär och de som hade en mer långdragen smärtproblematik. En mindre grupp kroniska WAD-patienter ingick också. Hon utarbetade två sjukgymnastiska program, där det ena programmet också innehöll fokus på att förstärka patienternas förmåga att själva utveckla tekniker för att hantera sin smärtupplevelse.⁹¹ Det andra pro-

grammet inriktade sig bara på patienternas fysiska tillstånd med en rad sjukgymnastiska behandlingar.

För att ringa in patienternas egen inställning och förmåga undersökte Söderlund en rad faktorer, bland annat vilka förväntningar inför framtiden patienterna av uttryck för. De fick bland annat svara på frågor om de väntade sig att bli helt friska, delvis bättre, eller om de förväntade sig att symtomen skulle kvarstå. Söderlunds resultat visar att patienter med låga förväntningar på framtiden och på sin egen förmåga har en sämre prognos. De upplevde smärtan som mer handikappande, oavsett vilken typ av behandling de erbjöds. Denna grupp hade också sämre möjligheter att tillgodogöra sig de tekniker som visat sig effektiva i behandlingen.

Efter bara några veckor påverkades dessutom många patienters förväntningar inför framtiden till det sämre. När förhoppningen om att inte snabbt bli helt smärtfri inte uppfylldes, vändes en tro på framtiden till djup ångest och oro.⁹² Också andra internationella studier visar att just smärtpatienter snabbt kan utveckla negativa bilder, tankar och förväntningar inför framtiden, och att möjligheterna till återhämtning då försämras radikalt.

Vad påverkar förväntningarna inför framtiden?

Inom den medicinska vetenskapen har forskare ställt frågor om vad det är som påverkar WAD-patienters förväntningar inför framtiden. Här har sociala faktorer lyfts fram – patientens hela livssituation blir viktig för att förstå inställningen till framtiden. Att under en lång period leva med smärta har också visat sig öka oron inför hur framtiden skall gestalta sig. Men också den kunskap som patienterna har om sitt tillstånd är viktigt. I Anna-Lena Andersson studie upplevdes bristen på koncis medicinsk information som problematisk av patienterna. I studien från Litauen betraktades istället bristen på information om just whiplashrelaterade tillstånd som en tillgång, där forskarna menade att detta utgjorde en av förklaringarna till avsaknaden av personer med långvariga besvär i landet. Andra studier har varnat för att allt för mycket information om framtida risker kan påverka förväntningarna negativt, och därmed försämra prognosen för personer som varit med om trafikolyckor.⁹³

Information om whiplashrelaterade besvär

De kunskaper som individen besitter om de symtom som kan följa efter en trafikolycka spelar roll för hur han eller hon upplever sin situation och hur prognosen ser ut. Om den information den skadade har fått ta del av ger anledning till stark oro inför framtiden, är det också troligt att denna oro påverkar det

egna tillståndet negativt. En upplevelse av att inte få tillräcklig, eller kanske felaktig, information kan också ge upphov till oro och stress.

Men hur ser den svenska allmänhetens kunskap ut om whiplashrelaterade skador? Detta skiljer sig givetvis åt mellan olika grupper. För den som har anledning att studera whiplashproblematiken närmare – t.ex. patientföreningar, vårdpersonal, advokater och skadereglerare – finns möjligheter att ta del av den fördjupade kunskap som erbjuds i litteraturen och på forsknings-symposier. Men för den som inte har ett specialintresse, är oftast allmänt tillgängliga broschyrer, sökningar på Internet och information i dagspress, TV och radio det som bestämmer kunskapsnivån.

Apotekets information

Apoteket tillhandahåller sedan ett antal år tillbaka en gratisfolder tillgänglig med titeln ”Apotekets råd när du har ont i nacken”. Foldern är producerad av Apoteket och faktagranskad av distriktsläkare Hans Lingfors, verksam i Habo och Jönköping, och har föregåtts av en tidigare folder där bland andra Alf Nachemson stod som författare.

I foldern slås fast att så mycket som en tiondel av svenska folket lider av någon form av nacksmärta, och detta är ett tillstånd som någon gång drabbar varannan svensk. Smärta är nästan aldrig tecken på en allvarlig skada, enligt foldertexten, och den går oftast över inom en vecka. Egenaktivitet är bra för den som vill återhämta sig snabbare: ”om du försöker leva och röra på dig ungefär som vanligt”. För akuta smärtbesvär rekommenderar Apoteket värktablett, rörelse, varma bad och halskrage. Ett enkelt gymnastiskt schema illustrerar rörelser som stärker nackmuskulaturen. En kortfattad beskrivning av nackens anatomiska uppbyggnad redovisas också. Därefter listar Apoteket en rad möjliga orsaker till nackont, och när man bör söka läkarhjälp. Ett av dessa tillstånd är smärta som uppkommit efter en trafikolycka: ”om du tror att du har fått en whiplashskada är det viktigt att du träffar en läkare så att du kan få en diagnos”.⁹⁴ Foldern om ryggont, ”Apotekets råd när du har ont i ryggen” anknyter till foldern om nackont. Här uppges att 8 av 10 svenskar någon gång har ont i ryggen. Tillfälligt bruk av smärttabletter, egenaktivitet och planering av rörelsemönster blir också här de råd som Apoteket ger, samtidigt som ryggont efter en skada eller olycka bör leda till läkarbesök. Inga resonemang förs om smärtupplevelsen i sig, om skillnad mellan akut och kronisk smärta och om sambandet mellan dem.⁹⁵

På Apotekets och de svenska landstingens hemsida för hälsofrågor, *Infomedica*, diskuteras också nack- och ryggont. Texterna är skrivna av en redaktionsgrupp och faktagranskad av ett antal läkare. Till skillnad från de

två foldrarna ges här mer utrymme att utförligt diskutera olika aspekter av rygg- och nacksmärta. En tredjedel av alla svenskar i undersökningar uppger att de ”under det senaste halvåret” någon gång haft ont i nacke eller rygg. Ungefär samma råd som i Apotekets foldrar betonar vikten av egenaktivitet och en viss planering av de vardagliga rörelsemönstren. Och precis som i foldrarna betonas att smärtan oftast inte är ett tecken på något allvarligt sjukdomstillstånd, men det finns tillfällen då den som drabbats av smärtor bör söka läkarhjälp; ont i samband med olycka hör till dem. Nacken anatomiska uppbyggnad redovisas kort och ett antal namngivna skade- och sjukdomstillstånd beskrivs. Om whiplashrelaterad skada skriver *Infomedica*:

Pisksnärtskada, eller whiplash, är en särskild skada som i allmänhet inte innebär att något ben är brutet. Besvären kommer istället från skadade muskler, bindväv och nerver.

På hemsidan beskrivs utförligt de diagnosmetoder vården använder vid rygg- och nackkont och man betonar att patientens berättelse om sina egna symtom är centralt i detta diagnosarbete. *Infomedica* hänvisar också till mer fördjupad information om smärta och smärtupplevelse på hemsidan, och diskuterar kort att upplevelsen och tolkningen av smärtan också påverkar hur ont en person får.⁹⁶

Sammanfattningsvis ger Apoteket råd som anknyter till hur man i dagens svenska primärvård bemöter patienter som söker hjälp för nack- och ryggsmärtor. I informationen betonas att denna form av smärta är mycket vanlig och att det oftast inte är tecken på en allvarlig skada eller sjukdom. Men i materialet betonas också att den som får ont i samband med en olycka bör söka läkarhjälp, och den specifika diskussionen av ”whiplash” är kortfattad. Den rimliga slutsats en hjälpsökande med whiplashrelaterade besvär kan dra blir därmed att detta är ett allvarligare tillstånd som kräver läkar diagnos, och att generella råd om egenaktivitet, försiktighet i rörelsemönstren inte har samma relevans som för annan nack- och ryggsmärta.

Information om ”whiplash” på Internet

En sökning på svenska hemsidor som innehåller begreppet ”whiplash” ger idag över 35 000 nedslag. Många av dessa är naturligtvis träffar på underavdelningar till samma hemsidor, men antalet kan ändå ge en antydning om den enorma, osorterade informationsmängd som möter en person som på egen hand söker kunskap om just denna typ av skada.

Informationen finns tillgänglig på en mängd olika typer av sidor. Det gäller

dels information från handikapp- och patientföreningar, dels från allmänna ”hälsosajter” – ett fenomen som vuxit fram under det senaste decenniet. Som exempel kan nämnas ”Hälsoguiden”, ”Netdoktor” och ”Praktisk medicin”. Artiklar ur dagspressen ligger också i en del fall åtkomliga för sökmotorerna. Personliga hemsidor är också vanliga. En ytterligare kategori utgörs av sidor som egentligen är annonser för privata företag inom vård och juridik (se t.ex. företaget Staywells hemsida som erbjuder hjälp med utredningar och intyg i skaderegleringsprocessen). En del information kommer också från konferenser, forskningsrapporter och seminarier inom forskarvärlden, men denna typ av material tycks inte vara lika framträdande som det övriga.

Information från handikapp- och patientföreningar

De föreningar (och motsvarande) som representerar personer med whiplashrelaterade besvär har till kommissionen hävdatt att informationen om just whiplashrelaterade skador varit bristfällig. Flera av dem har, som vi diskuterat i rapportens kapitel 3, angivit att behovet av information varit en drivkraft i det egna föreningsarbetet.

De åtta föreningar kommissionen varit i kontakt med har också egna hemsidor (adresserna till dessa redovisas i kapitel 3). Mängden av information om whiplashrelaterade tillstånd varierar dock, både i omfång och kvalitet. Några av hemsidorna har knutit kontakt med sakkunniga på området och fått signerade artiklar skrivna särskilt för sidan, andra har lagt ut artiklar och intervjuer som hämtats från annan källa.

En hel del kortare informationsbroschyrer och informationsblad har också producerats av de olika patientföreningarna. Ett exempel på en mer genomarbetad och påkostad informationsinsats, som inte finns fritt tillgänglig på Internet utan som går att beställa mot en kostnad, är RTP:s bok *Kunskap är makt – att gå vidare efter en whiplashskada* (2004). I boken intervjuas patientföreträdare, olika myndighetspersoner och läkare, och RTP diskuterar såväl frågor om livskvalitet som vård och försäkringsproblematik. Flera av patientföreningarna tar också återkommande upp frågor som rör whiplashrelaterade skador i sina medlemstidningar och nyhetsbrev.

Eftersom informationen från patientföreningarna på en gång är omfattande och varierad, är det svårt att säga något generellt om innehållet och kvaliteten. Man kan däremot konstatera att bilden av vad en whiplashrelaterad skada är, hur symtomen ytrar sig, och vilken typ av behandling som kan hjälpa skiljer sig åt. En del föreningar samarbetar också med privata behandlingskliniker som har länkar och annonser direkt på hemsidan.

Hälsosajter

På flera svenska hälsosajter diskuteras whiplashrelaterade skador mer eller mindre utförligt. Ett exempel är ”Helhetsdoktorn” där läkaren Bertil Dahlgren redogör för en del av forskningen kring whiplashrelaterade skador, resonerar kring möjliga skademekanismer, hänvisar till andra hemsidor, citerar pressklipp och gör egna reflexioner. Diskussionen inriktas på nackens anatomiska konstruktion och resonemang om de olika delar som kan vara skadade. Ett annat exempel är ”Smärtgudien”, en sajt dit användarna kan anmäla sig och blir medlem. För medlemmar finns utförlig information tillgänglig, liksom tips och råd om behandling och ”patientberättelse”, men för den som inte är medlem erbjuds en kortare information skriven av smärtläkaren Björn Bragée, som också ansvarat för helhetsinnehållet. Resonemangen på denna hemsida är inriktade på smärtupplevelse och smärtbehandling. På hemsidan ”Netdoktor” beskrivs whiplash kortfattat i en artikel författad av läkarna Helge Kasch och Troels Staehelin Jensen, som med hänvisning till internationell forskning betonar hur liten risken är för långvariga besvär, samt betonar hur viktig egenaktiviteten är för möjligheterna till snabb återhämtning.

Sammanfattningsvis är också den information man får genom olika hälsosajter av varierande kvalitet och inriktning. Om en läkare författat artikeln är det troligt att olika typer av skademekanismer, symtom och behandling betonas, beroende på läkarens specialistkompetens.

Kvalitetsgranskning av Internetinformation

Kvaliteten, aktualiteten och trovärdigheten i hälsoinformation på Internet är ett problem som uppmärksammas allt mer under senare år. Socialstyrelsen gjorde år 2002 en granskning av *Hälsa på Internet*, med hjälp av EU:s föreslagna direktiv. I EU:s direktiv omnämns sex så kallade kvalitetskriterier som bör uppfyllas:

- Transparens (öppenhet) och ärlighet om avsändare, syfte, målgrupp och finansiering.
- Källhänvisningar.
- Personlig integritet, säkerhet och sekretess.
- Aktualitet (datum för uppdateringar).
- Uppgift om webbplatsansvariga och kontaktmöjligheter.
- Tillgänglighet (sökning, läsbarhet och förståelse).

Sammanlagt 35 svenska hemsidor granskades sedan med dessa kvalitetskriterier som utgångspunkt. Socialstyrelsens slutsats blev att

Det finns ett antal svenska webbplatser med goda ansatser till att ge användarna uppgifter som överensstämmer med de kvalitetskriterier som föreslagits av EU-kommissionen. Ännu uppfyller dock ingen webbplats alla kriterier. Samtidigt visar genomgången av de 35 svenska webbplatserna att det ofta är svårt att hitta och/eller tolka de uppgifter som eventuellt finns om webbplatsen och dess innehåll. Det gäller framför allt uppgifter om finansiering, behandling av personuppgifter, källor och uppdatering.⁹⁷

I diskussionen av granskningens resultat framhåller Socialstyrelsen att det är angeläget med bättre kontroll av hälsoinformationen på Internet, eftersom sådan information söks av allt fler människor. Även om ansvaret för att ett antal fastslagna kriterier uppfylls vilar på den som står som ansvarig utgivare för en hemsida, bör myndigheter också engagera sig i uppföljning och kontroll. Socialstyrelsen framhåller också att de olika grupper i samhället som sysslar med hälsofrågor – alltså förutom vårdpersonal också till exempel patientföreningar – har ett ansvar för att allmänheten görs uppmärksam på att en hemsida bör uppfylla vissa kriterier för att anses tillhandahålla information av god kvalitet.

En utvärdering av pressens behandling av whiplashrelaterade skador

För många människor är Internet en viktig informationskälla, som kompletteras med broschyrer och annat lättillgängligt informationsmaterial som tillhandahålls på apotek, vårdcentraler och av patientföreningar. Men för de allra flesta svenskar utgör pressens behandling av ett ämne fortfarande den helt centrala källan för samhällsinformation.

För att få en bild av hur whiplashrelaterade skador, deras orsaker och följder beskrivs i svenska massmedier, har Whiplashkommissionen gjort en analys av dagspressartiklar mellan 1980 och 2004, alltså den period då ”whiplash” etableras som begrepp i det svenska språket och då denna skadetyp börjar synas i försäkringsbolagens statistik. Undersökningen har gjorts via Sveriges tre största mediearkiv (Mediearkivet, Bibliotekstjänst Artikelsök och Press-text) och genom fritextsökningar i enskilda tidningar. Sammanlagt 19 tidningar har undersökts. Även om detta representerar ett urval, ger analysen en över-

gripande bild av vad som skrivits om whiplashproblematiken – och därmed vilken information den tidningsläsande allmänheten fått ta del av. Undersökningen i sin helhet finns i rapportens bilaga 10.

Hur mycket har skrivits, och om vad?

Det sammanlagda antalet artiklar under perioden uppgår till 426 stycken. Under de första 15 år som undersökningen omfattar, var antalet artiklar förhållandevis litet, mellan 3 och 10 artiklar per år. Men från 1995 sker en markant ökning. Under de sista nio åren har i genomsnitt 40 artiklar per år skrivits om whiplashrelaterade skador och deras följder.

Artiklarna kan för översiktlighetens skull delas in i fem kategorier, även om många av dem tar upp flera ämnen som överlappar varandra. Allra flest artiklar, totalt 104 stycken, har skrivits om *trafik- och teknikfrågor*: bilkonstruktion, whiplashskydd och krocktester. *Forskningsrön och forskningspresentationer* är näst största kategori: 98 artiklar under perioden. Men detta område hänger nära samman med *vård- och omsorgsfrågor*, som finns representerade i sammanlagt 77 artiklar. *Försäkringsfrågor* står för en försvarlig del av det skrivna materialet, 87 artiklar. Och försäkringsfrågor är återkommande också i den sista kategorin, som vi valt kalla *personporträtt/övrigt*. Ofta skildras enskilda människor som råkat ut för en whiplashrelaterad skada – och där försäkringsfrågor spelar en väsentlig roll.

Innehållet i artiklarna

Vad skriver tidningarna om whiplashproblematiken? Artiklar på trafik- och teknikområdet innehåller ofta praktiska tips för läsaren, dels om körställning, dels om vilka bilar som har de bästa whiplashskydden. Typiska rubriker kan vara ”Körställning avgör skada” (DN 1993-10-27) eller ”Svenska bilstolar halverar risk för nackskador” (SvD 2003-06-24). Artiklarna är ofta skrivna efter presskonferenser med biltillverkare eller med Vägverket, och refererar aktuella forskningsresultat och krockprov. De innehåller mer sällan intervjuer och journalistens egna analyser.

Artiklarna om medicinsk forskning poängterar ofta att whiplashrelaterade skador är gåtfulla. ”Svårt att upptäcka pisksnärtskada”, skriver till exempel *Dagens Nyheter* den 1 juni 1996, och fortsätter artikeln med påståendet att många skador endast kan upptäckas vid obduktion (vilket i sin tur förstärker intrycket av skadans allvar). ”Sanningen om whiplash inte känd” skriver *Helsingborgs Dagblad* den 30 mars 1996, medan *Aftonbladet* beskriver whiplashrelaterade skador med karaktäristiken ”Skadan som inte kan botas” (1995-03-05).

Artiklar om vård och omsorg dominerar istället beskrivningar av så kallade genombrott och nya, effektiva metoder. ”Pisksnärtskadan opererades bort”, skriver *Sydsvenska Dagbladet* den 29 augusti 2004 och ansluter sig därmed till de många tidningar som under 2003 och 2004 skrivit om den USA-baserade kirurgen Åke Nyströms operationer av personer med whiplashrelaterade symptom. ”Genombrott i kampen mot whiplash-skador” (SvD 2004-11-09) beskriver metoden att spåra whiplashskador med hjälp av magnetröntgen, och artikeln fortsätter ”Många trafikskadade möter misstro, men nu finns bevisen”. Även andra behandlingar får uppmärksamhet. ”Terapi ny hjälp för whiplashskadade” skriver *Aftonbladet* den 25 februari 2003 med hänvisning till ”coping”-metoder i kombination med sjukgymnastik. Olika vårdprogram har också uppmärksammats, där skillnaderna mellan vårdinsatser mellan olika landsting lyfts fram.

Beskrivningen av ersättningsfrågor är enhetlig. Nästan alla artiklar i urvalet beskriver enskilda försäkringstagare som upplever sig orättvist behandlade av sitt försäkringsbolag. ”Ord står mot ord när läkare gör olika bedömningar”, ”Hennes långa kamp var förgäves”, skriver till exempel *Barometern/Oskarshamns-Tidningen* den 9 september 2004 efter en dom i Svea hovrätt. ”Tiden gick ut för rättsskydd” skriver *Göteborgsposten* den 19 mars 2003, och fortsätter med ett citat från advokat Jonas Lundberg: ”Ett horribelt beslut”. ”Hon är dömd till evigt lidande i hovrätten” (*Aftonbladet* 1999-05-16), ”Många tvingas godta skambud” (*Aftonbladet* 1995-03-04), och ”Folkskam” (*Expressen* 1992-02-14) är exempel på rubriksättningen på den kategori artiklar som behandlar försäkringsfrågor i samband med whiplashrelaterade ärenden.

De porträtt av enskilda personer som drabbats av whiplashrelaterade symptom innehåller ofta också en diskussion av försäkringsbolagets agerande. Gemensamt för artiklarna är att de beskriver whiplashrelaterade besvär som allvarliga och livslånga. ”En simpel krock förstörde Jan-Olovs liv” (*Gefle Dagblad* 2004-01-17), ”En sekund förändrade Marias liv för alltid” (*Östgöta-Correspondenten* 2004-10-22), ”Det värsta är att inte bli trodd” (*Östgöta-Correspondenten* 2002-09-03) och ”Livet blir sig aldrig likt” (*Värmlands Folkblad* 2002-02-28), är exempel på hur artiklar som innehåller personporträtt ofta rubriksätts i svensk dagspress.

Sammanfattning

Antalet artiklar i svensk dagspress som behandlar olika aspekter av whiplashproblematiken har kraftigt ökat under andra hälften av 1990-talet. Intresset för whiplashrelaterade skador har därmed ökat under samma period som antalet anmälningar till försäkringsbolagen har gått upp. En generell iaktta-

gelse är att whiplashrelaterade skador i materialet beskrivs som en mystisk, ännu inte kartlagd typ av skada. Den som drabbas får leva med livslånga besvär, även om nya behandlingsmetoder med jämna mellanrum lyfts fram som lösningen på problemen. Skillnader i vård och omsorg i olika delar av Sverige skildras ur ett rättviseperspektiv. Som skadad bör man förvänta sig ett negativt bemötande hos sitt försäkringsbolag, och en orättvis behandling i det svenska rättssystemet.

I motsats till denna bild står rapporteringen om trafiksäkerheten. Här har tidningarna lyft fram den potential som de nya whiplashskydderna har att förbättra prognosen för den som drabbas av whiplashvåld i samband med krock. Konkreta tips om körställning och om olika bilmodeller ger läsaren en känsla av att lösningen kan ligga i en förbättrad teknik.

Är det viktigt vad tidningarna skriver?

En medianalys kan förstås göras större, och ta hänsyn till fler variabler (till exempel skilja mellan olika tidningars inriktning, läsarantal osv.) Men de artiklar som här undersökts visar att allmänhetens bild av whiplashrelaterade skador i Sverige, såsom den formats av svensk dagspress, kan uppfattas som överdrivet negativ. Som vi visat med hjälp av tillgänglig statistik, är risken att drabbas av långvariga besvär efter en krock med whiplashvåld i själva verket liten. Men en läsare av svenska dagspressartiklar kan lätt dra slutsatsen att risken i själva verket är stor, och att konsekvenserna av en sådan krock blir mycket allvarliga.

Problemet kan till stor del förklaras av att dagstidningar av naturliga skäl inriktar sin rapportering på konflikter, nya händelseutvecklingar, lagförslag och utspel från privatpersoner och organisationer. Tendensen förstärks i rubriksättning och ingresser – en del av artikeltexten som journalister inte alltid ansvarar för, utan som skrivs för att snabbt fånga läsarens uppmärksamhet. Även om flera av artiklarna som refererats ovan innehåller uppgifter om att den faktiska risken att drabbas av långvariga besvär i själva verket är liten, kan den som snabbt ögnar igenom materialet få en annan bild än den journalisten avsett: Besvären förändrar livet för alltid, orsakerna är dunkla, och möjligheterna till rättvis vård och riktig ersättning är små. Det relativt begränsade antal fall som varje år går till domstol – ca 150 fall – får på detta sätt stor uppmärksamhet. Snabba metoder, som operationer, ges utrymme medan mer långsiktig smärtbehandlig med svårbedömda resultat av förklarliga skäl inte synliggörs på samma sätt.

Diskussion

Som flera forskare visat, är den enskildes förväntningar inför framtiden en viktig faktor för möjligheterna till en återhämtning när det gäller smärttillstånd. Sådana psykologiska faktorer har visat sig särskilt viktiga efter trafikolyckor. Även om förväntningarna efter en trafikolycka beror på flera orsaker som har att göra med den enskildes situation, måste den ”allmänna” uppfattningen om whiplashrelaterade skador spela en viss roll. För allmänheten är det svårt att få en enkel och överskådlig bild av vad vetenskapen i nuläget vet om de whiplashrelaterade skadornas orsaker, konsekvenser och behandling. En mångfacetterad, spretig och inte alltid kvalitetssäkrad information tillhandahålls via Internet. Denna bild kompletteras i svenska dagstidningar av en rapportering som ger fokus på vissa aspekter av whiplashproblematiken – aspekter som ger en överdrivet negativ bild av hur den skadade riskerar att drabbas efter en trafikolycka med whiplashvåld.

Whiplashkommissionen ser det därför som angeläget att på olika sätt verka för att en mer nyanserad bild av whiplashproblematiken etableras i det svenska samhället.

Information på Internet

Whiplashkommissionen lägger ut web-baserad information genom två kanaler. Dels presenteras kommissionens undersökningar och förslag på den egna hemsidan, med adressen www.whiplashkommissionen.se. Här kommer vi också att besvara de vanligaste frågor som inkommit till kommissionen från allmänheten under perioden 2002-2005. På hemsidan kommer också kommissionens rapport, rapportens sammanfattning och bilagor att kunna laddas ner i pdf-format.

Whiplashkommissionen har också samarbetat med www.infomedica.se för att komplettera och uppdatera den information som hemsidan redan erbjuder om whiplashproblematiken. Kommissionens och Svenska Läkaresällskapets medicinska expertgrupp har författat en artikel om whiplashrelaterade tillstånd baserad på gruppens konsensusdokument – en översiktlig och lättillgänglig sammanställning om vad forskarna vet idag om whiplashrelaterade besvär och deras behandling.

Kommissionen ställer sig också bakom de kriterier som Socialstyrelsen och EU formulerat för att kvalitetssäkra information på Internet. Det är angeläget att inte bara myndigheter och vårdrepresentanter, utan också svenska patientföreningar, hjälps åt att informera allmänheten om de faktorer som bör uppmärksammas för att kunna söka relevant information via Internet.

Apotek, vårdcentraler och sjukhus

Whiplashkommissionens och Läkaresällskapets medicinska expertgrupp har sammanställt en broschyr, som på ett överskådligt sätt sammanfattar vad man idag vet om diagnoskriterier och tidig behandling av whiplashrelaterade skador. Här finns konkreta råd och förslag på en enhetlig diagnosmetod för whiplashrelaterade skador i Sverige. Broschyren kommer att finnas tillgänglig på svenska apotek, vårdcentraler och sjukhus. Den kan också laddas ner från hemsidan www.whiplashkommissionen.se, eller beställas från Försäkringsförbundets huvudkontor i Stockholm.

Whiplashkommissionens förhoppning är att vi med informationen på Internet och genom spridningen av tryckt material kan bidra till en mer nyanserad diskussion om de whiplashrelaterade skadorna, och därmed minska den oro många människor upplever då de råkat ut för en trafikolycka i samband med whiplashrelaterat krockvåld.

Noter

85 SBU:s rapport om trafikskador, nr 122 (1994).

86 Mayou R et. al, "Psychiatric consequences of road traffic accidents", *BMJ* 1993; 307:647-51; Malt U et. al *Bedre fore vår*, Nordbyhagen 1982; Brom D et al., "Victims of traffic accidents", *Journal of Clinical Psychology* 1993;49:131-140; och Blanchard, E, et al., "Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents, *Behav. Res. Theapy* 1995;33:529-534..

87 Se t ex Blanchard et. al och Söderberg (2001).

88 Dronning et. al (1995).

89 Schrader et. al (1996).

90 Anna-Lena Andersson, *Psychosocial Factors and Traffic Injuries* (Göteborg, 2003)

91 Denna förmåga brukar ofta beskrivas med det engelska begreppet "coping".

92 Anne Söderlund, *Physiotherapy Management, Coping and Outcome Prediction in Whiplash Associated Disorders (WAD)* (Uppsala 2001).

93 För en diskussion, se Västra Götalands regionens omhändertagande program för personer med whiplashrelaterade besvär, www.vgregion.se/whiplash.

94 "Apotekets råd när du har ont i nacken" (2001), s. 15.

95 "Apotekets råd när du har ont i ryggen" (2001). Foldern är faktagranskad av Hans Lingfors i samarbete med sjukgymnasterna Per Skarrie (Jönköping) och Irene Tengberg Herrstedt (Huskvarna).

96 se www.infomedica.se. I samarbete med Svenska Läkaresällskapets och Whiplashkommissionens medicinska expertgrupp har nu en särskild artikel om whiplashrelaterade skador tagits fram, som baserar på slutsatsen i expertgruppens konsensusdokument.

97 Rapporten finns tillgänglig på Socialstyrelsens hemsida. Sammanfattningen finns på www.sos.se/fulltext/103/2002-103-4/sammanfattning.htm.

REFERENSER

- Apotekets råd när du har ont i ryggen* (2001).
- Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N., "The prevalence of chronic cervical zygapophysial joint pain after whiplash", *Spine* 1995;20:20-26.
- Berglund A, Alfredsson L, Jensen I, Cassidy JD, Nygren A., "The association between exposure to a rear-end collision and future health complaints," *J Clin Epidemiol* 2001;54:851-856.
- Berglund A. *On associations between different factors and whiplash injury. Epidemiological studies on risk of initial and future complaints*, Medical Diss. (Stockholm, 2002).
- Berglund, A, et al., "Occupant- and Crash-Related Factors Associated with the Risk of Whiplash Injury", *Elsevier* Vol. 13, Nr 1, 2003.
- Bilstolars skydd mot pisksnärtskada*, informationsbroschyr utg. 1994 av Folksam och Vägverket.
- Blanchard E, Hickling E, Taylor A, Loos W, Gerardi R., "Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents", *Behav Res Ther* 1994;32:283-290.
- Blanchard, E, et al., "Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents, *Behav Res Ther* 1995;33:529-534..
- Borchgrevink GE, Kaasa A, McDonagh D, Stiles TC, Haraldseth O, Lereim I., "Acute treatment of whiplash neck sprain injuries", *Spine* 1998;23:25-31.
- Brom D et al., "Victims of traffic accidents", *Journal of Clinical Psychology* 1993;49:131-140.
- Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P, et al., "Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury", *N Engl J Med* 2000;342(16):1179-86.
- Cedersund O, *Olyckor i tätortskorsningar*, VTI meddelande nr 362 (Borlänge, 2001).
- Cote P, Cassidy JD, Carroll L, Frank JW, Bombardier C., "A systematic review of the prognosis of acute whiplash and a new conceptual framework to synthesize the literature", *Spine* 2001;26:E445-E458.

- Cote P, Hogg-Johnson S, Cassidy JD, Carroll L, Frank JW., "The association between neck pain intensity, physical functioning, depressive symptomatology and time-to-claim- closure after whiplash", *J Clin Epidemiol* 2001;54:275-286.
- Deans GT, Magalliard JN, Kerr M, Rutherford WH., "Neck sprain—a major cause of disability following car accidents", *Injury* 1987;18:10-12.
- Dolinis J., "Risk factors for 'whiplash' in drivers: a cohort study of rear-end traffic crashes", *Injury* 1997;28:173-179.
- Drottning M, Staff PH, Levin L, Malt UF., "Acute emotional response to common whiplash predicts subsequent pain complaints", *Nord J Psych* 1995;49:293-299.
- Dvorak J, Valach L, Schmid S., "Cervical spine injury in Switzerland", *J Man Med* 1989;4:7-16.
- Ehlers, Lise, *Ont i livet* (Smedjebacken/Lidingö, 2000).
- Ferrari R, Lang C, "A cross-cultural comparison between Canada and Germany of symptom expectation for whiplash injury", *J Spinal Disord Tech.* 2005 Feb;18(1):92-7.
- Freeman M & Rossignol A, "Submission to NEJM Sounding Board Editorial", (opubl. brev, 2000).
- Försäkringsförbundets statistik för år 2003.
- Forskning om människors arbete och livsvillkor. Forskningsstrategi för åren 2005 till 2008, FAS (2004).
- Gwendolijne G. M. Scholten-Peeters, Arianne P. Verhagen, Geertruida E. Bekkering, Daniëlle A. W. M. van der Windt, Les Barnsley, Rob A. B. Oostendorp and Erik J. M. Hendriks, "Prognostic factors of whiplash-associated disorders: a systematic review of prospective cohort studies", *Pain* 104: 303-322, 2003.
- Hartling L, Pickett W, Brison RJ, "Derivation of a clinical decision rule for whiplash associated disorders among individuals involved in rear-end collisions", *Accid Anal Prev* 2002;34:531-539.
- Herrström P, Lannerbro-Geijer G, Högstedt B., "Whiplash injuries from car accidents in a Swedish middle-sized town during 1993-1995", *Scand J Prim Health Care* 2000;18:154-158.
- Hildingsson C, Toolanen G., "Outcome after soft-tissue injury of the cervical spine", *Acta Orthop Scand* 1990;61:357-359.
- Jakobsson, Lotta, *Whiplash Associated Disorders in Frontal and Rear-End Car Impacts* (Gbg, 2004).

- Jenssen Deinboll, Gunnar & Saukshaug, Kristian, *Studium av olykker med påkjøring bakfra, NTH, SINTEFF Bygg- og miljøteknikk*, Rapport STF22 A96604 (Trondheim 1996).
- Johannisson, Karin, *Medicinens öga* (Stockholm, 1999).
- Joslin CC, Khan SN, Bannister GC, "Long-term disability after neck injury. A comparative study", *J Bone Joint Surg Br* 2004 Sep; 86 (7): 1032-4.
- Kasch H, Bach FW, Jensen TS., "Handicap after acute whiplash injury: a 1-year prospective study of risk factors", *Neurology* 2001;56:1637-1643.
- Krafft et al., *Assessment of Whiplash Protection in Rear Impacts. Crash Tests and Teal-life Crashes*. Rapport från Folksam & Vägverket (2004).
- Krafft, Maria, *Non-Fatal injuries to car occupants* (Stockholm 1998).
- Kullgren et al., "Validation of Neck Injury Criteria Using Reconstructed Real Life Rear End Crashes with Recorded Crash Pulses", *Proceedings of the ESV Conference* (Nagoya, 2003).
- Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ, Bogduk N., "Chronic cervical zygapophysial joint pain after whiplash. A placebo-controlled prevalence study", *Spine* 1996;21:1737-1744.
- Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ, McDonald GJ, Bogduk N., "Percutaneous radio-frequency neurotomy for chronic cervical zygapophyseal-joint pain", *N Engl J Med* 1996;335:1721-1726.
- Malt U et. al, *Bedre fore vår* (Nordbyhagen 1982).
- Mayou R et. al, "Psychiatric consequences of road traffic accidents", *BMJ* 1993; 307:647-51.
- Mayou R, Bryant B., "Outcome of whiplash neck injury", *Injury* 1996;27:617-623.
- Medicinsk forskning för hälsa, god sjukvård och ekonomisk tillväxt*. Vetenskapsrådet (2004).
- Merkey H, Teasell R. & D Nussbaum, "Science, Whiplash, Insurance and Minimizing pain", opubl. artikel från University of Western Ontario (2001).
- Miettinen, T., Leino, E., Airaksinen, O., Lindgren, KA., "Whiplash injuries in Finland: the situation 3 years later", *Eur Spine J*. 2004 Aug; 13(5):415-8.
- Miettinen, T., Lindgren, KA., Airaksinen, O., Leino, E., "Whiplash injuries in Finland: A prospective 1-year follow-up study", *Clinical and Experimental Rheumatology* 2002; 20:399-402.
- Nackeslengskade. Diagnostik og evaluering*, SMM rapport nr. 5/2000.
- Nygren Å, Magnusson S, Grant G., *Nackskador efter trafikolyckor* (Lund, 2000).

- Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, Miseviciene I, Sand T., "Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study", *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66:3 p279-3 p283.
- Otremski I, Marsh JL, Wilde BR, McLardy Smith PD, Newman RJ., "Soft tissue cervical spinal injuries in motor vehicle accidents", *Injury* 1989;20:349-351.
- Panjabi MM, Cholewicki J, Nibu K, et al., "Simulation of whiplash trauma using whole cervical spine specimens", *Spine* 1998;23(1):17-24.
- Pearce JM, "The myth of chronic whiplash syndrome", *Spinal Cord* 1999;37(11):741-8.
- Qvarsell, Roger, "Om nyttan av att vara sjuk" i *Hälsa och existentiella frågor. Synsätt på hälsa, ohälsa och livsfrågor. FRN:s rapport 95:8* (Stockholm 1995).
- Rosenfeld M, Gunnarsson R, Borenstein P., "Early intervention in whiplash-associated disorders: a comparison of two treatment protocols," *Spine* 2000;25:1782-1787.
- Ryan GA., "Etiology and outcomes on whiplash:review and update", *J Musculoskel Pain* 2000;8:3-14.
- Rydén, P, och England, R, *Avståndsprojektet. Slutrapport 1999*, Vägverket rapport 1999:0361.
- Saskatchewan Auto Fund 2003 annual report.*
- SBU rapport nr 122, (1994).
- Schonstrom N, Twomey L, Taylor J., "The lateral atlanto-axial joints and their synovial folds: An in vitro study of soft tissue injuries and fractures," *J Trauma* 1993;35:886-592.
- Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene I, Sand T., "Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context", *Lancet* 1996;347:1207-1211.
- Severy DM, Matheysson JH, Bechtol JC., "Controlled automobile rear-end collisions, an investigation of related engineering and mechanical phenomenon", *Can Serv Med J* 1955;11:729-759.
- Söderlund A, Lindberg P., "Coping as a Mediating Factor Between Self-Efficacy and Disability in Whiplash Associated Disorders", *J Whiplash & Rel Dis* 2002;1:25-37.
- Söderlund, Anne, *Physiotherapy Management, Coping and Outcome Prediction in Whiplash Associated Disorders (WAD)* (Uppsala 2001).

- Söderström, Liselott, "Väg- och trafikmiljöns betydelse för whiplashskador vid påkörning bakifrån." (Otryckt rapport från Avd. för Trafikteknik, Institutionen för Teknik och samhälle, Lunds universitet, 2004).
- SOSFS 1981:25.
- Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Siussa S, Zeiss E., "Scientific Monograph of the Quebec Task force on whiplash-associated disorders: Redefining 'whiplash' and its management", *Spine Supplement* 1995;20:1-73.
- Sterner Y, Gerdle, B, "Acute and chronic whiplash disorders – a review", *J Rehabil Med* 2004 Sep; 36 (5): 193-209.
- Sterner Y, Toolanen G, Gerdle B, Hildingsson C., "The incidence of whiplash injury and the effects of different factors on recovery.", *J Spinal Disord Tech* 2003;16: 195-199.
- Svenaues, Fredrik, *Sjukdomens mening* (Stockholm, 2003).
- Taylor JR, Taylor MM, "Cervical spinal injuries: an autopsy study of 109 blunt injuries," *J Musculoskelet Pain* 1996;4:61-79.
- Taylor JR, Twomey LT., "Acute injuries to cervical joints", *Spine* 1993;18:1115-1122.
- Uhrenholt L, Grunnet-Nilsson N, Hartvigsen J., "Cervical Spine Lesions after Road Traffic Accidents: A systematic review", *Spine* 2002;27:1934-1941.
- Versteegen GJ, Kingma J, Meijler WJ, ten Duis HJ, "Neck sprain in patients injured in car accidents: a retrospective study covering the period 1970-1994", *Eur Spine J* 1998;7:195-200.
- Young WF, "The enigma of whiplash injury: current management strategies and controversies", *Postgrad Med* 2001;109(3):179-86



Whiplashkommissionen tillsattes sommaren 2002 på initiativ av, och med finansiering från, de fyra stora försäkringsbolagen i Sverige: If, Folksam, Länsförsäkringar och Trygg Hansa. Bakgrunden var att antalet anmälda whiplashrelaterade skador snabbt ökat under 1990-talet, med både mänskligt lidande och ökade samhällskostnader som följd. Kommissionens uppdrag formulerades som att under tre år undersöka problemen med whiplashrelaterade trafikskador både vad gäller trafiksäkerhet, medicinsk omvårdnad och försäkringsfrågor.

I kommissionens slutrapport presenteras slutsatser och förslag baserade på vetenskapligt belagd kunskap på alla dessa områden och på de omfattande diskussioner kommissionen fört med intressegrupper och allmänhet. Övriga publikationer från Whiplashkommissionen kan laddas ner från kommissionen hemsida, www.whiplashkommissionen.se, eller beställas mot postavgift från samma hemsida:

- Rapportens tio bilagor
- Sammanfattning av rapportens huvudresultat
- Svenska Läkaresällskapets och Whiplashkommissionens medicinska expertgrupps rapport: ett svenskt konsensusdokument kring whiplashdiagnosen.