

Bil.

1

Socialstyrelsen RÄTTSLIGA RÅDET	
2006 -09- 2 6	
Doss 949	Dnr 586/06
Handl.	

Socialstyrelsen
Rättsliga rådet
Att: Jeanette Svensson
106 30 Stockholm

2006-09-25

Länsrätten i Göteborg	
2006 -10- 0 5	
Målnr:	
Rotel 22	Aktbil

Länsrätten i Göteborg har underställt Rättsliga rådet ett antal mål för bedömning. Orsaken är att Länsrätten för närvarande har ett stort antal öppna mål där den enskilde fått avslag på sin ansökan om arbetskadivärn för uppgivna besvär efter trafikolycka som inneburit våld mot halsryggen. Länsrätten har utöver önskemålet att få rådets bedömning i varje enskilt mål, också förhoppningen att "kunna dra mer generella slutsatser beträffande den vetenskapliga halten hos några hos de bärande uppfattningar som parterna gjort gällande, vilket skulle underlätta handläggningen av övriga, liknande mål i domstolen". Rättsliga rådet har begärt ett yttrande i frågan.

WHIPLASH-SKADOR

En traumatisk skada som drabbar någon del av det muskuloskelettala systemet orsakar i regel akuta smärtor i det skadade området, eventuellt med smärtutstrålning till närmast angränsande regioner. I enstaka fall kan smärtor uppträda först efter viss latens som i regel uppgår till högst någon timma. Vid t ex en fotvrickning ses utöver smärta i regel även lokal svullnad och värmeökning som uttryck för en skadeorsakad inflammation.

Efter en s k whiplashskada (whiplash associated disorder; WAD) kan däremot på grund av de anatomiska förhållandena sådana tecken på skadeorsakad inflammation ofta inte iaktas. Diagnostiken måste därför baseras på anamnes beträffande besvärens art, debut och förlopp, och på andra undersökningsfynd. Patologiska fynd vid den kliniska undersökningen i akut skede kan saknas (WAD grad I), påvisa en spänd, trycköm muskulatur i nacke-halsrygg-skuldror eventuellt kombinerat med smärtframkallad rörelseinskränkning i halsryggen (WAD grad II) och i sällsynta fall (högst 10%) visa tecken på påverkan på en cervikal nervrot (WAD grad III).

Akuta besvär efter lättare traumatisk skada som drabbar det muskuloskelettala systemet brukar kulminera inom några dagar och sedan efterhand mildras. En lättare traumatisk skada blir sällan irreparabel. Läkning och symtomfrihet sker därför i regel inom någon vecka upp till ett par månader. Om däremot ett trauma har förorsakat en permanent skada kan ett kroniskt smärttillstånd utvecklas,

med risk för kvarstående funktionsnedsättning, invaliditet och varierande grad av påverkan på arbetsförmågan.

Även efter lättare traumatisk skada mot halsryggen med WAD som följd kan hos en mindre del av de skadade, sannolikt hos 5-10%, ett kroniskt smärttillstånd av oklara skäl utvecklas. På grund av det stora antalet påkörningsolyckor blir antalet personer med ett sådant smärttillstånd stort, och tillståndet har därför rönt betydande uppmärksamhet. WAD har under den sista 10-årsperioden varit föremål för ett antal systematiska genomgångar: Scientific Monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders (Spine, vol 20 (supplement) 1995), och i nordiskt perspektiv Nakkeslengskade (SMM-rapport nr 5, 2000), Ont i ryggen, ont i nacken (SBU-rapport nr 145/1-2) och Whiplashkommissionens slutrapport inkl Diagnostik och tidigt omhändertagande av whiplashskador (Whiplashkommissionen och Svenska Läkarsällskapet, 2005). Bland akademiska och kliniska representanter inom det offentliga sjukvårdssystemet för specialiteterna ortopedi och neurologi i vårt land råder god konsensus rörande WAD beträffande vad som kan anses vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vid kroniska muskuloskeletala smärttillstånd kan, oavsett om tillståndet är posttraumatiskt eller har annan bakgrund, så k associerade symtom utvecklas. Sådana associerade symtom kan innefatta huvudvärk av typ spänningshuvudvärk, yrsel av typ ostadighet och osäkerhetskänsla, neuropsykiatriska symtom såsom minnes- och koncentrationsproblem, sömnstörningar och trötthet, ångslan, oro, depression, irritabilitet, potensproblem mm och/eller av symtom relaterade till ett neuropsykiatriskt spänningstillstånd såsom öronsus, fokuserings-svårigheter, käkledsbesvär mm. Sådana associerade symtom är vanliga vid kroniskt smärttillstånd efter WAD. De neuropsykiatriska symtomen har av en del läkare, delvis med stöd från resultat erhållna från neuropsykologisk undersökning, tillskrivits hjärnskada som uppkommit samtidigt med WAD. Det saknas dock vetenskapliga belegg för förekomst av en sådan sjukdomsorsak.

Prognosen vid kroniskt smärttillstånd efter trauma med ringa eller ingen påvisbar vävnadsskada är ofta dålig. Efter WAD med smärtor och andra besvär som kvarstår två månader, förblir besvären oftast bestående oavsett vilka behandlings- eller rehabiliteringsåtgärder som sätts in i det fortsatta förloppet. Kravlös sjukskrivning, överbeskyddande omhändertagande via anhöriga, sjukvård och olika myndigheter, möjlighet till ersättning från försäkringar och andra förhållanden som den enskilde kan uppleva som fördelaktiga (s k sjukdomsvinst), bidrar sannolikt till att vidmakthålla smärta och sjukbeteende. Socioekonomiska faktorer som arbetsplatskonflikter och olösta försäkringsersättningsärenden kan försämra prognosen för tillfrisknande och arbetsåtergång.

HISTORISKA JÄMFÖRELSER

PCS. Det postkommotionella syndromet (posttraumatiskt cerebralt syndrom; PCS) tilldrog sig stor uppmärksamhet på 50- och 60-talen. Vid den tiden be-

stod behandlingen av lindriga skallskador som följts av kort medvetlöshet (commotio cerebri; då i regel benämnt "hjärnskakning") av strikt sängläge i 1-3 veckor, följt av långsam aktivitetsökning över flera veckor. Avsikten var att "skona hjärnan" och främja läkningen av misstänkt hjärnskada, trots frånvaro av objektiva belägg för att hjärnskada förelåg. Det kroniska tillstånd i form av PCS som kunde följa var så vanligt att det till och med betraktades som en "folksjukdom". Symtomen var bland annat huvudvärk, nackvärk, yrsel, försämrat minne, trötthet och depression; de saknade i regel korrelation till kliniska fynd. Den höga förekomsten av PCS gjorde att uppemot hälften av patienterna fortfarande var sjukskrivna två månader efter "hjärnskakningen", och många återkom aldrig i arbete.

Professorn i neurologi, Boris Silfverskiöld skrev i en artikel år 1973: "*En del patienter önskar fortsatt sjukskrivning långa tider och får stöd i denna begäran genom att tidningsartiklar och TV ofta ger drastiska och skrämmande uppgifter, där man inte skiljer på effekterna av svåra och lätta hjärnskador. Uppgifter ges också om domslut där patienten får sin rätt efter mångårig kamp*". Och vidare: "*Risken är bl a att den läkare som sköter patienten i tidigare stadier börjar tillmötesgå önskemålen om mindre aktivitet och sjukskrivning. Han anser sig inte ha möjligheter att gå emot opinionens tryck. Patienterna döms till sysslolöshet, oro och självobservation; det uppstår en kronisk neuros*". Silfverskiöld inriktade sig på tidig aktivering av patienterna; hans insatser bidrog till att PCS nu är en ovanlig följd av lätta skallskador. "Hjärnskakning" har till stor del ersatts av den mindre emotionellt laddade beteckningen "Lindrig skallskada". Sett retrospektivt var den höga förekomsten av PCS till stor del en produkt av kombinationen okunskap, osäkerhet, överbeskyddande åtgärder och vilseledande massmedial uppmärksamhet.

Lumbago. Under denna period fick också tillstånd som centrerades kring idiopatisk kronisk ländryggsvärk stor omfattning och betydelse. Även här var sjukskrivning och vila en viktig del av behandlingen och tillståndet torde ha varit bland de mest vanliga orsakerna till förtidspension men även till frikallning från vämpliktstjänstgöringen. Professorn i ortopedi, Alf Nachemsson reagerade tidigt mot sättet att behandla den kroniska ländryggssmärtan. Han visade istället att patienterna mådde bäst av att vara så aktiva som möjligt och man har nu allmänt accepterat att vila (sjukskrivning) tvärtom kan ha en negativ effekt på tillfrisknande och livskvalitet.

Sammanfattningsvis tyder dessa beskrivningar på att inaktivering särskilt i form av sjukskrivning inte är en lämplig form av behandling för de nämnda kroniska smärttillstånden. I stället tycks oron för att ett svårt sjukdomstillstånd föreligger samt den därtill kopplade sjukskrivningen ha varit negativa för patienten. Det står klart att åkommorna i många fall var mindre allvarliga än man hade trott.

NACKSKADOR

Vid mitten av 70-talet började kroniska smärttillstånd efter nackskador allt mer att märkas inom svensk försäkringsmedicin. Det var känt sedan tidigare att halsryggsdistorsion kunde inträffa vid påkörningsolyckor bakifrån beroende på att huvudet genom sin tyngd förorsakade en hög belastning på halskotpelaren när bålen knuffades framåt. Det visade sig emellertid, att även mycket låg-energetiska sammanstötningar kunde följas av kroniska besvär där förutom nack-, huvud- och skuldervärk även yrsel och neuropsykiatriska besvär såsom minnes- och koncentrationsproblem, trötthet, irritabilitet och inte sällan depression ingick. Bakgrunden till utvecklingen av kroniskt smärttillstånd efter trauma med ringa eller ingen påvisbar vävnadsskada, såsom efter WAD, är ofullständigt klarlagd. Två hypoteser står delvis mot varandra: (1) en relativt ny men obevisad hypotes om s k central sensitisering, innebärande att det initiala traumat misstänks ha lett till - med nu tillgängliga metoder för rutinbruk ännu inte påvisbara - skador på nervfibrer följt av - ännu inte påvisbar - minskning av den normala smärthämningen inom olika nivåer av centrala nervsystemet; (2) en likaså obevisad hypotes om att arbetsmässiga och andra påfrestningar och/eller misslyckanden i livet, i förening med personlighetsrelaterade reaktionsmönster, kulturella förhållanden och iatrogena mekanismer leder till ökad psykisk spänning, ångest, depression mm som omvandlas till kroppsliga besvär (somatoformt syndrom). Bland dessa kroppsliga besvär är kronisk smärta särskilt vanlig. Om ett trauma som utlöst lokal vävnadssmärta, inträffar under en period då individen är särskilt vulnerabel pga påfrestningar och/eller ett eller flera av nämnda tillstånd och förhållanden föreligger, kan följden bli att den lokala vävnadssmärtan inte avklingar som förväntas, utan i stället kvarstår, eventuellt förvärras och sprids till allt större områden för att till slut kunna övergå i "värk i hela kroppen".

Stora forskningsinsatser har gjorts utan att man konklusivt har kunnat finna en vävnads- eller organskada som var orsak till syndromet. Som regel har man vare sig i kotor, ligament eller nervstrukturer funnit tecken till skador. Tillståndet har dock tilldragit sig ett så stort forskningsintresse att det i litteraturen också går att finna exempel på olika vävnadsskador som hävdas kunna orsaka besvären, men utan att fynden har kunnat reproduceras så att de har fått vetenskaplig tyngd. Många som har ägnat en stor del av sitt yrkesverksamma liv åt att behandla eller studera detta s k whiplash-syndrom, gör ibland hårda utfall mot dem som ifrågasätter tillståndets allvarlighetsgrad. Ett i detta ärende aktuellt kompendium författat av Styf och Tenenbaum har också fått kritik i form av en skrivelse som har undertecknats av 12 personer. Till denna skrivelse har dessutom lagts en tyvärr icke undertecknad bilaga med polemik av varierande kvalitet, något som kastar en skugga över den undertecknade skrivelsens mer måttfulla invändningar. Som ovan redovisats föreligger ett antal högkvalitativa kunskapsgenomgångar avseende WAD; Scientific Monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders (Spine, vol 20 (supplement) 1995), och i nordiskt perspektiv Nakkeslengskade (SMM-rapport nr 5, 2000), Ont i ryggen, ont i nacken (SBU-rapport nr 145/1-2) och Whiplashkommissio-

nens slutrapport inkl Diagnostik och tidigt omhändertagande av whiplashskador (Whiplashkommissionen och Svenska Läkarsällskapet, 2005).

VÄVNADSREAKTION EFTER SKADA

Traumatiska skador på rörelseapparaten (inklusive kotpelaren) är normalt sett maximalt symtomgivande inom några dygn från skadan när den inflammatoriska reaktionen är som störst – för att sedan successivt minska. Mycket grovt kan traumatiska skador (skador genom yttre våld) indelas i 3 grupper:

1. Skador som läker med inga eller obetydliga kvarstående besvär – många frakturer, ledbands- och muskelskador.
2. Skador som är av sådan art att betydande kvarstående funktionsinskränkning redan tidigt kan förutses emedan skadan är omfattande och/eller av sådan art att förutsättning för läkning är dålig (omfattande skador på muskler, skelett eller ledband, skador på ryggmärg/stora nerver). Hos denna patientgrupp kan dock ofta en förbättrad funktion uppnås genom rehabilitering och med hjälp av anpassning med olika typer av hjälpmedel samt genom adaptation.
3. Skador som efter en initial läkningsfas sedan ånyo ger ökande symtom till följd av sekundära (degenerativa) förändringar. Denna typ av skador drabbar främst leder. En förutsättning för att degenerativa förändringar skall anses vara orsakade av en skada är att skadan medfört en förändrad stabilitet eller kongruens (anpassning av ledens form) som resulterar i förändrad kinematik i den berörda leden/lederna. Exempel på sådana skador är korsbandsskador i knäleden, frakturer som påverkar ledens form eller den mekaniska belastningsaxeln. Skador av denna art innebär som regel ett betydande initialt våld även om de sekundära besvären kan vara av än mer påtaglig omfattning.

BESVÄRSBILD VID WAD

Vägtrafikolyckor har under senare år blivit vanligare, om man inkluderar de lågenergetiska händelserna. Antalet rapporterade halsryggsdistorsioner har, anmärkningsvärt nog, ökat ännu mer. Besvär i nacke och skuldror av andra orsaker än skada t ex degenerativa förändringar i halsryggen, eller ensidig arbetsställning skiljer sig inte på ett tydligt sätt från vad man finner i sent skede efter en halsryggsdistorsion till följd av en trafikskada. Alarmerande beskrivningar om risk för skador på rygg och nervsystem kan ge patienten en skev uppfattning och negativa förväntningar när en lindrig halsryggsdistorsion har uppstått. Fortsatt sjukskrivning utan ordentlig klinisk undersökning och stöd/uppmuntran för patienten att återgå i aktivitet riskerar att försämra förutsättningarna för rehabiliteringen.

Även andra tillstånd som går under beteckningarna utmattningstillstånd (utbrändhet), kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi, neuropsykiatriska spänningssyndrom och olika former av depression kan ledsagas, eller till och med

domineras, av en klinisk bild som påminner om whiplash-syndromet – nackbesvär och huvudvärk förekommer ofta. Vad värken beror på i den sistnämnda gruppen är inte helt klarlagt, men ängslan, sömnproblem, kronisk trötthet, reaktion på stress, konflikter mm kan leda till ofrivilligt ökad muskelspänning med värk och muskelömheter som följd.

BEDÖMNING AV SAMBAND OCH SKADEFÖLJDER

I samtliga skador som orsakas av ett yttre våld spelar individuella faktorer både avseende den biologiska läkningen och den psykologiska reaktionen på skadan en betydande roll för risken för kvarstående funktionsinskränkning och för hur en funktionsinskränkning påverkar arbetsförmåga och invaliditet.

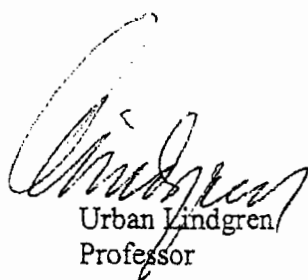
Enligt vår mening bör man vid sambands- och invaliditetsbedömning av whiplash-skador fästa särskilt avseende vid följande omständigheter:

1. Den initiala skadans omfattning. För att skador på skelett, ledband, diskvävnad eller nervstrukturer skall uppkomma krävs ett betydande våld – även med hänsyn taget till den s.k. whiplash-mekanismen, dvs att huvudet genom sin relativt stora tyngd kan kastas t ex bakåt-framåt vid en påkörningsolycka bakifrån.
2. Det fria intervallet – d v s den tid som förlöper mellan skadan och symtomdebuten. En vävnadsskada är normalt symtomgivande inom timmar från skadetillfället, med symtommaximum inom någon-några dagar. Skador orsakade av yttre våld är så gott som alltid symtomgivande från skadetillfället – även om man måste ta hänsyn till att en skada kan "maskeras" av att en annan skada dominerar symtombilden. Vid högenergiskador är multipla skador vanliga, något som således kan försvåra sambandsbedömningen.
3. Förekomst av verifierade vävnadsskador. Med modern radiologisk och neurofysiologisk teknik kan även mycket begränsade skador på vävnader och rubbningar i deras funktion fastställas.
4. Symtombildens överensstämmelse med en traumatisk skada. För att ett samband skall anses föreligga måste besvärsbilden vara förenlig med symtom som kan orsakas av en vävnadsskada av sådan art som kunnat uppkomma vid den aktuella skadetypen.
5. En viktig informationskälla avseende diagnosen WAD i det enskilda fallet är de patientjournaler som upprättats vid det akuta medicinska omhändertagandet och under de följande månadernas uppföljning, ambulansjournal, journal från behandlande sjukgymnast och annat material som dokumenterar besvär och förlopp i direkt och nära anslutning till skadehändelse. I försäkringsmedicinska sammanhang ses alltför ofta att läkare eller sjukgymnast eller t o m psykolog lång tid, kanske årtal efter en skadehändelse "tycker" att aktuella besvär överensstämmer med WAD, finner att patienten varit inblandad i ett trafikolycksfall, och ställer WAD-diagnosen som därefter okritiskt anammas av sjukvården, FK etc. Genomgång långt senare av primärjournaler etc visar alltför ofta att det saknas hållpunkter för WAD

utan att nackbesvären debuterat en eller flera veckor, t o m månader eller år efter en skadehändelse och/eller att motsvarande besvär fanns redan före olyckan. Det sagda understryker att det fortfarande inte är allmänt känt att nack-halsryggsbesvär är mycket vanliga i befolkningen och att dessa besvär oftast inte är orsakade av något trauma. Utöver försäkringsmedicinska felbeslut som riskerar att rivas upp innebär feldiagnos beträffande WAD (och hjärnskada) stort lidande för den drabbade inkl risk för felaktigt omhändertagande på t ex whiplashenheter och hjärnskadeavdelningar, för passivisering och social utstötning, påfrestningar av familjär natur, och stora, onödiga kostnader för samhället.

6. Beträffande sjukersättning är den väsentliga frågan om patienten ska avstå från att arbeta eller från att stå till arbetsmarknadens förfogande. När det gäller beslut om livränta på grund av arbetsskada gäller bedömningen huruvida det är skadan som har orsakat arbetsoförmågan.
7. Den skadelidande är försäkrad "i befintligt skick" men preexisterande somatiska eller psykiska åkommor måste skiljas från skadeföljderna. I sådana fall där kroppsskadan inte kan förklara symtomkomplexet, vilket ofta är fallet exempelvis vid så kallade somatoforma syndrom, kan sambandet ifrågasättas. Om emellertid ersättningen till skadelidande, vars hela symtombild redan har accepterats som skadeorsakad, skulle begränsas till att gälla endast de klart dokumenterade fysiska följderna av skadehändelsen, kan en dramatiskt förändrad situation uppstå för den skadelidande såväl socialt som ekonomiskt. I varje enskilt ärende bör därför enligt vår uppfattning en rimlig avvägning ske där man utgår från det som har framkommit beträffande skadehändelsen, dokumenterade skador, symtomutvecklingen och konkurrerande besvär, men i viss mån också tar hänsyn till tidigare beslut.

Detta yttrande har skett efter samråd med professor Hans Link (neurologi).


Urban Lindgren
Professor

Olle Nilsson
Professor

1
1
-
F
S
T
Ä
v.

T
ar

Hä
Ja
FÖ