



# Handläggning av patienter med whiplashrelaterade besvär (WAD)

**framtaget av**

**Olle Bunketorp**

Docent, specialist i ortopedi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

**Malin Lindh**

Docent, specialist i rehabiliteringsmedicin  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

**Marcelo Rivano-Fischer**

Fil.dr, leg psykolog  
Universitetssjukhuset, Lund

**Björn Rydevik**

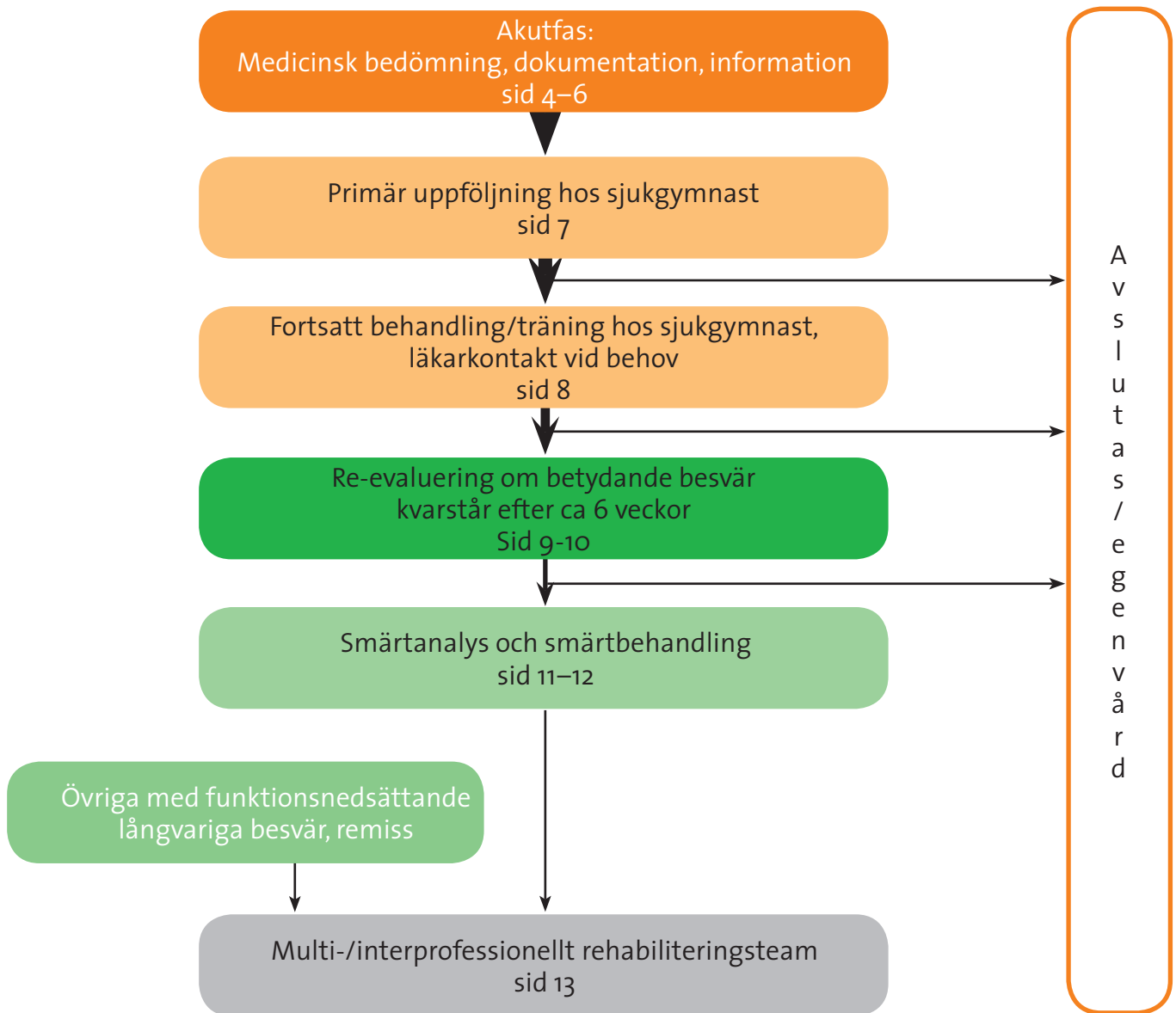
Professor, specialist i ortopedi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Layout & tryck: In Time AB – 2008

ISBN 91-89064-26-7

© RTP

# Flödesschema för handläggning av whiplashrelaterade besvär (WAD)



# Akut handläggning hos läkare

Datum och tidpunkt för olyckan:

Datum och tidpunkt för aktuell undersökning:

## Anamnes

### Beskriv olyckan

- vid bilolycka
  - kollisionsriktning (våld bakifrån, framifrån, från hö/vä sida, seriekollision eller annat kombinerat våld, t ex voltning, etc.)
  - huvudets position (t ex vridning, långt avstånd till nackskydd)
  - hann förbereda sig för kollisionen (hur?)
- vid annan olycka (våldets typ, riktning, etc.)

### Direkta symtom

- medvetandestörning vid traumat (kommer ej ihåg händelseförloppet)
- psykologiska reaktioner (upplevt skräck, dödshot, etc.)
- smärtdebut (hur tidigt efter olyckan märktes symtom från nacken)
- andra symtom (ex domning, förlamningskänsla, yrsel, synrubbnig)

### Tidigare sjukhistoria

- nack-skulder-rygg-besvär
- stressrelaterade problem
- psykiskt trauma

### Aktuell livssituation och arbetsförhållanden

## Status

### Allmäntillstånd/Symtom

- psykologisk påverkan? (skärrad, förvirrad, osammanhängande, stresspåverkad)
- hög smärtnivå?
- huvudvärk?
- yrsel, illamående?

### Undersökning

- Aktivt rörelseomfång i halsrygg (alla riktningar, asymmetri, smärtlokalisering)
- Neurologiskt status (motorik, sensibilitet, reflexer, balans)
- Palpation av nacken (taggkott, muskulatur inkl. nackrosett)
- Övriga symtomgivande kroppsdelar

*Dokumentera såväl förekomst som icke förekomst av listade symtom/fynd*

Strukturerade protokoll kan laddas ner från [www1.vgregion.se/whiplash](http://www1.vgregion.se/whiplash)

## Akut handläggning hos läkare

### WAD-klassifikation (enligt Whiplashkommissionen)

	Symtom	Status
WAD grad I:	Nackbesvär: smärta, stelhetskänsla	Normalt
WAD grad II:	Som grad I + ev. neurologiska symtom	Muskuloskeletal fynd (nedsatt rörlighet, palpationsömheter)
WAD grad III:	Som grad II + neurologiska symtom	Som vid grad II + neurologiska fynd (t ex försvagade reflexer, nedsatt muskelstyrka/sensibilitet)

Vanligast är diagnosen vid halsryggsdistorsion S13.4, men om inga symtom och normalt somatiskt status föreligger, rekommenderas:

- undersökning och observation efter transportolycka (Z04.1)
- undersökning och observation efter annan olycka (Z04.3)

## Akut handläggning hos läkare

### Åtgärder

- Radiologisk undersökning med frågeställning, förutom traumafynd, även förekomst av degenerativa förändringar, inklusive foramenstenos
  - slätröntgen vid WAD II och III (vid t ex Bechterew, RA eller osteoporos även vid WAD I)
  - CT som komplement vid svårbedömd slätrtg, avseende fr a craniocervikala och cervikothorakala övergångarna, särskilt vid WAD III och då ofta även MRT
- Specialistremiss vid skelettskada, misstanke om segmentell instabilitet, commotio cerebri eller neurologisk påverkan
- Läkemedel vid behov: paracetamol, NSAID under akuttid
- Stödkontakt vid krisreaktion
- Information om god prognos i de flesta fall
- Rådgivning om aktivt förhållningssätt inom rimliga gränser. (Patientinformation, se hänvisning sista sidan.)
- Remiss till sjukgymnast för snar uppföljning **ska** ges och återbesök till läkare planeras i följande fall:
  - uttalad psykologisk reaktion
  - hög smärtnivå
  - uttalad rörelseinskränkning
  - multipel eller komplex symtomatologi
  - WAD III, oavsett övriga symtom och fynd
- Remiss till sjukgymnast **rekommenderas** i följande fall:
  - måttlig rörelseinskränkning
  - utbredd muskulär ömhet
  - medelsvår smärta
  - oro, osäkerhet
- Remiss till sjukgymnast bör även **överbägas** vid inga eller ringa besvär om patienten sökt i nära anslutning till olyckan, då symtom kan tillkomma eller förvärras närmaste dygnet.

*Undersökningar har visat bättre prognos för patienter som upplevt ett empatiskt bemötande, blivit noggrant undersökta och fått god information och rådgivning.*

## Undersökning hos sjukgymnast

### Anamnes

- Uppföljning av given information
- Smärtritning
- Smärtgradering enligt VAS (just nu, genomsnitt, max, min)
- Aktuella symtom
- Förvärrande/lindrande faktorer
- Psykologiska reaktioner
- Sömnstörning
- Aktivitetsförändring efter olyckan (hem, arbete, fritid)
- Läkemedelsintag

### Undersökning

- Allmänt rörelsemönster
- Hållningsavvikelse
- Aktivt rörelseomfång i halsrygg
- Smärta vid aktiva rörelser
- Smärta/rörelseomfång i axlar vid aktiva/funktionella rörelser
- Käkled
- Förekomst av smärtutstrålning, parestesier eller domning
- Palpation

Annan symtomgivande kroppsdel undersöks vb.

*Dokumentera såväl förekomst som icke förekomst av listade symtom och fynd*

# Bedömning / behandling hos sjukgymnast

1

## Risikfaktorer

- Hög smärtnivå
- Påtagligt nedsatt rörelseomfång i nacken
- Kombinerade symtom i nacke, skuldra, arm
- Neurologisk påverkan, t ex yrsel
- Psykologisk/psykisk påverkan (rädsla, katastroftankar, posttraumatiska stressymtom)
- Kognitiv påverkan (ex minne, uppmärksamhet, etc)

Nackproblematik före olyckan förstärker ovanstående riskfaktorer

2

## Bedömning och åtgärd

- Besvärsfri eller nästan besvärsfri: ingen ytterligare åtgärd
- Lätta till måttliga besvär utan riskfaktorer (se punkt 1): telefonuppföljning rekommenderas
- Besvär med förekomst av riskfaktorer (se punkt 1): återbesök till sjukgymnast inom ytterligare en vecka. Förnyad bedömning och individuell behandlingsplanering
- Vid nytillkomna eller progredierande neurologiska symtom, torticollis eller helt fixerad halsrygg rekommenderas kontakt med läkare före insättande av åtgärd

3

## Behandling

- Tidig aktiv intervention
- Öka och/eller bibehålla rörelseomfång i halsryggen
- Minska smärta och optimera förutsättningar för återhämtning
- Informera om rörelserädsla samt skillnad mellan ont och skada
- Uppmuntra egen träning med kroppskänedom, avspänning och stresshantering

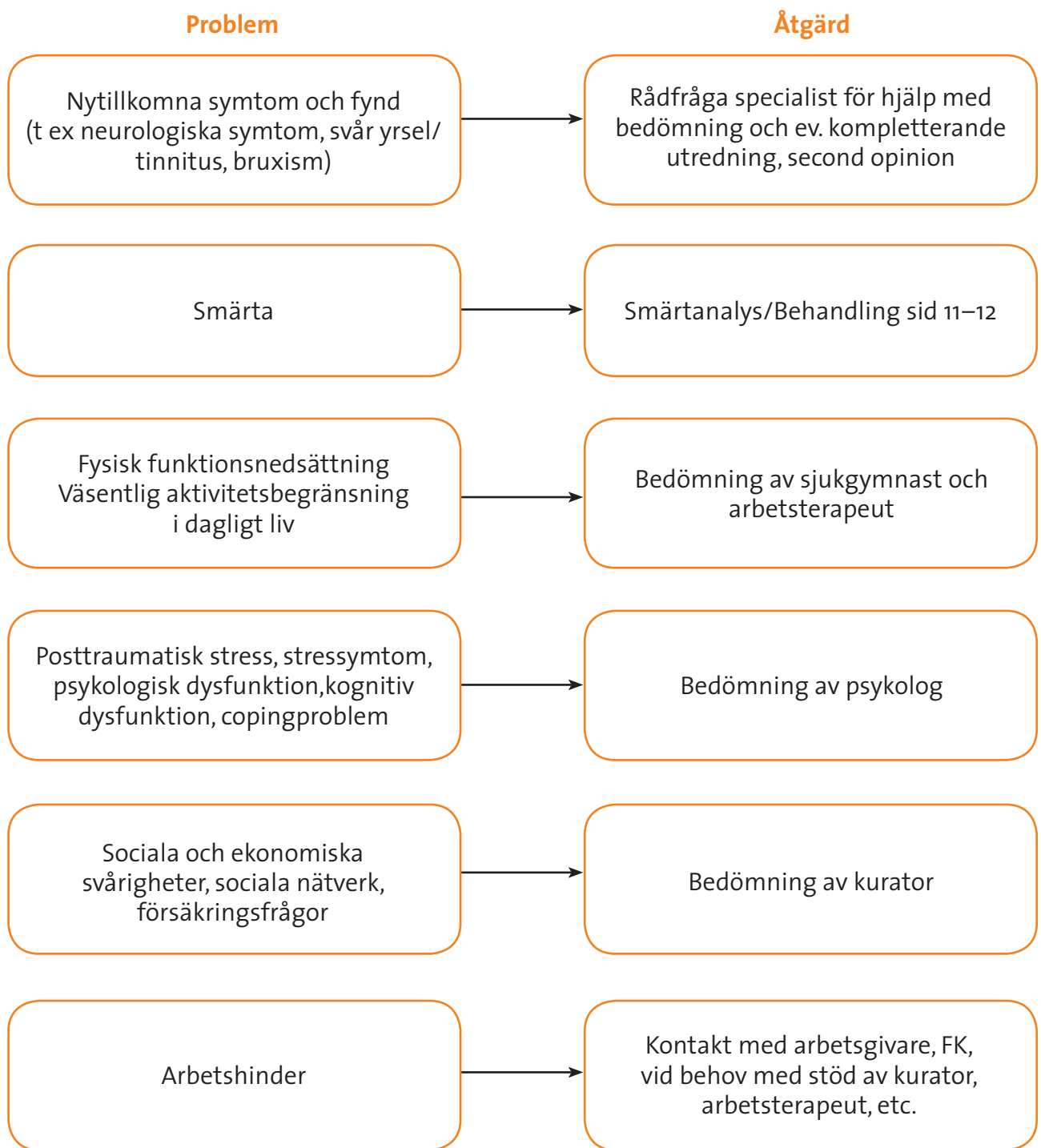
*Samverkan med behandlande läkare är av största vikt vid behov av rehabiliteringsplanering*

Strukturerade protokoll kan laddas ner från [www1.vgregion.se/whiplash/Sjukgymnastdel](http://www1.vgregion.se/whiplash/Sjukgymnastdel)



## Re-evaluering om betydande besvär kvarstår efter ca 6 veckor

Ny bedömning/probleminventering av primärvårdsläkare, i ett bio-psyko-socialt perspektiv, för ställningstagande till rehabiliteringsåtgärder i primärvården. Kontakten kan vid behov initieras av sjukgymnast.



## Re-evaluering om betydande besvär kvarstår efter ca 6 veckor

Efter rekommenderade bedömningar görs en sammanfattning avseende oförmågor, funktionsnedsättningar, livssituation samt individens resurser.

Involverade parter, inklusive läkaren, diskuterar resultaten tillsammans med patienten och eventuella närstående för upprättande av en rehabiliteringsplan. Mål och delmål anges och tid för uppföljning bestäms.

Om målen ej nåtts vid uppföljningen och ingen förbättring skett övervägs remiss till multi-/interprofessionellt rehabiliteringsteam (se s 13).

### Indikation för remiss är t ex:

- komplicerat smärttillstånd
- smärtspridning
- uttalade posttraumatiska stressymtom (återupplevande, undvikandebeteende, anspänning)
- omfattande neuropsykologiska symtom (nedsatt minne, koncentration, simultankapacitet etc)
- behov av fördjupad smärtpsychologisk/neuropsykologisk bedömning
- svårighet att åstadkomma fungerande rehabiliteringsplan
- svårbedömd arbetskapacitet

# Smärtanalys och behandling

## Kliniska data från

- anamnes
- fysikalisk undersökning

## Smärtritning och VAS

- karaktär, lokalisation och utbredning
- variation och duration
- förbättrande/försämrande faktorer

Standardiserade  
frågeformulär

(se sid 13)

**Akut smärta**, relaterad till vävnadsskada, är sensorisk och förmedlad av det nociceptiva systemet. Akut nervpåverkan är ovanligt (men kan förekomma). Smärtan medvetandegörs sensoriskt och diskriminativt på cortical nivå. Dessutom aktiveras det limbiska systemet för den emotionella-affektiva komponenten i smärtupplevandet. Även autonoma stressreaktioner kan initieras på hypotalamisk nivå. Vid stark traumatisk upplevelse kan den emotionella och stressreaktiva komponenten dominera och fördröja den nociceptiva smärtförnimmelsen (posttraumatisk stressreaktion).

## Behandling

- Farmakologisk. Paracetamol eller NSAID
- Aktiva rörelser och muskulär avspänning, motverka rörelserädsla, bemöt katastroftankar (se handläggning hos läkare, s 4)

**Subakut smärta** är smärta som ej avtar inom förväntad läkningstid. I dessa rekommendationer har sex veckor valts för uppföljning, eftersom de flesta skador då läkt, även om vissa vävnader läker långsammare. Subakut smärta kan även innebära utbredning utöver initial lokalisation. Smärta kan radiera till huvud, skuldra, arm pga muskelanspänning och triggerpunkter. Det kan vara svårt, men det är viktigt, att differentiera mellan refererad/överförd smärta och projicerad smärta pga nervpåverkan (tex diskbråck), då förhållningssätt och behandling är olika. Mer än en smärtpyp kan också föreligga samtidigt. Den sensoriska komponenten i den subakuta smärtan är ofta mindre i relation till dess emotionella, affektiva, kognitiva och beteendemässiga komponenter. Subakut smärta kan även kompliceras av sensitivering (se långvarig smärta, s 12)

## Behandling

- Då den sensoriska komponenten är mindre skall analgetika användas sparsamt
- Vid neuropatisk smärta kan antiepileptika eller antidepressiva vara indicerat efter noggrann analys av nervpåverkan
- ”Sömnjustering”
- Fysisk aktivitet
- Efter multifaktoriell bedömning: hantering av individuella problem, t ex strategier för smärt- och stresshantering (se sid 9)

## Smärtanalys och behandling

**Långvarig smärta**, dvs smärta som varat minst tre månader, oavsett smärttyp, är en mångdimensionell upplevelse, där flera faktorer inverkar. Förutom vikten av att identifiera smärtans affektiva, kognitiva och beteendemässiga komponenter, torde en störd smärtmodulering vara en faktor att beakta för smärtans uppkomst och varaktighet. Denna modulering kan innefatta såväl sensitisering som en minskad smärtinhibering. Centralt störd smärtmodulering kan misstänkas kliniskt om flera av nedanstående omständigheter föreligger (modifierat efter Jan Lidbeck).

- inslag av såväl bultande-molande som brännande, stickande smärta
- dålig effekt av perifert verkande analgetika (även i fulldos)
- abnorm ömhet/smärta vid lätt fingerpalpation (allodyni)
- abnorm smärta vid kraftigare (normalt smärtande) palpation (hyperalgesi)
- diffus och variabel smärtutstrålning till armfingrar (refererad smärta)
- Diffus och variabel känselnedsättning (hypoestesi)

- Diffus och variabel beröringsömhet (hyperestesi, dysestesi)
- Obehagskänsla vid palpation (dysestesi)
- Diffus och variabel svaghet (motorisk smärtinhibering)
- Smärtspridning/generalisering
- Abnorm eftersmärta (efter belastning, behandling, undersökning)

### Behandling

- Den är multidisciplinär
- Den inkluderar förklaring, smärtbehandling och smärthantering
  - smärtförklaring (om smärtans olika dimensioner)
  - farmaka: antidepressiva (främst SNRI och tricykliska), som på rätt indikation kan förbättra sömn, reducera stress, frustration och smärta. Undvik långtidsbehandling med analgetika.
  - individuellt anpassad fysisk aktivering (i balans med reducerad belastningstolerans)
  - kognitivt – beteendeorienterat förhållningssätt/terapi (bl a smärt- och stresshantering)

## Multi- / interprofessionell rehabilitering

- Långvarig smärta kan inte förklaras enbart av vävnadsskada. Smärtfysiologiskt finns förutsättning för sensitisering av nervsystemet. Stessrelaterade, kognitiva, beteendemässiga och socialt betingade faktorer influerar besvärsbild och funktionspåverkan. Den långvariga smärtan kräver därmed ett annat förhållningssätt än den akuta.
  - Vid långvariga funktionsnedsättande besvär, ibland med mer komplex problematik, kan patienten tvingas byta fokus från egenförväntan om bot till att finna vägar för alternativa problemlösningar. Att få insikt om behovet av fokusförändring är många gånger en svår process, som kan skapa både frustration och nedstämdhet, som kan kräva farmakologisk intervention.
  - Rehabilitering innebär en **förändringsprocess** under vilken individen behöver hjälp att finna och pröva copingstrategier för att med ett ökat mått av självförtroende uppnå bättre kontroll över sin situation. En kognitiv-beteendeorienterad rehabiliteringsmodell har i flera studier visat sig ha bäst förutsättningar för att uppnå förändringsmål innebärande aktiva, adaptiva strategier. Att uppnå målet kan, utifrån problem- och resursinventering, kräva flera rehabiliteringsprofessioners specifika kompetens.
  - Läkareundersökning med uppdatering av anamnes avseende förhållanden såväl före som efter olyckan. Förnyad smärtanalys. Bedömning om patienten är medicinskt färdigutredd relaterat till aktuella symtom och fynd. Vid behov specialistkonsultation.
  - Basutredning med standardiserade frågeformulär (t ex smärta, smärtinterferens, sömn, emotionell instabilitet, copingstrategier, aktivitetsnivå, social delaktighet, livstillfredsställelse), funktionella test hos sjukgymnast (t ex rörande fysisk funktion, kroppskänedom, postural kontroll) och aktivitets-test hos arbetsterapeut.
  - Fördjupad psykologisk utredning av psykolog.
  - Fördjupad social utredning av kurator.
  - Neuropsykologisk utredning av psykolog vid svårbedömd kognitiv dysfunktion.
  - Planering av rehabiliteringens innehåll och mål på basis av utredningarna.
- Rehabiliteringsplanen struktureras tillsammans med patienten och i lämplig fas involveras arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedling och primärvård.
- Utöver individuellt rehabiliteringsprogram har gruppbaseprogram med fokus på kognitiv beteendeterapi visat sig effektiva.
- Rehabiliteringen måste fortsätta även efter kontakten med det multi-/interprofessionella teamet. Den fortsatta rehabiliteringsplaneringen behöver förankras hos dem som skall fortsätta handläggningen, oftast i primärvården. Detta sker bäst i ett gemensamt planeringsmöte med patienten och blivande ansvarig läkare. Vid detta möte bör överenskommas om när och hur uppföljning skall ske för att förhindra att rehabiliteringsprocessen stannar upp.

## Reflexioner

### Nuvarande riktlinjer

Genom att följa beskrivna rekommendationer med ett empatiskt bemötande, noggrann undersökning och rådgivning och tidig identifiering av riskfaktorer för riktade åtgärder, ökar förutsättningarna för en bättre prognos för det stora flertalet. Riktlinjer kan dock aldrig bli heltäckande, utan måste lämna utrymme för individuella ställningstaganden vid speciella behov. Individuella behov kan ibland kräva alternativa vägar. Detta gäller t ex vid handläggning av barn och äldre.

### Framtid

Pågående forskning inom smärtfysiologi, diagnostik och behandling kommer förhoppningsvis att förbättra möjligheterna att tidigare identifiera svårbehandlade tillstånd hos vissa undergrupper, som ännu så länge inte kan diagnostiseras eller behandlas effektivt. Facettledssmärta har nivå-diagnostiserats och behandlats med viss framgång. Vissa radiologiska metoder och behandlingsåtgärder vid misstänkt instabilitet har rapporterats, men behov av utvärdering kvarstår.

Riktlinjerna bygger på vårdprogrammen från Linköping 1998, Västra Götaland 2003 samt på rekommendationerna av Svenska Läkaresällskapet och Whiplashkommissionens medicinska expertgrupp 2005.

---

För ytterligare information, se

[www.rtp.se](http://www.rtp.se)

[www1.vgregion.se/whiplash](http://www1.vgregion.se/whiplash)

[www.whiplashkommissionen.se](http://www.whiplashkommissionen.se)

[www.hu.liu.se/content/1/c6/02/49/18/vardprogrammetwad.pdf](http://www.hu.liu.se/content/1/c6/02/49/18/vardprogrammetwad.pdf)

Sammanställningen har finansierats av Arvsfonden och stödfinansierats av Trafikskaderegistret, Ortopediska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.



Detta flödesschema för handläggning av personer med whiplashrelaterade besvär (WAD) vänder sig till personal inom sjukvården som möter denna patientgrupp. Syftet är att ge riktlinjer för utredning och behandling för en gemensam policy för omhändertagandet av målgruppen.

Konsensus uppnåddes för flödesschemat på en konferens för personal inom vården som RTP arrangerade den 27 april 2007 i Göteborg. Flödesschemat kan därmed bidra till att skapa trygghet både för patienter och vårdgivare där bemötande, undersökning, utredning, behandling och rehabilitering sker på samma grunder oavsett geografisk hemvist.

RTP – Riksförbundet för Trafik-, Olycksfalls- och Polioskadade har varit initiativtagaren till framtagandet av riktlinjerna.



Denna guide har finansierats av Arvsfonden

