



Sundbyberg den 30 oktober 2023

Remissvar – Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd Distorsion i halskotpelaren (inklusive WAD)

Symtom, prognos, behandling

Det är bra att tänka på att distorsionen också kan orsakas av ett fall och kan förekomma samtidigt med hjärnskakning/-skada. Symtomen kan uppstå även senare än efter några dygn.

Vi saknar en hänvisning till ett stort antal besvär såsom:

- nacksmärta i vila och efter belastning
- utstrålade smärta i axlar/skuldror, armar, rygg eller ben
- nedsatt känsel och kraft i armar, och händer
- smärta i käken, påverkad förmåga att tugga och svälja
- huvudvärk
- smärta och muskelspänning i övriga delar av kroppen
- yrsel och balanssvårigheter
- koncentrations- och minnesproblem
- mental och fysisk uttrötthet
- lässvårigheter, svårigheter att se på tv, ögontrötthet
- sömnpåverkan/trötthet
- känslomässiga symtom relaterade till olyckan (exempelvis att undvika vissa situationer och aktiviteter, att ha mardrömmar eller återuppleva olyckan)
- stressreaktioner, sämre känslomässig uthållighet, "kort stubin"
- nedstämdhet och oro.

Vi förstår att texten ska vara övergripande men med tanke på att Försäkringskassans handläggare är målgruppen i det här avsnittet kan det vara meningsfullt att beskriva symtombilden mer detaljerat, exempelvis att beskriva tydligare vad neurologiska symtom innebär. Det kan vara lämpligt att harmonisera beslutsstödet med den nya klassificeringen av långvarig smärta i ICD 11.

En del symtom kan förekomma som kortvariga eller långvariga besvär. Eftersom nackbesvär kan uppstå i samband med hjärnskakning – och tvärtom kan en nackskada ha en traumatisk inverkan på hjärnan – listar vi här också symtom som förekommer efter en (lätt) traumatisk hjärnskada. Med anledning av att tillstånden kan förekomma samtidigt behövs i beslutsstödet en hänvisning till vårdförloppet traumatisk hjärnskada.

Vi ställer oss frågande till användning av ordet "katastroftänkande" och ser helst att ni beskriver tankarna med andra ord. Att vara med om en olycka kan ibland utlösa symtom på posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Det kan handla om att undvika liknande situationer, att ha mardrömmar eller återuppleva olyckan, se punktlistan ovan. Det kan finnas en risk att den här typen av påträngande känslor/tankar kan förväxlas med katastroftänkande och därmed försvåra att upptäcka en samsjuklighet som behöver behandlas. Obehandlad samsjuklighet kan leda till mer omfattande vård- och rehabiliteringsbehov och för personen till sämre livskvalitet.

Behandling

Fysioterapeutisk behandling borde också syfta till att minska stelhet, hitta smärtfria lägen samt att ge smärtlindrande behandling (akupunktur, TENS). Fysioterapeuten kan vid behov också hänvisa till en psykolog eller arbetsterapeut (sistnämnda för att få hjälp att kunna arbeta igen, studera eller utföra en annan meningsfull sysselsättning). Det är viktigt att få en snabb tillgång till adekvat hjälpmedel.

I samband med behandling av smärta vill vi uppmärksamma att personer med nacksmärta ibland kan utveckla smärta i käke, ansikte och tinningar samt ha svårigheter att gapa och tugga. Tuggsvårigheter kan göra det svårt att äta hårda och sega livsmedel, leda till obehag och smärta och även påverka deltagande i sociala sammanhang.

Det finns en nära anatomisk och funktionell koppling mellan käk- och nackregionerna som kan vara en förklaring till att olyckan kan ge besvär inte enbart i nacken utan även i käkar och/eller ansikte. Vid besvär i käkar-ansikte kan det vara nödvändigt att få specialistbedömning. Tandläkare som är specialiserade inom bettfysiologi kan efter utredning ge individuell rådgivning och anpassad träning för käken. En vanlig behandling är avlastning genom en bettskena som kan lindra smärta och förbättra käkfunktion.

Under behandling hänvisar ni till vårdförlopp för långvarig smärta om personen riskerar att få långvarig smärta. Dokumentation av en sådan risk bör sammanfalla med ingång i vårdförloppet och dess rekommendationer, exempelvis att en noggrann smärtanamnes och biopsykosocial utredning genomförs (med fördel av olika professioner), att en rehabiliteringsplan upprätts, följs upp och revideras samt att en eventuell remittering till specialistmottagning sker enligt vårdförloppets kriterier. Vi vill också lyfta att vårdförloppet betonar vikten av att all vård och rehabilitering behöver utgå från personen i centrum, det vill säga att personen är delaktig i sin vård och medverkar i behandlingen och andra insatser.

Funktionsnedsättning

Distorsion i halskotpelaren kan leda till fler nedsättningar än de som beskrivs i stycket. Vi föreslår att formuleringarna kompletteras med följande: utstrålande smärta till ryggraden, ansikts-/käkregionen och kroppen i övrigt, trötthet som inte går över, yrsel samt svårigheter att tugga och äta (pga. käksmärta) och till följd av det även social isolering.

Vi efterfrågar en förklaring och konkretisering av följande mening *Ett mindre antal patienter kan få kvarstående smärtor som kan påverka funktionen betydligt*. Vad menar ni med funktionen? Funktion i vilket sammanhang? Vad är konsekvensen?

Aktivitetsbegränsning

Utöver de aktivitetsbegränsningar ni nämner kan det uppstå många andra, exempelvis kan yrsel och balansstörningar (med och utan smärta) samt nedsatt rörelseförmåga försvåra att vrida på huvudet, gå eller förflytta sig samt att köra ett fordon. Smärta, trötthet och kognitiva nedsättningar kan påverka personens exekutiva funktioner, att organisera sig, planera och fatta beslut. I förlängningen kan den här typen av aktivitetsbegränsningar leda till att bli mer immobil och isolerad. Det kan i sin tur ha negativa konsekvenser för personens ekonomi, för det sociala livet och för möjligheten att utföra hälsofrämjande fritidsaktiviteter.

Information om rehabilitering

Avsnittet borde enligt vår uppfattning ha ett bredare fokus på rehabilitering – från arbetsinriktad till livsinriktad. Målet ska vara att förbättra, eller åtminstone bibehålla, hälsa och förmågor samt att förhindra en försämring för att kunna arbeta, utföra en annan sysselsättning eller leva ett så aktivt liv som möjligt. Det arbetsinriktade fokuset utestänger människor som inte har ett förvärsarbete.

Ingång i vårdförloppet och etablering av en fast vårdkontakt bör nämnas i samband med inledningen av rehabiliteringen. Det behöver säkerställas att personer fångas upp genom en längre uppföljningsperiod om återgång i arbete resulterar i en försämring. Vi vill understryka att vård och rehabilitering alltid behöver vara personcentrerad. Då ges patienten de bästa möjligheterna att tillgodogöra sig både de egna resurserna och vårdens behandlingar.

Vi vill gärna se att ni lyfter in fritiden i texten eftersom den är viktig för återhämtningen. Det är en livssfär där vi genom olika (fysiska) aktiviteter kan upprätthålla eller förbättra vår fysiska hälsa, få trygghet i samvaro med närstående och ett mer aktivt socialt liv. Det kan i sin tur öka vår känsla av sammanhang och stärka vår tilltro till den egna förmågan att hantera livet. Studier har visat att sistnämnda har stor betydelse för att personer med bestående svårigheter kan leva ett gott liv. Försäkringsmedicinska resonemang bör därför ha i åtanke att upprätthålla, främja eller skapa goda förutsättningar för en aktiv fritid och livsstil.

Det är av stor vikt att betydelsen av hjälpmedel lyfts i samband med rehabiliteringen samt att hjälpmedelsutredning och förskrivning ska vara personcentrerad och behovsorienterad. Det är självklart bra om hjälpmedel kan möjliggöra eller underlätta att arbeta, studera eller utföra en annan sysselsättning. Men de kan också uppfylla en viktig funktion för en meningsfull fritid och rekreation samt ett fungerande socialt liv.

När det handlar om hjälpmedel kan det vara viktigt att tänka på att det finns olika huvudmän (region/Arbetsförmedlingen) beroende på typ av hjälpmedel.

Vi vill också lyfta att information om möjligheten att få bostadsanpassning och/eller hemtjänst kan behövas beroende på personens svårigheter.

Försäkringsmedicinsk information

I texten betonas kontinuiteten gällande vardagsrutiner, fysiska och sociala aktiviteter för att undvika sjukskrivningens negativa effekter. Här önskar vi att fritiden och det sociala livet tydligare lyfts in i resonemanget (se ovan).

Vi vet att fysisk aktivitet har goda hälsoeffekter genom att exempelvis lindra smärta och minska stelhet vid besvär i rörelseapparaten. Därför är det extra viktigt att möjligheten till en aktiv fritid integreras i rehabiliteringsplanen och att det – om nödvändigt – frigörs arbetstid för egenvård. För att egenvårdsaktiviteter ska få en optimal effekt behöver patienten träffa en fysioterapeut.

Hen kan i samråd med behandlande läkare ge instruktioner för egenvård, exempelvis

- på vilket sätt personen ska vara fysiskt aktiv
- vilka avslappningsövningar som är lämpliga (även i käk-/ansiktsregionen)
- om det finns behov för viss avlastning
- hur förutsättningar för en god sömn kan förbättras
- ge alternativ till medicinsk smärtlindring (exempelvis varm vetekudde).

Vi vill också värna om möjligheten till ett aktivt liv utanför arbete eller annan sysselsättning där det finns utrymme för olika former av engagemang, exempelvis i civilsamhällets organisationer. Organisationerna kan erbjuda bland annat information om livet med en funktionsnedsättning, gemenskap, hjälp till självhjälp samt möjlighet att lära sig av andra att det finns vägar framåt till ett gott liv.

Det är önskvärt att det även i texten "Försäkringsmedicinsk information" tas större hänsyn till personcentrering. Det innebär att patienten erbjuds att aktivt medverka i planeringen av rehabilitering och annan vård. Därmed ökar möjligheten att personen bidrar med egna resurser i behandlingen och att behandlingsresultatet blir positivt och hållbart.

Formuleringarna kring begreppet arbetsåtergång bör även inkludera studier eller annan lämplig sysselsättning.

Det är bra att hänvisa till vårdförloppet långvarig smärta om just smärta utvecklats till ett långvarigt symptom. Men det finns andra besvär i samband med WAD som kan bli långvariga. Hur ska de hanteras? Här behövs en komplettering.

Vägledning vid sjukskrivning Förslag till rekommendation 1

Vi saknar rehabiliterande och förebyggande insatser i andra delar av livet än arbete och arbetsplats. Rekommendationerna bör även vid låg grad av funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning syfta till att förbättra eller bibehålla förmågor samt att förhindra en försämring av hälsan.

Vad innebär " låg grad av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar"? Hur mäts nedsättning/begränsning, vem uttalar sig och när i vårdförloppet? Involveras patienten? Vad menar ni med anpassning av arbetstid utan sjukskrivning? Vem kompenserar för inkomstförlusten? Vad händer om försök att arbeta utan sjukskrivning misslyckas?

Förslag till rekommendation 2

Se våra kommentarer under Förslag till rekommendation 1 – vem mäter, på vilket sätt, i samverkan med arbetsgivare? Vad betyder "uttalad" jämfört med "låg grad"? Vi anser att partiell sjukskrivning samt rehabiliteringsinsatser inte ska tidsbegränsas till en månad. Sjukskrivning på deltid borde öppna upp för möjligheten att öka arbetstiden successivt och under en längre tid, beroende på hur de individuella förutsättningarna ser ut samt för att kunna fånga upp eventuella bakslag. En generösare tidsram skulle underlätta att ta till vara individens möjligheter utan tidspress och dess eventuella negativa följder. I samband med aktiv egenvård behövs tillägget "i samverkan med en fysioterapeut". Vi efterfrågar en tydligare skrivning gällande samordnade rehabiliteringsinsatser. Hur ska samordningen se ut, med vilka professioner/aktörer? Fysioterapeut, arbetsterapeut, arbetsgivare? Varför nämns inte eventuella behov av hjälpmedel?

Förslag till rekommendation 3

Vi hänvisar här till våra kommentarer avseende *Försäkringsmedicinskt stöd långvarig smärta – Vägledning vid sjukskrivning, förslag till rekommendation 3 och 4.*

Den nya klassifikationen av långvarig smärta i ICD 11 behöver integreras i föreliggande beslutsstöd och ibeslutsstödet om långvarig smärta.

Kontakt:

Marina Carlsson, förbundsordförande, och Astrid Källström, kommunikatör
E-post: marina.carlsson@rtp.se, astrid.kallstrom@rtp.se
Telefon: Marina Carlsson– 070-615 69 66; Astrid Källström – 073-626 87 26