

Vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd

Behovs- och problemanalys avseende hälso- och
sjukvårdens förutsättningar, vårdutfall samt
nationella kunskapsstöd

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-12-3
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2017

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att analysera vården och vårdutfallet för personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd. Uppdraget omfattar en behovs- och problemanalys avseende hälso- och sjukvårdens förutsättningar, vårdutfall samt behovet av och möjligheten att ta fram nationella kunskapsstöd inom detta område. Socialstyrelsen har i uppdraget definierat personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd huvudsakligen som personer med whiplash-skador/långvarig nacksmärta efter trafikolycka.

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer såsom vårdgivare och patientorganisationer.

Rapporten utgör ett kunskapsunderlag som kan användas som stöd för prioriteringar av åtgärder.

Ansvarig projektledare har varit Catarina Jansson. Ansvarig enhetschef har varit Eva Wallin.

Socialstyrelsen vill tacka alla berörda patient- och professionsorganisationer, kvalitetsregisterhållare/koordinator och experter som med stort engagemang och kunnande bidragit till arbetet med denna behovs- och problemanalys.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Hälso- och sjukvårdens förutsättningar	7
Vårdutfall.....	7
Behovet av nationella kunskapsstöd.....	8
Socialstyrelsens slutsatser och bedömning av behov av åtgärder.....	8
Inledning.....	9
Rapportens disposition	9
Uppdraget	9
Bakgrund	10
Metod och definitioner vid inhämtning av information	23
Agenda 2030 för hållbar utveckling	29
Förekomst av transportolyckor, whiplash-skador, whiplash- skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd	30
Förekomst av personer som vårdats för transportolyckor 2008–2016	30
Förekomst av personer som vårdats för whiplash-skador, whiplash- skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd 2008–2016	33
Sammanfattning resultat förekomst	37
Hälso- och sjukvårdens förutsättningar avseende vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd	38
Patienters och professioners nationella organisationers perspektiv.....	38
Landstingens och patientorganisationers enkätsvar	40
Väntetider och vårdprocess vid smärtutredning och smärtrehabilitering	41
Sammanfattning resultat hälso- och sjukvårdens förutsättningar	44
Vårdutfall samt sociodemografiska faktorer avseende vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd	46
Patientrapporterade utfallsmått vid smärtrehabilitering primärvård.....	46
Patientrapporterade utfallsmått vid smärtrehabilitering specialistvård.....	50
Samsjuklighet, vårdåtgärder, medicinska verksamhetsområden och läkemedel bland personer som vårdats med whiplash-skador.....	57
Sociodemografiska faktorer bland personer med respektive utan whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd.....	62
Inkomna ärenden till IVO och patientnämnder.....	69
Sammanfattning resultat vårdutfall och sociodemografiska faktorer	70
Omfattning av nationella kunskapsstöd och nytillkommen vetenskaplig litteratur samt behov av nationella kunskapsstöd till vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd	72

Patienters och professioners nationella organisationers perspektiv	72
Landstingens och patientorganisationers enkätsvar	73
Omfattning av nyttillkommen vetenskaplig litteratur	73
Omfattning av internationella kunskapsstöd	74
Omfattning av nationella kunskapsstöd	74
Expertutlåtande avseende behov uppdatering av SBU:s systematiska litteraturöversikter samt nationella kunskapsstöd	75
Sammanfattning resultat omfattning av nationella kunskapsstöd och nyttillkommen vetenskaplig litteratur samt behov av nationella kunskapsstöd	76
Sammanfattning av resultat och Socialstyrelsens bedömning och slutsatser	77
Förekomsten	77
Hälsö- och sjukvårdens förutsättningar	77
Vårdutfall	78
Behovet av nationella kunskapsstöd	78
Slutsatser och behov av åtgärder	78
Referenser	80
Bilaga 1. SKL:s enkätundersökning av vården vid långvariga smärttillstånd	83
Bilaga 2. Disponibel inkomst, sysselsättningsstatus, arbetslöshet, rehabiliteringspenning och handikappersättning	88
Bilaga 3: Expertutlåtande	90

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att analysera vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd. Uppdraget omfattar en behovs- och problemanalys avseende hälso- och sjukvårdens förutsättningar, vårdutfall samt behovet av och möjligheten att ta fram nationella kunskapsstöd inom detta område. Socialstyrelsen har definierat personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd huvudsakligen som personer med whiplash-skador/långvarig nacksmärta efter trafikolycka.

Hälso- och sjukvårdens förutsättningar

I dialog med patient- och professionsorganisationer, vid studiebesök vid smärtrehabiliteringsenheter samt i SKL:s enkätundersökning av vården vid långvariga smärttillstånd har följande faktorer som kan bidra till en förbättrad god vård för personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd identifierats:

Vårdens organisation

- Förbättrad samordning mellan olika vårdnivåer.
- Beaktande av hela vårdkedjan (dvs. från akutfas till långvarig fas), vilket omfattar sekundärprevention, dvs. implementering av befintlig kunskap om riskfaktorer för långvariga smärttillstånd.
- Koordinering av rehabilitering och sjukskrivning.
- Förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård.

Specialistvård och evidensbaserad kunskap om smärta

- Multiprofessionellt teamarbete och specialiserad smärtrehabilitering.
- Utbildning och kompetens inom området smärta och kunskapsspridning från professionen i specialistvården till professionen i primärvården.
- Genom fortsatt nationellt och internationellt samarbete skapa enhetlig diagnostik avseende långvariga smärttillstånd samt specifikt uppdaterad/ny klassificering avseende *Whiplash Associated Disorders* (WAD).
- Ny multidisciplinär forskning.
- Implementering av befintliga forskningsresultat.

Vårdutfall

Patientrapporterade utfallsmått förbättras efter smärtrehabilitering och patienter rapporterar bra bemötande och är nöjda med denna vård. Inga skillnader i vårdutfall vid smärtrehabilitering observerades mellan kvinnor och män.

Psykisk ohälsa, läkemedelsbehandling avseende opioider och psykofarmaka samt långtidssjukskrivningar och sjuk- och aktivitetsersättning före-

kommer bland dessa patientgrupper, framför allt bland kvinnor med låg utbildningsnivå. Analysen tyder på att det finns grupper med t.ex. låg utbildningsnivå och/eller psykisk ohälsa som kan ha behov av särskilda insatser.

Behovet av nationella kunskapsstöd

Det saknas för närvarande övergripande nationella kunskapsstöd, t.ex. nationella vårdprogram, avseende whiplash-skador och andra långvariga smärttillstånd, samtidigt som en stor mängd vetenskaplig litteratur har tillkommit de senaste åren. Det råder konsensus, baserat på dialog med organisationer som företräder patienter och professioner, studiebesök vid smärtrehabiliteringsenheter, SKL:s enkätundersökning av vården vid långvariga smärttillstånd samt expertutlåtande, avseende behovet av att ta fram nya respektive uppdatera befintliga nationella kunskapsstöd inom detta område.

Socialstyrelsens slutsatser och bedömning av behov av åtgärder

Socialstyrelsen bedömer att framtagande respektive uppdatering av både diagnosspecifika nationella kunskapsstöd avseende whiplash-skador samt långvariga smärttillstånd behövs och avser därför att:

- Se över och vid behov uppdatera rekommendationerna avseende smärta inom ramen för **Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård**.
- Uppdatera **Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd** avseende whiplash-skador samt långvariga smärttillstånd.

Det kan även finnas behov av att:

- Se över och eventuellt uppdatera **SBU:s vetenskapliga systematiska kunskapsöversikt** avseende långvariga smärttillstånd.
- Ta fram ett **nationellt vårdprogram**.
- Ta fram kunskapsbaserad **patientinformation** (t.ex. uppdatering av **webbplatsen 1177 Vårdguiden**).

Det har även framförts behov av en nivåstrukturering och regeringens föreslagna nya beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården innebär möjligheter att genomlys området utifrån kriterierna för nationell högspecialiserad vård. Behovet av ett nationellt vårdprogram kan övervägas inom ramen för landstingens sammanhållna struktur för nationell kunskapsstyrning.

Socialstyrelsen bedömer även att det är av stor vikt med långtidsuppföljning av evidensbaserade behandlingar vid whiplash-skador och långvariga smärttillstånd med syfte att bidra till en god vård.

Inledning

Rapportens disposition

Denna rapport är indelad i ett inledande avsnitt där uppdraget, bakgrund och metod och definitioner vid informationsinhämtning presenteras. Därefter följer fyra resultatavsnitt samt ett avslutande avsnitt där resultaten sammanfattas och Socialstyrelsens bedömning och slutsatser presenteras.

Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att analysera vården och vårdutfallet för personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd. Enligt uppdragsformuleringen ska Socialstyrelsen:

- Analysera vilka förutsättningar hälso- och sjukvården har att erbjuda personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Analysera vårdutfallet inom detta område. I dessa analyser ska jämställdhetsperspektivet beaktas och skillnader i vård som erbjuds kvinnor och män uppmärksammas.
- Bedöma behovet av och möjligheten att ta fram nationella kunskapsstöd till vården på detta område, vilket även omfattar insatser som främjar ett gott bemötande av dessa patienter.

Inom ramen för projektet ska Socialstyrelsen samråda med relevanta myndigheter och organisationer.

Avgränsning

Den vanligaste orsaken till nacksmärta/långvariga smärttillstånd efter olycka är påkörningsolyckor i trafiken och Socialstyrelsen har i uppdraget definierat personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd huvudsakligen som personer med whiplash-skador/långvarig nacksmärta efter trafikolycka (se ”Definition patientgrupper enligt ICD-10-diagnoser”).

Finansinspektionens uppdrag

Samtidigt som Socialstyrelsen fick detta regeringsuppdrag fick även Finansinspektionen ett regeringsuppdrag om skadereglering vid personskada. Finansinspektionens uppdrag omfattar kartläggning och analys av försäkringsbolagens processer och rutiner avseende personskadade, internt och i nämnder, för att klargöra om god försäkringsstandard avseende skadereglering upprätthålls. Dessa uppdrag omfattar således olika områden och verksamheter.

Bakgrund

Trafikskador

Personskador definieras som kroppslig eller psykisk skada som orsakats av någons handlande. Den som uppsåtligt eller av vårdslöshet vållar personskada ska ersätta skadan (2 kap. 1§ skadeståndslagen (1972:207)). Enligt 5 kap. 1§ skadeståndslagen omfattar skadestånd till den som tillfogats personskada sjukvårdskostnad och andra kostnader för den skadelidande, inkomstförlust, fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) eller av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men) samt särskilda olägenheter till följd av skadan. Trafikskador är personskador till följd av trafik, dvs. trafikolyckor (ofta vägtrafikolyckor) med personskador där motorfordon¹ (t.ex. personbil, lastbil, motorcykel) eller annat fordon (t.ex. cykel) i rörelse varit inblandat.

Skador till följd av transportolyckor (fordonsolyckor²) är ett stort folkhälsoproblem i OECD³-länderna och orsakade 2013 förtida död bland 100 000 individer, dvs. mer än en procent av all död⁴ [1]. Majoriteten av skador och död till följd av transportolyckor kan dock förebyggas och trafiksäkerheten för bilister har ökat avsevärt de senaste decennierna [1]. Dödsfall till följd av transportolyckor har minskat, men denna minskning är inte lika stor bland fotgängare, cyklister och motorcyklister jämfört med bilister [1]. I Sverige omkom 270 personer, 2347 personer skadades svårt och 18 663 skadades i vägtrafikolyckor 2016 enligt data från polisens rikstäckande rapportering av vägtrafikolyckor med personskador och Statistiska centralbyrån (SCB) [2, 3]. Alla personskadeolyckor kommer dock inte till polisens kännedom, vilket gör att det verkliga antalet skadade liksom antalet olyckor är större [2]. Enligt data från Socialstyrelsen har antalet slutenvårdade på sjukhus till följd av vägtrafikolyckor minskat med ca 40 procent i Sverige sedan början av 2000-talet (med hänsyn tagen till befolkningsökningen) [4]. Detta beror framför allt på att färre slutenvårdats till följd av olyckor med personbil, medan slutenvård till följd av cykelolyckor inte minskat lika mycket [4]. År 2016 slutenvårdades 8400 personer på sjukhus till följd av en vägtrafikolycka [4].

Långvariga smärttillstånd

Akut och långvarig smärta är skilda fenomen även om upplevelsen verkar vara densamma [5]. Den internationella organisationen *International Association for the Study of Pain* (IASP)⁵ definierar smärta som:

En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som en sådan skada.

¹ Den som skadats till följd av trafik med ett motorfordon har rätt till ersättning för sina skador ur fordonets trafikförsäkring enligt trafikskadelagen som hänvisar till skadeståndslagens ersättningsregler (5 kap).

² Transportolycka definieras som varje olyckshändelse med fordon som primärt eller vid tiden för olyckan är avsett för att föra personer eller varor från en plats till en annan.

³ *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) består av 35 medlemsländer.

⁴ Åldersstandardiserad dödlighet, datakälla: *WHO Mortality Database*, död p.g.a. transportolyckor: ICD-10; V01-V89.

⁵ IASP är en professionsorganisation avseende vetenskap, klinisk praxis och utbildning inom smärtområdet med för närvarande 133 medlemsländer.

Smärtupplevelsen är med andra ord individuell och består av både sensoriska (känselfunktion), känslomässiga och tankemässiga/värderande delar [5]. Vad gäller långvarig smärta finns ingen allmänt accepterad definition eller enhetligt begrepp, men långvarig smärta definieras oftast som kvarstående smärta efter förväntat normalt läkningsförlopp, vilket oftast anges som tre månader [5].

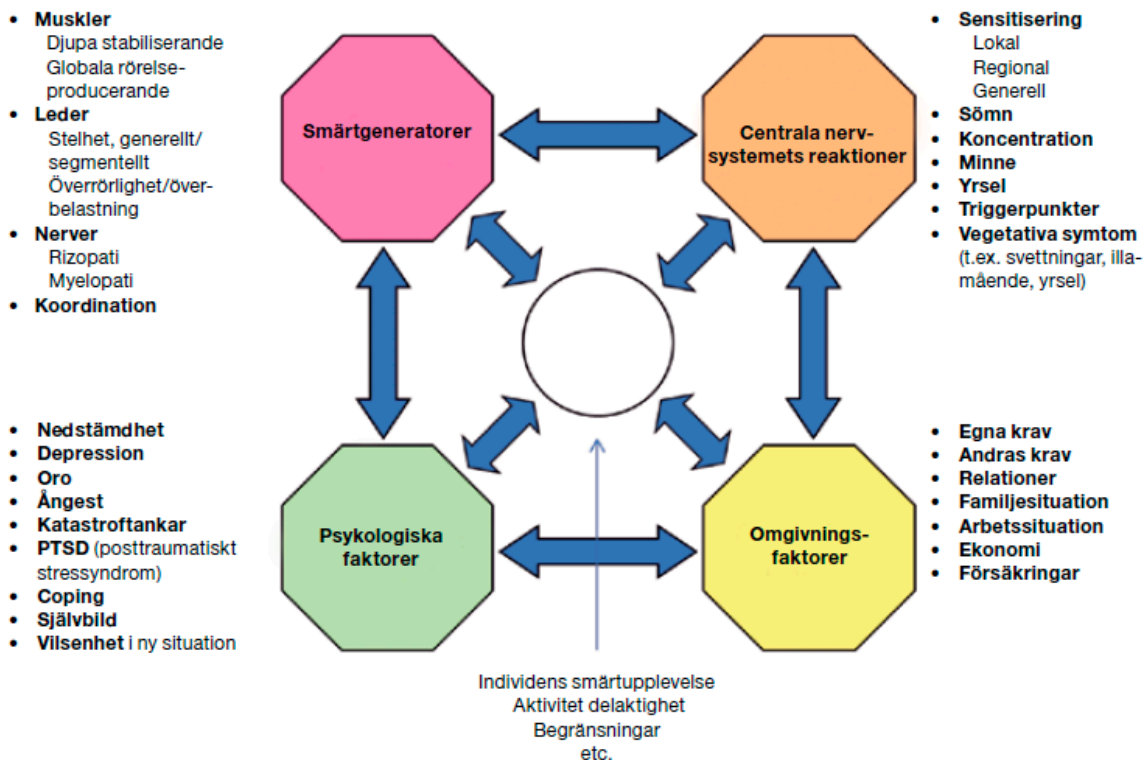
De flesta med långvariga smärttillstånd kontaktar inte vården p.g.a. detta utan hälso- och sjukvården kommer främst i kontakt med personer där smärtan påverkar livssituationen negativt (t.ex. avseende livskvalitet, förvärvsarbete och upplevt vårdbehov) [5]. Smärtdiagnoser är en av de vanligaste orsakerna till besök i primärvården samt till långtidssjukskrivning [5]. Dessutom förekommer ofta samsjuklighet mellan långvariga smärttillstånd och psykisk ohälsa (t.ex. depression och sömnproblem) [5].

Långvarig smärta kan ha många bakomliggande orsaker⁶ och en väl genomförd differentialdiagnostik⁷ krävs för att rätt behandling ska kunna ges till rätt patient [5]. Grunden för all smärtbehandling är en smärtanalys med syfte att fastställa smärtmekanismer och andra faktorer som påverkar smärtan samt hur smärtan påverkar patienten [5]. Smärtanalysen avgör valet av behandlingsstrategi och innefattar underliggande orsak, smärtmekanism samt duration (varaktighet), utbredning och intensitet [5]. I smärtanalysen integreras även individens smärtproblematik som en del av hens psykologiska och sociala situation (se figur 1).

⁶ Smärta kategoriseras, om möjligt, utifrån följande patofysiologiska mekanismer [6]: *Nociceptiv smärta*; Skada av olika vävnader, smärtan fortleds av ett intakt nervsystem. *Neuropatisk smärta* (neurogen smärta, nervsmärta); Skada eller funktionsstörning i perifera eller centrala nervsystemen. *Psykogen smärta*; Smärta som beror på psykiska faktorer. *Idiopatisk smärta*; Smärta som inte kan hänföras till nu kända patofysiologiska mekanismer.

⁷ Differentialdiagnos innebär särskiljande av sjukdomar med likartade symtom.

Figur 1. Nyckelområden för utredning av långvarig komplex smärta enligt Smärtrehab i Lund.



Figur från: Sektionen för smärtherehabilitering, Skånes universitetssjukhus, Lund (från Westergren H, et.al. *The whiplash enigma: Still searching for answers*. Scand J Pain 2014;(4):226-8).

Källa: Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2017;28(3):23-53

För patienter med icke-malign långvarig smärta är ett multimodalt omhändertagande av ett multiprofessionellt team med ett biopsykosocialt synsätt det viktigaste enligt t.ex. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation avseende långvarig smärta hos vuxna [5]:

- *För patienter med långvarig smärta är ett multimodalt omhändertagande och ett biopsykosocialt synsätt det viktigaste. Målet är att med hjälp av strukturerade psykologiska och fysioterapeutiska metoder stärka patientens friska sidor, uppmuntra fysisk och ändamålsenlig aktivitet, stödja normala sysslor och tona ner den livsstörning som den långvariga smärtan medför.*
- *Läkemedelsbehandling är inte en självklar del i behandlingen av långvarig smärta. När läkemedel används ska de ses som en del i det multimodala omhändertagandet och ska i möjligaste mån väljas utifrån smärtmekanism och smärtgenererande strukturer.*

Enligt den biopsykosociala modellen finns ett samband mellan biomedicinska, psykologiska och sociala faktorer vid sjukdoms- och smärttillstånd (i motsats till den traditionella biomedicinska modellen, enligt vilken alla sjukdoms- och smärttillstånd uteslutande har sitt ursprung i biologiska föränd-

ringar/skador) [7]. Avseende långvarig smärta är den dominerande uppfattningen numer att också psykologiska och sociala faktorer är av stor betydelse [7]. Modern diagnostik, behandling och rehabilitering vid långvariga smärttillstånd baseras således på det biopsykosociala synsättet [7].

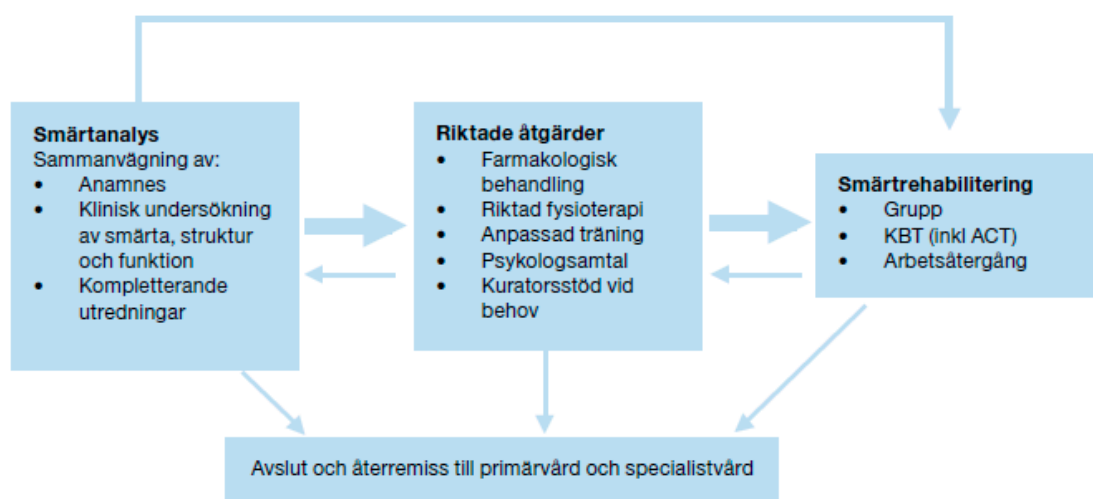
Multimodal rehabilitering innebär att ett fast team bestående av flera professioner planerar och samordnar åtgärder för att uppnå ett gemensamt mål som definierats tillsammans med patienten [5, 8]. Multimodal rehabilitering är en samlingsbeteckning på behandlingsmetoder som omfattar såväl fysiologiska och medicinska som psykologiska och sociala insatser, vilket förutsätter ett fast team av vårdgivare från flera olika professioner (t.ex. läkare, fysioterapeut, sjuksköterska, psykolog, arbetsterapeut, kurator). Multimodala rehabiliteringsprogram genomförs oftast under 4–8 veckor och de mål som ska uppnås definieras inledningsvis av teamet tillsammans med patienten [7]. Allmänna mål med multimodal rehabilitering är t.ex. att påverka patientens [8]:

- Förmåga att delta i olika vardagliga roller (t.ex. förbättra förmågan att utföra arbetsuppgifter och hushållssysslor).
- Emotionella funktion (t.ex. minska graden av depression, ångest, ilska och irritabilitet).
- Fysiska funktion.
- Hälsa och livskvalitet.
- Smärtupplevelse.

Multimodal rehabilitering delas in i två nivåer där nivå ett oftast erbjuds inom primärvården och nivå två oftast erbjuds inom specialistvården [7].

I figur 2 ges exempel på patientflöde vid smärtrehabilitering [4]:

Figur 2. Patientflöde i smärtrehabiliteringsprocess efter remiss från primär- eller specialistvård.



Förkortningar: KBT – kognitiv beteendeterapi, ACT – *acceptance and commitment therapy*

Grupp=rehabilitering i grupp.

Källa: Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2017;28(3):23-53

Trafikskador med långvariga smärttillstånd

Den vanligaste orsaken till nacksmärta efter olycka är påkörningsolyckor i trafiken [9, 10]. Om t.ex. en bilist blir påkörd av en annan bil kan en slitning mellan bål och huvud uppstå p.g.a. acceleration/decceleration (inbromsning), s.k. whiplash-skada (*Whiplash Associated Disorders* [WAD] [distorsion i halskotpelaren], se nedan samt ”Definition patientgrupper enligt ICD-10-diagnoser”). Även mindre kollisioner kan orsaka långvariga besvär [10].

Ett flertal kliniska symtom och funktionsnedsättningar hör ihop med post-traumatisk nacksmärta, t.ex. smärta och stelhet i nacken, utbredd smärta (*widespread pain*), huvudvärk, yrsel, funktionsstörningar i käksystemet, syn- och hörselnedsättningar, sömnproblem och kognitiva funktionsnedsättningar (t.ex. koncentrationssvårigheter, minnesproblem, förvärvade/traumatiska hjärnskador) [11].

Det vanligaste klassificeringssystemet i klinisk praxis och forskning avseende whiplash-skador är WAD-klassificeringen och begreppet WAD formades 1995 av expertgruppen *the Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders*. Begreppet inkluderar sena besvär efter alla typer av våld efter acceleration och deceleration i halsryggen. WAD klassificeras i grader beroende på symtom [12]:

- *Grad I*: Nackbesvär endast i form av smärta, stelhet eller ömhet. Avsaknad av undersökningsfynd.
- *Grad II*: Nackbesvär och muskuloskeletala symtom troligen orsakade av nackdistorsion och blödning i mjukdelar, muskelkramp sekundärt till mjukdelsskadan.
- *Grad III*: Nackbesvär och neurologiska symtom troligen orsakad av mekanisk skada på nervsystemet eller irritation sekundärt till blödning eller inflammation.
- *Grad IV*: Nackbesvär och fraktur eller dislocering.

Detta klassificeringssystem omfattar dock inte psykosociala aspekter varför andra klassificeringssystem har föreslagits [13]. Dessutom baseras WAD-diagnosen på anamnes och klinisk undersökning (dvs. patientens subjektiva beskrivning), men studier har visat att objektiva fynd kan förekomma hos patienter med WAD [13].

Whiplash-skador är den vanligast förekommande skadan som bedöms orsaka bestående men (invaliditet) vad gäller skadeanmälningar till försäkringsbolag enligt t.ex. en studie baserad på data från försäkringsbolaget Folksam's skadeanmälningar 1995–2010 [14]. Bland 36 744 skadade bilister bedömda enligt *Abbreviated Injury Scale* (AIS, dvs. skadekonsekvenser till följd av trafikolyckor) var whiplash-skador den vanligaste skadan som orsakade invaliditet [14]. Whiplash-skador var även vanligast bland kvinnor, vilket kan bero på fysiologiska skillnader mellan kvinnor och män (t.ex. att kvinnor har längre och mindre muskulösa nackar) [14].

Eftersom kunskapen om patofysiologi⁸ är bristfällig avseende nacksmärta är det oftast inte möjligt att behandla orsak och istället inriktas behandling

⁸Patofysiologi är läran om sjukdomsmekanismer, dvs. hur olika fysiologiska system påverkas av sjukdom.

och rehabilitering huvudsakligen på att lindra eller minska symtom och förbättra funktion [11].

Behovet av att förbättra vården avseende whiplash-skador, implementera befintlig kunskap/evidens samt utfasa behandlingar som inte är evidensbaserade har påpekats [15]. Dessutom föreligger behov av att identifiera vetenskapliga kunskapsluckor avseende långvarig smärta [16] samt behov av forskning, identifiering samt implementering av befintlig forskning avseende t.ex. riskfaktorer för dålig prognos efter akut whiplash-skada [15]. Studier har visat att biologiska, sociala och psykologiska faktorer är betydelsefulla vid långvariga smärttillstånd och betonat vikten av att riskfaktorer identifieras tidigt i ”skade-/akutfasen” för att förebygga långvariga smärttillstånd och funktionsnedsättningar [10]. Vidare rekommenderas försiktighet vid förskrivning av opioider (dvs. narkotikaklassade smärtlindrande läkemedel) till patienter med långvarig smärta efter whiplash-skada eftersom det saknas långtidsuppföljning om denna behandlings för- och/eller nackdelar [17]. Följande nivåstrukturerings förslag har föreslagits för behandling av whiplash-skador (*”Intervention triangle”*) [10]:

1. **Första linjens vård** (”basen i triangeln”); uppmuntrande information och råd att återuppta dagliga aktiviteter så snart som möjligt. Erbjuds till samtliga patienter som söker vård p.g.a. whiplash-skador.
2. **Tidig andra linjens vård**; kombinerade behandlingar, dvs. fysisk aktivitet/träning, manuell terapi/fysioterapi och psykologiska behandlingsstrategier. Erbjuds till patienter med otillräcklig förbättring inom några veckor efter whiplash-exponering.
3. **Biopsykosocial rehabilitering**. Erbjuds till patienter som utvecklat långvarig whiplash-skada enligt samma rekommendationer som vid andra långvariga smärttillstånd.

God vård

Begreppet god vård [18] utgår från 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 3 § tandvårdslagen (1985:125), TVL. Där framgår att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att kraven på en god vård och en god tandvård uppfylls. God vård kan ses som ett samlingsbegrepp för de sex egenskaper som Socialstyrelsen anser att en god hälso- och sjukvård och tandvård ska innehålla:

- **Kunskapsbaserad.** Vården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Säker.** Vården ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad.** Vården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Jämlik.** Vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- **Tillgänglig.** Vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.
- **Effektiv.** Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att bästa möjliga vård ska kunna erbjudas till hela befolkningen.

Vårdutfall

Vårdutfall (utfallsmått) inom hälso- och sjukvården är t.ex. dödlighet, sjuklighet, lidande, funktionsnedsättning och livskvalitet. Vårdutfall som är relevanta för personer med långvariga smärttillstånd i rörelseorganen är t.ex. patientrapporterade utfallsmått (s.k. *Patient-Reported Outcome Measures*, PROMs) som mäter patientens upplevelse av sjukdomssymtom, funktionsförmåga och/eller hälsa/hälsorelaterad livskvalitet [19] och återgång i arbete/sjukfrånvaro [20].

Nationella kunskapsstöd till hälso- och sjukvården

Kunskapsstöd kan definieras som ett samlingsbegrepp för olika (digitala eller analog) produkter, t.ex. riktlinjer, rekommendationer, allmänna råd, vetenskaplig litteratur, kunskapsöversikter, läroböcker, vårdprogram, internetbaserade system (med sökfunktioner för t.ex. specifika diagnoser) och uppföljningsstöd (t.ex. kvalitetsregister och öppna jämförelser) [21]. Inom den svenska hälso- och sjukvården utvecklar flera olika aktörer kunskaps- och beslutsstöd; t.ex. offentliga aktörer (t.ex. kunskapsstöd utvecklade på uppdrag av staten eller landstingen/huvudmännen) och professions- och patientorganisationer [21].

Nationella riktlinjer, beslutsstöd för behandling samt försäkringsmedicinska beslutsstöd

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd för beslutsfattare (t.ex. politiker och huvudmän) om hur resurser ska fördelas inom hälso- och sjukvården. Målet med riktlinjerna är att bidra till att patienter får en jämlik och god vård. De nationella riktlinjerna är rekommendationer baserade på kunskapsläget (aktuell forskning och beprövad erfarenhet) vid den tidpunkt då riktlinjerna togs fram och visar på nytta och risker med olika åtgärder. De utgör vägledning för vårdgivare och är inte bindande uttalanden om lämpliga behandlingsåtgärder eller rådgivning till patienter i enskilda fall. Det är alltid behandlande hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvaret för att i det enskilda fallet baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet bedöma den individuella patientens behov så att denne får adekvat behandling. De nationella riktlinjerna omfattar stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar stora samhällsresurser i anspråk.

Socialstyrelsens beslutsstöd i frågor om behandling syftar till att ge hälso- och sjukvårdspersonal vägledning i beslut om att erbjuda en aktuell åtgärd till en enskild patient. Stöd för beslut om behandling⁹ ska bidra till en kunskapsbaserad, säker och jämlik vård. Beslutsstöden baseras på bästa tillgängliga kunskap om nytta och risk med aktuell åtgärd. Rekommendationerna tas fram genom att denna kunskap vägs samman med andra viktiga aspekter, t.ex. patienters värderingar och preferenser. Vid framtagandet samverkar Socialstyrelsen med professionsorganisationer som nominerar experter till arbetet.

⁹ Mellan 2005-2011 togs liknande rekommendationer fram inom samverkansprojektet "Nationella medicinska indikationer" där Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Svenska läkaresällskapet, Socialstyrelsen och, från 2008, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) ingick. Från 2011 finns verksamheten vid Socialstyrelsen och integreras successivt i arbetet med de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsens beslutsstöd benämnt ”Försäkringsmedicinskt beslutsstöd” består av två delar och ska bidra till en kvalitetssäker, effektiv och likvärdig sjukskrivningsprocess. Den ena delen är övergripande principer för sjukskrivning, den andra rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Socialstyrelsens sjukskrivningsrekommendationer ska vara vägledande för bedömning av arbetsförmågan, men bedömningarna måste vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd. De övergripande principerna ska användas som vägledning för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer stöter på i samband med sjukskrivningar.

Vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter och identifiering av kunskapsluckor

Evidensbaserad medicin/praktik innebär att individuell klinisk expertis integreras med bästa tillgängliga kunskap från systematisk forskning [21]. Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården innebär en utmaning vad gäller att överföra forskningsresultat till klinisk praxis (den medicinska databasen PubMed innehåller t.ex. över 26 miljoner referenser till biomedicinsk litteratur och varje år tillkommer drygt 1,4 miljoner medicinska/vetenskapliga artiklar) [21]. Utvärderingar och sammanställningar av forskningsresultat i olika typer av kunskapsstöd kan underlätta för professionen [21]. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har bland annat i uppdrag att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården. Vidare har SBU i uppdrag att systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. SBU tar fram vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter och faktaunderlag. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt. En viktig del i SBU:s uppdrag är att identifiera kunskapsluckor, dvs. när det inte går att avgöra om en insats har effekt utifrån befintlig forskning.

Nationella vårdprogram

Vårdprogram och riktlinjer anger hur och var patienter med en viss sjukdom ska vårdas på bästa möjliga sätt. De bygger på aktuell forskning och den kunskap och samsyn som råder om sjukdomen. Vårdprogram kan vara lokala, regionala och nationella. Inom cancervården utarbetas nationella vårdprogram vid regionala cancercentrum¹⁰ (RCC) i samverkan.

¹⁰ RCC etablerades genom en flerårig satsning av regeringen tillsammans med landsting och regioner. Sedan 2011 finns sex RCC. Bakgrunden var att allt fler insjuknar i cancer och lever längre eftersom allt bättre behandlingar, vilket ställer stora krav på förebyggande insatser och effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. Grunden i satsningen är betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) och ett riktat statligt stöd med styrning genom tio kriterier som RCC har att uppfylla.

1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden riktar till patienter och befolkningen och fungerar som en samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. 1177 Vårdguiden erbjuder bland annat sjukvårdsrådgivning, information och e-tjänster. Verksamheten drivs av Stockholms läns landsting på uppdrag av Sveriges samtliga landsting och regioner och är utan kommersiella intressen. 1177 Vårdguidens webbplats innehåller kvalitetssäkrad och användarvänlig information om sjukdomar, behandlingar, regler och rättigheter. Telefonservice bemannas av sjuksköterskor med hjälp av ett gemensamt beslutsstöd som bedömer behovet av vård och ger råd och vägleder till rätt vårdmottagning när så behövs. Webbplatsen 1177.se anpassas automatiskt beroende på var besökaren bor och erbjuder nyheter, information och länkar till e-tjänster som är aktuella i det egna landstinget/regionen, men det är också möjligt att välja ett annat landsting [21].

Uppföljning via nationella register

Uppföljning är avgörande vad gäller kunskapsstyrning och kunskapsstöd och Sverige har en lång tradition av registerverksamhet [21]. Inom hälso- och sjukvården finns flera nationella hälsodataregister och ett hundratal nationella kvalitetsregister. Det är obligatoriskt enligt lag för alla verksamheter inom hälso- och sjukvården, utom primärvården, att tillhandahålla uppgifter till Socialstyrelsens populationsbaserade, rikstäckande hälsodataregister (6 § lag (1998:543) om hälsodataregister). De nationella kvalitetsregistren bygger däremot på frivillighet för vården och patienterna. Att följa upp olika åtgärder är ytterst viktigt inom hälso- och sjukvården för att utveckla och förbättra vården. Nationella kvalitetsregister förutsätter samverkan mellan olika huvudmän och samlar in uppgifter om patienter på individnivå från flera vårdgivare. Gemensamt för alla kvalitetsregister är att data sammanställs som kan generera kunskap om patientgrupper och behandlingar. Genom att följa och utvärdera olika behandlingsmetoder, läkemedel och ingrepp kan slutsatser dras om vilka behandlingar som fungerar bättre respektive sämre.

Befintliga nationella kunskapsstöd inom området whiplash-skador/nacksmärta och långvariga smärttillstånd

För närvarande finns ett flertal nationella kunskapsstöd inom området whiplash-skador/nacksmärta och/eller långvariga smärttillstånd (där whiplash-skador ingår) och i tabell 1 nedan presenteras exempel:

Tabell 1. Befintliga nationella kunskapsstöd inom området whiplash-skador/nacksmärta och långvariga smärttillstånd

Aktör	Typ av nationellt kunskapsstöd och årtal
Socialstyrelsen	Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (2007); Distorsion i halskotpelaren (inklusive Whiplash-skada) - S13.4 ; http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/distorsionihalskotpelareninkl
Socialstyrelsen	Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (2007); Långvarig smärta i rörelseorganen inkl. fibromyalgi - M79, R52 ; http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/langvarigsmartairorelseorganen
Socialstyrelsen	Nationella riktlinjer för vuxentandvård/Tandvårdsriktlinjer (2011); Smärta och störd käkmotorik associerad med pisksnärtskada (WAD) ; http://www.socialstyrelsen.se/tandvardsriktlinjer/sokiriktlinjerna/smartaochstordkakmotorikassoci
Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, SKL, SBU	Beslutsstöd för behandling/Nationella medicinska indikationer (2011); Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta ; http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-multimodal-rehabilitering.pdf
SBU	Systematisk litteraturoversikt (2006); Metoder för behandling av långvarig smärta ; http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/metoder-for-behandling-av-langvarig-smarta/
SBU	Systematisk litteraturoversikt (2010); Rehabilitering vid långvarig smärta ; http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/rehabilitering-vid-langvarig-smarta/
Fysioterapeuterna	Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling (FYSS-kapitel) (2015); Fysisk aktivitet vid långvariga utbredda smärttillstånd ; http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_L_Långvariga-utbredda-smärttillstånd.pdf
Läkemedelsverket	Behandlingsrekommendation (2017); Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation ; https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlingsrekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Lakemedelsbehandling-av-langvarig-smarta-hos-barn-och-vuxna/
SKL, landstingen, Stockholms läns landsting	1177 Vårdguiden; Pisksnärtskada – whiplashskada ; https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Pisksnartsskada---whiplashskada/
Kvalitetsregisterhållare Region Skåne	Nationellt kvalitetsregister: Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS) ; http://www.ucr.uu.se/nrs/

Aktuella och relevanta nationella och internationella initiativ

Nationellt uppdrag: Smärta: SKL:s kartläggning av vården vid långvariga smärttillstånd

I december 2016 publicerade SKL rapporten ”Nationellt uppdrag: Smärta” [22] framtagen av en expertgrupp bestående av representanter från samtliga sex sjukvårdsregioner (både specialistvård och primärvård). Denna rapport togs fram på uppdrag av Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK)¹¹ vid SKL och utgör underlag för ställningstagande till behovet av nationell samordning för området långvarig icke cancerrelaterad smärta hos vuxna samt beslut om eventuellt formerande av ett nationellt programråd för långvarig smärta. I rapporten föreslår expertgruppen nationell samordning i form av ett nationellt programråd för framtagande av nationella rekommendationer för organisation och vårdnivåer avseende hantering och behandling av patienter med långvariga smärttillstånd, inklusive whiplash-skador, vilket enligt expertgruppen skulle innebära ökade möjligheter för en mer jämlik och effektiv vård samt att bästa tillgängliga kunskap används för bästa möjliga patientnytta [22].

Expertgruppen rekommenderar följande [22]:

- *Ett nationellt vårdprogram för långvarig smärta utarbetas och anpassas regionalt tillsammans med en implementeringsstrategi. Ett specificerat smärtuppdrag för primärvård och specialistvård skapas. Där ska tydligt framgå ansvar för diagnostik, behandling och rehabilitering av patienter med långvarig smärta.*
- *Ett kompetenshöjningsprogram för smärtvård bör erbjudas all personal inom såväl primär- som specialistvård. Detta kan samordnas nationellt och anpassas regionalt och lokalt.*
- *Skapa regionala kunskapscentra för inhämtning och spridning av kunskap samt utbildning, uppdatering av vårdprogram/kunskapsstöd, kvalitetssäkering av behandlingsmetoder, innovationer. Stimulera forskning och forskningssamarbete enligt intentioner i nya ALF-avtalet¹² samt forskningsmedel för långvarig smärta inom lämpligt forskningsråd.*
- *Befintliga kvalitetsregister inom smärtområdet bör fortsatt utvecklas och inkludera patienter inom alla nivåer från diagnostik till behandling/rehabilitering.*
- *Anpassa kvalitetsregistret som utvärderar multimodal rehabilitering så att bedömning och uppföljning av andra behandlingar möjliggörs samt upprätta ett register för patienter som genomgår ryggmärgsstimulering.*

Vidare anser expertgruppen att handläggning av patienter med långvariga smärttillstånd bör nivåstruktureras enligt följande förslag [22]:

¹¹ NSK bildades 2008 med tre syften; i) patienter har tillgång till bästa möjliga vård, oavsett var i landet man bor, ii) hälso- och sjukvården har tillgång till senaste och bästa kunskap vid varje patientmöte, iii) regionerna har möjlighet att tillvarata sjukvårdens nationella resurser effektivt för att öka samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården [21]. I NSK ingår representanter från de sex sjukvårdsregionerna samt nio myndigheter.

¹² ALF är ett avtal mellan den svenska staten och vissa landsting om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

- *Nivå 1: Primärvården, där de flesta patienter finns, bör utveckla organisation, kunskap och utbildning för att möta dessa patienter. På varje primärvårdsenhet bör finnas en resursperson med uppdrag att identifiera personer med långvarig smärta och koordinera rehabilitering inom vårdens alla nivåer och med externa aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen/arbetsgivaren.*
- *Nivå 2: Multiprofessionella team bör finnas inom primärvården för att arbeta med patienter som kräver samordnade insatser. Verksamheten centraliseras till ett mindre antal enheter.*
- *Nivå 3: Multidisciplinära smärtenheter/smärtemottagningar bör finnas inom specialistvården för patienter som inte kan hanteras på primärvårdsnivån.*
- *Nivå 4: Multidisciplinära smärtcentra samt Kunskapscentra (enligt modell i Region Skåne; "Kunskapscentrum smärta" för icke malign långvarig smärta samt smärta efter nackskador) bör finnas inom varje sjukvårdsregion för komplexa patienter och inkludera tillgång till vårdavdelningsplatser. Dessa centra ska samarbeta och även syssla med utbildnings- och forskningsuppdrag. För övriga vårdnivåer ska de utgöra ett lätt tillgängligt och uppdaterat kunskapsstöd.*

Expertgruppen anser att om smärtvårdens organisation och struktur förändras enligt deras förslag kommer alla patientgrupper med långvarig smärta erbjudas ett förbättrat omhändertagande eftersom dessa patientgrupper har gemensamma aspekter vad gäller utredning och behandling.

Nationellt samarbete avseende enhetlig diagnostik vid långvariga smärttillstånd

Inom kvalitetsregistret Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS) bedrivs ett nationellt samarbete avseende enhetlig diagnossättning vad gäller långvariga smärttillstånd initierat av en grupp specialistläkare [23]. Enligt denna expertgrupp saknas för närvarande enhetlig diagnostik, men både nationellt och internationellt diskuteras att frångå diagnoser som enbart innefattar anatomisk lokalisation, duration och/eller förmodad etiologi till användning av mekanismbaserad klassifikation och diagnostisering med syfte att skapa enhetlig diagnossättning inom specialiserad smärtvård. Expertgruppen har utvecklat diagnoskriterier och utformat en lathund för de vanligast förekommande huvuddiagnoserna i NRS för ökad nationell samstämmighet vad gäller diagnossättning [23].

Norge: Nationella riktlinjer/vårdorganisation

Norge har nationella riktlinjer för långvariga smärttillstånd som omfattar vilka patienter som ska prioriteras för behandling vid multidisciplinära smärtkliniker och vad som är medicinskt motiverade väntetider [24, 25].

International Association for the Study of Pain (IASP): Nationella smärtstrategier

IASP rekommenderar sina medlemmar samt regeringar och icke-statliga organisationer (*non-governmental organizations*, NGO) att förbättra smärtvården (vilket omfattar vården vid långvariga smärttillstånd) genom införande

av nationella smärtstrategier [26]. Enligt IASP:s huvudsakliga rekommendationer bör fyra områden beaktas inom ramen för nationella smärtstrategier [26]:

- Smärtutbildning (t.ex. avseende *best practice*/evidensbaserad medicin).
- Koordinering av patienters tillgång till vård (t.ex. biopsykosociala multidisciplinära vårdmodeller).
- Uppföljning och kvalitetsförbättringar (t.ex. uppföljning av patienters hälsorelaterade livskvalitet).
- Smärtforskning (t.ex. avseende epidemiologi, implementering av forskningsresultat).

För närvarande finns nationella initiativ i Australien, Belgien, Storbritannien, Jordanien, Malaysia, Norge, Portugal, USA och Wales [26].

Landstingens sammanhållna struktur för nationell kunskapsstyrning

I maj 2017 beslutade SKL:s styrelse att ställa sig bakom ett förslag om att gemensamt och långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning och rekommenderade landstingen och regionerna att godkänna detta förslag (SKL:15/06658). Syftet med en sammanhållen landstingsgemensam struktur är att ge bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Organisationsstrukturen utgår från ämnesspecifika programområden med uppdrag att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält. Dessa har bland annat uppdraget att följa upp och analysera sitt område, genomföra behovsanalyser, identifiera när det saknas kunskapsstöd och bidra i arbetet med användning och utveckling av relevanta nationella kvalitetsregister. Vidare ska särskilda expert- och projektgrupper bidra vid t.ex. framtagande av nationella vårdprogram, nationell och regional nivåstrukturering samt diskussioner om kompetensförsörjning och e-hälsa. Enligt beslutsunderlaget ska primärvårdsperspektivet alltid beaktas och patientinvolvering alltid övervägas i programområdenas arbete.

En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

I propositionen 2017/18:40 föreslår regeringen ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. Den nya processen ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Regeringen föreslår en definition av nationell högspecialiserad vård som ska fungera som ett ramverk för den nya berednings- och beslutsprocessen. Med nationell högspecialiserad vård avses offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter, men inte till varje sjukvårdsregion. Detta för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Definitionen kompletteras av flera kriterier (t.ex. volym, multidisciplinär kompetens, stora investeringar, höga kostnader). Lagändringarna föreslås träda ikraft den 1 juli 2018.

Metod och definitioner vid inhämtning av information

Föreliggande regeringsuppdrag har genomförts i form av en behovs- och problemanalys, som en del av Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning för att utveckla god hälsa, vård och omsorg, avseende uppdragets olika syften och metod och definitioner vid inhämtning av information beskrivs nedan.

Dialogmöte med företrädare för patienters och professioners nationella organisationer

För att inhämta patienters och professionens synpunkter på vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd genomförde Socialstyrelsen den 17 november 2016 ett dialogmöte med företrädare för patienters och professioners nationella organisationer. Vid dialogmötet deltog representanter från sju nationella organisationer¹³. Syftet var att inhämta information om hur vården inom detta område fungerar idag, eventuella problem och framtida utmaningar samt behovet av nationella kunskapsstöd till vården.

Studiebesök vid smärtrehabiliteringsenheter i Region Skåne och Stockholms läns landsting

Som en del av informationsinhämtningen genomförde Socialstyrelsen våren/sommaren 2017 studiebesök vid två vårdenheter i Region Skåne och Stockholms läns landsting (där deltagare från dialogmötet är kliniskt verksamma). Inför studiebesöken bad Socialstyrelsen medlemmar ur de multiprofessionella/multidisciplinära teamen vid respektive vårdenhet att presentera sin verksamhet (t.ex. vårdprogram, forskning). Studiebesöket i Region Skåne omfattade även informationsinhämtning avseende kvalitetsregistret NRS eftersom registerhållaren och registerkoordinatören är verksamma vid vårdenheten vid Skånes universitetssjukhus. Studiebesök vid Smärtrehabilitering, Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Kunskapscentrum smärta/nacksmärta efter olycka, Skånes universitetssjukhus i Lund genomfördes den 26 april 2017 och studiebesök vid Högspecialiserad smärtrehabilitering, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Smärtcentrum, Team lokala smärttillstånd Nacke, Danderyds sjukhus i Stockholm genomfördes den 14 juni 2017.

SKL:s enkätundersökning av vården vid långvariga smärttillstånd

Som nämndes i bakgrunden publicerades rapporten ”Nationellt uppdrag: Smärta” 2016 [22]. I NSK:s uppdrag till expertgruppen ingick att kartlägga

¹³ Vid inbjudan till dialogmötet uppmanade Socialstyrelsen de inbjudna att lämna förslag på ytterligare intressenter att bjuda in och förslag avseende Fysioterapeuterna inkom från Personskadeförbundet RTP. Följande organisationer deltog vid dialogmötet: Personskadeförbundet RTP, Nackskadeförbundet, Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin (SFRM), Svenska Smärtläkarföreningen, Svensk Trafikmedicinsk Förening (STMF), Swedish Pain Society och Fysioterapeuterna. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft var inbjudna, men hade inte möjlighet att delta.

landstingens och regionernas¹⁴ förutsättningar vad gäller diagnostik, behandling och rehabilitering av patienter med långvariga smärttillstånd i form av en enkätundersökning. Eftersom Socialstyrelsen, som en del av informationsinhämtningen, planerade att genomföra en liknande kartläggning för att analysera hälso- och sjukvårdens förutsättningar samt för att undvika ytterligare enkätundersökning¹⁵ efterfrågade Socialstyrelsen och fick ta del av delar av underlaget våren 2017¹⁶. Därmed möjliggjordes presentation av resultat från enkätundersökningen för respektive landsting. Expertgruppens enkätundersökning innehöll bland annat enkätfrågor om organisation, behandlingar, beslutsstöd, utbildning och forskning. Frågorna valdes ut från ett större antal frågor som sammanställdes efter synpunkter vid expertgruppens dialogmöte med professionen, patientorganisationer och andra intressenter. Tre enkäter utarbetades till olika mottagare/vårdsnivåer; ledning i landsting, representanter för specialistvård/länssjukhus samt primärvården. Dessutom skickades en enkät till fem patientorganisationer (Reumatikerförbundet, Personskadeförbundet RTP, Fibromyalgiförbundet, Svenska Migränförbundet och Nackskadeförbundet).

Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS)

Som en del av informationsinhämtningen för att analysera hälso- och sjukvårdens förutsättningar samt patientrapporterade vårdutfall inhämtade Socialstyrelsen våren/sommaren 2017 aggregerade data från kvalitetsregistret NRS. Eftersom långvariga smärttillstånd är komplexa och stort behov av välfungerande och evidensbaserad rehabilitering vid dessa tillstånd startade Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin (SFRM) NRS specialistvård 1998 (online sedan 2009). NRS primärvård startades 2015.

Inklusionskriterier i NRS är patienter i arbetsför ålder med benign, långvarig och komplex smärta från rörelse- och stödjeorganen som varat under mer än tre månader där smärtan och dess konsekvenser i hög grad påverkar patientens dagliga liv och där patienten, trots smärtan, bedöms ha potential för förändringsarbete (samt inte har någon annan sjukdom som innebär hinder för deltagande i rehabiliteringsprogrammet). Patienterna ska ha remitterats till deltagande enheter för multimodal/interdisciplinär utredning och/eller rehabilitering. Patienter som remitteras är ofta långtidssjukskrivna och har sökt vård flera gånger, vilket innebär att patientgruppen som remitteras sannolikt består av personer med de allra svåraste problemen och därmed endast utgör en liten andel av den totala populationen med långvarig smärta [19]. I NRS sätts diagnos (smärtdiagnos, bidiagnoser, skadediagnoser) manuellt av läkare enligt NRS lathund [23] och vid datainsamling används patientrapporterade mått som är relevanta och preciserade för patientgruppens behov och problem [19]. Samtliga patienter (dvs. oavsett om patienten genomgått smärteamutredning eller deltagit i rehabiliteringsprogram) besvarar ett standardi-

¹⁴ I fortsättningen i denna rapport avseende SKL:s enkätundersökning enbart benämnt landstingen (och inte landstingen och regionerna).

¹⁵ Dvs. begränsa uppgiftslämnandet för SKL:s medlemmar enligt samrådsskyldigheten i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner.

¹⁶ Socialstyrelsen fick t.ex. inte tillgång till uppgifter om mottagarna.

serat frågeformulär med bakgrundsvariabler samt psykometriskt testade mätinstrument initialt (dvs. vid första besöket). Vid avslutad rehabilitering besvarar patienten en avslutsenkät med ett urval mätinstrument med syfte att följa upp behandlingsresultat (besvaras oftast vid kliniken sista behandlingsdagen). Ett år efter avslutad rehabilitering skickas en uppföljningsenkät till patienten (alternativt besvarar patienten en enkät vid återbesök). Bortfall förekommer avseende vissa mätinstrument, framför allt vid ettårsuppföljningen.

Socialstyrelsen utarbetade studiedesign¹⁷ och urval av variabler tillsammans med registerkoordinator, NRS specialistvård och statistiker, NRS. Studiepopulationerna avseende både NRS primärvård och NRS specialistvård omfattar samtliga patienter i åldrarna 16–67 år som registrerats i NRS med ICD-10-diagnoser i tre patientgrupper (se ”Definition patientgrupper enligt ICD-10-diagnoser”). I NRS primärvård är dock bortfallet avseende registrering av diagnoser ca 50 procent.

Studiepopulationen baserad på NRS primärvård omfattar patienter med avslutad rehabilitering 2016 (data initialt 2016 och vid avslutad rehabilitering 2016).

Studiepopulationerna baserade på NRS specialistvård omfattar dels patienter med första besök 2013–2016 (data initialt 2013–2016), dels patienter med utredning eller rehabilitering 2014 (väntetider/vårdprocesser¹⁸) samt dels patienter med avslutad rehabilitering 2014 (data initialt 2014, vid avslutad rehabilitering 2014 samt vid ettårsuppföljning 2015).

Socialstyrelsens och SCB:s populationsbaserade, rikstäckande register

Som en del av informationsinhämtningen avseende förekomst, hälso- och sjukvårdens förutsättningar och vårdutfall samt sociodemografiska faktorer användes vissa av Socialstyrelsens nationella hälsodataregister respektive samkördes dessa register med data från vissa av SCB:s nationella register. Dels användes Socialstyrelsens patientregister som innehåller alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård och läkarbesök i specialiserad öppenvård och dels Socialstyrelsens läkemedelsregister som innehåller uppgifter om alla läkemedel som hämtas ut mot recept. Vidare användes SCB:s register över totalbefolkningen (RTB) som innehåller uppgifter om t.ex. personnummer, kön, ålder, folkbokföringsförhållanden, födda, döda, invandring och utvandring och dels SCB:s longitudinella integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) som innehåller samtliga personer 15 år och äldre

¹⁷ Fr.o.m. augusti 2016 används nya formulär i NRS specialistvård (dvs. kvalitetsutveckling), men i analyserna i föreliggande regeringsuppdrag användes en tidigare version av NRS formulär eftersom analyserna omfattar ettårsuppföljning/vårdutfall. I analyserna har huvudsakligen samma index/kriterier/skalor/mått och variabler som i NRS årsrapporter använts (all data måste vara klarmarkering i NRS on-line för att kunna användas som underlag för analyser).

¹⁸ Personalifyllda data, dvs. inte patientrapporterade/klarmarkeringade data.

som varit folkbokförda i Sverige den 31 december respektive år. LISA innehåller t.ex. uppgifter om demografi, utbildning, sysselsättning, arbetslöshet, inkomst och socialförsäkring¹⁹.

Studiepopulationerna baserade på data från patientregistret 2008–2016 omfattar personer med minst ett vårdtillfälle (slutenvård) och/eller minst ett specialistbesök (specialiserad öppenvård) i olika diagnos-/patientgrupper (se ”Definition av patientgrupper enligt ICD-10-diagnoser”).

Studiepopulationen baserad på data från patientregistret 2014 och LISA 2014 omfattar samtliga personer som var folkbokförda 1 januari 2014 inklusive personer som avlidit 2014 (där LISA-data från 2013 använts), men exklusive in- och utvandrare p.g.a. ofullständiga data avseende datum.

Anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och patientnämnder avseende lex Maria och klagomål

Som en del av informationsinhämtningen för att analysera vårdutfallet avseende säker, individanpassad och jämlik vård efterfrågade Socialstyrelsen anmälningar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och patientnämnder.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare (som bedriver hälso- och sjukvård, tandvård och apotek) utreda och anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Denna regel kallas lex Maria. Enligt PSL kan patienter och närstående anmäla klagomål på vården till IVO (men IVO utreder inte dåligt bemötande). I januari 2017 efterfrågade Socialstyrelsen samtliga eventuella anmälningar (ärenden) från vårdgivare (enligt t.ex. lex Maria) respektive eventuella anmälningar (ärenden) från privatpersoner inkomna till IVO i hela Sverige gällande nacksmärta/whiplash-skada/pisksnärtsskada/WAD under perioden 2010–2016/2017.

I varje landsting ska det enligt lag finnas en patientnämnd som patienter och närstående kan vända sig till om de upplevt problem i kontakten med offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans och patienter kan kostnadsfritt vända sig dit med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård och få råd, stöd och information om patientens rättigheter i vården. I januari 2017 efterfrågade Socialstyrelsen samtliga eventuella anmälningar (ärenden) inkomna till patientnämnderna i hela Sverige gällande samma sökord och tidsperiod som vid förfrågan till IVO.

¹⁹ De flesta variabler i LISA har hela året som mätperiod med befolkningspopulationen per den 31 december, men variabler som anger sysselsättning har november som mättidpunkt medan högsta utbildning avser vårterminen. För detaljerade variabelbeskrivningar i LISA se ”Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) 1990-2013. Arbetsmarknad och utbildning. Bakgrundsfakta 2016:1. SCB”.

Systematiska sökningar av nyttillkommen vetenskaplig litteratur och nationella kunskapsstöd samt expertutlåtande avseende behovet av nationella kunskapsstöd

Som en del av informationsinhämtningen avseende behovet av nationella kunskapsstöd (bland annat eftersom ca ett decennium sedan SBU:s systematiska litteraturöversikter²⁰ genomfördes) anlätade Socialstyrelsen våren 2017 en nationell expert som tidigare medverkat i framtagandet av nationella kunskapsstöd inom området [6, 8, 27]:

- Björn Gerdle, t.f. forskningsdirektör, överläkare, professor, Region Linköping och Linköpings universitet.

Vid anlitaandet formulerade Socialstyrelsen ett predefinierat expertuppdrag i samråd med experten som omfattade flera delar (bilaga 3):

- Systematisk sökning i PubMed 2015–2017 avseende omfattningen (eftersom inte möjligt bedöma kvalitet eller evidensgradering inom ramen för föreliggande regeringsuppdrag) av vetenskapliga artiklar²¹ i form av systematiska översikter/metaanalyser/randomiserade kliniska prövningar om evidensbaserad vård avseende whiplash-skador/långvarig nacksmärta.
- Systematisk sökning i PubMed 2012–2017 avseende omfattningen av systematiska översikter/metaanalyser om evidensbaserad vård avseende långvariga smärttillstånd [6, 27], inklusive whiplash-skador/långvarig nacksmärta.
- Systematisk sökning i PubMed och andra relevanta databaser/sökmotorer av förekomsten av nationella och internationella kunskapsstöd/kliniska riktlinjer/vårdprogram (samt aktuell relevans) avseende långvariga smärttillstånd inklusive whiplash-skador/långvarig nacksmärta.
- Expertutlåtande (rekommendation) om det p.g.a. nyttillkommen vetenskaplig litteratur/evidens i vetenskapliga studier föreligger behov av uppdatering av t.ex. SBU:s systematiska litteraturöversikter om långvariga smärttillstånd [6, 27] avseende diagnostik, behandling, rehabilitering och prevention/prognos och/eller behov av systematisk litteraturöversikt avgränsad till enbart whiplash-skador/långvarig nacksmärta avseende diagnostik, behandling, rehabilitering och prevention/prognos.

Definition patientgrupper enligt ICD-10-diagnoser

I denna behovs- och problemanalys har den internationella sjukdomsklassifikationen *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) använts i deskriptiva analyser baserade på registerdata från NRS, Socialstyrelsen och SCB. ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar för att möjliggöra statistiska sammanställningar och analyser (svensk version ICD-10-SE). Dels har personer som vårdats för transportolyckor analyserats, dels har tre patientgrupper

²⁰ Systematisk litteraturöversikt=vetenskaplig systematisk kunskapsöversikt.

²¹ Med vetenskapliga artiklar avses originalartiklar och översiktsartiklar, dvs. artiklar som genomgått sakkunnsgranskning (peer-review) och publicerats (inklusive *Epub ahead of print*) i vetenskapliga tidskrifter.

definierats och analyserats. Whiplash-skador ingår i samtliga tre patientgrupper.

Transportolyckor

Vissa deskriptiva analyser baseras på personer som vårdats för yttre orsaker till sjukdom och död (kapitel 20, ICD-10; V01-Y98) eller enbart transportolyckor (kapitel 20, ICD-10; V01-V99). Kapitel 20 medger klassificering av händelser, omständigheter och förhållanden i den yttre miljön som orsak till skada, förgiftning och andra ogynsamma effekter. Kodnummer från detta kapitel används som tillägg till huvuddiagnoser från ett annat kapitel i klassifikationen som visar tillståndets natur.

Whiplash-skador

”Patientgrupp ett”: Whiplash-skador definieras enligt följande ICD-10-diagnoser [9, 28, 29, 23]:

- S13.4: Distorsion i halskotpelaren/Whiplash-skada (WAD I, II, III)
- T91.8: Sena besvär av whiplash-skada

Whiplash-skador/nacksmärta

”Patientgrupp 2”: Whiplash-skador/nacksmärta definieras enligt följande ICD-10-diagnoser [9, 28, 29, 23]:

- S13.4: Distorsion i halskotpelaren/Whiplash-skada (WAD I, II, III)
- T91.8: Sena besvär av whiplash-skada
- M53.0: Cervikokranialt syndrom
- M53.1: Cervikobrakialt syndrom
- M54.2: Cervikalgi

Långvariga smärttillstånd

”Patientgrupp 3”: Långvariga smärttillstånd²² definieras enligt följande ICD-10-diagnoser [6, 23, 30, 31] i analyser baserade på patientregistret:

- F45.4 Kroniskt somatoformt smärtsyndrom
- M53.0: Cervikokranialt syndrom
- M53.1: Cervikobrakialt syndrom
- M54.2: Cervikalgi
- M54.4 Lumbago med ischias (ländryggsmärta med ischias)
- M54.5 Lumbago (ländryggsmärta)
- M54.6 Smärtor i brösttryggen
- M54.9 Ryggvärk, ospecificerad
- M75.1 Rotator cuff-syndrom i skulderled
- M75.9 Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad
- M77.9 Entesopati, ospecificerad (smärta i muskelfästen/senor/bindväv kring axelled)
- M79.1 Myalgi (muskelsmärta nacke, axlar, rygg)
- M79.7 Fibromyalgi
- R52.2A Långvarig smärta, nociceptiv

²² Målgruppen för definitionen är vuxna personer 18-65 år med smärttillstånd som varat i tre månader eller längre, dvs. långvarig icke-malign smärta i nacke, skuldror och/eller ländrygg samt långvarig generaliserad smärta [6, 30, 31].

- R52.2C Långvarig smärta utan känd orsak
- R52.9 Smärta eller värk , ospecificerad/Generaliserad smärta UNS (uppfyller ej kriterierna för fibromyalgi)
- S13.4: Distorsion i halskotpelaren/Whiplash-skada (WAD I, II, III)
- T91.8: Sena besvär av whiplash-skada

I analyser baserade på NRS-data definieras ”patientgrupp 3” enligt ICD-diagnosen:

- R52.2 Annan kronisk smärta eller värk

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att redovisa myndighetens verksamhet som bidrar till genomförandet av Agenda 2030, de globala utvecklingsmål som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015.

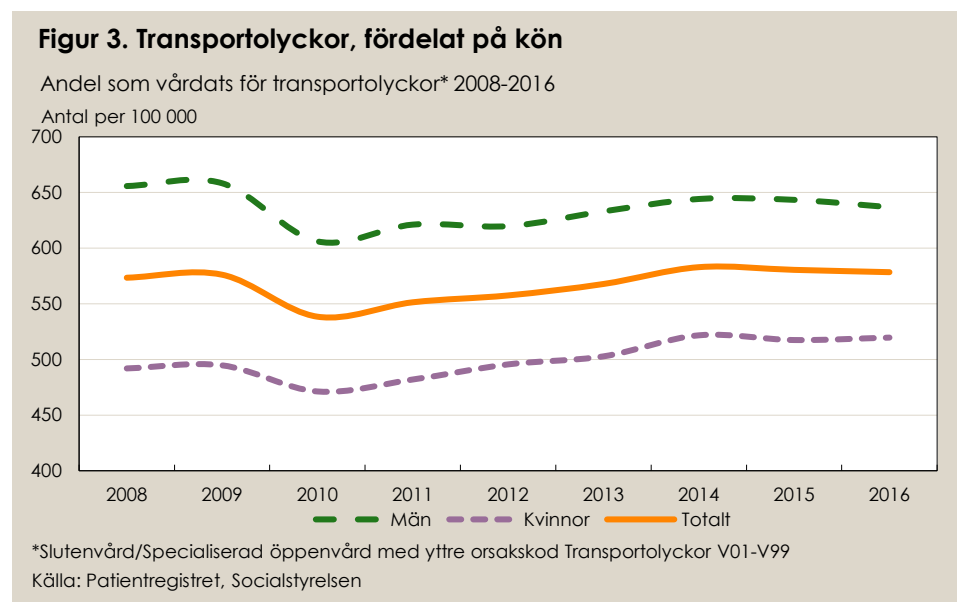
Vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd, som analyserats i denna rapport, berör framför allt mål tre (god hälsa och välbefinnande), mål fem (jämförbarhet) och mål tio (minskad ojämlikhet) i agendan.

Förekomst av transportolyckor, whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd

Förekomst av personer som vårdats för transportolyckor 2008–2016

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på patientregistret 2008–2016 som omfattar samtliga personer som vårdats för transportolyckor.

Transportolyckor 2008–2016, fördelat på kön



Figur 3 visar att förekomsten av personer som vårdats till följd av transportolyckor varit stabil det senaste decenniet och att fler män vårdats till följd av transportolyckor jämfört med kvinnor.

Transportolyckor 2008–2016, fördelat på kön och vårdform

Tabell 2. Transportolyckor, fördelat på kön och vårdform

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats för yttre orsakskod Transportolyckor V01-V99 i slutenvård (SV) och/eller specialiserad öppenvård (ÖV) 2008–2016.

År	Män (SV/ÖV)	Kvinnor (SV/ÖV)
2008	656 (176/561)	492 (111/428)
2009	658 (169/567)	495 (107/433)
2010	606 (142/530)	471 (94/418)
2011	621 (147/543)	482 (93/429)
2012	620 (138/550)	496 (92/444)
2013	633 (140/563)	503 (91/454)
2014	644 (136/580)	522 (94/475)
2015	643 (132/611)	517 (87/494)
2016	637 (123/611)	520 (84/500)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Antalet kvinnor och män per 100 000 som slutenvårdats för transportolyckor minskade, medan antalet kvinnor och män per 100 000 som vårdats i specialiserad öppenvård för transportolyckor ökade mellan 2008–2016. År 2008 slutenvårdades t.ex. 176 män och 111 kvinnor per 100 000 jämfört med 123 män och 84 kvinnor per 100 000 år 2016.

Transportolyckor 2016

Tabell 3. Transportolyckor 2016, antal per kön och vårdform

Antal personer som vårdats för yttre orsakskod Transportolyckor V01-V99 i slutenvård (SV) och/eller specialiserad öppenvård (ÖV) 2016.

År	Män SV	Kvinnor SV	Män ÖV	Kvinnor ÖV	Totalt* (män/kvinnor)
2016	6153	4182	30632	24906	57812 (31926/25886)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

*Eftersom vissa personer kan ha både (minst ett) vårdtillfälle och (minst ett) specialistbesök 2016 blir summan av SV+ÖV större än totalen

År 2016 vårdades totalt 57 812 personer till följd av en transportolycka. Fler vårdades för transportolyckor i specialiserad öppenvård jämfört med slutenvård. Medelåldern vid vårdtillfället/specialistbesöket bland både män och kvinnor var 36 år. De fem vanligaste yttre orsakskoderna bland de 57 812 personerna var:

- Cyklist (förare eller passagerare) skadad i transportolycka (36 procent).
- Förare av eller passagerare i personbil skadad i transportolycka (27 procent).
- Andra transportolyckor på land (15 procent).
- Motorcyklist (förare eller passagerare) skadad i transportolycka (14 procent).
- Fotgängare skadad i transportolycka (fem procent).

Vanligast förekommande huvuddiagnoserna bland personer vårdade till följd av transportolyckor 2016

Tabell 4. De 20 vanligast förekommande huvuddiagnoserna bland personer som vårdats till följd av transportolyckor 2016

De 20 vanligast förekommande fyrställda huvuddiagnoserna (ICD-10) bland de 57 812 individer som vårdats för yttre orsakskod; Transportolycksfall V01-V99 i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2016. Antal individer per diagnos och andel av totala antalet individer.

Huvuddiagnos	Antal individer	Andel
Distorsion i halskotpelaren	3322	5,7 %
Hjärnskakning	3130	5,4 %
Kontrollundersökning efter frakturbehandling	2554	4,4 %
Fraktur på nedre delen av radius	2191	3,8 %
Ytlig skada på halsen med icke specificerad lokalisation	2025	3,5 %
Nyckelbensfraktur	2001	3,5 %
Ytlig skada på huvudet med icke specificerad lokalisation	1939	3,4 %
Kontusion på skuldra och överarm	1803	3,1 %
Kontusion på bröstkorget	1799	3,1 %
Kontusion på nedre delen av ryggen och bäckenet	1558	2,7 %
Kontusion på knä	1481	2,6 %
Undersökning och observation efter transportolycka	1319	2,3 %
Kontusion på andra delar av handled och hand	1138	2,0 %
Fraktur på revben	914	1,6 %
Fraktur på övre delen av humerus	887	1,5 %
Kontusion på höft	885	1,5 %
Sårskada på andra specificerade delar av huvudet	820	1,4 %
Fraktur på annat finger	790	1,4 %
Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd	758	1,3 %
Kontusion på armbåge	758	1,3 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

De vanligaste huvuddiagnoserna bland de 57 812 personer som vårdats till följd av transportolyckor 2016 var whiplash-skador/distorsion i halskotpelaren (S13.4) (sex procent) samt hjärnskakning (fem procent).

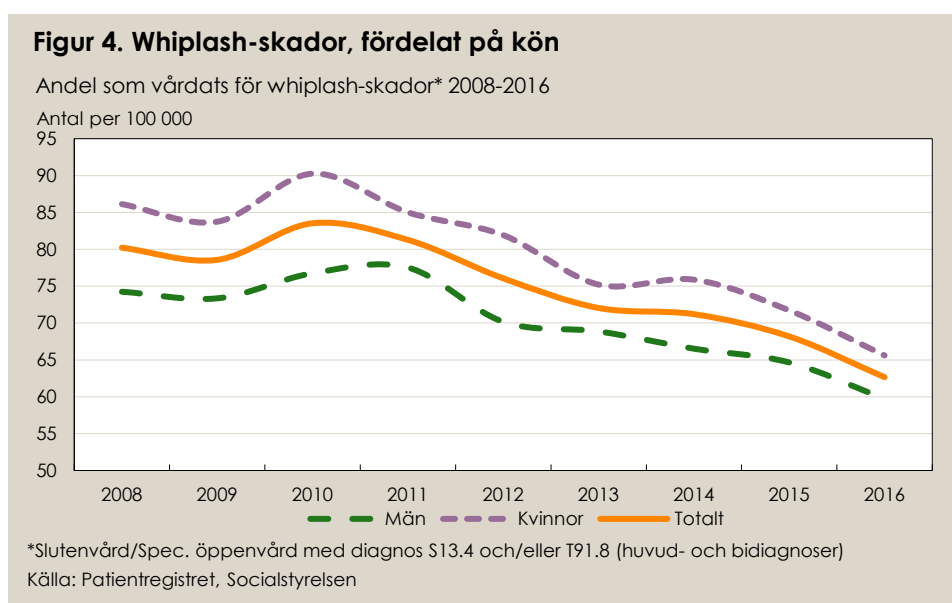
Samma mönster observerades bland både kvinnor och män, dvs. whiplash-skador/distorsion i halskotpelaren var vanligast och denna diagnos var något vanligare bland de 25 886 kvinnorna (sju procent) jämfört med de 31 926 männen (fem procent).

En stor andel av huvuddiagnoserna var frakturer och kontusioner (stöt- eller krosskador). Noterbart är förekomsten av vissa huvuddiagnoser i kapitel 21; "Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården", t.ex. kontrollundersökning efter frakturbehandling (fyra procent). Dessa diagnoser används vid andra omständigheter än sjukdom, skada eller yttre orsak, vilket kan tyda på att vissa transportolyckor inte kräver slutenvård eller specialiserad öppenvård.

Förekomst av personer som vårdats för whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd 2008–2016

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på patientregistret 2008–2016 som omfattar samtliga personer som vårdats (både huvud- och bidiagnoser) för whiplash-skador (patientgrupp ett), whiplash-skador/nacksmärta (patientgrupp två) samt långvariga smärttillstånd (patientgrupp tre).

Whiplash-skador 2008–2016, fördelat på kön



Figur 4 visar att förekomsten av personer som vårdats för whiplash-skador minskade det senaste decenniet och att fler kvinnor vårdats med dessa diagnoser jämfört med män. Primärvårdsdata registreras dock inte i patientregistret och enhetlig diagnostik saknas för närvarande, dvs. vissa personer med whiplash-skador kan ha vårdats i primärvården eller diagnostiserats med andra diagnoser än S13.4 och T91.8.

Whiplash-skador 2008–2016, fördelat på kön och vårdform

Tabell 5. Whiplash-skador, fördelat på kön och vårdform

Antal personer som vårdats för diagnos S13.4 och/eller T91.8 (huvud- och biddiagnoser) i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2008–2016.

År	Män (SV/ÖV)	Kvinnor (SV/ÖV)	Totalt* (män/kvinnor)
2008	3418 (242/3225)	4007 (342/3726)	7425 (3418/4007)
2009	3410 (248/3209)	3929 (305/3678)	7339 (3410/3929)
2010	3600 (222/3418)	4265 (331/4000)	7865 (3600/4265)
2011	3664 (277/3439)	4043 (276/3816)	7707 (3664/4043)
2012	3344 (248/3146)	3924 (318/3651)	7268 (3344/3924)
2013	3315 (283/3097)	3633 (274/3416)	6948 (3315/3633)
2014	3241 (251/3060)	3699 (250/3495)	6940 (3241/3699)
2015	3188 (223/3043)	3528 (221/3366)	6716 (3188/3528)
2016	2994 (213/2850)	3268 (197/3131)	6262 (2994/3268)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

SV=slutenvård, ÖV=specialiserad öppenvård

*Eftersom vissa personer kan ha både (minst ett) vårdtillfälle och (minst ett) specialistbesök 2016 blir summan av SV+ÖV större än totalen

Whiplash-skador var vanligt förekommande och 6262 personer vårdades till följd av en whiplash-skada 2016. Detta var dock en minskning jämfört med de 7425 personer som vårdades för whiplash-skador 2008. Fler vårdades i specialiserad öppenvård jämfört med slutenvård 2016 och fler kvinnor (3268) vårdades jämfört med män (2994). Medelåldern bland personer med whiplash-skador var 37 år bland män och 36 år bland kvinnor.

Bland de 2563 män och 2647 kvinnor som vårdats med huvuddiagnoser avseende whiplash-skador 2016 var de vanligaste treställiga yttre orsakskoderna:

- Förare av eller passagerare i personbil skadad i kollision med personbil eller lätt lastbil (1233 personer, vanligast bland både män och kvinnor).
- Förare av eller passagerare i personbil (856 personer).
- Förare av eller passagerare i personbil skadad i transportolycka, ej kollision (360 personer).
- Fall, ospecificerat (296 personer).

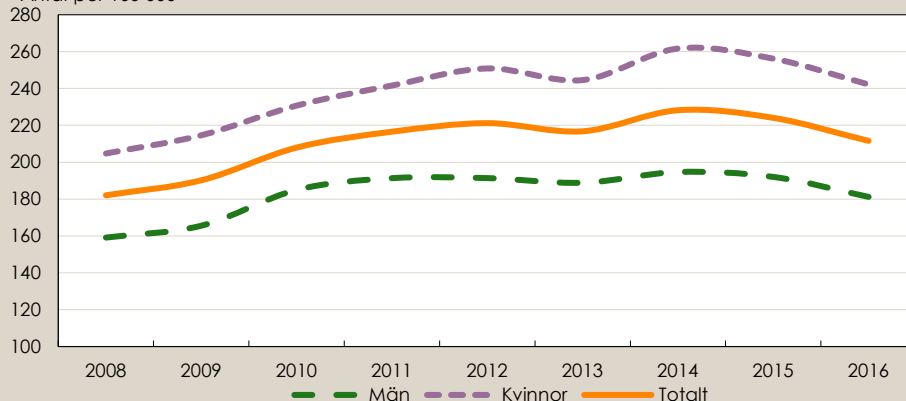
Detta innebär att majoriteten av de yttre orsakerna bland personer med whiplash-skador var trafikolyckor med personbilar.

Whiplash-skador/nacksmärta 2008–2016, fördelat på kön

Figur 5. Whiplash-skador/nacksmärta, fördelat på kön

Andel som vårdats för whiplash-skador/nacksmärta* 2008-2016

Antal per 100 000



* Slutenvård/Specialiserad öppenvård whiplash/nacksmärta (huvud- och bidiagnoser)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 5 visar att förekomsten av personer som vårdats med diagnoserna whiplash-skador/nacksmärta ökade mellan 2008–2014, men sedan 2015 har förekomsten minskat något.

Whiplash-skador/nacksmärta 2008–2016, fördelat på kön och vårdform

Tabell 6. Whiplash-skador/nacksmärta, fördelat på kön och vårdform

Antal personer som vårdats för whiplash-skador/nacksmärta (huvud- och bidiagnoser) i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2008–2016.

År	Män (SV/ÖV)	Kvinnor (SV/ÖV)	Totalt* (män/kvinnor)
2008	7326(515/6943)	9526 (772/8903)	16852 (7326/9526)
2009	7697 (557/7247)	10069 (770/9456)	17766 (7697/10069)
2010	8676 (601/8214)	10902 (907/10188)	19578 (8676/10902)
2011	9045 (705/8492)	11490 (866/10794)	20535 (9045/11490)
2012	9121 (732/8564)	12016 (1007/11218)	21137 (9121/12016)
2013	9093 (754/8506)	11814 (1000/11021)	20907 (9093/11814)
2014	9486 (709/8957)	12757 (1002/11955)	22243 (9486/12757)
2015	9469 (726/8980)	12604 (927/11958)	22073 (9469/12604)
2016	9084(660/8641)	12064 (818/11479)	21148 (9084/12064)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

SV=slutenvård, ÖV=specialiserad öppenvård

*Eftersom vissa personer kan ha både (minst ett) vårdtillfälle och (minst ett) specialistbesök 2016 blir summan av SV+ÖV större än totalen

Whiplash-skador/nacksmärta var mycket vanligt förekommande och 2016 vårdades 21 148 personer med dessa diagnoser, vilket är fler än de 16 852

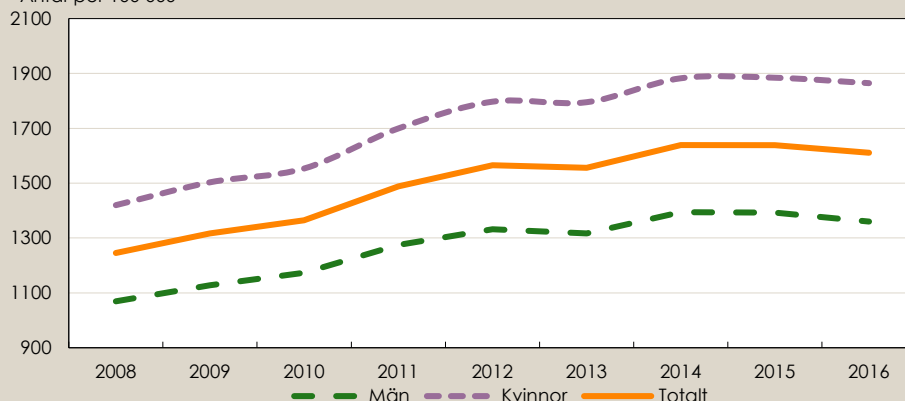
personer som vårdades 2008. Fler vårdades i specialiserad öppenvård jämfört med slutenvård och fler kvinnor (12064) vårdades jämfört med män (9084).

Långvariga smärttillstånd 2008–2016, fördelat på kön

Figur 6. Långvariga smärttillstånd, fördelat på kön

Andel som vårdats för långvariga smärttillstånd* 2008–2016

Antal per 100 000



* Slutenvård/Specialiserad öppenvård långvariga smärttillstånd (huvud- och biddiagnoser)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 6 visar att förekomsten av personer som vårdats med diagnoserna avseende långvariga smärttillstånd, vilket även omfattar whiplash-skador, ökade det senaste decenniet, men sedan 2015 har förekomsten minskat något.

Långvariga smärttillstånd 2008–2016, fördelat på kön och vårdform

Tabell 7. Långvariga smärttillstånd, fördelat på kön och vårdform

Antal personer som vårdats med långvariga smärttillstånd (huvud- och biddiagnoser) i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2008–2016.

År	Män (SV/ÖV)	Kvinnor (SV/ÖV)	Totalt* (män/kvinnor)
2008	49225 (6912/44548)	66060 (11750/57419)	115285 (49225/66060)
2009	52448 (7594/47205)	70520 (12750/61233)	122968 (52448/70520)
2010	55038 (7767/49620)	73407 (13797/63239)	128445 (55038/73407)
2011	60275 (8403/54519)	80823 (14488/70213)	141098 (60275/80823)
2012	63495 (8370/57831)	86079 (15311/75067)	149574 (63495/86079)
2013	63385 (8583/57487)	86715 (15167/75867)	150100 (63385/86715)
2014	67929 (8429/62273)	91768 (15069/81210)	159697 (67929/91768)
2015	68695 (7884/64516)	92712 (14365/84179)	161407 (68695/92712)
2016	68158 (7253/64313)	92890 (13479/85005)	161048 (68158/92890)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

SV=slutenvård, ÖV=specialiserad öppenvård

*Eftersom vissa personer kan ha både (minst ett) vårdtillfälle och (minst ett) specialistbesök 2016 blir summan av SV+ÖV större än totalen

Långvariga smärttillstånd var mycket vanligt förekommande och 2016 vårdades 161 048 personer med dessa diagnoser, vilket var betydligt fler än de

115 285 personer som vårdades 2008. Fler vårdades i specialiserad öppenvård jämfört med slutenvård och betydligt fler kvinnor (92 890) vårdades jämfört med män (68 158).

Sammanfattning resultat förekomst

Deskriptiva analyser baserade på patientregistret 2016 (slutenvård och specialiserad öppenvård, huvud- och bidiagnoser) visar att whiplash-skador (patientgrupp ett) är vanligt förekommande och att dessa diagnoser är vanligast bland kvinnor i arbetsför ålder. Vidare visar dessa analyser att whiplash-skador/nacksmärta (patientgrupp två) samt långvariga smärttillstånd (patientgrupp tre där whiplash-skador ingår) är mycket vanligt förekommande.

Hälso- och sjukvårdens förutsättningar avseende vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd

Patienters och professioners nationella organisationers perspektiv

Vid dialogmötet i november 2016 presenterade organisationerna sina perspektiv avseende hur vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd fungerar idag, eventuella problem och framtida utmaningar. Flera företrädare för både patient- och professionsorganisationerna framhöll att denna vård är ojämlig avseende t.ex. ålder och tillgänglighet till tandvård vid behov, men att det är positivt att det finns en strävan mot gemensamma lösningar.

Personskadeförbundet RTP²³ (RTP) underströk att problem inom vården idag beror på att patienter med trafikskador med långvariga smärttillstånd hanteras inom primärvård och inte specialistvård och att samordningen mellan primärvården och specialistvården är bristfällig. Enligt RTP saknas enhetliga rutiner och smärta är inte prioriterat inom svensk hälso- och sjukvård. RTP anser att det föreligger behov av specialiserad smärtvård för att ställa korrekta diagnoser och behov av utbildning, kunskapsspridning och stöd från specialister till primärvård. Förbättringsområden enligt RTP är att korrekta diagnoser ställs i primärvården, vårdprogram anpassade för primärvården samt ökad tillgänglighet till multimodala team. Vidare betonade RTP att dessa patienter ofta har behov av vård och rehabilitering, dvs. uppföljning, hela livet och att alla patienter ska ha samma möjlighet till vård oavsett ålder.

Nackskadeförbundet framhöll att det saknas kunskap avseende t.ex. diagnostik.

SFRM betonade vikten av patientflödet vad gäller hela vårdkedjan, dvs. akut fas, subakut fas samt långvarig fas (se t.ex. regionalt vårdprogram Region Skåne [9]). Vidare framhöll SFRM betydelsen av:

- Riskfaktorer för att utveckla långvarig smärta.
- Samsjukligheten med psykisk ohälsa.
- Grupper med behov av särskilda insatser (t.ex. långtidssjukskrivna).

Enligt SFRM utgör aktuellt (dvs. evidensbaserat) kunskapsläge vad gäller riskfaktorer för att utveckla långvarig smärta/dålig prognos t.ex. följande:

- Tidsaspekter för bedömning efter traumat och traumatiska omständigheter vid olyckan.
- Hög initial smärta, hög initial rörelseinskränkning (vävnadsskada).

²³ RTP=Rehabilitering, Tillgänglighet, Påverkan

- Tidigare psykisk ohälsa eller stressreaktion efter olyckan (posttraumatisk stressreaktion, PTSD).
- Att vara kvinna (t.ex. är whiplashskydd i bilar inte alltid anpassade för kvinnor).

SFRM betonade även vikten av att uppnå enhetlig diagnostik samt vikten av kunskapsspridning från specialistvård/kunskapscentra till akutmottagningar och primärvård.

Svenska Smärtläkarföreningen framhöll att WAD-klassificeringen som används idag inte fungerar kliniskt beroende på t.ex. problem med graderingen samt kunskapsbrist om neurologiska fynd (i relation till neurologiska symptom) och att det finns förslag på andra, mer objektiva, mått/klassificeringar vid rehabilitering avseende skador.

Enligt Swedish Pain Society (som består av sju yrkesföreningar²⁴) saknas bland annat forskning om arbetsterapins betydelse inom detta område. Därmed saknas för närvarande evidens om hur vardagsaktiviteter påverkas för denna patientgrupp samt hur vården bäst kan hjälpa dessa patienter till ett aktivt liv. Vidare beskrev Swedish Pain Society att patienter med whiplash-skador/nacksmärta efter trafikolycka är en heterogen patientgrupp där ca 25 procent av smärtan utgörs av smärta i käkarna, dvs. smärtspridning från nacke till käkar/muskler/leder. Ett stort problem enligt Swedish Pain Society är dock att tandvård inte organisatoriskt klassificeras som sjukvård. En patient med behov av smärtbehandling inom tandvården måste betala själv alternativt vara beroende av lokala/regionala initiativ, vilket innebär ojämlik vård eftersom vissa patienter inte har råd med behandling trots vårdbehov. Slutligen betonade Swedish Pain Society vikten av psykologiska faktorer (yttre och inre stressorer) i samband med trafikolyckor och behov av riktlinjer avseende t.ex. PTSD.

Fysioterapeuterna framhöll vissa evidensbaserade framgångsfaktorer och utmaningar för fungerande vård/behandling vad gäller denna patientgrupp:

- Multiprofessionell (och multimodal) behandling.
- Aktivt patientdeltagande i behandlingen.
- Samverkan mellan vårdgivare och arbetsgivare/Försäkringskassan.
- Nackspecifik behandling.
- Individuell behandling.

Enligt Fysioterapeuterna är utmaningar vad gäller vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd bland annat att det råder brist på forskning om whiplash-skador med långvariga smärttillstånd, om det är skillnad mellan kroniska whiplash-skador och kroniska ospecifika nackbesvär vid rehabilite-

²⁴ Swedish Pain Society är ett svenskt chapter i IASP och består av enskilda medlemmar genom följande sju delföreningar:

- Sveriges sjuksköterskor inom området smärta (SSOS) inom Svensk sjuksköterskeförening
- Svenska smärtläkarföreningen inom Svenska Läkaresällskapet
- Smärtsektionen inom Fysioterapeuterna
- Svensk förening för beteendevetenskap inom smärta (SFBIS)
- Legitimerade arbetsterapeuters algologiska förening (LAAF)
- Svensk Barnsmärtförening
- Svensk förening inom bettfysiologi

ring, hur effektiva samverkansmodeller mellan vårdgivare/arbetsförmedling/Försäkringskassan kan skapas vad gäller rehabilitering för återgång i arbete samt den initiala diagnosens betydelse vid rehabilitering vid långvariga smärttillstånd.

Vid studiebesöken våren/sommaren 2017 vid de två högspecialiserade smärtrehabiliteringsenheterna presenterades aktuell klinisk forskning. Bägge enheterna betonade vikten av möjligheten till klinisk forskning, multiprofessionellt teamarbete, kunskapsspridning från specialistvård till akutmottagningar/primärvård samt enhetlig diagnosättning.

Landstingens och patientorganisationers enkätsvar

Ledning i landsting

SKL:s enkät till ledning i landstingen besvarades av totalt 17²⁵ landsting med viss variation avseende vem/vilka ”funktioner/befattningar” som besvarade enkäten i respektive landsting. I tabell 1 i bilaga 1 redovisas respektive landstings svar på ledningsenkäten. Sammanfattningsvis visar resultaten att organiserad smärtrehabilitering finns i 14 landsting avseende primärvården och i 16 landsting avseende specialistvården. Specifierade smärtbehandlingsuppdrag i det generella uppdraget till sjukhus/divisioner/kliniker finns i sju landsting. Landstingsfinansierad vidareutbildning i smärta för personalen återfinns i 11 av landstingen.

Länssjukhus och specialistvård

SKL:s enkät till länssjukhus och specialistvård besvarades av totalt 20²⁶ landsting med viss variation avseende vilka kliniker som besvarade enkäten i respektive landsting. I tabell 2 och 3 i bilaga 1 redovisas respektive landstings svar på enkäten till länssjukhus/specialistvård. I 12 av landstingen hade rehabiliteringsgarantin²⁷ inneburit en ökning av antalet patienter med långvarig smärta som erhållit rehabilitering inom specialistvården. Totalt rapporterade 11 landsting ”förekomst av klinisk forskning” inom området långvarig smärta inom specialistvården. Möjlighet till ryggmärgsstimulering finns i 15 landsting. Smärtombud/koordinator/smärtansvarig inom specialistvården återfinns i 14 av landstingen. Nio landsting har specialisttjänstgörings(ST)-block i smärtlindring (se data från Socialstyrelsen i Bilaga 1 i SKL:s rapport: Tabell 2–3 [22]). I 14 landsting finns remisskrav när patienter remitteras till specialistenheter. I åtta landsting finns ett preciserat skriftligt uppdrag avseende smärtbehandling. Sju landsting har strukturerat omhändertagande (t.ex.

²⁵ Vid kvalitetssäkring av inhämtat underlag upptäcktes att antal svarande var 17, inte 16 som i Bilaga 1, SKL:s rapport sid 17, vilket säkerställdes/korrigerades via kompletterande information från ordförande i expertgruppen.

²⁶ Vid kvalitetssäkring av inhämtat underlag upptäcktes att antal svarande var 20, inte 19 som i Bilaga 1, SKL:s rapport sid 17, vilket säkerställdes/korrigerades via kompletterande information från ordförande i expertgruppen.

²⁷ Rehabiliteringsgarantin baserades på statliga stimulansmedel 2008-2016 reglerade i överenskommelser mellan staten och SKL med syfte att underlätta för personer med psykiska besvär eller långvarig smärta att återgå i arbete eller undvika sjukskrivning och omfattade bland annat ersättning för genomförda multimodala rehabiliteringsprogram.

vårdprogram) för smärtpatienter med läkemedelsberoende, LARO (läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende). I 13 landsting finns multidisciplinära smärtcentrum²⁸ vid regions-/universitetssjukhus och i tio landsting finns multidisciplinär smärmtotagning²⁹ vid länssjukhus.

Primärvård

SKL:s enkät till primärvården besvarades av totalt 18 landsting varav 12 besvarades av flera primärvårdsenheter. I tabell 3 och 4 i bilaga 1 redovisas respektive landstings svar på enkäten till primärvård. Multiprofessionella team finns i 17 landsting i primärvården. Nio landsting har smärtutbildning inom primärvården. Koordinator/ombud/ansvarig för smärtfrågor i primärvården finns i tre landsting. Tre landsting bedriver metodutveckling/forskning. Sökordet smärta (eller motsvarande) finns i elektroniska journaler/register-system i fem landsting.

Patientorganisationer³⁰

SKL:s enkät till patientorganisationer besvarades av samtliga fem organisationer och innehöll frågor om jämlik vård, tillgänglighet, bemötande, goda exempel och problem. Patientorganisationerna uppfattar inte smärtvården som jämlik avseende bemötande, kunskap och behandling. Bemötande och tillgänglighet upplevs dessutom som dåligt eller mycket dåligt. Vidare betonade patientorganisationerna bland annat behovet av rehabilitering och korrekt behandling. De två smärtrehabiliteringsenheterna vid Skånes universitetssjukhus, Lund och Danderyds sjukhus, Stockholm lyftes fram som goda exempel avseende vård vid nacksmärta efter trauma (Lund för sitt vårdprogram, organisation och samarbete mellan primärvård och specialistvård och Stockholm för sitt program för nackskadade).

Väntetider och vårdprocess vid smärtutredning och smärtrehabilitering

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på NRS specialistvård (data från 44 respektive 35 specialistvårdsenheter) som omfattar patienter med första besök mellan 2013–2016 eller enbart första besök 2016 avseende patientgrupp ett, två och tre samt patienter med utredning och rehabilitering 2014.

²⁸ Ett multidisciplinärt smärtcentrum ska ha bemanning av läkare från minst tre olika specialiteter, tillgång till psykiatriker och fast besättning av sjuksköterskor, psykolog, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och sekreterare som alla arbetar multidisciplinärt kring patienten. Det ska också finnas forskning och strukturerad undervisning samt tillgång till vårdplatser för utredning och behandling av smärtpatienter. Integration/nära samarbete mellan de enheter som arbetar med akut smärta och långvarig smärta ska eftersträvas [22].

²⁹ En multidisciplinär smärmtotagning ska ha bemanning av läkare från minst två olika specialiteter, tillgång till psykiatriker och fast besättning av sjuksköterskor, psykolog, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och sekreterare som alla arbetar multidisciplinärt kring patienten [22].

³⁰ Svar från patientorganisationer från SKL:s rapport [22] eftersom Socialstyrelsen inte tillgång till underlaget avseende dessa svar.

Antal patienter

Tabell 8. Antal patienter med whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvarig smärta med första besök 2013–2016

Patientgrupp	2013 (utredning/rehabilitering)	2014 (utredning/rehabilitering)	2015 (utredning/rehabilitering)	2016 (utredning/rehabilitering)
Whiplash-skador	372 (150/222)	357 (134/223)	304 (114/190)	126 (87/39)
Whiplash-skador/nacksmärta	1097 (503/594)	1177 (580/597)	1066 (489/577)	779 (405/374)
Långvarig smärta	659 (374/285)	1002 (546/456)	1474 (631/843)	1147 (595/552)

Källa: Nationella Registret över Smärtehabilitering, specialistvård

Fördelning antal patienter avseende kön, ålder och utbildningsnivå

Tabell 9. Fördelning antal patienter med första besök 2016 med whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvarig smärta avseende kön, ålder och utbildningsnivå³¹

	Whiplash-skador (utredning/rehab)	Whiplash-skador/nacksmärta (utredning/rehab)	Långvarig smärta (utredning/rehab)
Totalt antal patienter	87/39	405/374	595/552
Kön			
Man	42/11	156/110	198/101
Kvinna	45/28	249/264	397/451
Åldersgrupp			
16–35 år	30/16	94/64	166/109
36–43 år	18/11	82/81	112/113
44–67 år	39/12	229/229	317/330
Utbildningsnivå			
Grundskola	11/<5	76/47	89/51
Gymnasium	47/25	204/186	293/261
Universitet/högskola	20/8	86/105	130/190
Annat	<5/<5	24/20	42/27
Information saknas	<5/<5	<5/<5	8/<5
Totalt	126	779	1147

Källa: Nationella Registret över Smärtehabilitering, specialistvård

Tabell 9 visar att antalet kvinnor var fler än männen i samtliga patientgrupper och majoriteten av patienterna var i åldrarna 44–67 år.

³¹ Patientrapporterad enkätfråga initialt: Vilken är din högst genomförda skolutbildning? 1) Grundskola eller motsvarande på komvux, 2) Gymnasium eller yrkesutbildning (två år eller mer), 2) Universitet/högskola, 4) Annat.

Smärtlokalisering

Smärtlokalisering; Patientrapporterad enkätfråga initialt: IASP. Markera samtliga kroppsdelar i vänster respektive höger kroppshalva där du har ont (kryssa i alla lämpliga alternativ), 1) Ja, smärta, 2) Nej, ingen smärta.

Tabell 10. Fördelning smärtlokalisering bland patienter med whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvarig smärta med första besök 2016

Smärtlokalisering (enbart ja-svar redovisas)	Whiplash-skador (antal)		Whiplash-skador/nacksmärta (antal)		Långvarig smärta (antal)	
	Utredning	Rehabilitering	Utredning	Rehabilitering	Utredning	Rehabilitering
1 Huvud/ansikte	66	31	252	225	241	259
2 Hals/nacke	81	39	372	349	374	386
3 Axel/skuldra	73	35	343	322	402	409
4 Överarm	39	21	215	186	259	237
5 Armbåge	28	17	149	123	197	202
6 Underarm	30	19	181	121	213	196
7 Hand	40	20	202	177	312	283
8 Framsida bröst-korg	19	12	103	105	161	153
9 Sida bröst-korg	17	10	76	78	133	124
10 Buk	11	11	51	65	128	146
11 Sexualorgan/skrev	4	0	22	25	76	61
12 Övre del av rygg	53	25	236	234	313	311
13 Nedre del av rygg	44	27	253	267	444	437
14 Höft/säte	33	16	166	189	364	374
15 Lår	13	12	94	82	241	226
16 Knä	30	14	140	132	301	305
17 Underben	13	9	100	89	248	225
18 Fot	23	11	133	139	295	299

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

Majoriteten av patienterna med whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvarig smärta rapporterade variation och mångfald avseende smärtlokaliseringer. Hals/nacke var den vanligaste smärtlokaliseringen som patienter med whiplash-skador/nacksmärta rapporterade. Nedre delen av ryggen var också vanligt förekommande, vilken var den vanligaste smärtlokaliseringen som patienter med långvarig smärta rapporterade. Samma mönster observerades bland kvinnor och män.

Väntetider och vårdprocess

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på NRS specialistvård (data från 35 specialistvårdsenheter) som omfattar patienter med utredning 2014 (totalt 84 patienter i patientgrupp ett respektive 188 i patientgrupp två) och rehabilitering 2014 (totalt 188 patienter i patientgrupp ett respektive 735 patienter i patientgrupp två).

Personalerapporterade väntetider (till utredning/smärtrehabilitering) respektive vårdprocess ("patientens väg genom vården"):
Väntetid definieras som ankomst remiss smärtrehabiliteringsenhet till första besök (utredning eller rehabilitering).
Vårdprocess definieras som remissankomst till smärtrehabiliteringsenhet till avslutad utredning eller rehabilitering.

Tabell 11. Väntetider och vårdprocess bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta med utredning och rehabilitering 2014

	Whiplash-skador		Whiplash-skador/nacksmärta	
	Utredning (män/kvinnor)	Rehabilitering (män/kvinnor)	Utredning (män/kvinnor)	Rehabilitering (män/kvinnor)
Väntetid				
Antal patienter	83 (33/50)	180 (46/134)	421 (163/258)	713 (185/528)
Median antal dagar	67 (76/66)	25 (25/26)	55 (51/57)	35 (32/35)
Vårdprocess				
Antal patienter	84 (34/50)	185 (49/136)	427 (166/261)	727 (190/537)
Median antal dagar	87 (82/94)	198 (192/202)	91 (83/96)	206 (192/216)

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

Medianväntetiderna bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta till utredning och smärtrehabilitering varierade mellan 25–67 dagar, dvs. var kortare än 90 dagar (enligt den nationella vårdgarantin) och inga påtagliga skillnader observerades mellan kvinnor och män. Vårdprocessen varierade mellan 87 och 91 dagar avseende utredning samt 198 och 206 dagar avseende rehabilitering och kvinnor i båda patientgrupperna hade något längre vårdprocesser avseende både utredning och rehabilitering.

Sammanfattning resultat hälso- och sjukvårdens förutsättningar

Både nationella patient- och professionsorganisationer anser att det finns behov av att förbättra vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd. Förbättringsområden som föreslås är t.ex. samordning mellan primärvård och

specialistvård och kunskapsspridning från professionen i specialistvården till professionen i primärvården, nationellt samarbete för skapande av enhetlig diagnostik samt beaktande av hela vårdkedjan (från akutfas till långvarig fas). Dessutom påtalas betydelsen av att förebygga långvariga smärttillstånd. Vidare framhålls vikten av multidisciplinär klinisk forskning. Betydelsen av fungerande samverkansmodeller mellan vårdgivare, arbetsförmedling och Försäkringskassan, dvs. koordinering av rehabilitering och sjukskrivning, betonades också. Dessutom framkommer behov av att samordna hälso- och sjukvård och tandvård eftersom smärta och funktionsstörningar i käksystemet är vanliga vid whiplash-skador.

SKL:s enkätundersökning visar att specificerade smärtbehandlingsuppdrag i det generella uppdraget till sjukhus/divisioner/kliniker samt multidisciplinära smärtcentra vid regions-/universitetssjukhus saknas i många landsting samt att patientorganisationer upplever bemötande och tillgänglighet som dåligt, men att goda exempel finns vid vissa universitetssjukhus.

Deskriptiva analyser baserade på kvalitetsregistret NRS visar att medianväntetiderna till smärtutredning respektive smärtrehabilitering bland patienter med whiplash-skador/nacksmärta varierar mellan 25–67 dagar bland både kvinnor och män.

Vårdutfall samt sociodemografiska faktorer avseende vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd

Patientrapporterade utfallsmått vid smärtrehabilitering primärvård

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på NRS primärvård (data från 18 specialistvårdsenheter) som omfattar patienter med avslutad rehabilitering 2016 avseende patientgrupp två och tre, dvs. patienter med registrerad diagnos (bortfall ca 50 procent i NRS primärvård). Eftersom färre än fem patienter hade registrerats med diagnoserna avseende whiplash-skador (patientgrupp ett) i NRS primärvård redovisas inte dessa resultat.

Fördelning antal patienter avseende kön, ålder och utbildningsnivå

Tabell 12. Fördelning antal patienter med avslutad rehabilitering 2016 med whiplash-skador/nacksmärta samt långvarig smärta avseende kön, ålder och utbildningsnivå³²

	Whiplash-skador/nacksmärta	Långvarig smärta
Totalt antal patienter	71	10
Kön		
Man	9	<5
Kvinna	61	7
Åldersgrupp		
16–35 år	14	<5
36–43 år	21	<5
44–67 år	35	8
Utbildningsnivå		
Grundskola	10	<5
Gymnasium	29	8
Universitet/högskola	26	<5
Annat	<5	<5
Information saknas	<5	<5
Totalt	71	10

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, primärvård

³² Patientrapporterad enkätfråga initialt: Vilken är din högst genomförda skolutbildning? 1) Grundskola eller motsvarande på komvux, 2) Gymnasium eller yrkesutbildning (två år eller mer), 2) Universitet/högskola, 4) Annat.

Totalt hade 71 patienter med diagnoserna whiplash-skador/nacksmärta registrerats med första besök i NRS primärvård 2016 varav majoriteten var kvinnor i åldrarna 44–67 år. Tio patienter med diagnosen långvarig smärta hade registrerats och även avseende denna diagnos var de flesta av patienterna kvinnor.

Smärtlokalisering

Tabell 13. Fördelning smärtlokalisering bland patienter med whiplash-skador/nacksmärta samt långvarig smärta

Smärtlokalisering* (enbart ja-svar redovisas)	Whiplash-skador/nacksmärta	Långvarig smärta
1 Huvud/ansikte	43	<5
2 Hals/nacke	61	6
3 Axel/skuldra	60	6
4 Överarm	38	<5
5 Armbåge	18	<5
6 Underarm	27	<5
7 Hand	36	5
8 Framsida bröstorg	16	<5
9 Sida bröstorg	12	<5
10 Buk	12	<5
11 Sexualorgan/skrev	<5	<5
12 Övre del av rygg	44	<5
13 Nedre del av rygg	52	8
14 Höft/säte	33	6
15 Lår	17	<5
16 Knä	26	<5
17 Underben	18	<5
18 Fot	29	<5

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, primärvård

*se faktaruta sid 44.

Liksom avseende NRS specialistvård rapporterade de flesta av patienterna med whiplash-skador/nacksmärta och långvarig smärta variation och mångfald avseende smärtlokaliseringer. Hals/nacke var den vanligaste smärtlokaliseringen som de 71 patienterna med whiplash-skador/nacksmärta rapporterade. Nedre delen av ryggen var också vanligt förekommande, vilken var den vanligaste smärtlokaliseringen bland de tio patienterna med långvarig smärta. Samma mönster observerades bland kvinnor och män.

Smärta i genomsnitt

Smärta i genomsnitt: Patientrapporterad enkätfråga initialt: Ringa in den siffra som motsvarar hur ont du haft i genomsnitt senaste veckan; 0=ingen värk, 10=värsta tänkbara värk.

Tabell 14. Smärta i genomsnitt bland patienter med whiplash-skador/nacksmärta vid första besök och avslutad rehabilitering

Smärta i genomsnitt	Whiplash-skador/nacksmärta
Initialt (median)	7
Avslut (median)	6

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, primärvård

Patienternas med whiplash-skador/nacksmärta upplevda smärta hade minskat något vid avslutad rehabilitering jämfört med första besöket. Samma mönster observerades bland både kvinnor och män.

Hälsorelaterad livskvalitet

EQ-5D, EuroQuol-5 dimensions: Framtaget för hälsoekonomiska beräkningar, används som komplement till andra hälsorelaterade eller livskvalitetsinstrument och/eller sjukdomsspecifika instrument. EQ-5D innehåller fem frågor där fysisk/psykologisk/psykosocial funktion samt aktivitet skattas. Frågorna har tre svarsalternativ och slutpoängen för de fem frågorna ger ett index för livskvalitetsviktning som kan variera från -1(dåligt) till +1(bra). Snittvärdet för genomsnittsbefolkningen ("friska" personer) är 0,84.

EQ-5D VAS (visuell analogskala) hälsobarometer: Från 0 (sämsta tänkbara tillstånd) till 100 poäng (bästa tänkbara tillstånd).

Tabell 15. Hälsorelaterad livskvalitet bland patienter med whiplash-skador/nacksmärta vid första besök och avslutad rehabilitering

Hälsorelaterad livskvalitet	Whiplash-skador/nacksmärta
EQ-5D index	
Initialt (median)	0,4
Avslut (median)	0,7
EQ-5D VAS	
Initialt (median)	40
Avslut (median)	60

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, primärvård

Patienternas upplevda hälsorelaterade livskvalitet enligt både EQ-5D index och EQ-5D VAS förbättrades efter avslutad rehabilitering jämfört med första besöket, men jämfört med snittvärdet för genomsnittsbefolkningen avseende EQ-5D index var värdena lägre. Samma mönster observerades bland både kvinnor och män.

Ångest och depression

HADS (HAD) Hospital anxiety and depression scale: Självskattningsformulär som avser mäta ångest och depression hos patienter inom somatisk vård. HADS består av 14 påståenden med sju påståenden/delskala; HADS ångest och HADS depression. Fyrgradig svars-skala 0-3 poäng, poängen från de sju delskalorna summeras, max 21 poäng/delskala. Om 7 poäng eller lägre på någon av delskalorna sannolikt inte kliniskt relevant ångest eller depression. 8-10 poäng betraktas som "möjlig" ångest/depression. 11 poäng eller mer indikerar sannolikt kliniskt relevant depression eller ångest. 15-21 poäng indikerar svår ångest eller depression.

Tabell 16. Ångest och depression bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök och avslutad rehabilitering

Ångest och depression	Whiplash-skador/nacksmärta
HAD ångest/ängslan/oro	
Initialt (median)	11
Avslut (median)	7,5
HAD depressivitet/nedstämdhet	
Initialt (median)	9,3
Avslut (median)	6

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, primärvård

Patienterna med whiplash-skador/nacksmärta upplevde möjlig respektive sannolik ångest och depression (dvs. samsjuklighet) vid första besöket, men upplevelsen av ångest och depression minskade något efter avslutad rehabilitering. Samma mönster observerades bland både kvinnor och män.

Nöjdhet, smärtupplevelse och förmåga hantera livssituationen

Tabell 17. Nöjdhet, smärtupplevelse och förmåga hantera livssituationen bland patienter med whiplash-skador/nacksmärta vid avslutad rehabilitering

Enbart resultat för svarsalternativen "mycket nöjd+nöjd" redovisas

Nöjdhet, smärtupplevelse och förmåga hantera livssituationen	Whiplash-skador/nacksmärta
Nöjd med personalens bemötande	
Avslut (andel)	99 %
Nöjd med rehabteamets samarbete	
Avslut (andel)	91 %
Hur nöjd är du med eget inflytande över din rehabilitering?	
Avslut (andel)	90 %
Har din rehabiliteringsperiod förändrat din smärtupplevelse?	
Avslut (andel)	61 %
Har din rehabiliteringsperiod förändrat din förmåga att hantera livssituationen i stort?	
Avslut (andel)	80 %

Källa: Nationella Registret över Smärtherehabilitering, primärvård

Majoriteten (ca 90–100 procent) av patienterna med whiplash-skador/nacksmärta var nöjda eller mycket nöjda med personalens bemötande, rehabiliteringsteamets samarbete och det egna inflytandet över rehabiliteringen. Ca 60 procent av patienterna rapporterade att rehabiliteringsperioden hade förändrat deras smärtupplevelse och 80 procent rapporterade att rehabiliteringsperioden hade förändrat deras förmåga att hantera livssituationen i stort. Samma mönster observerades bland både kvinnor och män.

Patientrapporterade utfallsmått vid smärtherehabilitering specialistvård

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på NRS specialistvård (data från 35 specialistvårdsenheter) som omfattar patienter med avslutad rehabilitering 2014.

Antal patienter

Totalt hade 126 patienter med avslutad rehabilitering 2014 registrerats med diagnoserna whiplash-skador respektive 529 patienter med diagnoserna whiplash-skador/nacksmärta.

Smärta i genomsnitt

Tabell 18. Smärta i genomsnitt bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök, avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning

	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
Smärta i genomsnitt		
Initialt (median)	7	7
Avslut (median)	6	6
Ettårsuppföljning (median)	6	6

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

*se faktaruta sid 47

Patienternas med whiplash-skador respektive patienternas med whiplash-skador/nacksmärta upplevda smärta hade minskat något vid avslutad rehabilitering och vid ettårsuppföljning jämfört med första besöket. Samma mönster observerades bland både kvinnor och män.

Hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 19. Hälsorelaterad livskvalitet bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök, avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning

	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
EQ-5D index		
Initialt (median)	0,2	0,2
Avslut (median)	0,3	0,3
Ettårsuppföljning (median)	0,6	0,6
EQ-5D VAS		
Initialt (median)	35	40
Avslut (median)	50	50
Ettårsuppföljning (median)	55	55

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

*se faktaruta sid 48

Patienternas upplevda hälsorelaterade livskvalitet enligt både EQ-5D index och EQ-5D VAS hade förbättrats vid avslutad rehabilitering och förbättrades ytterligare vid ettårsuppföljning jämfört med första besöket. Samma mönster observerades bland både kvinnor och män.

Ångest och depression

Tabell 20. Ångest och depression bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök, avslutad rehabilitering samt ettårsuppföljning

Ångest och depression	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
HAD ångest/ängslan/oro		
Initialt (median)	10	9
Avslut (median)	7	7
Ettårsuppföljning (median)	7	7
HAD depression/nedstämdhet		
Initialt (median)	9	9
Avslut (median)	7	6
Ettårsuppföljning (median)	7	6

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

*se faktaruta sid 49

Patienterna med whiplash-skador/nacksmärta upplevde möjlig ångest och depression (dvs. samsjuklighet), men upplevelsen av ångest och depression minskade något efter avslutad rehabilitering samt vid ettårsuppföljning och samma mönster observerades bland kvinnor och män.

Multidimensional Pain Inventory (MPI)

MPI-S sv Multidimensional Pain Inventory (svensk version): Patientspecifikt frågeformulär avsett för personer med långvariga smärtproblem och framtaget utifrån teorier baserade på beteendeforskning och kognitiv psykologi med fokus på betydelsen av smärt- och hälsorelaterade beteenden. Sjugradig skala från 0-6. Delskalor är t.ex. smärtintensitet, inverkan på aktivitet, egenkontroll och känslomässig obalans. Delskalorna avseende smärtintensitet, inverkan på aktivitet och känslomässig obalans; lägre värde=mindre svårigheter, delskalan egenkontroll; högre värde=mindre svårighet.

Tabell 21. MPI delskalor bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök, avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning

MPI delskala 1-4	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
Smärtintensitet		
Initialt (median)	4,3	4,5
Avslut (median)	4	4
Ettårsuppföljning (median)	4	4
Inverkan på aktivitet		
Initialt (median)	4,6	4,6
Avslut (median)	4,3	4,1
Ettårsuppföljning (median)	4	4,1
Egenkontroll		
Initialt (median)	2,5	2,8
Avslut (median)	3,3	3,5
Ettårsuppföljning (median)	3,3	3,3
Känslomässig obalans		
Initialt (median)	3,7	3,7
Avslut (median)	3,3	3
Ettårsuppföljning (median)	3	3

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

Patienternas upplevda smärtintensitet var relativt oförändrad vid avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning, medan smärtans inverkan på aktivitet hade minskat något. Vidare hade patienternas upplevda egenkontroll ökat och deras upplevda känslomässiga obalans minskat vid avslutad rehabilitering respektive ettårsuppföljning. Samma mönster observerades bland kvinnor respektive män.

Multidimensional Pain Inventory (MPI) profiler

MPI-S sv Multidimensional Pain Inventory (svensk version): Via datorberäkning baserat på delskalor (se faktaruta MPI-S) erhålls tre olika patientprofiler som kan ha betydelse för rehabiliteringsinriktningen; 1) ”Adaptive copers” (mindre besvär), 2) ”Dysfunctional” (mer besvär) eller 3) ”Interpersonell Distressed” (upplevt sämre socialt stöd). Vissa patienter hamnar inte i en specifik profil. Detta mätinstrument baseras på den biopsykosociala modellen och ”Adaptive copers” kännetecknas av bättre fysisk och emotionell funktion och positivare framtidstro och bättre livstillfredsställelse än de andra profilerna. ”Dysfunctional” har associerats med sämre fysisk och emotionell funktion och ”Interpersonell Distressed” med upplevd brist på socialt stöd och förståelse av närstående. Framgångsrik smärtrehabilitering innebär hållbar ”Adaptive Copers”-profil eller förändring till denna profil (se t.ex. Persson E, Eklund M, Lexell J, Rivano-Fischer M. *Psychosocial coping profiles after pain rehabilitation: associations with occupational performance and patient characteristics*. *Disabil Rehab* 2016).

Tabell 22. MPI profiler bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök, avslutad rehabilitering samt ettårsuppföljning

Enbart resultat om patienten tillhör profilen redovisas

MPI profil	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
Adaptive copper		
Initialt (andel)	13 %	16 %
Avslut (andel)	33 %	34 %
Ettårsuppföljning (andel)	30 %	30 %
Dysfunktionell		
Initialt (andel)	47 %	38 %
Avslut (andel)	27 %	23 %
Uppföljning (andel)	22 %	23 %
Interpersonell		
Initialt (andel)	19 %	21 %
Avslut (andel)	19 %	18 %
Uppföljning (andel)	18 %	19 %

Källa: Nationella Registret över Smärtehabilitering, specialistvård

Andelen patienter med profilen ”Adaptive copper” hade ökat vid avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning jämfört med första besöket, medan andelen patienter med dysfunktionell profil och interpersonell profil hade minskat. Samma mönster observerades bland kvinnor respektive män.

SF-36/fysisk och psykisk hälsa

RAND-36 (f.d. SF-36): Innehåller frågor inom olika domäner med 2-10 frågor per domän. Poängen varierar mellan 0-100, ju högre värde ju bättre upplevd hälsa. Domänerna är t.ex.: 1) Fysisk funktion, 3) Smärta, 4) Allmän hälsa, 5) Vitalitet, 7) Emotionell rollfunktion, 8) Psykiskt välbefinnande.

Tabell 23. SF-36/fysisk och psykisk hälsa bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök, avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning

SF-36 domän	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
Fysisk funktion		
Initialt (median)	60	60
Avslut (median)	65	61
Ettårsuppföljning (median)	65	65
Smärta		
Initialt (median)	22	22
Avslut (median)	31	31
Ettårsuppföljning	32	31
Allmän hälsa		
Initialt (median)	45	45
Avslut (median)	50	47
Ettårsuppföljning (median)	47	45
Vitalitet		
Initialt (median)	20	20
Avslut (median)	30	35
Ettårsuppföljning (median)	35	34
Rollfunktion: emotionella orsaker		
Initialt (median)	0	33
Avslut (median)	33	33
Ettårsuppföljning (median)	67	67
Psykiskt välbefinnande		
Initialt (median)	53	56
Avslut (median)	68	68
Ettårsuppföljning (median)	64	64

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

Samtliga domäner avseende fysisk och psykisk hälsa visade högre värden, dvs. tydlig förbättring, vid avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning jämfört med första besöket bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta. Samma mönster observerades bland kvinnor respektive män.

Arbetar just nu

Avseende enkätfrågan ”Jag arbetar just nu” med svarsalternativen ”Ja/Nej” var det något fler patienter med whiplash-skador (74 patienter) respektive whiplash-skador/nacksmärta (278 patienter) som arbetade vid ettårsuppföljning jämfört med vid första besöket (70 respektive 268 patienter).

Bemötande, nöjdhet och delaktighet

Tabell 24. Bemötande, nöjdhet och delaktighet bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid avslutad rehabilitering

Enbart resultat för svarsalternativen "ja, helt och hållet" eller "mycket bra+bra" eller "ja" redovisas

	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
Känner du att blivit bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt		
Avslut (andel)	91 %	91 %
Delaktig planering rehabilitering och utformning rehabilitering		
Avslut (andel)	75 %	72 %
Rehabteamets samarbete		
Avslut (andel)	93 %	91 %
Deltog närstående		
Avslut (andel)	46 %	40 %

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

Ca 90 procent av patienterna med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta upplevde mycket bra eller bra bemötande och ca 70 procent rapporterade delaktighet i planeringen av sin rehabilitering. Ca 90 procent ansåg att rehabiliteringsteamets samarbete var bra eller mycket bra och ca 40 procent av de närstående deltog i rehabiliteringen.

Smärtupplevelse och förmåga att hantera livssituationen

Tabell 25. Smärtupplevelse och förmåga hantera livssituationen i stort bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning

Enbart resultat för svarsalternativen "i hög grad/i viss mån" redovisas

	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
Rehabiliteringsperiod förändrat smärtupplevelse		
Avslut (andel)	65 %	59 %
Ettårsuppföljning (andel)	47 %	53 %
Rehabiliteringsperiod förändrat förmåga hantera livssituationen i stort		
Avslut (andel)	83 %	84 %
Ettårsuppföljning (andel)	71 %	74 %

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

Ca 50–60 procent av patienterna rapporterade förändrad smärtupplevelse och ca 70–80 procent rapporterade att rehabiliteringsperioden förändrat deras förmåga att hantera livssituationen i stort vid avslutad rehabilitering respektive ettårsuppföljning.

Vårdkonsumtion

Tabell 26. Vårdkonsumtion bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta vid första besök och ettårsuppföljning

Enbart resultat för svarsalternativen "minst 4 gånger/4 gånger eller fler" redovisas

	Whiplash-skador	Whiplash-skador/nacksmärta
Vårdkonsumtion; Hur många gånger sökt läkare för smärtbesvär senaste året fram till dagens datum?		
Initialt (andel)	68 %	70 %
Ettårsuppföljning (andel)	41 %	43 %

Källa: Nationella Registret över Smärtrehabilitering, specialistvård

Bland patienter med whiplash-skador och whiplash-skador/nacksmärta hade vårdkonsumtionen (i form av antal läkarbesök) minskat från ca 70 procent vid första besöket till ca 40 procent vid ettårsuppföljningen och samma mönster observerades bland kvinnor respektive män.

Samsjuklighet, vårdåtgärder, medicinska verksamhetsområden och läkemedel bland personer som vårdats med whiplash-skador

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på patientregistret och läkemedelsregistret 2016 som omfattar samtliga personer som vårdats (både huvud- och bidiagnoser) för whiplash-skador (patientgrupp ett).

Samsjuklighet (andra diagnoser) och whiplash-skador: 20 vanligast förekommande huvud- och bidiagnoserna bland personer vårdade för whiplash-skador 2016

Tabell 27. De 20 vanligast förekommande huvud- och bidiagnoserna bland personer som vårdats för whiplash-skador 2016

De 20 vanligast förekommande fyrställiga huvud- och bidiagnoserna bland de 6262 personer som vårdats för diagnos S13.4 och/eller T91.8 (huvud- och bidiagnoser) i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2016. Antal individer och andel av totala antalet.

Huvud- och bidiagnoser	Antal	Andel
Buksmärtor UNS	285	4,6 %
Cervikalgi	258	4,1 %
Hjärnskakning	213	3,4 %
Essentiell hypertoni	213	3,4 %
Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd	188	3,0 %
Bröstmärtor, ospecificerade	177	2,8 %
Kontusion på nedre delen av ryggen och bäckenet	158	2,5 %
Annan kronisk smärta eller värk	156	2,5 %
Huvudvärk	153	2,4 %
Ytlig skada på huvudet med icke specificerad lokalisation	150	2,4 %
Adhd	143	2,3 %
Undersökning och observation efter transportolycka	137	2,2 %
Kontusion på skuldra och överarm	132	2,1 %
Ytlig skada på halsen med icke specificerad lokalisation	128	2,0 %
Kontusion på bröstkorgen	127	2,0 %
Cervikobrakialt syndrom	126	2,0 %
Andra och icke specificerade smärtor i buken	124	2,0 %
Smärta eller värk, ospecificerad	115	1,8 %
Ångesttillstånd, ospecificerat	114	1,8 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Bland de 6262 personerna som vårdats för whiplash-skador 2016 förekom stor variation avseende andra diagnoser (huvud- och bidiagnoser). De vanligaste huvud- och bidiagnoserna var buksmärtor UNS (fem procent), cervikalgi (fyra procent) och hjärnskakning (tre procent). Vidare förekom psykiska sjukdomar, t.ex. adhd och ångesttillstånd, samt t.ex. huvudvärk. Samma mönster observerades bland både de 2994 männen och de 3268 kvinnorna som vårdats för whiplash-skador (WAD) 2016.

Vårdåtgärder och whiplash-skador; 20 vanligaste vårdåtgärderna (kirurgiska + icke kirurgiska) bland personer vårdade för whiplash-skador 2016

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ): Gemensam åtgärdsklassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. KVÅ utgör en sammanslagning av Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ) och Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ) (de s.k. icke-kirurgiska åtgärdskoderna). Åtgärder i hälso- och sjukvården innebär patientinriktade insatser (handlingar) som huvudsakligen utförs i utredande, behandlande eller förebyggande syfte. En medicinsk kroppsundersökning (t.ex. att lyssna på hjärta eller lungor på en patient) är en utredande åtgärd. Operativa ingrepp (t.ex. blindtarmsoperation eller starroperation) är exempel på behandlande åtgärder. Stöd för att sluta röka är en förebyggande åtgärd. KVÅ innehåller nästan 10 000 åtgärder, merparten från KKÅ.

Tabell 28. Vårdåtgärder (kirurgiska + icke-kirurgiska) bland personer som vårdats för whiplash-skador 2016

De 20 vanligast förekommande vårdåtgärderna (KVÅ-koder) 2016 bland de 6262 personer som vårdats för diagnos S13.4 och/eller T91.8 (huvud- och bidiagnoser) i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2016. Antal individer och andel av totala antalet.

Vårdåtgärd	Antal	Andel
Oplanerad inskrivning till slutenvård	771	12,3 %
Läkemedelsgenomgång, enkel	291	4,6 %
Telefonkontakt med patient	288	4,6 %
Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	288	4,6 %
Strukturerad suicidriskbedömning	268	4,3 %
Gynekologiskt ultraljud, tubor	236	3,8 %
Datortomografi, halsrygggrad	214	3,4 %
Ordnation av läkemedel	210	3,4 %
Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan	173	2,8 %
Utfärdande av recept, hjälpmedelskort och livsmedelsanvisning	163	2,6 %
Upprättande av rehabiliteringsplan	156	2,5 %
Upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan	137	2,2 %
Konferens med patient	122	1,9 %
Intyg, enklare	119	1,9 %
Läkemedelsberättelse	106	1,7 %
Inhämtande av anamnes	89	1,4 %
Provtagning UNS	88	1,4 %
Läkare	83	1,3 %
Allmän skattning av behov eller funktionsförmåga	74	1,2 %
Datortomografi, hjärna	74	1,2 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Även avseende vårdåtgärder påvisades stor variation bland de 6262 personerna som vårdats för whiplash-skador 2016. De vanligaste vårdåtgärderna

var oplanerad inskrivning till slutenvård (12 procent), läkemedelsgenomgång, enkel (fem procent), telefonkontakt med patient (fem procent) och klinisk undersökning av psykiskt tillstånd (fem procent). Samma mönster observerades bland både män och kvinnor.

Medicinska verksamhetsområden och whiplash-skador; 20 vanligaste medicinska verksamhetsområdena bland personer vårdade för whiplash-skador 2016

Tabell 29. Medicinska verksamhetsområden bland personer som vårdats för whiplash-skador 2016

De 20 vanligaste medicinska verksamhetsområdena³³ 2016 bland de 6262 personer som vårdats för diagnos S13.4 och/eller T91.8 (huvud- och bidaagnoser) i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2016. Antal individer och andel av totala antalet.

Medicinskt verksamhetsområde	Antal	Andel
Ortopedisk vård	2898	46,3 %
Intagnings-/Akutverksamhet	1880	30,0 %
Kirurgisk vård	1797	28,7 %
Intermedicinsk vård	812	13,0 %
Akutklinik	561	9,0 %
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	471	7,5 %
Rehabiliteringsmedicinsk vård	430	6,9 %
Öron-, näs- och halssjukvård	409	6,5 %
Gynekologisk vård	400	6,4 %
Ögonsjukvård	394	6,3 %
Obstetrisk och gynekologisk vård	321	5,1 %
Hud- och könssjukvård	309	4,9 %
Barn- och ungdomsmedicinsk vård	240	3,8 %
Kardiovaskulär medicin	233	3,7 %
Smärtbehandling	202	3,2 %
Neurologisk vård	169	2,7 %
Neurokirurgisk vård	120	1,9 %
Kardiologisk vård	111	1,8 %
Handkirurgisk vård	110	1,8 %
Infektionssjukvård	97	1,5 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Även avseende medicinska verksamhetsområden observerades stor variation bland de 6262 personer som vårdats för whiplash-skador 2016. De vanligaste medicinska verksamhetsområdena var ortopedisk vård (46 procent), intagnings-/akutverksamhet (30 procent) och kirurgisk vård (29 procent). Samma mönster observerades bland både de 2994 männen och de 3268 kvinnorna som vårdats för whiplash-skador 2016.

³³ Dvs. medicinskt verksamhetsområde där patienten vårdades (slutenvård eller specialiserad öppenvård). I Socialstyrelsens sammanställning översätts lokala klinik-koder till registergemensamma koder, dvs. medicinska verksamhetsområden (MVO) med kod och förklarande text.

Läkemedel och whiplash-skador; 20 vanligaste läkemedlen som hämtats ut på recept bland personer vårdade för whiplash-skador 2016

Tabell 30. Läkemedel bland personer som vårdats för whiplash-skador (WAD) 2016

De 20 vanligast förekommande expedierade fyrställiga läkemedelsgrupperna³⁴ 2016 bland de 6262 personer som vårdats för diagnos S13.4 och/eller T91.8 (huvud- och bidiagnoser) i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård 2016. Antal individer och andel av totala antalet.

Läkemedelsgrupp	Antal	Andel
Övriga analgetika och antipyretika	1977	31,6 %
Antiinflammatoriska och antireumatiska medel, icke-steroida	1902	30,4 %
Opioider	1494	23,9 %
Antidepressiva medel	1201	19,2 %
Antibakteriella betalaktamer, penicilliner	1118	17,9 %
Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	921	14,7 %
Sömnmedel och lugnande medel	839	13,4 %
Antihistaminer för systemiskt bruk	781	12,5 %
Hormonella antikonceptionella medel för systemisk användning	711	11,4 %
Muskelavslappande medel, centralt verkande	625	10,0 %
Lugnande medel, ataraktika	620	9,9 %
Adrenergika, inhalationer	606	9,7 %
Medel vid förstoppning	544	8,7 %
Avsvällande och övriga medel för lokal behandling vid nässjukdomar	485	7,7 %
Antiepileptika	443	7,1 %
Kortikosteroider	433	6,9 %
Kortikosteroider för systemiskt bruk	404	6,5 %
Beta-receptorblockerande medel	394	6,3 %
Antikoagulantia	389	6,2 %
Vitamin B12 och folsyra	362	5,8 %

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

De vanligaste läkemedlen som hämtades ut på recept bland personer som vårdats för whiplash-skador 2016 var övriga analgetika (smärtstillande) och antipyretika (febernedsättande) (32 procent) samt antiinflammatoriska och antireumatiska medel (30 procent). Noterbart är den vanliga förekomsten av opioider (24 procent). Även antidepressiva medel (19 procent) och sömnmedel och lugnande medel (13 procent) var relativt vanligt förekommande. Samma mönster observerades bland både män och kvinnor.

³⁴ Dvs. läkemedel uthämtade mot recept (expedierade) och grupperade enligt ATC-koder (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*). ATC-kod (enligt WHO) är en klassifikationskod för gruppering av läkemedel i fem nivåer efter användningsområde och kemisk substans.

Sociodemografiska faktorer bland personer med respektive utan whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på RTB/LISA 2014 och patientregistret 2014 vilka omfattar samtliga åldrar respektive åldrarna 20–64 år. I analyserna har befolkningen kategoriserats i tre olika grupper:

- **Max primärvård:** En grupp som inte varit i kontakt med den specialiserade vården (dvs. inte med i patientregistret 2014), dessa personer är antingen ”friska” eller hade enbart kontakt med primärvården.
- **Sluten-/öppenvård, ej whiplash:** En grupp som varit i kontakt med den specialiserade vården (slutenvård och/eller specialiserad öppenvård), men inte med diagnos t.ex. whiplash-skada.
- **Har whiplash:** En grupp med t.ex. whiplash-skador, dvs. minst ett vårdtillfälle (slutenvård) och/eller minst ett specialistbesök (öppenvård) i en ”whiplash-diagnos” (huvud- eller bidiagnos) (se ”Definition av patientgrupper enligt ICD-10-diagnoser”).

Studiepopulationer

Tabell 31. Studiepopulationer baserade på LISA 2014 + PAR 2014

Totalt antal samt andel (%)

	Alla åldrar	20–64 år
Max primärvård	4,478,185 (56%)	3,337,136 (60%)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	3,571,911 (44%)	2,208,019 (40%)
Har whiplash-skador (patientgrupp ett)	6334* (0,1%)	5295** (0,1%)
Totalt antal hela populationen	8,056,430	5,550,450
(män/kvinnor)	(3,997,388/4,059,042)	(2,817,984/2,732,466)

Källa: LISA, SCB + RTB, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

*Fördelningen i hela befolkningen inte exakt densamma, men antal personer med whiplash-skador/nacksmärta var 21 149 (0,3 %) och antal personer med långvariga smärttillstånd var 153 856 (2 %).

**Fördelningen i hela befolkningen inte exakt densamma, men antal personer med whiplash-skador/nacksmärta var 16 811 (0,3 %) och antal personer med långvariga smärttillstånd var 102 315 (2 %).

Åldersfördelning

Tabell 32. Åldersfördelning bland personer med respektive utan whiplash-skador 2014

Andel individer i respektive ålderskategori inom olika grupper. Radprocent.

	0–19 år	20–34 år	35–44 år	45–54 år	55–64 år	65–74 år	75+ år
Max primärvård	7 %	26 %	17 %	17 %	14 %	11 %	7 %
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	5 %	20 %	13 %	14 %	15 %	17 %	16 %
Har whiplash	10 %	37 %	20 %	18 %	9 %	4 %	3 %

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Andelen med whiplash-skador 2014 (patientgrupp ett) var högst bland personer i åldrarna 20–34 år (37 procent). Personer med whiplash-skador var därmed något yngre jämfört med personer med t.ex. max primärvård och flest äldre (65–74 år respektive 75+ år) observerades bland personer med sluten- och specialiserad öppenvård, men inte whiplash-skador.

Könsfördelning

Tabell 33. Könsfördelning bland personer med respektive utan whiplash-skador 2014

Andel individer i respektive könscategori inom olika grupper. Radprocent.

	Män	Kvinnor
Max primärvård	54 %	46 %
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	44 %	56 %
Har whiplash	46 %	54 %

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

År 2014 var andelen med whiplash-skador högst bland kvinnor (54 procent), vilket även observerades bland personer med slutenvård/specialiserad öppenvård (inte whiplash-skador) (56 procent kvinnor), medan flest andel män observerades i gruppen max primärvård (54 procent).

Socioekonomisk status baserad på utbildningsnivå

Tabell 34. Utbildningsnivåer³⁵ bland personer med respektive utan whiplash-skador 2014

Andel individer i respektive utbildningsnivåkategori inom olika grupper. Radprocent.

	Låg utbildning Totalt (män/kvinnor)	Medelhög utbildning Totalt (män/kvinnor)	Hög utbildning Totalt (män/kvinnor)	Information saknas Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	11 % (13/9)	47 % (50/44)	40 % (36/45)	2 % (2/1)
Sluten-/öppen-vård, ej whiplash	14 % (17/12)	47 % (50/44)	38 % (32/43)	1 % (1/1)
Har whiplash	14 % (17/12)	55 % (59/51)	30 % (23/36)	1 % (1/0,6)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

År 2014 hade majoriteten av befolkningen medelhög utbildningsnivå. Andelen med låg utbildning var dock högst bland personer med whiplash-skador samt sluten-/specialiserad öppenvård (14 procent i respektive grupp) jämfört med personer med max primärvård. Vidare var andelen med hög utbildning lägst bland personer med whiplash-skador (30 procent) jämfört med övriga grupper. Bland män med whiplash-skador var andelen med låg utbildning ännu högre (17 procent) och andelen med hög utbildning lägst (23 procent).

Tabell 35. Utbildningsnivåer bland personer med respektive utan whiplash-skador/nacksmärta 2014

Andel individer i respektive utbildningsnivåkategori inom olika grupper. Radprocent.

	Låg utbildning Totalt (män/kvinnor)	Medelhög utbildning Totalt (män/kvinnor)	Hög utbildning Totalt (män/kvinnor)	Information saknas Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	11 % (13/9)	47 % (50/44)	40 % (36/45)	2 % (2/1)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash/nacksmärta	14 % (17/12)	46 % (50/44)	38 % (32/43)	1 % (1/1)
Har whiplash/nacksmärta	16 % (19/14)	53 % (50/50)	31 % (24/35)	1 % (0,8/0,6)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Samma mönster observerades bland personer med whiplash-skador/nacksmärta, dvs. andelen med låg utbildning var högst (16 procent) och andelen med hög utbildning lägst (31 procent) bland dessa personer jämfört med övriga två grupper. Bland män med whiplash-skador/nacksmärta var andelen med låg utbildning ännu högre (19 procent) och andelen med hög utbildning ännu lägre (24 procent).

³⁵ Utbildningsnivå har indelats i tre vedertagna kategorier; 1. Förgymnasial/Låg utbildning (0-9 år), 2. Gymnasial/Medelhög utbildning (10-12 år), 3. Eftergymnasial/Hög utbildning (12+ år).

Tabell 36. Utbildningsnivåer bland personer med respektive utan långvariga smärttillstånd 2014

Andel individer i respektive utbildningsnivåkategori inom olika grupper. Radprocent.

	Låg utbildning Totalt (män/kvinnor)	Medelhög utbildning Totalt (män/kvinnor)	Hög utbildning Totalt (män/kvinnor)	Information saknas Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	11 % (13/9)	47 % (50/44)	40 % (36/45)	2 % (2/1)
Sluten-/öppenvård, ej långvarig smärta	14 % (17/12)	46 % (50/44)	39 % (32/44)	1 % (1/1)
Har långvarig smärta	18 % (20/17)	51 % (53/50)	30 % (26/33)	1 % (1/0,9)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Även bland personer med långvariga smärttillstånd var andelen med låg utbildning högst (18 procent) och andelen med hög utbildning lägst (30 procent) jämfört med personer med t.ex. max primärvård. Bland män med långvariga smärttillstånd var andelen med låg utbildningsnivå 20 procent och bland kvinnor med långvariga smärttillstånd var andelen med låg utbildningsnivå 17 procent och andelen med hög utbildningsnivå var lägst bland män med långvariga smärttillstånd (26 procent).

Disponibel inkomst, sysselsättningsstatus, arbetslöshet, rehabiliteringspenning och handikappersättning

I bilaga 2 (tabell 1–4) redovisas resultat avseende disponibel inkomst, sysselsättningsstatus, rehabiliteringspenning och handikappersättning³⁶.

År 2014 var andelen personer med whiplash-skador något lägre i de högsta inkomstkategorierna (11 respektive 9 procent) jämfört med övriga grupper (tabell 1, bilaga 2) och inga skillnader mellan kvinnor och män observerades.

Majoriteten av befolkningen var förvärvsarbetande 2014, men andelen ”ej förvärvsarbetande utan kontrolluppgift” var högre bland personer med slutenvård/specialiserad öppenvård (17 procent) respektive whiplash-skador (14 procent) jämfört med personer med max primärvård (tabell 2, bilaga 2) och samma fördelning observerades bland både män och kvinnor.

Andelen som erhöll arbetslöshetsersättning 2014 var densamma bland personer med whiplash-skador, slutenvård/specialiserad öppenvård (inte whiplash-skador) och max primärvård (94–95 procent) (tabell 3, bilaga 2) och fördelningen var densamma bland både kvinnor och män.

Rehabiliteringsersättning och handikappersättning var ovanligt i befolkningen (tabell 4 och 5, bilaga 2). Högst andel med rehabiliteringsersättning observerades bland personer med whiplash-skador (ca två procent) (tabell 4, bilaga 2) och bland kvinnor med whiplash-skador var andelen något högre (två procent) jämfört med övriga grupper. Högst andel med handikappersätt-

³⁶ Regeringen lade i november 2017 fram en lagrådsremiss där handikappersättning föreslås ersättas med merkostnadsersättning vid funktionsnedsättning hos barn och vuxna.

ning observerades bland personer med sluten-/öppenvård, inte whiplash-skador (ca två procent) samt personer med whiplash-skador (ca en procent) (tabell 5, bilaga 2) och inga påtagliga skillnader mellan kvinnor och män observerades.

Sjukpenning

Tabell 37. Sjukpenning³⁷ bland personer med respektive utan whiplash-skador 2014

Andel individer i respektive sjukpenning-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	0 sjukpenning-dagar	1–179 sjukpenningdagar	180+ sjukpenningdagar
	Totalt (män/kvinnor)	Totalt (män/kvinnor)	Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	96 % (98/94)	3 % (2/5)	1 % (0,3/1)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	80 % (83/78)	15 % (13/16)	5 % (4/5)
Har whiplash	69 % (74/64)	19 % (17/21)	12 % (10/14)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

År 2014 hade majoriteten av befolkningen inte sjukpenning från Försäkringskassan (69–96 procent). Bland personer med whiplash-skador var dock andelen med sjukfrånvaro hög (sammanlagt 31 procent) och andelen långtidssjukskrivna (180+ sjukpenningdagar) var betydligt högre bland dessa personer (12 procent) jämfört med personer med sluten-/specialiserad öppenvård (inte whiplash-skador) (fem procent) respektive max primärvård (en procent). Högst andel sjukfrånvaro hade kvinnor med whiplash-skador (21 respektive 14 procent).

Tabell 38. Sjukpenning bland personer med respektive utan whiplash-skador/nacksmärta 2014

Andel individer i respektive sjukpenning-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	0 sjukpenning-dagar	1–179 sjukpenningdagar	180+ sjukpenningdagar
	Totalt (män/kvinnor)	Totalt (män/kvinnor)	Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	96 % (98/94)	3 % (2/5)	1 % (0,3/1)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash/nacksmärta	80 % (83/78)	15 % (13/16)	5 % (4/5)
Har whiplash/nacksmärta	63 % (68/60)	20 % (18/22)	17 % (14/18)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

³⁷ Sjukpenningdagar (bruttodagar) har indelats i tre kategorier baserade på rehabiliteringskedjan; 1. Ej sjukpenning. 2. 1–179 sjukpenningdagar. 3. 180+ sjukpenningdagar. Bruttodagar=alla dagar med sjukpenning räknas som sjukskrivningsdag, men hänsyn tas inte till partiell sjukpenning. I sjukpenningdata från Försäkringskassan är de första 14 sjukskrivningsdagarna inte inkluderade.

Samma mönster observerades bland personer med whiplash-skador/nacksmärta, dvs. betydligt högre andel långtidssjukskrivna (17 procent) jämfört med personer med sluten-/specialiserad öppenvård (fem procent) respektive max primärvård (en procent). Högst andel sjukfrånvaro hade kvinnor med whiplash-skador/nacksmärta (22 respektive 18 procent).

Tabell 39. Sjukpenning bland personer med respektive utan långvariga smärttillstånd 2014

Andel individer i respektive sjukpenning-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	0 sjukpenning-dagar	1–179 sjukpenningdagar	180+ sjukpenning-dagar
	Totalt (män/kvinnor)	Totalt (män/kvinnor)	Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	96 % (97/94)	3 % (2/5)	1 % (0,3/1)
Sluten-/öppenvård, ej långvarig smärta	81 % (83/79)	15 % (13/16)	4 % (4/5)
Har långvarig smärta	64 % (68/60)	22 % (20/23)	15 % (11/17)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Bland personer med långvariga smärttillstånd, inklusive whiplash-skador, observerades en betydligt högre andel långtidssjukskrivna (15 procent) jämfört med övriga grupper (en respektive fyra procent) och högst andel långtidssjukskrivna observerades bland kvinnor med långvariga smärttillstånd (17 procent).

Tabell 40. Sjukpenning bland patientgrupp ett, två och tre med låg utbildningsnivå

Andel individer per sjukpenning-kategori inom respektive patientgrupp och kön

	Whiplash-skador		Whiplash-skador/nacksmärta		Långvariga smärttillstånd	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0 sjukpenningdagar	64 %	70 %	62 %	63 %	68 %	66 %
1–179 sjukpenningdagar	20 %	17 %	18 %	18 %	16 %	20 %
180+ sjukpenningdagar	16 %	13 %	21 %	19 %	16 %	14 %
Antal	332	421	1333	1373	9825	9059

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Inom samtliga patientgrupper var andelen sjukfrånvaro högst bland kvinnor med låg utbildningsnivå, t.ex. var andelen långtidssjukskrivna 21 procent bland kvinnor med whiplash-skador/nacksmärta och låg utbildningsnivå.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Tabell 41. Inkomst föränledd av förtidspension/sjukbidrag/sjuk-/aktivitetsersättning* bland personer med respektive utan whiplash-skador 2014

Andel individer i respektive sjuk-/aktivitetsersättnings-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	Ej sjuk-/aktivitetsersättning Totalt (män/kvinnor)	Förekomst sjuk-/aktivitetsersättning Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	96 % (97/95)	4 % (3/5)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	90 % (90/89)	10 % (9/11)
Har whiplash	90 % (93/87)	10 % (7/13)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

*Före 2003 kallades sjuk- och aktivitetsersättning förtidspension.

År 2014 hade majoriteten av befolkningen inte sjuk- och aktivitetsersättning. Andelen med sjuk- och aktivitetsersättning var vanligast bland personer med slutenvård/specialiserad öppenvård (inte whiplash-skador) (10 procent) samt med whiplash-skador (10 procent) jämfört med personer med max primärvård (fyra procent). Andelen med sjuk- och aktivitetsersättning var högst bland kvinnor med whiplash-skador (13 procent) samt sluten-/specialiserad öppenvård, inte whiplash-skador (11 procent).

Tabell 42. Inkomst föränledd av förtidspension/sjukbidrag/sjuk-/aktivitetsersättning* bland personer med respektive utan whiplash-skador/nacksmärta 2014

Andel individer i respektive sjuk-/aktivitetsersättnings-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	Ej sjuk-/aktivitetsersättning Totalt (män/kvinnor)	Förekomst sjuk-/aktivitetsersättning Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	96 % (97/95)	4 % (3/5)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash/nacksmärta	90 % (91/90)	10 % (9/11)
Har whiplash/nacksmärta	86 % (89/84)	14 % (11/16)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

*Före 2003 kallades sjuk- och aktivitetsersättning förtidspension.

Andelen med sjuk- och aktivitetsersättning var vanligast bland personer med whiplash-skador/nacksmärta (14 procent) jämfört med övriga grupper, framför allt bland kvinnor med whiplash-skador/nacksmärta (16 procent).

Tabell 43. Inkomst föranledd av förtidspension/sjukbidrag/sjuk-/aktivitetsersättning* bland personer med respektive utan långvariga smärttillstånd 2014

Andel individer i respektive sjuk-/aktivitetsersättnings-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	Ej sjuk-/aktivitetsersättning	Förekomst sjuk-/aktivitetsersättning
Max primärvård	96 % (97/95)	4 % (3/5)
Sluten-/öppenvård, ej långvarig smärta	90 % (91/90)	10 % (9/11)
Har långvarig smärta	84 % (89/80)	16 % (11/20)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

*Före 2003 kallades sjuk- och aktivitetsersättning förtidspension.

Samma mönster observerades bland personer med långvariga smärttillstånd, dvs. högst andel med sjuk- och aktivitetsersättning (16 procent) och högst andel bland kvinnor (20 procent) jämfört med övriga två grupper.

Tabell 44. Inkomst föranledd av förtidspension/sjukbidrag/sjuk-/aktivitetsersättning* bland patientgrupp ett, två och tre med låg utbildningsnivå

Andel individer med respektive utan sjuk- och aktivitetsersättning inom respektive patientgrupp och kön

	Whiplash-skador		Whiplash-skador/nacksmärta		Långvariga smärttillstånd	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Ej sjuk-/aktivitetsersättning	79 %	91 %	73 %	84 %	69 %	83 %
Förekomst sjuk-/aktivitetsersättning	21 %	9 %	27 %	16 %	31 %	17 %
Antal	332	421	1333	1373	9825	9059

Källa: Lisa: SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

*Före 2003 kallades sjuk- och aktivitetsersättning förtidspension.

Inom samtliga patientgrupper var andelen med sjuk- och aktivitetsersättning högst bland kvinnor med låg utbildningsnivå, t.ex. var andelen med sjuk- och aktivitetsersättning 31 procent bland kvinnor med långvariga smärttillstånd och låg utbildningsnivå.

Inkomna ärenden till IVO och patientnämnder

Anmälningar till IVO

Svar från IVO registrator huvudregistraturen³⁸ inkom den 31 januari 2017 till Socialstyrelsen. IVO kategoriserar inte diagnoser i sitt dokument- och ärendehanteringssystem och därför utfördes fritextsökning avseende sökorden nacksmärta/whiplash-skada/pisksnärtsskada/WAD.

³⁸ Dvs. samordnade utlämnanden för samtliga sex regionala avdelningar; Avdelning nord, öst, mitt, sydväst, sydöst och syd.

Inga ärenden hade anmälts enligt lex Maria till IVO avseende ovanstående sökord 2010-januari 2017 och endast fyra klagomål/ärenden hade inkommit 2010, 2013, 2015 och 2016 (avseende sökordet whiplash). I ärendemeningarna fanns inga uppgifter om kön och ålder. De fyra ärendena handlade om behandling, fel i vården/fel diagnos, bristande undersökning och synpunkter på bemötande samt ej specificerat och avsåg både primärvård och specialistvård.

Anmälningar till patientnämnder

Svar från samtliga 21 patientnämnder inkom januari–maj 2017 till Socialstyrelsen. Svaren från Västmanlands län och Östergötlands län innehöll dock inga uppgifter (dvs. bortfall). Eftersom patientnämnderna inte registrerar diagnoser baseras det inkomna underlaget på fritextsökningar avseende sökorden. Bland de inkomna ärendena från de 19 patientnämnderna saknades ofta uppgifter om ålder och kön, men både kvinnor och män var representerade liksom olika vårdnivåer. Sammanlagt inkom enbart ett fåtal ärenden per patientnämnd/län (varav samma individ ibland förekom flera gånger, vissa ärenden var outredda, vissa var avslutade och vissa ärenden handlade inte om whiplash-skador).

De inkomna ärendena handlade t.ex. om trafikolyckor (påkörningsolyckor eller andra olyckor) som t.ex. inträffat för många år sedan. Problem som patienterna hade upplevt handlade t.ex. om hantering av ersättningar från Försäkringskassan eller ersättningar från trafikförsäkringen/försäkringsbolag, kommunikation och dåligt bemötande, missnöje med att inte få fortsatt läkemedelsbehandling, hantering av remisser och information, önskemål om mer/annan vård och synpunkter angående samverkan mellan vårdenheter samt tillgänglighet till t.ex. specialistvård. Vissa patienter hade besökt vården ett flertal gånger och hade t.ex. flera olika symtom (t.ex. psykisk ohälsa, kognitiva funktionsnedsättningar, långvarig smärta, yrsel och migrän). Det framkom även att många patienter var nöjda med patientnämndernas åtgärder, t.ex. rådgivning, information, hänvisning till IVO och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) samt att patientnämnden kontaktat patientens vårdgivare.

Sammanfattning resultat vårdutfall och sociodemografiska faktorer

Analyser baserade på kvalitetsregistret NRS visar att patientrapporterade utfallsmått (t.ex. smärta i genomsnitt, hälsorelaterad livskvalitet, fysisk och psykisk hälsa samt förmåga att hantera smärta och livssituation i stort) förbättrades bland patienter med whiplash-skador/nacksmärta efter avslutad smärtrehabilitering respektive ettårsuppföljning. Dessa patienter var också nöjda med t.ex. bemötande och delaktighet vad gäller denna vård och deras vårdkonsumtion hade minskat vid ettårsuppföljningen.

Analyser baserade på patientregistret visar en viss samsjuklighet avseende psykiska sjukdomar och förekomst av läkemedelsuthämtning mot recept av opioider, antidepressiva, sömnmedel och lugnande medel bland personer med whiplash-skador.

Analyser baserade på LISA och patientregistret visar att andelen med låg utbildningsnivå var högre bland personer med whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd jämfört med övriga grupper i befolkningen samt att andelen långtidssjukskrivna respektive med sjuk-/aktivitetsersättning var betydligt högre bland dessa patientgrupper, framför allt bland kvinnor med låg utbildningsnivå.

Inga ärenden enligt lex Maria avseende sökorden nacksmärta/whiplash-skada/pisksnärtsskada/WAD identifierades och enbart ett fåtal klagomål hade inkommit till IVO respektive patientnämnderna.

Omfattning av nationella kunskapsstöd och nytillkommen vetenskaplig litteratur samt behov av nationella kunskapsstöd till vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd

Patienters och professioners nationella organisationers perspektiv

Som nämndes i avsnittet om hälso- och sjukvårdens förutsättningar betonade flera företrädare för både patient- och professionsorganisationerna att vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd behöver förbättras. Dessutom betonades att det finns ett stort behov av nya och uppdaterade nationella kunskapsstöd som kan utgöra stöd för förbättringar.

RTP framhöll att behovet av nationella kunskapsstöd till vården inom detta område är mycket stort och att det även finns behov av regionala kunskapscentra.

SFRM betonade behovet av förbättring/uppdatering vad gäller dels patientinformationen avseende webbplatsen Vårdguiden 1177; pisksnärtsskada-whiplashskada (och eventuellt införande av nationell/central telefonrådgivning) samt dels det försäkringsmedicinska beslutsstödet S13.4 eftersom detta baseras på normalfallet och inte på patienter med långvarig smärta, vilka enligt SFRM utgör en stor andel av de akuta fallen.

Svenska Smärtläkarföreningen betonade behovet av evidensbaserade nationella riktlinjer och att dessa förankras (t.ex. avseende resurser) samt, i likhet med SFRM, behovet av att förbättra webbplatsen 1177 Vårdguiden enligt ovan.

Swedish Pain Society initierade 2013–2014 ett nationellt utvecklingsarbete om smärtvården i Sverige som utmynnade i Nationellt uppdrag: Smärta [22] där behovet av nationella kunskapsstöd framhålls av expertgruppen.

Fysioterapeuterna framhöll eventuellt behov av att uppdatera SBU:s systematiska litteraturöversikter [6, 27] med frågeställningen ”Vad är bra för enskilda patienter och subgrupper av patienter?”.

Vid studiebesöken betonade bägge smärtrehabiliteringsenheterna behovet av kunskapsstöd i form av t.ex. regionala vårdprogram och nationellt vårdprogram och värdet av kunskapscentra.

Landstingens och patientorganisationers enkätsvar

Ledning i landsting

SKL:s enkätsvar (bilaga 1) till ledning i landstingen visar att sex av landstingen har övergripande vårdprogram för långvarig smärta varav två återfinns i landsting med universitetssjukhus (Västerbotten och Skåne). Sex landsting har vårdprogram som omfattar specifika tillstånd, t.ex. whiplash-skador och fibromyalgi, varav fyra landsting (Kronoberg, Skåne, Värmland, Östergötland) har vårdprogram för whiplash-skador/nacksmärta. I Södermanland får samtliga patienter med långvariga smärttillstånd i princip samma behandling med vissa individuella anpassningar.

Länssjukhus och specialistvård

I SKL:s enkätsvar (bilaga 1) till länssjukhus och specialistvård framkom behov av övergripande vårdprogram/kunskapsstöd för långvarig smärta eftersom det råder brist på tillgång till ett gemensamt, uppdaterat och lätt tillgängligt kunskapsstöd som kan användas i klinisk vardag inom specialistvården.

Primärvård

I SKL:s enkätsvar (bilaga 1) framkom att tio landsting har vårdprogram för långvariga smärttillstånd inom primärvården och fem av dessa landsting svarade ja på enkätfrågan om vårdprogrammen följs. Kunskapsstöd inom ämnet smärta utöver vårdprogram finns i tre landsting.

Patientorganisationer

Enligt patientorganisationerna finns behov av nationella och regionala kunskapscentra som stödjer professionen.

Omfattning av nyttillkommen vetenskaplig litteratur

Utlåtandet från den nationella experten inkom till Socialstyrelsen i juni 2017. Detaljerade metodbeskrivningar och samtliga resultat från den systematiska sökningen avseende whiplash-skador respektive den systematiska sökningen avseende långvariga smärttillstånd, inklusive whiplash-skador, redovisas i bilaga 3.

Totalt identifierades 30 vetenskapliga artiklar avseende whiplash-skador/WAD 2015–2017 och 453 vetenskapliga artiklar avseende långvariga smärttillstånd 2012–2017. De flesta av de totalt 30 identifierade vetenskapliga artiklarna avseende whiplash-skador var randomiserade kliniska prövningar, framför allt om fysisk träning. Den vanligaste behandlingen avseende långvariga smärttillstånd var läkemedelsbehandling.

Sammanfattningsvis visar de systematiska sökningarna avseende whiplash-skador och långvariga smärttillstånd en omfattande internationell forskningsaktivitet, dvs. en stor mängd ny tillkommen vetenskaplig litteratur.

Omfattning av internationella kunskapsstöd

Detaljerad metodbeskrivning och samtliga resultat från den systematiska sökningen avseende kliniska riktlinjer/vårdprogram på engelska de senaste tio åren inom området långvariga smärttillstånd, inklusive whiplash-skador, redovisas i bilaga 3.

Totalt identifierades 126 kliniska riktlinjer i området och dessa omfattar ett stort antal allmänna sammanställningar av långvariga smärttillstånd (inklusive icke cancerrelaterad smärta (36), men även avseende mer avgränsade diagnoser, t.ex. fibromyalgi (sju), ländryggssmärta (40), ryggsmärta (sju) och nacksmärta inklusive whiplash-skador (tio).

Omfattning av nationella kunskapsstöd

Detaljerad metodbeskrivning och samtliga resultat från sökningen avseende kliniska riktlinjer på svenska de senaste tio åren redovisas i bilaga 3. Denna sökning baseras enbart på en sökmotor (Google), vilket kan innebära att sökningen inte är fullständig (sökterm Vårdprogram + tillståndet). Sammanlagt identifierades ca tio kliniska riktlinjer/vårdprogram.

Whiplash-skador

Avseende whiplash-skador/nacksmärta identifierades två vårdprogram; ett i Region Östergötland (publicerat 2007) och ett i Region Skåne (publicerat 2015). Enligt experten är Region Skånes vårdprogram förhållandevis kortfattat, vilket är en fördel eftersom principer för handläggning ska vara enkla att ta till sig för vårdgivare. Dock baseras detta vårdprogram på vetenskaplig litteratur t.o.m. 2013, vilket, baserat på resultaten från de systematiska sökningarna, antyder att detta vårdprogram liksom Region Östergötlands behöver uppdateras.

Långvariga smärttillstånd

Avseende långvariga smärttillstånd identifierades enbart ett vårdprogram (inte uppdaterat). Läkemedelsverket publicerade i juni 2017 en behandlingsrekommendation för långvariga smärtor hos barn och vuxna [5] vilken, enligt experten, tillmötesgår ett behov som funnits länge. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation baseras på underlag från expertgrupper och riktas till alla förskrivare utanför den specialiserade smärtvården. Enligt experten utgör denna rekommendation ett omfattande arbete baserat på gedigen klinisk erfarenhet, men rekommendationen baseras inte på systematiska sammanställningar av vetenskaplig litteratur.

Sammanfattningsvis visar sökningen avseende nationella kunskapsstöd/vårdprogram att de är få och att förankringen i evidens inte är uppdaterad samt att det finns behov av att uppdatera dessa baserat på nyttillkommen vetenskaplig litteratur.

Expertutlåtande avseende behov uppdatering av SBU:s systematiska litteraturöversikter samt nationella kunskapsstöd

Whiplash-skador

Den nationella experten konstaterar att det finns behov av att genomföra en systematisk litteraturöversikt av evidensen för diagnostik, behandling, rehabilitering och prevention vad gäller whiplash-skador, vilken kan användas vid framtagande av ett nationellt vårdprogram. Detta eftersom den systematiska sökningen visar en relativt stor forskningsaktivitet och eftersom det senast uppdaterade vårdprogrammet från Region Skåne baseras på vetenskaplig litteratur t.o.m. 2013 samt eftersom denna patientgrupp även identifierats i sökningen avseende långvariga smärttillstånd. Enligt experten kan Region Skånes vårdprogram för nacksmärta efter trafikolycka sannolikt i kombination med de under 2016 publicerade kliniska riktlinjerna på engelska fungera som utgångspunkter. Vidare framhåller experten betydelsen av strukturer som medför att både evidens och vårdprogram kan uppdateras kontinuerligt samt presenteras lättillgängligt för professionen i hälso- och sjukvården.

Långvariga smärttillstånd

Eftersom den systematiska sökningen avseende långvariga smärttillstånd påvisat omfattande forskningsaktivitet finns det enligt den nationella experten behov av uppdatering av evidensen för diagnostik, behandling, rehabilitering och prevention för patienter med långvariga smärttillstånd (enligt SBU 2006 och 2010), men denna litteraturöversikt bör även omfatta andra diagnoser som t.ex. funktionsstörning i käksystemet (*temporomandibular disorders*, TMD). Experten betonar även behovet av att vid en sådan uppdatering identifiera kunskapsluckor för att stimulera framtida forskning. Expertens förslag är att regionala kunskapscentra vid universitetskliniker inom området får ett särskilt ansvar och resurser för att kontinuerligt uppdatera den framtagna evidensen och ansvara för kunskapsspridning. Vidare betonar experten att den uppdaterade evidensen bör ligga till grund för framtagande av ett nationellt vårdprogram för långvariga smärttillstånd för att möjliggöra en evidensbaserad hälso- och sjukvård för patienter med långvariga smärttillstånd.

Whiplash-skador integrerat i långvariga smärttillstånd?

Enligt experten är dagens smärtdiagnoser ofta enbart anatomiska beskrivningar av var smärtan är lokaliserad, ibland kombinerat med en allmänt beskriven uppkomstmekanism (t.ex. WAD) och frågan är om den kliniska bilden och terapimöjligheterna på ett avgörande sätt skiljer sig mellan whiplash-skador och icke-traumatiskt utlösta nacksmärtor eller andra smärtor från t.ex. ryggen. Om skillnaderna är avgörande kan detta motivera en specifik genomgång av evidensen för olika behandlingar vid whiplash-skador, men experten bedömer att WAD kan ingå i den ovan föreslagna uppdateringen avseende långvariga smärttillstånd.

Sammanfattning resultat omfattning av nationella kunskapsstöd och nytillkommen vetenskaplig litteratur samt behov av nationella kunskapsstöd

Nationella patient- och professionsorganisationer framhåller behovet av uppdatering av befintliga samt framtäggande av nya nationella kunskapsstöd med syfte att förbättra vården.

Majoriteten av landstingen saknar regionala diagnosspecifika vårdprogram för t.ex. whiplash-skador/nacksmärta liksom regionala vårdprogram för samtliga långvariga smärttillstånd och anser att det finns behov av nationella kunskapsstöd.

Systematiska sökningar utförda av en nationell expert påvisar en stor mängd nytillkommen vetenskaplig litteratur och ett flertal internationella kunskapsstöd avseende både whiplash-skador/nacksmärta och långvariga smärttillstånd, men även brist på, samt behov av uppdatering av, nationella kunskapsstöd. Enligt experten finns behov av ny systematisk litteraturöversikt avseende whiplash-skador samt uppdatering av systematisk litteraturöversikt avseende långvariga smärttillstånd, där whiplash-skador kan inkluderas, samt behov av regionala kunskapscentra där nationella vårdprogram kan tas fram och kontinuerligt uppdateras baserade på ny/uppdaterad systematisk litteraturöversikt.

Sammanfattning av resultat och Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Förekomsten

Socialstyrelsen har analyserat tre patientgrupper där whiplash-skador ingår i samtliga. Whiplash-skador (patientgrupp ett) är vanligt förekommande och allra vanligast bland kvinnor och personer i arbetsför ålder och whiplash-skador/nacksmärta (patientgrupp två) samt långvariga smärttillstånd (patientgrupp tre) är mycket vanligt förekommande.

Hälso- och sjukvårdens förutsättningar

I dialog med patient- och professionsorganisationer, vid studiebesök vid smärtehabiliteringsenheter samt i SKL:s enkätundersökning av vården vid långvariga smärttillstånd har följande faktorer som kan bidra till en förbättrad god vård för personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd identifierats:

Vårdens organisation

- Förbättrad samordning mellan olika vårdnivåer.
- Beaktande av hela vårdkedjan (dvs. från akutfas till långvarig fas), vilket omfattar sekundärprevention, dvs. implementering av befintlig kunskap om riskfaktorer för långvariga smärttillstånd.
- Koordinering av rehabilitering och sjukskrivning.
- Förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård.

Specialistvård och evidensbaserad kunskap om smärta

- Multiprofessionellt teamarbete och specialiserad smärtehabilitering.
- Utbildning och kompetens inom området smärta och kunskapsspridning från professionen i specialistvården till professionen i primärvården.
- Genom fortsatt nationellt och internationellt samarbete skapa enhetlig diagnostik avseende långvariga smärttillstånd samt specifikt uppdaterad/ny WAD-klassificering.
- Ny multidisciplinär forskning.
- Implementering av befintliga forskningsresultat.

Vårdutfall

Socialstyrelsens behovs- och problemanalys visar att relevanta patientrapporterade utfallsmått förbättras efter smärtrehabilitering och att patienter rapporterar bra bemötande och är nöjda med denna vård. Inga skillnader i vårdutfall vid smärtrehabilitering observerades mellan kvinnor och män. Resultaten antyder att multimodal rehabilitering bidrar till god vård för patienter med whiplash-skador/nacksmärta.

Vidare förekommer psykisk ohälsa och läkemedelsbehandling avseende opioider och psykofarmaka bland patienter med whiplash-skador samt långtidssjukskrivningar och sjuk- och aktivitetsersättning bland patienter med whiplash-skador, whiplash-skador/nacksmärta samt långvariga smärttillstånd, framför allt bland kvinnor med låg utbildningsnivå. Detta påvisar behovet av att förbättra hela vårdkedjan och, om möjligt, förebygga långvariga smärttillstånd genom tidiga insatser eller vid långvariga smärttillstånd genom insatser i specialistvården, för att förbättra dessa personers hälsa och livssituation och möjliggöra återgång i arbete, minskad sjukfrånvaro och minskat vårdbehov. Analysen visar även att det finns grupper med t.ex. låg utbildningsnivå och/eller psykisk ohälsa som kan ha behov av särskilda insatser.

Behovet av nationella kunskapsstöd

Socialstyrelsens behovs- och problemanalys visar att det för närvarande saknas övergripande nationella kunskapsstöd, t.ex. ett nationellt vårdprogram, samtidigt som en stor mängd vetenskaplig litteratur har tillkommit de senaste åren. Vidare råder konsensus, baserat på dialog med organisationer som företräder patienter och professioner, studiebesök vid smärtrehabiliteringsenheter, SKL:s enkätundersökning av vården vid långvariga smärttillstånd samt expertutlåtande, avseende behovet av att ta fram nya respektive uppdatera befintliga nationella kunskapsstöd inom detta område.

Slutsatser och behov av åtgärder

Personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd har specifika problem och vårdbehov, men också problem och vårdbehov som är gemensamma med personer med andra långvariga smärttillstånd. Socialstyrelsen bedömer därför att framtagande respektive uppdatering av både diagnosspecifika nationella kunskapsstöd avseende whiplash-skador respektive långvariga smärttillstånd behövs, vilka omfattar hela vårdkedjan och samtliga vårdnivåer (primärvård, specialistvård, högspecialiserad vård), och att detta kan bidra till en mer jämlik vård. Socialstyrelsen avser därför att:

- Se över och vid behov uppdatera rekommendationerna avseende smärta inom ramen för **Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård**.
- Uppdatera **Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd** avseende whiplash-skador samt långvariga smärttillstånd (inklusive revidering/översyn avseende diagnoser).

Det kan även finnas behov av att:

- Se över och eventuellt uppdatera **SBU:s vetenskapliga systematiska kunskapsöversikt** avseende långvariga smärttillstånd (med tillägg av vissa diagnoser, t.ex. smärta och funktionsstörningar i käksystemet), vilken även omfattar whiplash-skador, eftersom systematiska sökningar påvisat stor omfattning av ny tillkommen vetenskaplig litteratur. Framtagande respektive uppdatering av t.ex. nationellt vårdprogram och andra nationella kunskapsstöd kan baseras på denna vetenskapliga systematiska kunskapsöversikt.
- Ta fram ett **nationellt vårdprogram**. För närvarande saknas nationella kunskapsstöd både på övergripande och professionsnära vårdprogramsnivå.
- Ta fram kunskapsbaserad **patientinformation** (t.ex. uppdatering av **webbplatsen 1177 Vårdguiden**) avseende whiplash-skador samt långvariga smärttillstånd.

I dialog med bland annat patient- och professionsorganisationer har det framförts behov av en nivåstrukturering avseende whiplash-skador samt andra långvariga smärttillstånd. Regeringens föreslagna nya beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården innebär möjligheter att genomlysa området utifrån kriterierna för nationell högspecialiserad vård. Behovet av ett nationellt vårdprogram kan övervägas inom ramen för landstingens sammanhållna struktur för nationell kunskapsstyrning.

Socialstyrelsen betonar betydelsen av att nationella kunskapsstöd tas fram respektive uppdateras gemensamt i multiprofessionella/multidisciplinära expertgrupper för att uppnå nationell/internationell professionell evidensbaserad konsensus och att detta görs i samråd med patientorganisationer och andra aktörer (t.ex. Försäkringskassan).

Socialstyrelsen bedömer även att det är av stor vikt med långtidsuppföljning av evidensbaserade behandlingar vid whiplash-skador och långvariga smärttillstånd med syfte att bidra till en god vård.

Referenser

1. OECD. Health at a glance 2015. OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2015.
2. Sveriges officiella statistik. Vägtrafikskador 2016. Statistik 2017:12. Trafikanalys; 2017-04-26.
3. Transportstyrelsen. Hämtad 2017-11-29 från <https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik/Olycksstatistik/Polisrapporterad-statistik/Nationell-statistik/>.
4. Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2016. Sveriges officiella statistik. Hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2017.
5. Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket; 2017;28(3):23–53.
6. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteratursöversikt. SBU; 2006.
7. Multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggssmärta. SBU kommenterar. Kommentar och sammanfattning av utländska kunskapsöversikter. SBU; 2015.
8. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Nationella medicinska indikationer. Rapport 2011:02 från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Svenska Läkaresällskapet, SKL, Socialstyrelsen, SBU; 2011.
9. Vårdprogram för nacksmärta och funktionsnedsättning efter olycka. Regionalt vårdprogram. Region Skåne; 2015-03-15.
10. Whiplash injury. Perspectives on the development of chronic pain. Kasch H, Turk DC, Jensen TS (eds.). IASP. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2016.
11. Fact sheet no 18. Neck pain. IASP; 2017.
12. Fysisk aktivitet vid långvariga utbredda smärttillstånd. FYSS-kapitel; Långvariga smärttillstånd; 2015-03-04.
13. Ludvigsson Landén M. Neck-specific exercise with or without a behavioural approach, or prescription of physical activity in chronic whiplash associated disorders. Doktorsavhandling. Linköping: Linköpings universitet; 2016.
14. Gustafsson M, Stigson H, Krafft M, Kullgren A. Risk of permanent medical impairment (RPMI) in car crashes correlated to age and gender. Traffic Inj Prev 2015;16(4):353-61.
15. Fritz J. Toward improving outcomes in whiplash: Implementing new directions of care. J Orthop Sports Phys Ther 2017;47(7):447-448.
16. Behov av praktisknära forskning och vetenskaplig utvärdering inom viktiga områden. En analys av vetenskapliga kunskapsluckor år 2017 inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS. SBU bereder. SBU; Rapport 263/2017.
17. Curatolo M. Pharmacological and interventional management of pain after whiplash injury. J Orthop Sports Phys Ther 2016;46(10):845-850.

18. Nationella indikatorer för God vård. Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2009.
19. Nationella registret över smärtrehabilitering, NRS. Hämtad 2017-11-28 från <http://www.ucr.uu.se/nrs/>.
20. Jansson C, Alexanderson K. Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses and risk of diagnosis-specific disability pension. A nationwide Swedish prospective cohort study. *Pain* 2013;154(6):933-41.
21. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48).
22. Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK). Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
23. Stålnacke B-M, Bäckryd E, Roeck-Hansen E, Novo M, Gerdle B. Smärtanalys och diagnossättning vid kroniska smärtor inom specialiserad smärtvård. Diagnosgruppen inom Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS). Nationella Registret över Smärtrehabilitering; Rapport 2014:3.
24. Hara Walseth K, Borchgrevink P. National guidelines for evaluating pain – Patients' legal right to prioritised health care at multidisciplinary pain clinics in Norway implemented 2009. *Scand J Pain* 2010;(1):60-63.
25. Organisering och drift av tvärfaglige smertekliniker. Helsedirektoratet; 2015.
26. IASP. Hämtad 2017-12-14 från <https://www.iasp-pain.org/DCNPS>.
27. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2. SBU; 2010.
28. Westergren H, Larsson J, Freeman M, Carlsson A, Jöud A, Malmström EM. Sex-based differences in pain distribution in a cohort of patients with persistent post-traumatic neck pain. *Disabil Rehabil* 2017; (27):1-10.
29. Bendix T, Kjellberg J, Ibsen R, Jennum PJ. Whiplash(-like) injury diagnoses and co-morbidities –both before and after the injury: A national registry-based study. *BMC Musculoskelet Disord* 2016(14);17:24.
30. Överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin: PM angående vård av smärttillstånd enligt överenskommelsen 2016. SKL; 2016.
31. Överenskommelse om sjukskrivning och rehabilitering 2017-2018. Frågor och svar; Villkor 3 – Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. SKL; 2016.

Bilaga 1. SKL:s enkätundersökning av vården vid långvariga smärttillstånd

I denna bilaga redovisas landstingens enkätsvar avseende SKL:s enkätundersökning [22] till ledning, länssjukhus/specialistvård och primärvård.

Ledning

Tabell 1. Ledningsenkäten: Kartläggning av vården vid långvariga smärttillstånd

Landsting/län	Övergripande vårdprogram	Vårdprogram specifika tillstånd	Organiserad smärtrehabilitering primärvård/specialistvård	Specificerat smärtbehandlingsuppdrag	Landstingsfinansierad vidareutbildning (samtliga yrkesgrupper?)
Blekinge	-	-	-	-	-
Dalarna	Nej	Delvis	Ja	Nej	Nej
Gotland	-	-	-	-	-
Gävleborg	-	-	-	-	-
Halland	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja (samtliga)
Jämtland	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja (samtliga)
Jönköping	-	-	-	-	-
Kalmar	Nej	Delvis	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Nej	Delvis	Ja	Nej	Ja (samtliga)
Norrbottn	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Ja (samtliga)
Skåne	Delvis	Ja	Ja	Nej	Ja (samtliga)
Stockholm	Nej	Nej	Nej/Ja	Vet ej/Ej svar	Ja (ej samtliga)
Södermanland	Ja	Delvis	Ja	Nej	Nej
Uppsala	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Ja (samtliga)
Värmland	Ja	Ja	Vet ej/vet ej	Ja	Ja (ej samtliga)
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (vet ej)
Västernorrland	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Vet ej/ja	Vet ej/Ej svar	Ej svar
Västra Götaland	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja (samtliga)
Örebro	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja (samtliga)
Östergötland	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Totalt (%) ja-svar	6 (35)	6 (35)	14 Ja PV 16 Ja SV	7 (41)	11 (65)

Källa: Nationellt uppdrag: Smärta, SKL 2016

Länssjukhus och specialistvård (1)

Tabell 2. Länssjukhus och specialistvård: Kartläggning av vården vid långvariga smärttillstånd

Landsting/län	Ökning antal patienter som fått re-habitering	Förekomst klinisk forskning inom SV	Möjlighet ryggmärgs-stimulering	Smärtombud/koordinator/smärtansvarig	ST-block smärt-lindring
Blekinge	Nej	Vet ej	Nej	Ja	Nej
Dalarna	Vet ej	Nej	Ja	Ja	Nej
Gotland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	-	-	-	-	-
Halland	Nej	Vet ej	Nej	Ja	Nej
Jämtland	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Kronoberg	Nej	Nej	Nej	Vet ej	Nej
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Nej
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Södermanland	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Nej	Ja	Ja	Nej	Vet ej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Totalt (%) ja-svar	12 (60)	11 (55)	15 (75)	14 (70)	9 (45)

Källa: Nationellt uppdrag: Smärta, SKL 2016

Länssjukhus och specialistvård (2)

Tabell 3. Länssjukhus och specialistvård: Kartläggning av vården vid långvariga smärttillstånd

Landsting/län	Remittering specialist-enheter, remisskrav?	Preciserat skriftligt uppdrag	Strukturerat omhändertagande läkemedelsberoende	Multidisciplinär smärtcentrum region-universitets-sjukhus	Multidisciplinär smärtmottagning länssjukhus
Blekinge	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Nej
Gotland	Ja	Vet ej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	-	-	-	-	-
Halland	Ja	Nej	Ja	Ej svar	Nej
Jämtland	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Jönköping	Ja	Vet ej	Nej	Ej svar	Ej svar
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Norrbottn	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja	Ja	Ja (lokalt)	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Södermanland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Nej	Ja	Nej	Nej	Ej svar
Västernorrland	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Örebro	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Totalt (%) Ja-svar	14 (70)	8 (40)	7 (35)	13 (65)	10 (50)

Källa: Nationellt uppdrag: Smärta, SKL 2016

Primärvården (1)

Tabell 3. Primärvård: Kartläggning av vården vid långvariga smärttillstånd

Landsting/län	Vårdprogram primärvård	Om ja, följs det?	Multiprofessionella team primärvården	Smärtutbildning primärvården
Blekinge	Ja	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	-	-	-	-
Gävleborg	Vet ej	-	Ja	Vet ej
Halland	-	-	-	-
Jämtland	Nej	-	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Vet ej	Ja	Nej
Kalmar	Nej	-	Ja	Nej
Kronoberg	Vet ej	-	Ja	Nej
Norrbottn	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Vet ej	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Ja
Södermanland	Ja	Vet ej	Ja	Ja
Uppsala	Vet ej	-	Ja	Ja
Värmland	Vet ej	-	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Vet ej
Västmanland	Ja	Vet ej	Ja	Nej
Västra Götaland	Nej	-	Ja	Ja
Örebro	-	-	-	-
Östergötland	Vet ej	-	Ja	Vet ej
Totalt (%) ja-svar	10 (56)	10 svar, varav 5 ja	17 (94)	9 (50)

Källa: Nationellt uppdrag: Smärta, SKL 2016

Primärvården (2)

Tabell 4. Primärvård: Kartläggning av vården vid långvariga smärttillstånd

Landsting/län	Koordinator/ombud/ansvarig smärftfrågor primärvård	Bedrivs metodutveckling/forskning	Finns sökordet smärta i elektroniska journaler/registersystem	Kunskapsstöd inom ämnet utöver vårdprogram
Blekinge	Nej	Ja	Ja	Vet ej
Dalarna	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja
Gotland	-	-	-	-
Gävleborg	Nej	Vet ej	Vet ej	Nej
Halland	-	-	-	-
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Ja	Nej
Kronoberg	Vet ej	Vet ej	Vet ej	-
Norrbottn	Ja	Vet ej	Ja	Vet ej
Skåne	Ja	Ja	Nej	Vet ej
Stockholm	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Södermanland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Ja
Uppsala	Nej	Vet ej	Nej	Vet ej
Värmland	Nej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Västerbotten	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Nej
Västernorrland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Nej	Ja	Ja	Nej
Örebro	-	-	-	-
Östergötland	Nej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Totalt (%) ja-svar	3 (17)	3 (17)	5 (28)	3 (17)

Källa: Nationellt uppdrag: Smärta, SKL 2016

Bilaga 2. Disponibel inkomst, sysselsättningsstatus, arbetslöshet, rehabiliteringspenning och handikappersättning

Tabell 1. Disponibel inkomst³⁹ bland personer med respektive utan whiplash-skador (WAD) 2014

Andel individer i respektive disponibel inkomst-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	0– 10	11– 20	21– 30	31– 40	41– 50	51– 60	61– 70	71– 80	81– 90	91– 100
Max primärvård	8%	8%	6%	5%	8%	11%	13%	14%	14%	12%
Sluten-/öppen-vård, ej whiplash	5%	10%	9%	7%	10%	12%	12%	12%	12%	12%
Har whiplash	4%	8%	8%	8%	12%	14%	13%	13%	11%	9%

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Tabell 2. Sysselsättningsstatus⁴⁰ bland de med respektive utan whiplash-skador (WAD) 2014

Andel individer i respektive sysselsättningsstatus-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	Förvärvsarbe- tande	Ej förvärvsarbetande med kontrolluppgift	Ej förvärvsarbetande utan kontrolluppgift
Max primärvård	80 %	8 %	12 %
Sluten-/öppen-vård, ej whiplash	76 %	8 %	17 %
Har whiplash	78 %	8 %	14 %

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

³⁹ Individens delkomponent till hushållets/familjens disponibla inkomst enligt 2004 års metod/definition har kategoriserat som belopp i hundratals kronor i deciler.

⁴⁰ Sysselsättningsstatus har indelats i tre kategorier; 1) Förvärvsarbetande, 2. Ej förvärvsarbetande med kontrolluppgift, 3. Ej förvärvsarbetande utan kontrolluppgift (=utan kontrolluppgift från arbetsgivare eller företagarinkomst under året).

Tabell 3. Förekomst av arbetslöshetsersättning⁴¹ bland personer med respektive utan whiplash-skador (WAD) 2014

Andel individer i respektive arbetslöshetsersättnings-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	Ej arbetslöshetsersättning	Förekomst arbetslöshetsersättning
Max primärvård	95%	5%
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	95%	5%
Har whiplash	94%	6%

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Tabell 4. Rehabiliteringsersättning⁴² bland personer med respektive utan whiplash-skador (WAD) 2014

Andel individer i respektive rehabiliteringsersättnings-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	Ej rehabiliteringsersättning Totalt (män/kvinnor)	Förekomst rehabiliteringsersättning Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	99,8 % (99,9/99,7)	0,17 % (0,1/0,3)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	99,2 % (99,4/99,1)	0,8 % (0,6/1,0)
Har whiplash	98,04 % (98,2/97,9)	1,96 % (1,8/2,1)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

Tabell 5. Handikappersättning⁴³ bland personer med respektive utan whiplash-skador (WAD) 2014

Andel individer i respektive handikappersättnings-kategori inom olika grupper. Radprocent.

	Ej handikappersättning Totalt (män/kvinnor)	Förekomst handikappersättning Totalt (män/kvinnor)
Max primärvård	99,58% (99,6/99,6)	0,42% (0,4/0,4)
Sluten-/öppenvård, ej whiplash	98,54 % (98,4/98,6)	1,46% (1,6/1,4)
Har whiplash	98,85% (99,3/98,5)	1,15% (0,7/1,5)

Källa: LISA, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen

⁴¹ Om en individ under aktuellt år erhållit någon arbetslöshetsersättning.

⁴² Om en individ under aktuellt år erhållit någon rehabiliteringsersättning.

⁴³ Handikappersättning kan utges till personer mellan 19-64 år. Handikappersättning ges om funktionsförmågan är nedsatt och om handikappet väntas bli bestående under längre tid.

Bilaga 3: Expertutlåtande

Bilaga 3 finns på www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-3