



VAD händer efter WAD?

En fallstudie av en whiplashskadad individs
hälsorelaterade livskvalitet

Seija Rytönen

GYMNASTIK-OCH IDROTTHÖGSKOLAN

Examensarbete: 34:2006

Hälsopedagogprogram

Handledare: Rolf Carlson

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att få en djup förståelse för en whiplashskadad individs livssituation, belysa dennes upplevelse av sin nuvarande hälsorelaterade livskvalitet samt hur denna tedde sig i jämförelse med andra whiplashskadade. De använda frågeställningarna belyste de fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska aspekter samt dessas påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten hos respondenten.

Metod

Utifrån studiens syfte valdes en fallstudie som metod. Studien genomfördes på en respondent med en djupintervju som undersökningsmetod. I redovisningen av resultaten samt i den sammanfattande diskussionen har frågeställningarna besvarats med hjälp av citat samt relaterats till andra individers upplevelse av deras hälsorelaterade livskvalitet.

Resultat

De skador som respondenten ådrog hos sig vid olyckstillfället har resulterat i nedsatt hälsorelaterad livskvalitet. De fysiska besvären, speciellt smärtan, påverkar hennes psykiska välmående negativt. Den försämrade ekonomiska situationen samt förändrat socialt umgänge är ytterligare faktorer som påverkat hennes hälsorelaterade livskvalitet. Respondentens upplevelse av sin hälsorelaterade livskvalitet sammanfaller i många avseenden med andra individer med liknande besvär.

Slutsats

Smärta verkar vara den mest betydelsefulla enskilda påverkansfaktorn som sänkt respondentens hälsorelaterade livskvalitet mest. Respondentens upplevelse av sin hälsorelaterade livskvalitet kan ge oss en uppfattning om hur en person med whiplashbesvär kan uppleva sin livssituation. Studiens resultat kan användas som hjälpmedel för olika yrkesgrupper som kommer i kontakt med whiplashpatienter eller patienter som lider av andra kroniska smärttillstånd.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	1
1 Introduktion.....	4
1.1 Inledning	4
1.2 Bakgrund.....	5
1.2.1 Vad är whiplash associated disorders	6
1.2.2 Hälsorelaterad livskvalitet.....	8
1.2.3 Smärta	9
1.2.4 Forskningsläge	10
1.3 Syfte och frågeställningar	12
2 Metod	12
2.1 Tillvägagångssättet.....	12
2.2 Respondenten	13
2.3 Litteratur.....	13
2.4 Validitet och reliabilitet	14
3 Resultat.....	15
3.1 Personbeskrivning	15
3.2 Olyckan och eftervården	16
3.3 Livet efter olyckan	18
3.3.1 Fysisk påverkan.....	18
3.3.2 Psykisk påverkan.....	19
3.3.3 Social påverkan	21
3.3.4 Ekonomiska påföljder	22
3.4 Respondentens hälsorelaterade livskvalitet.....	23
4 Sammanfattande diskussion	25
5 Slutkommentar	29
Käll- och litteraturförteckning.....	31
Bilaga 1	33
Bilaga 2	34

1 Introduktion

1.1 Inledning

Uppsatsskrivarens intresse för whiplashskador väcktes i privata diskussioner med respondenten som drabbats av en whiplashskada. Uppsatsskrivarens uppfattning om hälsa stödjer sig på den humanistiska synen på hälsa, där hälsan anses vara mer än frånvaro av sjukdom¹ och ett av medlen att nå bra livskvalitet. Därmed var det av intresse att studera whiplash ur individens synvinkel där den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten skulle användas som parameter. Redan i tidigt skede fick uppsatsskrivaren en komplex bild av whiplashrelaterade besvär samt de komplikationer som skadan kan medföra. Respondentens livsvillkor hade ändrats markant till följd av skadan. Som blivande hälsopedagog var det intressant att studera hur en fysisk skada, i det här fallet whiplashskada, kan påverka individens hälsorelaterade livskvalitet.

Forskarna är inte eniga om whiplashskadornas uppkomstmekanismer och de involverade strukturerna. De olika strukturerna i nacken, ledband och/eller senor, kan skadas till följd av accelerationsvåldet i samband med krocken det vill säga till följd av huvudets rörelse. De efterföljande skadorna kan orsaka stort lidande för de drabbade personerna i varierande form av fysiska besvär men även en rad psykiska besvär som kan förstärkas om de drabbade upplever att de inte bli trodda eller tagna på allvar av sjukvården.²

Enligt Trafikskadenämndens statistik drabbas cirka 30 000 personer årligen av whiplashskador i samband med trafikolyckor i Sverige. Av dessa personer räknas cirka 1 500 personer få en invaliditetsgrad på minst 10 % efter skadan.³ Antalet skadade kan vara ännu högre än det ovan angivna beroende på att statistiken inte inkluderar dem som blivit besvärsfria efter en whiplashskada, samt att olika metoder används i sammanställning av statistiken. Det finns inte heller studier som systematisk undersöker hur vanligt det är att råka ut för whiplashtrauma.⁴

¹ Jennie Medin, Kristina Alexandersson, *Begreppen: Hälsa och hälsofrämjande-en litteraturstudie* (Lund Studentlitteratur, 2000), s. 46-62

² Whiplashkommissionen, Whiplashkommissionens slutrapport, 2005 a, <<http://www.whiplashkommissionen.org/rapporter/rapporter.html>> s. 3

³ Whiplashkommissionen a, s. 1

⁴ Ibid, s. 37

Risken att drabbas av långvariga besvär är statistiskt sett liten, men antalet drabbade personer är ändå stort beroende på att trafikolyckorna är så vanliga.⁵ Därmed medför whiplashskador stora kostnader för samhället. Bestående whiplashbesvär visar stora likheter med andra kroniska smärttillstånd och andra typer av rygg- och nackbesvär.⁶ Det anmärkningsvärda är, att dessa besvär kostar samhället tre gånger mer än andra rygg- och nackbesvär.⁷ Tittar man endast på de indirekta kostnaderna i form av alla sjukskrivningar i Sverige ser man att hälften, 50 miljoner kronor årligen, utgörs av whiplashskadade. Läger man därtill de övriga kostnaderna, direkta i form av bl.a. sjukvårdskostnader, samt de psykosociala kostnader som drabbar själva individen, utöver inkomstbortfallet, blir kostnaden betydligt högre. Enligt en "cost-of-illness" kalkyl framtagen av docent Marcus Radetzki, där hänsyn tas även till de framtida kostnaderna, kan whiplashrelaterade skador komma att kosta över 4 miljarder kronor för samhället under ett år.⁸

1.2 Bakgrund

Historiskt sett är whiplash inget nytt fenomen. Redan i slutet av 1800-talet beskrevs whiplashskador i litteraturen i samband med kollisioner i tågtrafiken. Redan då var diagnostiken omstridd bland forskarna.⁹ I modern tid har whiplashrelaterade besvär under 1980-talet blivit ett stort samhällsproblem främst beroende på ökad bilism. Nyare bilar har styvare stolar vilket bland annat ökar risken för skador. Paradoxalt nog är användandet av säkerhetsbältet en riskfaktor i detta avseende. (Rörelsekraftens påverkan på inre strukturer ändras då säkerhetsbältet stannar upp kroppens rörelse vid en kollision.) Den snabba täta stadstrafiken har ökat antalet krockar med påkörningar bakifrån. Andra bidragande orsaker kan vara det vanligt förekommande mobiltelefonanvändandet i samband med bilkörning. Statistiken har inte heller sammanställts tidigare på samma sätt, samtidigt som användning av diagnosen whiplashskada är mera konsekvent idag än tidigare. Alla dessa faktorer har bidragit till ökat antal whiplashskador statistiskt sett.¹⁰

Utan att närmare gå in i detaljbeskrivning av behandlingen av whiplashskador kan man konstatera att tidig diagnos och rehabilitering är grundförutsättningar för optimalt resultat. En

⁵ Ibid, s. 38

⁶ Ibid, s. 76-80

⁷ Ibid, s. 81

⁸ Ibid, s. 80

⁹ Bo C Bertilson, "WAD gäller? Referat från 2005 International Whiplash Trauma Congress, Breckenridge, Colorado", *Medicinsk Forum*, (2005:2), s. 40

¹⁰ Whiplashkommissionen a, s. 23

smärtbehandling, där vårdgivarna (läkare, sjukgymnast, terapeut) samarbetar har visat sig effektiv när det gäller smärthantering och upplevd livskvalitet. För övrigt följer rehabiliteringen samma principer som rehabilitering på andra kroniska smärttillstånd. Ett individuellt anpassat rehabiliteringsprogram är att rekommendera där konstruering av behandlingen bör ske i samarbete mellan alla behandlande parter tillsammans med patienten.¹¹

1.2.1 Vad är whiplash associated disorders

Begreppet "whiplash" myntades av Crowe redan år 1928.¹² Whiplashskadan orsakas av själva whiplashrörelsen, som har tre olika delmoment. Det första momentet sker när kroppen stöts framåt i rörelsens riktning medan huvudet inte följer med rörelsen. Den andra delen av rörelsen kan liknas vid en slangbolla där ryggens vävnader når sin maximala uttöjning medan huvudet kastas framåt av att ha träffat fast föremål bakom sig. I det sista momentet bromsas huvudets rörelse framåt, för att sedan kastas bakåt igen, eventuellt upprepade gånger.¹³ Till följd av denna rörelse kan olika strukturer i halsryggen och hjärnan skadas beroende på rörelsekraften och resultera i varierande tillstånd som kallas för whiplashrelaterade tillstånd (eng. whiplash associated disorders, WAD). Alla individer som drabbas av whiplashvåld utvecklar dock inte långvariga och uttalade besvär.

WAD förknippas med en stor mängd symptom, som anses av många forskare vara ett följdillstånd av kronisk smärta. Till symptombilden hör exempelvis smärta, stelhet, begränsad nackrörlighet, ökad muskelspänning, neurologiska symptom (känsl störningar) samt otoneurologiska symptom (störningar i ögats rörelseförmåga). Även kognitiva svårigheter kan uppstå i form av minnes- och koncentrationssvårigheter.¹⁴

Trafikolyckan kan upplevas som traumatisk av en del individer vilket kan resultera i stressrelaterade tillstånd. Dessa reaktioner är förknippade med ångestkänslor och depression, symptom som även en del whiplashpatienter drabbas av.¹⁵ Det mest långvariga

¹¹ Ibid, s. 5-8

¹² Ibid, s. 36

¹³ Bertilson, ss. 40-42

¹⁴ Whiplashkommissionen a, s. 43

¹⁵ Whiplashkommissionen och Svenska Läkaresällskapet, Diagnostik och tidigt omhändertagande av whiplashskador, 2005 b, <<http://www.whiplashkommissionen.org/rapporter/rapporter.html>> s. 46-47

stressrelaterade tillståndet kallas för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och är enligt många rapporter förknippad med personer som varit med i en trafikolycka.¹⁶

Det finns flera förklaringsmodeller för skademekanismerna vid WAD och de påverkade anatomiska strukturerna. Enligt vissa forskare kan det främre longitudinella ligamentet, ett av ligamenten som stabiliserar nacken, få strukturella skador av whiplashvåldet.¹⁷ En del studier visar samband mellan whiplashsskador och patologiska förändringar i diskar samt diskarnas infästning till ändplattan, men också motsatta studier finns som inte har kunnat visa liknade samband.¹⁸ En uppfattning som delas av många forskare i Sverige är att de diagnostiserade förändringarna i nacken kan vara åldersrelaterade degenerativa förändringar och därmed inte beror på whiplashvåldet. Inom den internationella forskningen anses det däremot som självklart att "*det med tiden efter trauma mot ryggraden utvecklas artros (spondylos) i ryggraden*",¹⁹ det vill säga att slitningar i leder kan utvecklas till följd av whiplashvåldet. Flertal studier antyder att påverkan på facettleder är delorsak till kvarstående besvär, men eftersom skadan är svårdiagnostiserad med konventionella radiologiska metoder är sambandet svårt att bevisa. En ny radiologisk metod, höghastighetsfilmning har framgångsrikt kunnat påvisa patologisk rörlighet i ryggradssegment då diskskada uppstått vid whiplashtrauma.²⁰

Enligt en del studier är det påverkan på de perifera nerverna samt centrala nervsystemet (CNS) som skulle kunna förklara besvären. Det finns flera studier som visar samband mellan perifer och central sensitisering hos patienter med whiplashskada.²¹ Fynd i form av bland annat förändringar i hjärnans elektriska aktiviteter mätt med elektroencefalogram (EEG), nedsättning av nerv- och hjärnstamfunktioner har hittats, men vetenskapliga studier är inte entydiga i detta avseendet.²² Bland den nyaste forskningen finns en hypotes där det föreslås att tryckförändringar i spinalkanalen kan skada spinala nervstrukturer, särskilt ganglier till följd av whiplashvåldet. I djurexperiment har man kunnat visa påverkan på ganglierna samt det efterföljande sensitisering av nervsystemet via CNS-påverkan.²³

¹⁶ Rolf Ekman, Bengt Arnetz (red), *Stress Molekylerna Individens Organisationer Samhället* (Stockholm, Författarna och Liber AB, 2002), s. 192 - 200

¹⁷ Whiplashkommissionen a, s. 28-29

¹⁸ Whiplashkommissionen b, s. 28-30

¹⁹ Bertilson, s. 41

²⁰ Ibid, s. 40

²¹ Ibid, s. 35;

Bertilson, s. 42

²² Whiplashkommissionen b, s. 28-31

²³ Bertilson, s. 42

1.2.2 Hälsorelaterad livskvalitet

Det råder ingen samstämmighet om definitionen av livskvalitet. Livskvalitet kan beskrivas som dynamisk interaktion mellan de yttre och inre förhållandena i individens liv. Det kan också förklaras som individens tillfredsställelse inom de livsområden som är viktiga för individen själv.²⁴ The World Health Organisation (WHO)²⁵ har en bred syn som förklarar livskvaliteten utifrån individens upplevelse i sammanhanget med yttre (kulturella, sociala och miljö) faktorer. En förklaringsmodell utvecklad av Lawton²⁶ tar också hänsyn till individens upplevelser och förutsättningar i interaktion med yttre miljö. Den uppdelar livskvalitet i fyra sektioner; social kompetens, upplevd livskvalitet, objektiv miljö och psykosocialt välmående.²⁷

Uppsatskrivarens syn, där hälsan ses som en helhetsfråga innefattande fysisk och psykisk hälsa, psykosociala samt ekonomiska faktorer, stödjer sig på dessa definitioner. Individens egen upplevelse av sin situation ses som utgångspunkt där balans mellan de olika faktorerna behövs för att uppnå en bra hälsorelaterad livskvalitet.

Den internationellt mest använda metoden som mäter individens upplevelse av sin hälsorelaterade livskvalitet är 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Den anses vara den mest lämpade metoden att mäta livskvalitet i samband med muskeloskeletal besvär, däribland whiplash.²⁸ Metoden går ut på att med hjälp av noggrant konstruerade frågor och standardiserade svar mäta upplevelsen av hälsa på åtta delområden som har betydelse för individens välmående och uppfattning av sin hälsorelaterade livskvalitet.²⁹ Dessa områden är: 1) fysisk funktionsförmåga; 2) begränsningar i det dagliga livet som beror på fysisk funktionsförmåga; 3) kroppslig smärta; 4) social funktionsförmåga; 5) allmän mental hälsa

²⁴ Ulf Jakobsson, *Chronic pain and quality of life among older people* (diss. Lund: Lunds universitet, 2003), s. 18-20

²⁵ Ibid, s. 18; se WHO, "Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF quality of life assessment", *Psychological Medicine*, (1998:28), s. 551-558

²⁶ Ibid, s. 18; se Lawton MP, "A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutschman DE (ed.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, (San Diego: Academic Press, 1991)

²⁷ Ibid, s. 18-20

²⁸ John E Ware, Jr., Mark Kosinski, Susan D. Keller, "A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity", *Medical Care*, 34 (1996:3), s. 220-233;

Birgitte S Laursen, Priti Bajaj, Anders S Olesen, Charlotte Delmar and Lars Arendt-Nielsen, "Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain", *European Journal of Pain*, 9 (2005:3), s. 6

²⁹ John E Ware, Jr., Cathy Donald Sherbourne, "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection", *Medical Care*, 30 (1992:6), s. 473-477

(psykosocial och psykisk välmående); 6) begränsningar i det dagliga livet som beror på känslomässiga svårigheter; 7) vitalitet (livskraft); 8) allmänt hälsotillstånd.³⁰

1.2.3 Smärta

Då smärta är det vanligaste symptomet vid WAD³¹ redogörs i detta kapitel för några av de grundläggande begreppen om smärtans fysiologiska aspekter, hur smärta uppstår och hur den kan påverka nervsystemet samt olika psykologiska påverkansfaktorer. Samma generella resonemang kring smärta anses gälla för whiplashskador som för andra muskuloskeletala smärttillstånd. Det finns alltså inga specifika resonemang kring smärta som skulle gälla endast whiplashskador.³² International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärtan på följande sätt. *"En obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse associerad med faktisk eller potentiell vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. (---) Smärta är alltid ett psykologiskt tillstånd även om det oftast finns en organisk orsak"*.³³

Smärtan anses som kronisk då den kvarstår minst sex månader. På kort och lång sikt leder smärta till olika förändringar inledningsvis i det perifera nervsystemet. Nervfibrer som aktiveras av olika smärtstimuli med hjälp av transmittosubstanser kan med tiden öka känsligheten i nervsystemet. Ökad känslighet för stimuli beror dels på peptider som produceras vid smärtsam nervpåverkan samt cytokiner som frisätts vid en inflammation. Även andra substanser är involverade. Om dessa fysiologiska reaktioner kvarstår länge kan det leda till perifer sensitisering i form av ökad känslighet för smärtstimuli (hyperestesi) och/eller sänkt smärtröskel (allodyni).³⁴ Långvarig perifer sensitisering leder till ändringar av smärtupplevelsen i CNS genom utökning av smärtreceptorer samt minskad smärthämning.³⁵

Utöver de fysiologiska aspekterna finns det andra faktorer som kan påverka individens upplevelse av smärta, till exempel faktorer som kultur och familjeförhållanden samt den

³⁰ Ibid, s. 474

³¹ Whiplashkommissionen a, s. 39

³² Whiplashkommissionen b, s. 33

³³ Per Hansson, *Nociceptiv och neurogen smärta: Uppkomstmekanismer och behandlingsstrategier*, 2. uppl. (Stockholm: Pharmacia & Uppjohn, 1997), s. 97

³⁴ Whiplashkommissionen b, s. 33-34

³⁵ Ibid, s. 35

psykosociala arbetsmiljön.³⁶ Det finns en orsak och verkan relation mellan ångest och smärta där ångest ses som en viktig del av smärtupplevelsen. Sambandet mellan depression och lägre smärtröskel är tydlig vid långvarig smärta. Förekomsten av depression hos patienter med kroniska smärtor är också högre än hos den övriga befolkningen.³⁷

1.2.4 Forskningsläge

De anatomiska förhållandena i halsryggen är annorlunda jämfört med ländryggen gällande innervering av området samt kotornas utseende. Halsryggen består av sju kotor varav de två översta, atlas och axis har speciella anatomiska kännetecken. Kotorerna stabiliseras av flertal ligamenssystem där det främre longitudinella ligamentet kan skadas av whiplashvåldet.³⁸

Flera strukturer kan vara inblandade vid uppkomsten av whiplashskador, utöver ligamenten, bland annat diskarna samt deras infästningsplattor, facettleder samt perifera och centrala nervsystemet.

Olika förklaringar till varför en del individer får långvariga besvär har presenterats i forskningen. I nuläget råder det enighet om att flertal faktorer är involverade. Skillnader i halsryggradens anatomiska förhållanden samt fysiologiska skillnader mellan individer har betydelse i utvecklingen av bestående besvär. Individuella psykologiska och psykosociala förutsättningar, etniska och kulturella aspekter samt olika försäkringssystem har också sin påverkan.³⁹ Det finns riskfaktorer som ökar sannolikheten att drabbas av långvariga besvär. Till dessa hör främst uppvisandet av tidig och hög initial smärta. Besvär som kvarstår längre än två månader ökar risken betydligt. Visst stöd för ökad risk finns i samband med bland annat stort antal fysiska symptom, visandet av psykiska symptom (exempelvis PTSD, sömnstörningar och ångest) samt tidigare whiplashskada. Användandet av bilbältet, vriden huvudposition vid olyckan och kvinnligt kön är några andra riskfaktorer.⁴⁰

³⁶ Steven J. Linton, *Smärtans psykologi: Muskuloskeletala besvär - teori och åtgärder*, 2. uppl. (Uddevalla: Ad Manus, 1994), s.20

³⁷ Ibid, s. 26

³⁸ Whiplashkommissionen a, s. 28-29

³⁹ Whiplashkommissionen b, s. 25;

M Richter, R Ferrari, D Otte, H-W Kuensebeck, M Blauth and Krettek, "Correlation of clinical findings, collision parameters, and psychological factors in the outcome of whiplash associated disorders", *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, (2004:75), s. 759

³⁹ Whiplashkommissionen a, s. 55-59

Flertalet studier visar ett starkt samband mellan långvariga whiplashbesvär och försämring av den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten. En studie som följde upp whiplashpatienter fyra år efter olyckan kom fram till att uppvisandet av tidiga symptom resulterade i signifikant sämre uppskattning av livskvalitet hos dessa individer jämfört med individer som inte hade symtom tidigt efter olyckan.⁴¹ En dansk studie av Laursen undersökte bland annat sambandet mellan Visuell analogskala (VAS), som mäter individens uppskattning av smärta på skalan 0-10, och hälsorelaterad livskvalitet hos kvinnor med kroniska smärtor. Man konstaterade en signifikant negativ korrelation mellan smärtupplevelse och hälsorelaterad livskvalitet hos whiplash- och fibromyalgi-patienter.⁴² I en studie av Richter har man studerat bland annat de faktorer som kan resultera i sänkta uppskattningar med SF-36. De patienter som visade initialt hög smärta med VAS (högre än 5) och led av symptom längre än 28 dagar visade signifikanta negativa ändringar i sin upplevda livskvalitet. (Studien drar som en slutsats att de bakomliggande orsakerna skulle vara psykologiska.)⁴³ En artikel publicerad i den vetenskapliga tidskriften *The Journal of Rheumatology* tar upp flera andra studier som hittat samband mellan whiplashbesvären och mätbara negativa effekter på livskvaliteten.⁴⁴

Whiplashkommissionen har sammanställt erfarenheter och upplevelser av whiplashpatienter via deras egna berättelser på kommissionens hemsida. Dessa berättelser är dock inte relaterade till hälsorelaterad livskvalitet med en vetenskaplig mätmetod men kan ändå ge en övergripande uppfattning hur whiplashpatientens livssituation kan se ut. Många skadade har upplevt att de inte bli trodda och tagna på allvar efter sin skada. Livet med kronisk smärta skapar oro inför framtiden och påverkar hela livssituationen. Många berättar om en bred symptom-bild samt att det är svårt att hitta förklaringar till de olika symptomen. Mycket tid ägnas åt att söka efter vård samt svar på försäkringsfrågor.⁴⁵ Många whiplashpatienter måste också genomgå en svår process ”vid insikten om att man aldrig mer kommer att må som före olyckan”.⁴⁶

⁴¹ G. J. Versteegen, P. U. Dijkstra, J. P. C. Jaspers, W. J. Meijler, H. J. ten Duis och E. C. Klip, "Sprain of the neck: Quality of life and psychological function in a 4-year retrospective study", *Quality of Life Research* 12 (2003), s. 335

⁴² Birgitte S Laursen, Priti Bajaj, Anders S Olesen, Charlotte Delmar and Lars Arendt-Nielsen, "Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain", *European Journal of Pain*, 9 (2005:3), s. 2-10

⁴³ Richter, s. 2

⁴⁴ Robert Ferrari, Anthony S Russel, Barbara Conner-Spady, "The Medical Outcome Study Short Form 6D and Whiplash" *The Journal of Rheumatology* s. 2

⁴⁵ Whiplashkommissionen a, s.50-69

⁴⁶ Ibid, s. 58

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att få en djup förståelse för en whiplashskadad individs livssituation, belysa hur denna person upplever sin hälsorelaterade livskvalitet efter skadan samt hur denna ter sig i jämförelse med whiplashskadade i övrigt.

Frågeställningar som används:

- ◆ Hur har whiplashskadan påverkat respondenten fysiskt, psykiskt, socialt och ekonomiskt?
- ◆ Hur upplever respondenten att sin hälsorelaterade livskvalitet blivit påverkad av whiplashbesvären?

2 Metod

2.1 Tillvägagångssättet

Med studiens syfte i tankarna valdes en fallstudie som metod. Studien genomfördes med en öppen djupintervju som undersökningsmetod. Metoden anses belysa de valda frågeställningarna på ett relevant sätt. För att få bättre förståelse för de påverkansfaktorer som kan vara relevanta inhämtades faktakunskaper inom området från befintlig forskning. Även respondentens patientjournaler, vilka skaffades fram med hjälp av denne, studerades före konstruktion av intervjufrågorna. Syftet med detta var att kunna ställa relevanta följdfrågor till respondenten. Ramen till intervjufrågorna bifogas som bilaga ett. Intervjun gjordes hemma hos respondenten och tog cirka 90 minuter att genomföra. Inledningsvis informerades respondenten muntligt om hennes rätt att förbli anonym i studien samt att allt material skulle behandlas konfidentiellt. Intervjun bandades på en kassett för att sedan nerskrivas ordagrant.

I redovisning av resultaten samt i den sammanfattande diskussionen relateras frågeställningarna till studier som använt sig av mätmetoden SF-36, som beskrivits i ett kapitel om hälsorelaterad livskvalitet (1.2.2). Vidare bygger resultatdelen på direkta citat från

intervjun som anses belysa de valda frågeställningarna på ett relevant sätt. I ett fall används också citat från respondentens patientjournaler för att belysa hennes upplevelse av sjukvårdens bemötande och dess påverkan på henne. I den sammanfattande diskussionen relateras citaten till andra studier i syftet att jämföra hennes situation och upplevelse med andra whiplashskadade.

2.2 Respondenten

Respondenten är en 36-årig kvinna som efter en trafikolycka 2003 drabbats av (tills vidare) bestående whiplashbesvär. I samband med en tidigare trafikolycka 1999 hade hon också drabbats av whiplashbesvär, men de senaste två åren före den aktuella olyckan hade hon varit besvärsfri. Respondentens hälsotillstånd och den fysiska konditionen var bra före trafikolyckan 2003.

Enligt primärvårdens anteckningar hade respondenten diffusa myalgi- och tendinitbesvär i sin vänstra axel och arm cirka en månad före olyckan, men utöver det var hon frisk. Vad gäller missbrukproblematiken är hon rökfri och använder alkohol måttligt. Uppsattsskrivaren är personlig bekant med respondenten. Fortsättningsvis kommer respondenten att benämnas med det fiktiva namnet Maria för att underlätta läsandet.

2.3 Litteratur

Både den svenska och den internationella forskningen inom WAD är omfattande. I syftet att få relevant kunskap men samtidigt att undvika alltför tidskrävande genomgång av litteraturen har dokumenten "Whiplashkommissionens slutrapport" samt konsensusdokumentet "Diagnostik och tidigt omhändertagande av whiplashskador" valts att användas i de delarna som beskriver de grundläggande begreppen inom området. I Whiplashkommissionen finns representanter från de fyra stora försäkringsbolagen i Sverige (If, Folksam, Länsförsäkringar och Trygg-Hansa), Svenska Läkarsällskapet samt andra myndigheter och organisationer som är berörda av whiplashfrågor (bland annat Försäkringskassan, Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade, Whiplashstiftelsen) Det sistnämnda dokumentet är en sammanställning av forskningen, gjord av en medicinsk expertgrupp inom Svenska Läkarsällskapet i samråd med Whiplashkommissionen.

För att belysa hälsorelaterad livskvalitet i samband med WAD har studier som inriktar på att undersöka denna aspekt inkluderats. Målet var att hitta fallstudier gjorda med intervjuteknik, men i bristen av dessa har studier baserade på andra metoder inkluderats. Dessa studier har använt sig av 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) metoden som mäter individens upplevelse av sin hälsorelaterade livskvalitet. Metoden anses mäta hälsorelaterad livskvalitet på ett relevant och pålitligt sätt enligt den genomgångna litteraturen.⁴⁷ Studier baserade på andra mätmetoder på hälsorelaterade livskvalitet har uteslutits ur studien.

2.4 Validitet och reliabilitet

Utifrån studiens syfte var det viktigt att Maria hade stort förtroende för intervjuaren. För att nå djupare i Marias tankar har en god relation mellan henne och intervjuaren varit av yttersta vikt. Den förförståelse, som en nära relationen medför, samt de relevanta följdfrågorna har resulterat i material som djupt belyser Marias livssituation. För att skapa en så trygg och avslappnad situation som möjligt fick hon själv styra valet av tidpunkten och platsen för intervjun. Intervjun genomfördes hemma hos henne under en förmiddag. Det faktum att Maria hade tagit ledigt från sitt arbete visar hennes seriositet inför studien och är ytterligare en faktor som ökar studiens validitet.

Målsättningen att få svar som besvarar frågeställningarna har uppnåtts med hjälp av frågekonstruktionen. Den har givit ramar till intervjun och användes som ett instrument för att styra diskussionens riktning. (Detta har för sin del också kunnat påverka svaren negativt genom att begränsa Maria.) Respondenten fick möjlighet att fritt kunna utveckla sina tankar och belysa de delar av sitt liv som hon har ansett vara betydelsefulla för henne.

Frågekonstruktionen samt de relevanta följdfrågorna anses öka studiens validitet.

Det som eventuellt kan anses vara studiens svaghet, nära relationen mellan Maria och uppsatsskrivaren, väljs att ses som en styrka i studien. Utan den speciella relationen hade det knappast varit möjligt att få fram materialet med dess nuvarande innehåll. I tolkning av materialet har objektivitet eftersträvat, för ökad reliabilitet, med gott resultat enligt uppsatsskrivaren. En viss mängd av subjektivitet är dock svårt att undvika i denna typ av

⁴⁷ John E Ware, Jr., Mark Kosinski, and Susan D. Keller, "A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity", *Medical Care*, 34 (1996:3), ss. 220-233; Laursen, s. 6

studie. Uppsattsskrivaren är medveten om att det är svårt att reproducera denna studie i liknande form av andra. För att öka studiens generaliserbarhet skulle det ha varit fördelaktigt att utföra en SF-36 mätning samt uppskattning av smärta med VAS på respondenten, men och andra sidan är studiens syfte inte att kunna dra generella slutsatser, utan belysa och få förståelse hur en individ upplever sin hälsorelaterade livskvalitet.

3 Resultat

3.1 Personbeskrivning

Den intervjuade personen är en 36-årig tvåbarnsmor bosatt i Stockholm. Hon flyttade till Sverige 1988 från en liten ort i östra Finland. Hennes familj i Finland består av en syster och mamma samt dennes sambo. Pappan dog när Maria var ett år gammal. I ungdomen har Maria varit väldigt aktiv inom olika sportsgrenar och även tävlat i dessa, bland annat i judo, karate och skidåkning. Utöver det har hon gått i sportgymnasium i Finland och anser sig själv ha goda fysiska förutsättningar. Hennes blivande man träffade Maria efter flytten till Sverige. Paret gifte sig då Maria var 20 år gammal och de fick en son tillsammans år 1990. Den andra sonen föddes 1995 och snart efter det skildes Maria från sin man. Idag har Maria ensamvårdnaden om barnen och arbetar dels som civilingenjör i ett privatbolag dels som doktorand inom byggt teknik i Stockholm. I arbetet ingår en del fysiskt krävande moment i form av installationer och mätningar på byggarbetsplatserna men mestadels stillasittande datorarbete.

Som person beskriver Maria sig själv som öppen, ambitiös, envis samt väldigt målmedveten. Att utbilda sig till ingenjör efter separationen som ensamstående mamma inom det mansdominerade området byggt teknik är beskrivande för hur Maria är som person; orädd, okonventionell och hårdarbetande. Hon anser sig ha haft lyckan att ha en förälder som aldrig försökt begränsa henne. Det ansvaret som också givits henne redan som barn har förstärkt hennes självförtroende. Maria är alltid redo att hjälpa andra och stödja de svaga. Hon är intresserad av samhällsfrågor och är engagerad i frivilligt arbete för utsatta människor. Med sitt fördomsfria sätt har Maria skapat en bred vänskapskrets där hon är känd som en generös och energisk person med en positiv utstrålning.

3.2 Olyckan och eftervården

Trafikolyckan som förändrat Marias liv i många avseenden skedde den 24 november 2003. Maria var på väg till sitt arbete klockan 06.50 då hon i sin stillastående bil blev påkörd bakifrån av en bil i en korsning nära sitt hem. Den krockande bilens hastighet vid krocktillfället uppskattades till ca 50 km/tim. Vid krockögonblicket satt Maria med fastspänt säkerhetsbälte överkroppen delvis vriden åt vänster. Efter att ha kontaktat polisen ringde Maria till sin arbetskollega som hjälpte henne till akutvården i Södersjukhuset (SÖS). Efter läkarundersökning samt röntgenundersökning av nacken skickades hon hem från sjukhuset. I den efterföljande polisundersökningen visade det sig att bilföraren i den andra bilen var alkoholpåverkad vid olyckstillfället.

Maria: "Jag var på väg till arbete. Klockan var tio i sju när jag åkte hemifrån. Så hann jag bara åka hemifrån några hundra meter, så stod jag i en kö i trafikljusen med min bil. [---] Jag ser i backspegeln att det kommer en bil bakifrån och jag vet att han kommer att köra på mig. Och jag vet att jag inte kan göra nånting, för jag har bilar på sidor, [---] trafiken mot mig, jag hade bilar framför mig. Och jag hann inte tänka någonting [...] och sen nästa sekund smäller det redan."

Trots saknaden av objektiva fynd i den akuta undersökningen hade Maria fysiska besvär direkt efter olyckan. Hon drabbades också av en akut stressreaktion i form av okontrollerad gråtattack vid samband med akutvården på SÖS. Minnesbilden av den närmaste tiden efter olyckan är suddig och Maria minns inte riktigt om hon arbetade några dagar eller några veckor efter olyckan. Enligt patientjournalen togs första kontakt med primärvården cirka två veckor efter olyckan, varvid husläkaren sjukskrev henne på heltid. Redan vid den första kontakten med den dåvarande husläkaren uppstod det förtroendebrist mot läkaren, trots att Maria tidigare hade varit nöjd med denne. I det här fallet kände hon sig inte bli förstådd. Den närmaste tiden efter olyckan kom att bestå av cirka två månaders heltidssjukskrivning, besök hos sjukgymnasten, dit husläkaren hade remitterat henne, samt kognitiv beteendeterapi som rekommenderades henne av sjukgymnasten. Förtroendebristen mot husläkaren förvärrades med tiden och ledde till byte av läkare tre månader efter första besöket. Maria gjorde också en anmälan på den dåvarande husläkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämns (HSAN) om fel i vården.

Maria: "Det kändes för djävligt. Det är hans fel. Jag har anmält honom till HSAN. Och jag känner att han bär ett stort ansvar [...] jag hade kunnat bli mycket bättre om han hade sett på direkten, att han inte är kapabel att ta hand om ärendet och skickat mig till specialisten, vilket jag anser att han verkligen borde ha gjort från första början när han såg, [...] att mitt tillstånd försämrades, men [---] han lyssnade aldrig på mig vad jag hade att säga."

Den nya läkaren skickade efter Marias första besök en remiss till Karolinska Sjukhuset (KS) som då hade en enhet för whiplashskadade. Eftersom det nu hade gått över tre månader efter olyckan fick inte Maria komma till specialistvård direkt, utan hamnade på kölistan. Den första kontakten med Whiplashenheten hos KS fick hon i maj 2004. Första besöket innefattade inte någon behandling utan var ett bedömningssamtal med den behandlande enheten om Maria skulle vara lämplig för deras rehabiliteringsprogram. Under väntetiden, våren och sommaren 2004, var det primärvården som tog hand om hennes behandling, som då bestod av besök hos en ny sjukgymnast samt sjukskrivningar av olika längd och grad. I augusti efter semestern kände Maria att hon mätte så mycket bättre att hon skulle prova på att arbeta heltid. Efter tre veckor förvärrades hennes besvär i sådan grad att hon tog kontakt med husläkaren och blev sjukskriven på heltid. Husläkaren tog åter kontakt med KS och påtalade hur akut Marias situation var, varefter Maria fick börja sitt individuella rehabiliteringsprogram, cirka 9 månader efter olyckan. Under hösten 2004 tränade hon regelbundet hos sjukgymnasten på KS och kände efter en tid att hon gradvis blev bättre. Efter årsskiftet började Maria träna på ett privat gym, där hon tränar även idag, men hade kontakt med KS fram till våren 2005, då hon blev utskriven.

De dryga två åren efter olyckan fram till intervjutillfället, februari 2006, innefattar flera olika läkarkontakter och sjukgymnaster, heltids- och deltidsarbete varvad med sjukskrivningar. Hos försäkringsbolaget pågår fortfarande utredningen angående vilken ersättning Maria är berättigad till. Invaliditetsintyget som skrevs på försäkringsbolagets begäran ansåg Maria ytterligare vara en kränkande upplevelse som hon hade blivit utsatt för till följd av olyckan. I intyget skriver läkaren bland annat att Maria lider av idiopatisk smärta (smärta utan orsak) och att hennes besvär troligen försvinner då försäkringsfrågan är löst.

***Maria:** "Och sen hade jag varit och fått ett invaliditetsintyg hos en läkare i maj. Och jag fick det här intyget och jag tyckte att det var katastrofalt. Det var helt fel bedömt och det gjorde mig verkligen totalt deprimerad och arg och förbannat. [---] Jag var helt förbannat, verkligen, på den här läkaren och hans bedömning. Hans intyg var som ett stort hån mot mig och min olycka och mina besvär."*

3.3 Livet efter olyckan

3.3.1 Fysisk påverkan

Redan den första natten efter olyckan hade Maria svårt att sova beroende på de uttalade smärtorna i axeln och nacken och med tiden utvecklas tillståndet med flera besvär. Ett diskbräck konstateras i magnetröntgenundersökning (MTR) av läkaren som ger ett nytt utlåtande för invaliditetsintyget. Ytterligare ett besvär som Maria fick är utvecklandet av besvär i en ganglielnerven i högra handen, som sedan opererades. De initiala besvären i form av smärta och stelhet i axeln och nacken består och har resulterat i upprepade kramptillstånd av ryggmuskulaturen som kunnat pågå i flera dagar. Hon upplever också att hela hennes kropp fungerar annorlunda än förut, hon menar att ämnesomsättningen skulle vara påverkad till följd av skadorna och ser sin viktuppgång som bevis på detta. Kort tid efter olyckstillfället upplever Maria en känsla av "förlamning", samt pirrande känsla i vänstra ansiktshalva, som hänger ihop med specifika synbesvär. På Marias begäran genomförs en synundersökning där en latent skelning konstateras, vilket resulterar i behovet av att skaffa glasögon.

***Maria:** " [...] Och direkt efter olyckan fick jag [...] sån här som nästan som förlamningskänslor på vänstra sidan av hela ansiktshalva [...] jag hade annorlunda känsel i hela ansiktet [...] jag såg väldigt suddigt [...] nu har jag fått dokumenterat att jag fått de här besvären efter min olycka, men läkarna i Sverige vill inte tala om samband än. Men jag ser ju solklart liksom, jag fick det direkt efter olyckan. Jag har aldrig haft såna besvär. Jag fick **RIKTIGT** stora besvär. Jag kunde verkligen inte göra någon närarbete och speciellt ju tröttare jag var och på kvällen då hade jag svårt att fokusera blicken."*

De ännu regelbundet återkommande fysiska besvären, specifikt smärtan, medför för Marias del en inskränkning av rörelseförmågan. Den efterföljande sänkningen av aktivitetsnivån

uttrycker sig bland annat i form av svårighet och/eller oförmögenhet att utföra vissa arbetsuppgifter samt försämrade möjligheter till privata aktiviteter som hushållssysslor, träning och social umgänge. Hennes invaliditetsgrad är idag beräknad till 30 %.

***Maria:** "Att jag är helt bunden till min träning [...] som jag liksom känt nu, att jag blir trött på det. [...] Går jag ut och dansar så får jag jätteont i mitt diskbräck och min höft. [...] Är jag ute på en middag får jag sitta på en pinnstol får jag oftast kramtillstånd. [...] Jag har mycket svårt att liksom göra såna saker som jag gjorde tidigare. Att det har ju påverkat allting. [...] Jag har mycket svårare att orka hålla ordning på hela hemmet. Jag har jättesvårt att bära tunga kassar och då måste jag alltid tänka att alltid åka och handla med någon annan som ska hjälpa mig."*

3.3.2 Psykisk påverkan

Psykiska faktorer är en viktig del av WAD, vilket är tydligt även i Marias fall. De första månaderna efter olyckan är präglade av psykiska symptom som kan förknippas med stressrelaterade tillstånd. Maria känner sig deprimerad och har ångestkänslor. Oron över hälsotillståndet växer allteftersom de fysiska besvären består och ökar i mängd vilket leder till det psykiska tillståndet som kan förklaras med diagnosen PTSD. Depressionskänslorna återkommer och är starkt förknippade med smärttillstånden som Maria fortfarande drabbas regelbundet av drygt två år efter olyckan.

Utom specialistvården hos KS verkar Marias uppfattning om sjukvårdens bemötande vara negativ. Den akuta vården som hon fick i SÖS tog inte hänsyn till hennes psykiska tillstånd av chock. Fokus låg endast på de fysiska skadorna. I den initiala primärvården kände hon sig ifrågasatt, ignorerad och betraktad som en person som överdrev sina besvär, vilket hon upplever som kränkande. Det verkar vara en viktig påverkande faktor för Marias inställning mot fortsatta kontakter med sjukvården och hennes upplevelse om omhändertagandet vid olycksfallet samtidigt som det har kommit att påverka hennes psykiska välmående negativt.

***Ur patientjournalen:** "Upplever att pat blåser upp t-olyckan rätt kraftigt, hon vågar tydligen nu knappast köra bil då hon tror att hon skall bli påkörd och*

knappst ens åka buss om någonting skulle hända med henne och barnen. Det är en ångestreaktion som knappast enbart betingas av de måttliga skador hon var utsatt för i samband med påkörning bakifrån."⁴⁸

Maria: *"Det hade varit jätteviktigt att komma till rehabiliteringen [...] inom tre månader. Det tror jag. [...] Det hade underlättat mina psykiska besvär efter olyckan. Också att komma till någon som hade haft förståelse och trott på mig på en gång. För att känna sig ifrågasatt i sjukvården, den ger ju verkligen bestående men, så att man känner inget större förtroende för sjukvården i överhuvudtaget. [...] man känner sig otroligt aggressiv så fort man träffar läkarna nuförtiden. Jag är, jag kan inte bete mig normalt, utan så fort jag träffar en läkare så är jag, jag känner att jag är aggressiv. [...]"*

Diagnosen för Marias besvär vid första besöket hos primärvården var tendinit och under vidarekontakterna nämns inte diagnosen whiplashbesvär. Bedömningen whiplashskada nämns i patientjournalerna för första gången efter besöket hos KS whiplashenheten, cirka sex månader efter olyckan. Därefter lyder diagnosen: "*Distorsion i halskotpelaren, whiplashrelaterade besvär efter trafikolycka.*" Att behöva kämpa för rätten till adekvat vård har varit betungande för Maria. Osäkerhet över vårdens lämplighet har också påverkat hennes psykiska välmående negativt.

Maria: *"Han skickade mig till sjukgymnasten, vilket jag också gjorde. Jag tycker inte heller att hon hade riktigt koll. Plus att sjukgymnasten och läkaren sa totalt skilda saker. Båda tyckte att de hade rätt och det var mycket svårt att veta vem som hade egentligen rätt. Sen hade jag mycket psykiska komponenter också, hade svårt att sova, fick koncentrationssvårigheter och allt möjligt [...] då fick jag råd av sjukgymnasten att, hon tyckte att jag skulle gå i kognitiv terapi. Och då tog jag upp det själv med min husläkare och då tyckte han också att det var bra, för han tyckte att jag hade reagerat alldeles för starkt."*

Det har varit påfrestande för Maria att ha blivit skadad i en trafikolycka som en rattfyllerist har orsakat. Att utsätta någon avsiktligt för livsfara och orsaka lidande för en medmänniska

⁴⁸ Utdrag av patientjournalen i primärvården

har Maria svårt att förstå. I den efterföljande rättsprocessen känner hon sig inte fått rättvisa beroende på åklagarens åtal som byggde på anklagelsen för rattfylleri men inte vårdslöshet i trafiken. Till följd av åtalets formulering är det inte möjligt för henne att kräva skadestånd för sin skada av den dömda (utan att ta ärendet privat till rättegång). Skadan inträffade på vägen till arbetet, och klassas som en arbetsskada, men reglerna för arbetsskador i samband med trafikolyckor utesluter ekonomiskt stöd från samhället för inkomstbortfallet. Bland annat dessa faktorer, som Maria anser vara orättvisa, har förvärrat hennes psykiska besvär.

Maria: "Det var, det var nästan som alla andra säger. Det var överkligt på nåt sätt. Man tror inte att det ska hända en, man tror inte att man träffar ett rattfylllo (...)på måndag morgon klockan sju, som är jättepäckad och har 1.44 promille (...) det har varit det allra svåraste nu när jag tänker efteråt att, att han var full."

3.3.3 Social påverkan

Maria är ensamstående med två barn. För barnens del har olyckan betytt stora förändringar i vardagen. Det har medfört bland annat större ansvar för barnens del vad gäller hushållsarbetet. Skadan har medfört mindre möjligheter för Maria att aktivt umgås med barnen, vilket de har varit vana vid. Speciellt i direkt anslutning till olyckan har barnen uttryckt hur tråkigt det är med en mamma som aldrig orkar, samt missnöje med de ändrade ekonomiska förutsättningarna. Barnens relation till mamman är god men har delvis ändrat sin karaktär till följd av olyckan. Otrygghetskänslan hos barnen är inte uttalad, men Maria själv känner tidvis stor oro inför barnens framtid samt missnöje över sin situation att inte kunna fungera som förut med sina barn.

Maria: "[...] för barn är det ju också svårt att förstå, att ha en mamma som inte mår så bra och är dålig. Så de har nog blivit lidande mycket av det också. [...] speciellt i början då jag mådde jättedåligt, och jag fick vara, jag sov mycket och jag va irriterad, va på jättedålig humör. [...] för dem har det ju varit också en riktigt stort bortfall, att de har ju förlorat mycket på grund av den där olyckan. Sen har jag ju [...] mött jättelitet förståelse från arbetsgivarnas sida och även kollegornas sida. [---] Och det att skadan inte syns, att man inte har ett ben som

är amputerat eller nånting, det bidrar ju till att [...] folk säger; ja men du ser ju jättefräsch och glad ut och man skulle inte kunna tro att du har så ont."

På arbetsplatsen har hon bemötts med oförståelse från arbetsgivarens sida, men även en del kollegor har haft svårt att förstå hennes problem, då skadan som hon drabbats av är icke synlig. Maria undviker att tala om sina besvär för att inte uppfattas som gnällig samt av rädslan att uppfattas som en svag medarbetare som inte klarar av sina arbetsuppgifter. Maria har svårt att acceptera att arbetsförmågan är försämrad på grund av olyckan och anser att skadan har lett till en försvagad position på arbetsmarknaden för hennes del.

Marias omfattande privata sociala umgänge har också begränsats och ändrat sin karaktär till följd av besvären. De många bjudningar hon tidigare brukat ha hos sig har blivit färre. Hon försöker också undvika vissa situationer som kan öka hennes besvär, exempelvis arbetsmiddagar på obekväma stolar. Vid upprepade tillfällen har hon fått stora smärtor efter att ha varit ute och dansat, nöjet som hon numera undviker att göra. Att behöva anpassa sitt privatliv efter sina besvär medför aggressiva tankar för Marias del men också känslor av sorg och förlust.

***Maria:** "För jag har alltid haft otroligt mycket umgänge, men jag orkar inte lika mycket som innan. [...] Det går mycket tid åt all träning [...] och så måste jag ha mycket tid för vila också. [...] Jag är otroligt energisk person och jag tycker om mitt liv när det händer som mest. [...] Då är jag verkligen lycklig. Och nu måste jag skära ner och tvinga mig att va tyst och stilla, och det tycker jag är jättetråkigt. Och jag vill egentligen inte göra, men jag måste göra det för att må fysiskt bra"*

3.3.4 Ekonomiska påföljder

De upprepade perioderna då Maria inte har orkat arbeta heltid eller inte alls har försämrat hennes ekonomi betydligt. Det är svårt att få ekonomin att gå ihop. Övertidsarbete som tidigare varit hennes sätt att höja sin ekonomi är inte heller längre möjlig till följd av besvären. En försening i doktorandprojektet betyder också minskade möjligheter att följa löneutveckling inom yrket. Marias skada klassas som arbetsskada, men regler för skador i

samband med trafikolyckor är annorlunda är för övriga arbetsskador. Det har betydelse för möjligheten att få ekonomisk ersättning för inkomstbortfall vid sjukskrivningar. Ersättning från försäkringsbolaget dröjer ännu och är bidragande orsak till den försämrade ekonomiska situationen samt den efterföljande sänkningen av levnadsstandarden för hela familjen.

***Maria:** "Det har varit katastrofalt. Man blir totalt ifrågasatt och man får inte ersättning och man blir jättebesviken och man, man skulle nog aldrig tro att det är så illa som det är. Man blir totalt negligerad av försäkringsbolaget och ifrågasatt och deras läkare verkar ju bara tro att alla som vänder sig dit vill bara fuska. [...] Man känner sig totalt förnedrad som en person. [...]"*

Att ta hand om sin hälsa, utöver de metoderna som hon tidigare använt, är en extra kostnad som hon är tvungen att ta för att hålla smärtorna borta. Vissa behandlingsformer som hon känner sig att bli behjälpta av är inte ersättningsberättigade i sjukvården, exempelvis massage, floating och akupunktur.

3.4 Respondentens hälsorelaterade livskvalitet

De skador som Maria ådrog hos sig vid olyckstillfället har påverkat hennes liv i form av nedsatt hälsorelaterad livskvalitet. Balansen mellan de faktorerna som definierats tillhöra hälsorelaterad livskvalitet i denna studie är svåra för Maria att uppnå idag. Det är tydligt att dessa faktorer påverkar varandra i hög utsträckning. Med hjälp av bland annat fysisk träning försöker Maria hålla sina besvär på en uthärdig nivå, men helt besvärsfri har hon inte blivit. Om hon inte använder de idag knappa ekonomiska resurserna att ta hand om sin fysiska hälsa resulterar det i hennes del i stora fysiska och psykiska besvär och begränsningar i det sociala livet. Maria beskriver själv sin livskvalitet efter olyckan med drastiska ord.

***Maria:** "Det är mycket sämre. Det är verkligen en otrolig försämring, kanske på, om man skulle säga, på 80 %."*

De fysiska symptomen, specifikt smärtan men också stelhet och kramptillstånden, har kommit att påverka hennes förut väldigt aktiva livsstil negativt. Oförmögenheten att åta sig vissa arbetsuppgifter samt sänkning av den fysiska aktivitetsnivån på privata planet påverkar

hennes livskvalitet negativt. Vardagssysslor kräver noggrann planering för att fungera och vissa saker kan hon inte numera göra utan av att drabbas av fysiska besvär. Den efterföljande smärtan påverkar också hennes psykiska välmående negativt. Umgänget med barnen har ändrats till mindre aktivt, vilket upplevs negativt av båda parter och har bidragit till hennes upplevelse av sänkt livskvalitet. Även hennes sociala umgänge för övrigt har påverkats negativt av besvären.

***Maria:** "Att man har ambitioner i livet och strävar efter nånting. [...]Nu jämför jag ju allting hur det var innan och hur jag orkade och det orkar jag inte nu. Så därför kan jag anse att det är försämrade livskvalitet på det sättet. För jag kan inte arbeta, liksom jag orkar inte arbeta lika mycket som jag vill och jag orkar inte vara lika aktiv på min fritid heller som jag skulle vilja vara. Och sen orkar jag inte heller ägna så mycket tid åt min familj som jag gjorde tidigare eller vara så aktiv med mina barn [...]"*

Att inte kunna nå de uppsatta livsmålen Maria har, har medfört psykiskt lidande för hennes del. Oro och ångest samt perioder av depression, trots läkarens bedömning av saknaden av klinisk depression, hänger tydligt ihop med de fysiska besvären som med jämna mellanrum återkommer. De ekonomiska förutsättningarna har blivit försämrade och hon upplever sig ha fått försvagad position på arbetsmarknaden. Som ensam inkomsttagare i familjen har inkomstbortfallet samt försening av doktorandprojektet betytt försämring av hennes privatekonomi och har således också försämrat hennes upplevelse av sin hälsorelaterade livskvalitet.

4 Sammanfattande diskussion

Vid intervjutillfället syns det tydligt hur hårt Maria har tagit sin skada. Hela hennes gestalt och mimik ändras då intervjun börjar. Det hörs att ämnet är fortfarande ångestladdat. Hennes röst blir lägre och mekanisk så fort hon pratar om sin nuvarande livssituation. De minnesbilder som hon har om olyckan samt den orättvisa hon upplever kring hela händelsen har satt sina spår. Att bli drabbad av livstragedi på grund av att ett rattfylo kör på henne, som sedan inte döms för vållandet av kroppsskadan, sjukvårdens bemötande och besvären hon ännu lider av samt den ännu olösta konflikten med försäkringsbolaget har bidragit till hennes försämrade upplevelse av sin hälsorelaterade livskvalitet.

Maria: "[...] innan jag hamnade hos KS på rehab, då gick jag på kognitiv terapi [...] den hjälpte mig jättemycket. Jag mådde jättedåligt vid det tillfället. [...] hela livet var i spillror så kan man säga. Jag kunde inte göra nånting. Jag kunde inte jobba. Jag hade ont. Jag kunde inte ha min fritid. Jag orkade ingenting. Ekonomin var helt åt skogen eftersom man förlorade mycket pengar och försäkringsbolaget visade inget förståelse för det heller. [...] man visste inte om man skulle få juridiskt hjälp och fick kämpa för det."

Smärta verkar vara den mest betydelsefulla enskilda påverkansfaktorn som sänkt Marias hälsorelaterade livskvalitet mest. Forskningen visar starkt samband mellan hög smärtuppskattning samt kronisk smärta och försämring av livskvaliteten.⁴⁹ Smärtupplevelsen är en utlösande faktor för Marias känsla av depression och oro samtidigt som det är faktorn som begränsar hennes liv på fler plan. Smärta anses ha tydligt samband med uppkomst av depression⁵⁰ samtidigt som kronisk smärta ökar risken för sensitisering av nervsystemet.⁵¹ Om Maria lider av allodyni eller hyperestesi kan inte uttalas i denna studie, men det kan vara en möjlig förklaring för hennes kroniska smärta.

⁴⁹ Laursen, s. 2-10;
Richter, s. 761-762

⁵⁰ Linton, s. 20;
Whiplashkommission a, s. 38-41

⁵¹ Whiplashkommission b, s.33-34

Maria: "Det har tagit tid och det är fortfarande en berg- och dalbana, och man får fortfarande falla tillbaka i sitt gamla mönster nån gång. [...] när jag väl blir och får de här kramptillstånden och får ont att då [...] det påverka mitt psyke, ja, otroligt mycket. Men jag känner direkt koppling, när jag får ont i kroppen [...] och sen mår jag dåligt, blir deprimerad eller nerstämt."

Tidiga symptom är en riskfaktor vid utvecklandet av bestående whiplashbesvär vilket verkar stämna i Marias fall, hon hade ont redan under första dygnet efter olyckan. Andra riskfaktorer för hennes del är kroppspositionen vid krocken samt att hon satt med fastspänt säkerhetsbälte, liksom det faktumet att hon redan tidigare drabbats av en whiplashskada. Kroppspositionen kan spegla sig i det att de fysiska besvären visar sig i hennes vänstra kroppshalva. Krockvåldets kraft samt huvudets position har betydelse för whiplashskadans storlek och art.⁵² I det aktuella fallet var Marias bil stillastående medan den krockande bilens hastighet vid krocktillfället uppskattades till cirka 50 km/tim. Den akuta stressreaktionen och efterföljande PTSD som Maria blev drabbad av är vanliga hos flertal människor som blivit utsatta för traumatiska händelser. PTSD ökar sannolikheten av att drabbas av bestående besvär och är en dokumenterad faktor hos en del whiplashpatienter. Känselstörningar, som i Marias fall visade sig som pirrande känsla i ansiktet, är vanliga besvär också hos andra whiplashskadade. Ytterligare ett besvär som Maria har fått är inte lika väl dokumenterat i forskningen, men dock förekommer⁵³, är utvecklandet av besvär i en ganglielnerven i högra handen.

Vid behandling av besvären upplevde Maria ha fått motstridiga instruktioner innan hon kom till specialistvården, vilket utökade hennes oro för sitt hälsotillstånd och möjligen förvärrade hennes besvär. Enligt Whiplashkommissionen är det viktigt med rätt diagnos och tidigt rehabilitering för optimalt resultat av rehabilitering.⁵⁴ Osäkerhet inför de olika budskapen gjorde henne tveksamt på kompetensen av den behandlande personalen och behandlingens lämplighet. En felaktig diagnos i primärvården, vilket delvis kan dock förklaras med Marias tidigare tendinitbesvär, samt försening vid adekvat rehabilitering har möjligtvis resulterat i bestående men. Bristfälligt stöd från samhällets sida, tillsammans med de fysiska faktorerna, har lett till flera återfall av depression. Maria känner mindervärdighetskänslor till följd av en

⁵² Whiplashkommissionen a, s. 46-48

⁵³ Bertilson, s.42

⁵⁴ Whiplashkommissionen a, s. 6

skada som har inneburit ett procentuellt handikapp på 30 %. Känsla av att ha drabbats av en allvarlig obotlig skada, ett handikapp, har påverkat hennes psykiska välmående negativt och är också en dokumenterad faktor i forskningen som bidragande orsak till sänkt uppskattning av hälsorelaterad livskvalitet hos andra individer.⁵⁵

***Maria:** "[---]Jag kan tänka att, eftersom jag är singel, [...] att ingen vill ha mig, eftersom jag är handikappad. Så kan jag känna. [---] det är jättesvårt att förklara, men att man känner sig mindre värd nånting. Och det är svårt. Det är också det där att jag har, man har så svårt att acceptera sin egen skada. När speciellt, tror jag, en person som jag, som är otroligt ambitiös och vill göra mycket saker. Att det är mycket svårt för en sån person att acceptera sitt eget handikapp (...) man känner att det är otroligt orättvist att skadan i överhuvudtaget inträffade."*

De personliga ambitionerna i yrkeslivet, som Maria nu känner är svårare att nå, har betytt att hon har svårt att acceptera sin skada. En person som har under större delar av sitt liv varit mycket aktiv fysiskt och socialt, har förmodligen svårare att anpassa sig i den nya situationen där hon är tvungen att begränsa sina aktiviteter. De fysiska begränsningarna till följd av bland annat smärta och kramptillstånd i muskulaturen påverkar hennes liv möjligen för resten av hennes liv.

Om det har någon betydelse för utfallet av upplevelsen av livskvalitet, att Maria är kvinna är svårt att spekulera kring. Enligt statistik är det flera kvinnor än män som drabbas av långvariga besvär efter whiplashtrauma, vilket möjligen beror på olika fysiska förutsättningar mellan könen. Studien kan dock inte besvara frågan hur könet påverkar uppskattningen av den hälsorelaterade livskvaliteten. I Marias fall bör andra faktorer än fysisk svaghet ligga bakom utvecklandet av besvären. Hennes fysiska kondition och muskelstyrka uppskattas som bra med tanke på hennes bakgrund och träningsstatus före olyckan. Faktum att hon är mycket energisk person som trivs med fysiskt och socialt aktiv liv har med stor sannolikhet påverkat hennes upplevelse negativt. Det som säkerligen har påverkat henne också är att hon är ensamstående mamma samt att barnen inte har någon kontakt med deras pappa idag. Detta medför en ytterligare aspekt på de psykiska påfrestningarna som det har inneburit för henne

⁵⁵ Ferrari, s. 3

att bli skadad likaväl som det ekonomiska ansvaret som hon ensam har om barnen. Oron för barnens framtid ifall det inte längre skulle vara möjligt för henne att försörja dem samt oförmögenheten att fungera som förut i sitt familjeliv har ökat den psykiska pressen på henne.

Valet av respondent har säkerligen satt präge i studien i form av viss mängd subjektivitet. Det skulle dock ha varit svårt att få en djup förståelse för respondentens livssituation samt orsakerna varför den hälsorelaterade livskvaliteten blir påverkad av whiplashbesvär om inte respondenten hade känt uppsatskrivaren sen tidigare.

Eftersom studien bygger på en individs upplevelser är det svårt att dra några generella slutsatser. Dock sammanfaller Marias beskrivning av sin livskvalitet i många avseenden med andra individer med liknande besvär⁵⁶, att hennes upplevelse kan anses vara representativ för andra individer med whiplashbesvär, men också andra kroniska smärttillstånd. Via hennes berättelse kan man få en inblick i en skadade persons livssituation och hur de olika besvärerna kan påverka hälsorelaterad livskvalitet. Studiens resultat kan därmed anses kunna vara ett hjälpmedel för olika yrkesgrupper som kommer i kontakt med whiplashpatienter eller patienter som lider av andra kroniska smärttillstånd. Med utökad förståelse kan dessa individer bemötas på ett bättre sätt. Marias berättelse ger oss bilden av en komplex skadeproblematik där olika faktorer påverkar varandra i hög utsträckning. Det är viktigt för individen att känna sig bli trott och förstådd. Felaktig bemötande i sjukvården kan ha stor betydelse för individen i hennes rehabiliteringsprocess. Rätt diagnos i kombination med rätt och tidig rehabilitering är grundförutsättning för att dessa individer kan behålla hög hälsorelaterad livskvalitet trots skadan.

***Maria:** "Det känns ju för jävligt. Man känner sig totalt grundlurad av hela samhället. För man hade aldrig trott att om ett fyllor kör på dig, då tror man att man ska få hjälp av samhället, men det är fyllor som får hjälp och inte du."*

Marias förtroende för sjukvården, men även för hela samhället i stort har blivit starkt negativt påverkad till följd av olyckan. Den enda positiva saken som skadan har medfört enligt Maria,

⁵⁶ Laursen, s. 2-10;
Ricter, s. 2;
Ferrari, s. 2;
Whiplashkommissionen a, s. 50-58

är att hon numera har större förståelse för människornas olika förutsättningar i livet, större acceptans och ödmjukhet inför andras svårigheter.

5 Slutkommentar

Det går att uppnå bra hälsorelaterad livskvalitet trots en fysisk skada anser jag. Med förundran, men samtidigt med stort intresse har jag studerat dokumenten i Marias fall. Då jag fått ta del av den omfattande mängden information dessa dokument innehåller har det varit lätt att förstå hennes vanmakt över sin situation. Det verkar ha begåtts flertal missbedömningar i hennes fall med tanke på de riktlinjerna som är aktuella i omhändertagandet av whiplashskadade patienter idag. Detta ser ut att ha resulterat i ännu mera försämrade upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet hos henne än själva skadan i sig hade orsakat.

Forskning inom whiplash är omfattande. Trots detta gick det inte att hitta en annan studie som på liknande sätt hade undersökt individperspektivet. Forskningen verkar vara mer intresserad av själva sjukdomen än att ta reda på hur den kan påverka individen. Att kunna dra generella slutsatser i en fallstudie är svårt, vilket kan också minska intresset för liknande studier. Det bör dock vara av yttersta intresse för samhället att skaffa fram information som kan leda till hög uppskattning av hälsorelaterad livskvalitet. Fortsatt forskning på individens upplevelser i samband med whiplashbesvär behövs för att tydliggöra hur stor betydelse sjukvårdens bemötande och inställning samt rätt vård har för individen.

Osäkerhet inför vården tillsammans med felaktigt bemötande medför onödig psykisk belastning för patienter som redan oftast lider av flertal komplexa symptom. Det verkar fortfarande vara så att sjukvårdens syn på hälsa är starkt förknippad med sjukdomssynsättet. Man riktar sig att bota sjukdomar istället för att sträva efter hälsa. Detta verkar resultera i svårhet att hantera sjukdomar och skador som är icke synliga och objektivt svåra att bevisa. Med ökad insikt om individens upplevelse torde sjukvårdens inställning kunna ändras för de skadades fördel.

De slutsatserna som kan dras av studiens resultat är sammanfattningsvis följande.

- ◆ De skador som Maria ådrog hos sig vid olyckstillfället har påverkat hennes liv i form av nedsatt hälsorelaterad livskvalitet.
- ◆ Smärta verkar vara den mest betydelsefulla enskilda påverkansfaktorn som sänkt Marias hälsorelaterade livskvalitet mest.
- ◆ Marias upplevelse av sin hälsorelaterade livskvalitet sammanfaller i många avseenden med andra individer med liknande besvär.
- ◆ Studiens resultat kan anses kunna vara ett hjälpmedel för olika yrkesgrupper som kommer i kontakt med whiplashpatienter.

Käll- och litteraturförteckning

Muntliga källor

I författarens ägo

Bandupptagning med utskrifter

Intervju med respondenten

Böcker

Ekman, Rolf, Arnetz, Bengt (red), *Stress Molekylerna Individens Organisationer Samhället* (Stockholm, Författarna och Liber AB, 2002)

Hansson, Per, *Nociceptiv och neurogen smärta: Uppkomstmekanismer och behandlingsstrategier*, 2. uppl. (Stockholm: Pharmacia & Uppjohn, 1997)

Jakobsson, Ulf, *Chronic pain and quality of life among older people*, (diss. Lund: Lunds universitet, 2003)

Linton, Steven J., *Smärtans psykologi: Muskuloskeletala besvär- teori och åtgärder*, 2. uppl. (Uddevalla: Ad Manus, 1994)

Medin, Jennie, Alexandersson, Kristina, *Begreppen: Hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie* (Lund Studentlitteratur, 2000)

Tidningar och tidsskrifter

Bertilson, Bo C., "WAD gäller? Referat från 2005 International Whiplash Trauma Congress, Breckenridge, Colorado", *Medicinsk Forum*, (2005:2), ss. 40-43

Ferrari, Robert, Russel, Anthony S., Conner-Spady, Barbara, "The Medical Outcome Study Short Form 6D and Whiplash" *The Journal of Rheumatology*, 32 (2005:9, Sep), s. 1849

Laursen, Birgitte S., Bajaj, Priti, Olesen, Anders S., Delmar, Charlotte, Arendt-Nielsen, Lars, "Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain", *European Journal of Pain*, 9 (2005:3), ss. 267-275

Richter, M., Ferrari, R., Otte, D., Kuensebeck, H-W., M Blauth, M., Krettek, "Correlation of clinical findings, collision parameters, and psychological factors in the outcome of whiplash associated disorders", *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, (2004:75) ss.758-764

Versteegen, G. J., Dijkstra, P. U., Jaspers, J. P.C., Meijler, W. J., ten Duis, H. J. och Klip, E. C., "Sprain of the neck: Quality of life and psychological functionin. A 4-year retrospektive study", *Quality of Life Research*" 12 (2003), ss. 335-341

Ware, John E. Jr., Kosinski, Mark, Keller, Susan D., "A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales an Preliminary Tests of Realibility an Validity", *Medical Care*, 34 (1996:3), ss. 220-233

Ware, John E. Jr., Sherbourne, Cathy Donald, "The MOS 36-Item Short-Form Healt Survey(SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection", *Medical Care*,30(1992:), ss. 473-480

I respondentens ägo

Primärvården, *Patientjournal*

Karolinska Sjukhuset, *Patientjournal*

Elektroniska källor

Whiplashkommissionen och Svenska Läkarsällskapet, Diagnostik och tidigt omhändertagande av whiplashskador, <www.whiplashkommissionen.org/rapporter/rapporter.html>

Whiplashkommissionen, Whiplashkommissionens slutrapport
<www.whiplashkommissionen.org/rapporter/rapporter.html>

Bilaga 1

RAMEN TILL INTERVJUFRÅGORNA

Bakgrund

- Familjeförhållandena under uppväxten
- Fritidsintressen och hobbyn
- Beskrivning av personligheten
- Eventuell trosuppfattning

Olyckan och eftervården

- Beskrivning av olyckan; hur, var, när
- Akuta omhändertagandet; vem, vad gjordes, diagnos
- Rehabiliteringen; vilka former (medicinering, sjukgymnastik, terapi och andra metoder), WAD-skala
- Bemötandet i vården
- Symptombeskrivning; fysiska besvär, psykiska besvär
- Coping-strategier

Livskvalitet efter olyckan

- Omgivningens reaktioner; familjen, vänner, arbetsplatsen
- Påverkan på det dagliga livet; barnen, arbetet, ekonomisk påverkan, umgänge med vänner
- Försäkringsärendets roll
- Hur definierar respondenten livskvalitet
- Hur är livskvalitet påverkad av skadan

Bilaga 2

KÄLL- OCH LITTERATURSÖKNING

VAD?

Vilka ämnesord har du sökt på?

Ämnesord	Synonymer
Whiplash Quality of life Recovery of funktion Smärta	Pisksnärtsskador Livskvalitet rehabilitering

VARFÖR?

Varför har du valt just dessa ämnesord?

Whiplash användes istället för pisksnärt eftersom den är internationellt använt begrepp. Quality of life och livskvalitet användes parallellt för att hitta även svenskspråkig material. Smärta inkluderades som sökord i senare skede, då den visade sig vara en viktig påverkansfaktor vid WAD. Recovery of funktion samt rehabilitering uteslöts som sökordtidigt då studiens syfte blev fastställt.

HUR?

Hur har du sökt i de olika databaserna?

Databas	Söksträng	Antal träffar	Antal relevanta träffar
Libris			
Pub Med	Whiplash	2279	0
Pub Med	Whiplash and quality of life	22	6
GIH bibl.katalog	Smärta	84	4

KOMMENTARER:

*Mängden litteratur var omfattande och det var svårt att exkludera studier gällande allmän forskning vid WAD. Via respondenten hittades Whiplashkommissionens rapporter via deras hemsida, som sedan användes i stor utsträckning. Pub Med var den mest givande databasen gällande livskvalitetstudier.
En del av sökdata är i dagens dato försvunnen. Därmed är även redovisningen av datasökning bristfällig samt hämtdatumet av Whiplashkommissionens rapporter saknas av samma anledning.*