



■ NYHETER FÖR DIG SOM ARBETAR I SJUKVÅRDEN

## Bevis för smärta hos nackskadade

2011-04-21 Svenska forskare har hittat bevis för att det faktiskt händer något i nacken på patienter med kroniska smärtor efter pisksnärtskador.

Läs studien:

- Elevated [<sup>11</sup>C]-D-Deprenyl Uptake in Chronic Whiplash Associated Disorder Suggests Persistent Musculoskeletal Inflammation

De uppseendeväckande rönen finns i en studie från Uppsala som publiceras i PloS ONE och har uppmärksammats av Upsala Nya Tidning.

Forskare i Uppsala har utifrån tidigare studier, som visat att substansen deprenyl kan användas för att påvisa vävnader där det finns en pågående inflammation, undersökt patienter med nacksmärtor efter trafikolyckor.

Med deprenyl som spårvätska har smärtpatienter och en kontrollgrupp med friska personer undersökts med PET-kamera. Hos kontrollgruppen höllades bara låga halter av deprenyl. Hos de 22 smärtpatienterna fanns däremot höga halter.

Något som alltså verkar ge stöd för hypotesen att kroniska nacksmärtor kan orsakas av inflammatoriska processer.

– Patienter med kroniska nacksmärtor efter pisksnärtskador möts ofta av misstro eftersom ingenting onormalt ses vid undersökningar med röntgen eller magnetkamera. Vi kan nu visa att det går att få objektiva bevis för att smärtan verkligen uppstår i nacken, säger Torsten Gordh, professor och chef för Smärtcentrum vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och en av de som står bakom studien, till Upsala Nya Tidning.

Thomas Leltner

thomas.leltner@dagensmedicin.se

### Skriv kommentar

Dagens Medicin vänder sig till dig som arbetar i sjukvården och vår kommentarfunktion är endast avsedd för personer som i sin yrkesroll vill tillföra synpunkter och ny kunskap i ämnet.

Skriv en kommentar

Skriv signatur:

Kommentera

### Kommentarer

Postad av: Bo Sonnsjö, 03:28, 20 maj 2011

Bäste Dr Dängrot!

Något sent omsider kommer min kommentar till Din önskan om svar när det gäller min syn på behandling av nackskador och fibromyalgi eller vilken annan åkomma som helst!

En förutsättning för att kunna få en korrekt behandling är att faktisk diagnos blir fastställd.

Många med s k "whiplashskada", vilka sökt sig till utlandet för att bli hjälpta till diagnos och behandling skulle kunna jämföras göras med alla dem vilka vandrat från doktor till doktor land och rike runt och därmed behandlats med behandlingar mot smärta, psykosomatiska eller pseudopsykiatriska diagnoser.

Då skulle det nog visa sig att utredning och behandling i utlandet hjälper betydligt bättre än de alternativ, som för

närvarande styr i Sverige.

Evidens skulle därför troligen påvisa att behandlingen utanför landets gränser skulle hjälpa bättre.

Ett uttryck, som förhindrat att nackskadade fått nödvändig hjälp till ett bättre liv är "vetenskap och beprövad evidens". (Evidens lär i dessa sammanhang vara ett ofta återkommet ord i diskussionen. Vid förfrågan till professor Måns Rosén och professor Nina Rehnqvist vid SBU nyligen framkom information om att SBU inte har något uppdrag och inget dokument där det framgår vilka evidensgodkända metoder som används i Sverige, samt att SBU:s metodbok, 110127.pdf, är under omarbetning).

Den som vill lära sig något om nackskador borde läsa "Shamanens sång om en oundviklig människa" - en nyutkommen bok av dr Jan Lidbeck. Han har under många år försökt hjälpa nackskadade. I boken framgår mycket tydligt alla typer av misstolkningar av symptom, som svensk sjukvård ägnar sig åt till följd av hur försäkringsindustrin med hjälp av ett suveränt skickligt genomfört projekt kallat "Whiplashkommissionens rapport" lyckat inbilla svensk läkarkår, ledande politiker och den stora allmänheten att en nackskada är en lindrig stukning som går över på kort tid.

Att det dokumentet endast bygger på "konsensus" och okunskap när det gäller att fastställa skador - inte bara på halskotpelarens hårda och mjuka strukturer - utan även på centrala nervsystemets blodcirkulation, vilket successivt kan framkalla undergång av nervvävnad. Med neurologiska konsekvenser.

Hur skall den vanliga doktorn utan tillgång till moderna undersökningsmetoder kunna känna igen typiska nackskador, när inte ens ledande professorer eller docenter vid Karolinska tycks klara av det. När de senare i rollen som försäkringsläkare skyller drabbades besvär på psykosomatiska besvär eller psykiatriska åkommor, kan man inte förvänta att doktorer på landets olika sjukmottagningar skall klara av det. Är det månne "sekiner som skymmer sikten?"

Den som vill lära sig mer om diagnos, behandling och konsekvenser av trafik-, fall-, idrotts- eller arbetsolyckor vid nackskador borde åka till vackra Åland den 22-23 september i år för att lyssna på vad både medicinsk och juridisk expertis kan lära ut om vad sjukvården, rättsliga myndigheter och ledande politiker borde lära sig och förstå framöver.

Den som vill veta mer om det mötet eller om nackskador kan söka sig till Nackskadeförbundets hemsida <http://www.nackskadeforbundet.se>

Anmäl kommentar

*Postad av: Sjukgymnast, 21:55, 5 maj 2011*

Läkare är i allmänhet ej särskilt bra på att diagnosticera t ex nervpåverkan. Den kliniska undersökning är ofta bristfällig och man lägger för stor tyngd vid MR undersökningar.

Att diagnosticera "lumbago" är inte svårare än än att säga att någon har ont i ryggen...  
Inte konstigt att det är så med tanke på den utbildning som de har och att de i allmänhet har 15 min på sig att undersöka pat.

Diagnostiken av dysfunktioner som orsakar pat besvär är det sjukgymnaster är specialister på. Men även hos vår yrkesgrupp så varierar så klart kompetensen på området. Även om vi i allmänhet bara rent tidsmässigt kan göra en mer grundlig undersökning och anamnes av pat.

Detta gör ju att pat med besvär från rörelseapparaten självklart i första hand skall till sjukgymnast och inte gå omvägen via läkaren. Det här är ett arbetssätt som de allra flesta läkare vill ha och som görs i praktiken på de flesta vårdcentraler. Men även detta kan förbättras.

Behövs läkarbedömning så vidareremitteras såklart pat för det. Detta är ett arbetssätt som ger nöjdare pat, nöjdare läkare och en effektivare vård.

Undersökning angående diagnosticering av nervpåverkan:  
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-11-202.pdf>

Fördelarna med snabb kontakt med sjukgymnast:  
<http://gupea.ub.gu.se/handle/2077/24585>

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 11:25, 5 maj 2011*

Läkare är bra på att diagnostiera kotkompression (ostoporos hos äldre), spinal stenos, lumbago med/utan ischias och beakta prostata och metastaser, diskbräck med neurologisk fokaltitet i kliniken.

När det gäller funktionella besvär med muskuloskeletal genes såsom förkortad/sidoskillnad i rörelseomfång i psoas major/rotatorer i höft/piriformis osv är det så att sjukgymnastik och naprapater ofta har mycket bättre klinisk erfarenhet av just detta och ffa tid för detsamma.

Tyvärr är luckan mellan läkekonsten och sjukgymnastiken för stor men den kommer succesivt att arbetas bort då man utbildar mer i team och arbetar mer i team idag än för 10-20 år sedan vilket är bra för alla parter!

Anmäl kommentar

*Postad av: Ralf C, 13:03, 4 maj 2011*

Vad gäller ryggont, eller ont var som helst i kroppen som inte verkar vara invärtes, går jag aldrig längre till läkare. Förstaval är alltid naprapat. Och detta efter lång erfarenhet.

Anmäl kommentar

*Postad av: Kliniker, 10:04, 4 maj 2011*

@ "I systemet",

Det verkar vara en beskrivning på ett riktigt dåligt fungerande omhändertagande av en patient med ryggsmärtor. Borde varit:

Allmän medicinare - utredning, behandling:

NSAID analgetika, uteslutningen av allvarlig

reumatologisk eller ortopedisk sjukdom dvs lab, ev rtg, mr, ct, och ev ortoped reumatologremiss. Bedömning av sjukgymnast.

Inget hindrar allmänläkare, ortoped och reumatolog värderar ev neuropatisk smärtkomponent och behandla detta.

Remiss till smärtläkare med tvärfackligt eller multimodalt omhändertagande. Detta betyder helt enkelt att patienten inte bara träffar läkaren(undersökning, diagnos och den medicinska behandlingen) utan även sjukgymnast och psykolog med specialinriktning på smärta då detta visat sig bättra behandlingsresultatet.

När det gäller den medicinska behandlingen består den ofta av en "optimering" av smärtstillande, seponering av preparat utan effekt och med skadliga biverkningar (ofta NSAID).

Utprovning av de olika behandlingsalternativen mot neuropatisk smärta utifrån den specifika patienten, man bör använda en smärtsjuksköterska då patienten kan behöva kontakt ofta angående doser, effekt /biverkan och liknande.

Ett behandlingsförlopp kan ta upp till 3 - 6 månader.

Man kan inte bota alla, en relativ stor del blir helt bra, en stor del blir ordentligt förbättrade, några kan man inte hjälpa alls och detta skall leda till att diagnoserna återigen värderas, här ligger ofta felet vid behandlings svikt.

Anmäl kommentar

*Postad av: psykiater 60+, 23:26, 3 maj 2011*

Nog finns det allmänläkare som inte gör så här som "I systemet" skriver nedan, även om detta visst förekommer. Jag förstår inte de landsting som flyttar bort sjukgymnasterna från vårdcentralerna. Att läkaren tillsammans med sjukgymnasten - dvs samtidigt - gör en undersökning av patienter borde vara en självklarhet. De läkare jag känner som gör så är mycket nöjda och har nöjda patienter.

Anmäl kommentar

*Postad av: I systemet, 21:10, 3 maj 2011*

@klinikern

I den stad där jag bor fungerar det ofta så här.

Patienten har ont i ryggen och söker husläkare.

-Jag har ont i ryggen. (kläderna på)

-Hmm, jag tror bestämt du drabbats av det vi kallar lumbago. Jag skriver ut lite diklofenak eller voltaren.

Patienten blir inte bättre och söker efter en tid husläkaren på nytt.

-Pillrena hjälpte inte.

-Hmm, då tror jag bestämt att du ska prova sjukgymnastik.

6 till 12 månader med sjukgymnastik och patienten inte bättre söker vederbörande ånyo husläkaren.

-Sjukgymnastiken hjälpte inte.

-Hmm, då tror jag att vi remittera dig till smärtkliniken.

På smärtkliniken:

-Jag har ont i ryggen.

-Har du ont i ryggen? Vi ska ta ett par röntgenbilder. Du lider av lumbago på grund av artros. Det finns inget att göra. Du får lära dig leva med det här. Försök att inte tänka på det. Vi kan skriva ut lite Paroxetin.

Smärtklinikens utredning har jag för mig ligger i storleksordningen 50000,- för landstinget.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 20:26, 3 maj 2011*

Bengt,

Titta i Läkartidningens artikelarkiv, pålästa vakna kollegor på Åland, Peter Wahlberg & Dag Nyman och argumenterar för Amoxicillin som första hands preparat vid borrelia istället för Kåvepenin, med mycket rationella, adekvata och kloka iakttagelser.

Det blev Sverige mot Åland av den sakliga debatten, där det blev 0-2 i resultat om du frågar mig.

Men det beror ju på värderingar, kulturella referenser för till sist så är människan i slutändan av någon outgrundlig anledning inte öppen för rationella argument när man har investerat känslomässigt kapital i andra argument även om man har fel i sak.

Bara ett - enkelt - exempel där sak och affekt blir föremål för dialog eller argumentation framför sakfrågan, om än i mer rumsrent klimat.

Referenser

<http://tarkiv.lakartidningen.se/artNo31443>

<http://tarkiv.lakartidningen.se/artNo31758>

Anmäl kommentar

*Postad av: Bengt, 19:21, 3 maj 2011*

Som med det mesta annat inom läkarvetenskapen och kontroverser, handlar det väl till syvende och sist om politik, och när flera "hjärnor" strider kommer alltid patienten i kläm.

Efter ett flertal fall av borrelia inom bekantskapskretsen, inklusive mig själv, gick på skoj igenom det underlag som ligger till grund för Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer, och det är ingen kul läsning.

Behandlingsrekommendationerna bygger på studier där färre än 60% av patienterna blev friska av dosen. Inom vilken annan yrkesgren skulle man acceptera detta?

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 19:01, 3 maj 2011*

Eftersom det är uppenbart att "RELATIVISTEN" är jag, Beteendevetare, väljer jag att svara på ditt inlägg:

Det händer att mina inlägg har en agiterad ton. Det kan möjligen ha ett samband med årtionden av biomedicinskt mästrande från framförallt läkarkåren inom psykiatrin, både gentemot mig personligen, men också i min roll som brukarföreträdare. När jag gång på gång möter samma mästrande i kommentarsfälten här, väcks känslorna till liv igen. Det är säkert oförlåtligt på många sätt, men som du vet: "it takes two to tango".

Sedan är jag, tro det eller ej, tämligen kunnig på det här området, och jag vet när "professionen" har på fötterna och när den inte har det. Annorlunda uttryckt kan jag bara respektera vetenskapliga anspråk, som det finns saklig, vetenskaplig grund för.

I övrigt tycker jag att du skriver mycket goda inlägg, som jag uppskattar. Fortsätt med det!

Anmäl kommentar

*Postad av: Beteendevetare, 17:03, 3 maj 2011*

Efter att ha läst igenom kommentarerna för artikeln kan jag konstatera att det finns två polariserade läger som man skulle kunna kalla för positivisterna vs. relativisterna. Här vill jag som beteendevetare komma med några goda råd till två av debattörerna som kan sägas företräda varsitt perspektiv:

Till POSITIVISTEN vill jag framhålla att läkare utan specialistkompetens i psykiatri bör vara mycket försiktiga med att avfärda svårförklarliga symptom eller avvikande sjukdomsprogress som somatisering, konfabulering, psykosociala problem eller simulering. Jag har nyligen kommit i kontakt med en patient vars symptom av flera läkare avfärdades som somatisering, psyk insuff etc. Slutligen ställdes dock tack och lov korrekt diagnos - Sjögrens syndrom. Vad jag vill säga med denna historia är att få soma-läkare faktiskt utesluter somatisk sjukdom innan de börjar kvacka med psykologiska förklaringsmodeller.

Som beteendevetare kan jag också tala om att kronisk smärta under längre tid gör de allra flesta normalt funtade människor deprimerade och apatiska. Dessutom kan trauma som involverar huvudet i sig framkalla vad som i vardagligt tal kallas "hjärntrötthet". Frågan är då vad som är hönan och ägget - leder sviterna efter pisksnärtskada till psykisk ohälsa och införlivande av sjukidentitet eller har det funnits tidigare föreliggande psykisk ohälsa? Här uppfattar jag en viss positivistisk debattör som något av en advocatus diaboli; om det inte finns tydliga objektiva fynd som stödjer patientens berättelse så avfärdar han pat. som lat eller inbillningssjuk. Jag måste också säga att det finns tydliga drag av förakt för svaghet i nämnde debattörs inlägg. Som man brukade säga till de romerska triumfatorerna medan de mottog folkets hyllning; memento mori.

Vad gäller den andre debattören, av mig kallad RELATIVISTEN, så vill jag ge några goda råd på vägen. Jag upplever NN:s debattinlägg som konfliktsökande och ofta direkt aggressiva. Jag tycker mig också kunna se ett mönster av projektion och bitterhet som tar sig uttryck i form av allmän fientlighet mot läkarvetenskapen. Det är visserligen bra att ett patient- och brukarperspektiv företräds i debatten, men jag måste säga att litet mer respekt för professionen vore på sin plats.

I längden vinner man på konstruktiv diskussion, sakargument och strävan efter samförstånd. Tes, Antites, Syntes!

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 14:29, 2 maj 2011*

Tack Greta, för fokus på sakfrågan, för personlig reflektion och stimulerande läsning!

Anmäl kommentar

*Postad av: klinikern, 14:26, 2 maj 2011*

Snicksnacka inte så mycket!

Ta en adekvat smärtanamnes.

Undersök Era patienter ordentlig.

Finns det objektiva el. anamnestiska symtom som kan passa med utveckling av neuropatisk smärta behandla patienten adekvat.

Kan Ni inte detta, remittera till smärtklinik.

Enkelt va!

Bra bok: "Praktisk klinisk Smertebehandling", Jensen, Sjögren, 5. udgaven, Munksgaard, Danmark

Anmäl kommentar

*Postad av: Docendo discimus, 11:21, 2 maj 2011*

Ni som lider av strutsliknande fasoner, typ Dängrot, dra upp huvudet snabbt ur sanden, ty i nästa sekund kan det vara DU själv eller NÅGON anhörig som VERKLIGEN drabbas av sk nacksmärtor ,WAD, whiplash, pisksnärt osv.

"Kärt barn" benämns med många namn men de står lika fullt för ett oerhört lidande.

DÄNGEN under bältet förvärrar redan smärtan på oss patienter, vi som verkligen är specialister i frågan ska ni veta.

Det finns allt för många rotlösa dängar i samhället vilket gör att vi patienter gång på gång söker hjälp vilket kostar vårdapparaten oerhörda summor vidare tar vi upp tid och plats ur den samma.

Tack och lov finns det också bra information av att ta del av här av empatiska medmänniskor.

Anmäl kommentar

Postad av: Haqvin, 00:26, 2 maj 2011

Dr.Dängrot!

Ett skäl till att man reagerar med "affekt" på dina inlägg är att du själv uttrycker dig nedsättande om människor med diagnoser och tillstånd, som du ifrågasätter. Ett av många exempel på det är din hänvisning till artikeln med rubrik "Whiplash and other useful illnesses".

Du kan knappast förvänta dig att bli respektfullt bemött, om du själv uttrycker dig förklenande om andra människor!

(Till moderator: Kan inte se att detta inlägg överskrider gränsen för det tillåtna, så länge andra debattörer - ingen nämnd och ingen glömd - tillåts kalla mig för "internettroll" och allsköns andra grova tillmälen.)

Anmäl kommentar

Postad av: Greta, 23:17, 1 maj 2011

@Dr. Dängrot

Jag skall inte lägga mig så mycket i din eller någon annans personliga syn på whiplash, även om jag tycker att Bo Sonnsjö belyste problemet väl. Området är minst sagt problematiskt, så jag rättar mig personligen huvudsakligen till den tyvärr allt för magra vetenskap som finns på området.

Dock vill jag bemöta ett av dina påståenden och det gäller risken för vertebralartärsdissektion pga halsryggsmanipulation. Lyckligtvis får man väl säga att vi sedan några år utrett den saken ganska väl och om detta tycker jag att du bör läsa följande studie: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2271108/pdf/586\\_2008\\_Article\\_634.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2271108/pdf/586_2008_Article_634.pdf)

Skulle du fortfarande sväva lite gällande strokerisken för dessa nackpatienter, tycker jag du skall ta och fundera på de tråkiga bieffekter som ibland inträffar för patienter som intar nsaid och då speciellt under en längre tid. Vetenskapen exempelvis för nsaid's gällande whiplashpatienter är inte direkt glasklar, men trots det är det nog det vanligaste rådet/föreskrivningen vid dessa besvär.

Vi har nog alla tämligen långt att gå rent vetenskapligt sett. Därför tycker jag att vi skall vara väldigt försiktiga med att smutskasta varandra. Kanske är det så att sanningen ligger någonstans mitt emellan, dvs vissa patienter bör få en behandling, medans andra får bäst hjälp av en annan behandling och några patienter får bäst hjälp med en kombination av olika behandlingar.

Än en gång, ladda ner och läs igenom denna studie, för den är verkligen tänkvärd: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18204386>

Trevlig kväll!

Anmäl kommentar

Postad av: JN, 15:01, 1 maj 2011

Spine (Phila Pa 1976). 2001 Jun 15;26(12):E268-73.

Radiofrequency medial branch neurotomy in litigant and nonlitigant patients with cervical whiplash: a prospective study.

Sapir DA, Gorup JM.

Source

Indiana Pain Institute, Lafayette, Indiana 47905, USA. [sapirmd@aol.com](mailto:sapirmd@aol.com)

#### Abstract

#### STUDY DESIGN:

The efficacy of radiofrequency medial branch neurotomy to treat cervical zygapophysial joint pain from whiplash was compared prospectively in litigants and nonlitigants.

#### OBJECTIVES:

1) To assess the effect of monetary gain on treatment of zygapophysial joint pain in cervical whiplash. 2) To determine whether radiofrequency medial branch neurotomy is effective treatment for whiplash.

#### SUMMARY OF BACKGROUND DATA:

The influence of litigation on treatment outcome is a subject of controversy in both the medical and legal professions. This is the first study to examine this issue in a prospective manner using a previously proven diagnostic and therapeutic method.

#### METHODS:

Sixty patients with cervical whiplash who remained symptomatic after 20 weeks of conservative management were referred for radiofrequency cervical medial neurotomy. The patients were classified as litigant or nonlitigant based on whether the potential for monetary gain via litigation existed. Each group underwent identical evaluation and treatment. Patients were observed for 1 year. Visual analogue scores and self-reported improvement were obtained before, immediately after, and 1 year after radiofrequency cervical medial neurotomy.

#### RESULTS:

Forty-six patients completed the study. The overall reduction in cervical whiplash symptoms and visual analogue pain scores were significant immediately after treatment (nonlitigants vs. litigants: 2.0 vs. 2.5,  $P = 0.36$ ) and at 1 year (nonlitigants vs. litigants: 2.9 vs. 4.0,  $P = 0.05$ ). One-year follow-up scores were higher than immediate post-treatment scores (nonlitigants vs. litigants: 2.5 vs. 3.6). The difference between litigants and nonlitigants in the degree of symptomatology or response to treatment did not reach significance.

#### CONCLUSIONS:

These results demonstrate that the potential for secondary gain in patients who have cervical facet arthropathy as a result of a whiplash injury does not influence response to treatment. These data contradict the common notion that litigation promotes malingering. This study also confirms the efficacy of radiofrequency medial branch neurotomy in the treatment of traumatic cervical facet arthropathy.

#### Anmäl kommentar

*Postad av: JN, 14:46, 1 maj 2011*

Spine (Phila Pa 1976). 1996 Aug 1;21(15):1737-44; discussion 1744-5.

Chronic cervical zygapophysial joint pain after whiplash. A placebo-controlled prevalence study.

Lord SM, Bamsley L, Wallis BJ, Bogduk N.

#### Source

Cervical Spine Research Unit, University of Newcastle, Callaghan, Australia.

#### Abstract

#### STUDY DESIGN:

The authors developed a diagnostic double-blindfolded survey using placebo-controlled local anesthetic blocks.

#### OBJECTIVE:

To determine the prevalence of cervical zygapophysial joint pain among patients with chronic neck pain (more than 3 months' duration) after whiplash injury.

#### SUMMARY OF BACKGROUND DATA:

The prevalence of cervical zygapophysial joint pain after whiplash has been studied by means of comparative local anesthetic blocks. The concern is that such blocks may be compromised by placebo responses and that prevalence estimates based on such blocks may exaggerate the importance of this condition.

#### METHODS:

Sixty-eight consecutive patients referred for chronic neck pain after whiplash were studied. Patients with dominant headache were first screened with the use of comparative blocks of the C2-C3 zygapophysial joint. Patients who had positive responses concluded investigations. Those who did not experience pain relief together with the

patients with dominant neck pain proceeded to undergo placebo-controlled local anesthetic blocks. Two different local anesthetics and a placebo injection of normal saline were administered in random order and under double-blindfolded conditions. A positive diagnosis was made if the patient's pain was completely and reproducibly relieved by each local anesthetic but not by the placebo injection.

**RESULTS:**

Among patients with dominant headache, comparative blocks revealed that the prevalence of C2-C3 zygapophysial joint pain was 50%. Among those without C2-C3 zygapophysial joint pain, placebo-controlled blocks revealed the prevalence of lower cervical zygapophysial joint pain to be 49%. Overall, the prevalence of cervical zygapophysial joint pain (C2-C3 or below) was 60% (95% confidence interval, 46%, 73%).

**CONCLUSION:**

Cervical zygapophysial joint pain is common among patients with chronic neck pain after whiplash. This nosologic entity has survived challenge with placebo-controlled, diagnostic investigations and has proven to be of major clinical importance.

**Anmäl kommentar**

*Postad av: JN, 14:44, 1 maj 2011*

**Dängrot.**

Det är klart genom ett antal studier att skador som kan uppkomma, vid whiplash våld, på cervikala facettleder EJ syns genom de bildundersökningar som görs. Det gör inte att inte skadan finns.

Det är inte jag som diagnosticerar facettledssmärta. Men det finns forskare som har gjort det på WAD pat och funnit en relativt hög förekomst av symtomgivande facettleder och långvarig smärtlindring vid behandling av dessa.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8855458>

Vad jag har för yrke är irrelevant för sakfrågan som du undviker.

**Anmäl kommentar**

*Postad av: Dr.Dängrot, 14:23, 1 maj 2011*

**STUDY DESIGN:**

Best evidence synthesis.

**OBJECTIVE:**

To perform a best evidence synthesis on the course and prognostic factors for neck pain and its associated disorders in Grades I-III whiplash-associated disorders (WAD).

**SUMMARY OF BACKGROUND DATA:**

Knowledge of the course of recovery of WAD guides expectations for recovery. Identifying prognostic factors assists in planning management and intervention strategies and effective compensation policies to decrease the burden of WAD.

**METHODS:**

The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders (Neck Pain Task Force) conducted a critical review of the literature published between 1980 and 2006 to assemble the best evidence on neck pain and its associated disorders. Studies meeting criteria for scientific validity were included in a best evidence synthesis.

**RESULTS:**

We found 226 articles related to course and prognostic factors in neck pain and its associated disorders. After a critical review, 70 (31%) were accepted on scientific merit; 47 of these studies related to course and prognostic factors in WAD. The evidence suggests that approximately 50% of those with WAD will report neck pain symptoms 1 year after their injuries. Greater initial pain, more symptoms, and greater initial disability predicted slower recovery.

Few factors related to the collision itself (for example, direction of the collision, headrest type) were prognostic; however, postinjury psychological factors such as passive coping style, depressed mood, and fear of movement were prognostic for slower or less complete recovery. There is also preliminary evidence that the prevailing compensation system is prognostic for recovery in WAD.



**CONCLUSION:**

The Neck Pain Task Force undertook a best evidence synthesis to establish a baseline of the current best evidence on the course and prognosis for WAD. Recovery of WAD seems to be multifactorial.

Intressant referens:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18204405>

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 14:16, 1 maj 2011*

JN,

Du sluter dig snabbt till skaran som ska skjuta pianisten för att Ni inte gillar partituret. Ni gör snabbt person av en sakfråga, för att sedan snabbt i narcissistiska förtecken förhäva Er egen "tro" på patienten och inte sällan, alas, mirakelbehandlingar därtill.

Det är inte trovärdigt helt enkelt.

Om det du gör i diagnostik och behandling är reproducerbart och går att mäta objektivt så är det toppen.

För övrigt kan dagens radiologi med hög precision kartlägga morfologiska förändringar även i facettleder.

Det är klokt att alltid fråga sig vem avsändaren är innan man tolkar budskapet.

JN tillhandahåller sannolikt alternativmedicinsk behandling och har i alla fall en sak som vi doktorer inte har i kontakten med våra patienter: beröring och tid.

Det är dock inte alltid av godo. Manipulation av halsryggen är förenat med risker också. Vertebralartärsdissektion, något Mats Reimer vid fler än ett tillfälle tagit upp i sin blogg.

Referens:

[http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=1348](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1348)

Anmäl kommentar

*Postad av: Greta, 13:32, 1 maj 2011*

Ett litet tips för den som är verkligt intresserad av nackproblematiken, kan vara att läsa den välstrukturerade forskningssammanställningen kallad "Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders": <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18204386>

Visst finns det behandlingsmetoder som är lovande, men tyvärr framgår det också med all önskvärd tydlighet att vi behöver betydligt mer högkvalitativ forskning inom området.

Anmäl kommentar

*Postad av: JN, 13:12, 1 maj 2011*

Graden av trångsynthet eller vad man skall kalla det hos dängrot är för min del häpnadsväckande.

Bara för att du inte kan diagnosticera en skada. Som t ex skador på facettleder eller diskar, som varken syns på rtg, CT eller MR. Betyder ju naturligtvis inte att de inte finns.

Med det resonemanget finns inte solen på natten heller.

Vad gäller att det går att sätta diagnosen objektivt så går det att diagnosticera symtomgivande facettleder. Något som gått att göra sedan länge men det kanske du har missat.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 11:43, 1 maj 2011*

Då svar från Bo uteblivit i frågan avslutar jag med att diagnostisera och behandla skador som går att verifiera

objektivt.

Cervikala frakturer är för övrigt dåligt diagnostiserade hos patienter över 75 år som fallit och skadat sig. En oproportionellt stor andel av dessa patienter - i relation till yngre med samma skademekanism - har till skillnad mot de yngre inte sällan frakturer cervikalt som inte diagnostiseras vid första besöket.

Så visst kan sjukvården och de som arbetar i den bli bättre. Men det är skillnad på vetenskap, hopp och tro.

Läser man på om diagnoser såsom "utmattningssyndrom" och "fibromyalgi" samt "whiplash" får man snabbt klart för sig att dessa diagnoser inte går att sätta objektivt, att utmattningssyndrom är socialt mycket lättare att "vara" än att få diagnosen depression, vilket i grund och botten är samma sak, behandlas på samma sätt, men är ack så mycket mer stigmatiserande för patienten. Tyvärr blir man lätt kvar i "Utmattningssyndromet" med alla sekundära vinster det har då man inte vill - som patient - ta emot farmakologisk behandling som SSRI eller SSNRI preparat för att man är ju "inte psykiskt sjuk" och följdaktligen läkar dessa patienter inte ut utan blir kroniker, de fastnar snabbt i sin patientroll.

Därtill är det så, att patienter med tidigare psykisk ohälsa - före en whiplash - i mycket stor utsträckning också blir "kvar" i sin diagnos med nedsatt arbetsförmåga där skadan blir det som man förknippar sig själv med, sitt liv och (o)förmåga. För den som engagerar sig, lär känna sina patienter och som objektivt, utan att bli moder theresa men med empati, borrar sig genom lager efter lager i dessa patienters liv - i syfte att hjälpa dem förstå sig själva - vittar inte sällan en svag självkänsla, ett dåligt självförtroende, en obefintlig kapacitet att tro att man ska bli frisk och en ovilja att bli frisk, för att man fått så mycket som patient som man inte fick som frisk (uppmärksamhet, avlastning osv).

Det är lätt för de som inte är kollegor, för de som inte arbetar i vården, för de som känner sig - och vill känna sig - förolämpade, förtryckta och missförstådda att göra det.

Frågan man har som kliniker att besvara är om det föreligger en objektivt verifierbar somatisk sjukdom och/eller om det förekommer comorbiditet i form av allmänpsykiatrisk och/eller socialmedicinskt graverande omständigheter i syfte att hjälpa patienten bli frisk.

Inte sällan är patientrollen ett sätt att på - för patienten - värdemässiga grunder kunna ta avstånd från en position i livet som av olika orsaker blivit alltför graverande och besvärlig.

Att kvinnor är överrepresenterade i dessa diagnosgrupper med dubbelarbete, för lite sömn, ingen tid för egen fysisk träning, inget eget socialt nätverk, nattarbete och ta hand om 3-4 barn eller 1-2 barn där ett av barnen har ett påtagligt handikapp som kräver enormt med energi alternativt att man har stora ekonomiska åtaganden och arbetar både natt och dag innan man "blir sjuk" måste beaktas.

Men många kollegor i primärvården har inte tid, för de äger inte sin tid, det gör omvårdnadspersonalen, de sitter och koketerar med läkarens tidbok så man får inte göra ett bra jobb i primärvården. Det ska bara gå fort.

Så man kan inte, hinner inte, prata och lära känna dessa individer, de bara remitteras runt, runt, runt i vården och jag förstår om de är frustrerade, arga och inte känner sig tagna på allvar.

Men det finns hjälp att få. För det finns kollegor som läser, lär sig, arbetar hårt, förstår människan och hennes förutsättningar, som kan möta människan där hon befinner sig, skriver remisser utan att fråga efter "skelettskada?" och har en förståelse för somatik, psykiatri, socialmedicin och livet i allmänhet.

Men förleds inte att tro att dessa kollegor agerar i altruistiska förtecken och okritiskt bara verkställer vad patienten tror, tycker, vill och anser sig behöva.

Vi kan vara jobbiga, initialt, men när det gått 3-6-12 månader så är det inte sällan så, efter mycket mödosamt arbete för både doktor och patient, anhöriga, arbetsgivare och myndigheter att för i alla fall 50% som inte varit i sin "patientroll" mer än något år så blir de friska.

Man måste bara fylla det vanliga livet med mening, egenvärde, egen tid, ett värde som är större än det som livet som "patient" innebär för många av dessa sköra människor.

Då blir de inte sällan friska alldeles av sig själva. Eller så byter de vårdcentral/vårdgivare och fortsätter med sitt självdestruktiva beteende någon annanstans för att "ingen förstår dem". En del svar vill man inte få.

Men innan man överväger psykiska och allmänpsykiatriska faktorer är det en skyldighet att göra en vederhäftig somatisk utredning i samråd med patienten, ordentligt. Inte sällan blir det nödvändigt med MR-hjärna och

MR-halsrygg - en dyr undersökning, men billig för samhället i slutändan - för att "få med" dessa patienter och ack, tyvärr, hittar man en och annan patient med en tumör i halsryggen.

Ödmjukhet är elementärt i vårt yrke, men kritiskt observerande, civilkurage, en god förståelse för individen, hennes förutsättningar och människans natur kommer med åren.

Nej, jag är inte försäkringsläkare. De ogillar mig för jag sätter objektivt verifierbara diagnoser, flyttar fokus från fibromyalgi, utmattningssyndrom, whiplash och kontrollerar s-kortison på ett dygn, mäter tyroideafunktion, överväger PMR och testar prednisolon även om alla "värden är normala" då 10 % av PMR patienter har normal sänka, kontrollerar d-vitamin och alas, hittar patienter med S-PTH förhögt 2-3 ggr normalvärden som senare via kollegor på endokrin förklaras av d-vitaminbrist.

Det finns doktorer som kan, vill, tänker, vet, söker och förstår. Vi är inte ett pack utbildade tokstollar som man vill göra gällande i detta och andra debattforum.

Vi lägger ner decennier av vår vakna tid för att förstå, hjälpa, bota och bättra för människan och älskar vårt arbete. Men visst, vi är inte heller perfekta, men vi försöker!

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 13:56, 29 april 2011*

Det är givetvis bra om man kan få fram "objektiva" undersökningsmetoder, men om tillräckligt goda sådana ännu inte finns är det ändå inte acceptabelt att falla i den gamla, positivistiska fällan, att avfärda allt som dagens metoder inte kan påvisa.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot. , 11:37, 29 april 2011*

Bäste Bo,

Uppskattar fokus på sak och ditt perspektiv i debatten!

Finns det något land i EU där diagnostik och behandling av whiplash skador uppvisar utläkning till följd av operativ behandling i en omfattning som inte kan förklaras av andra faktorer?

Sedan nämner Malleson studier i sin bok där man extrapolerar data från djurexperiment där man utsätter försöksdjuren (apor) för acceleration/decelartion som genererar krafter 10 ggr högre än de som går att uppbringa i en realistisk traumatisk olycka med människor i t.ex en bil och får då vävnadsskador som är makroskopiskt verifierbara vid dissektion, som man sedan extrapolerar till att motsvarande skador uppstår vid en olycka.

De skador som går att objektivt styrka med radiologiska undersökningar är för mig prioritet framför skador som jag inte kan styrka objektivt.

Det är inte orimligt att efterlysa objektiva undersökningsmetoder som är reproducerbara för att sätta diagnos, inte sant?

Fibromyalgi t.ex är en diagnos där man ska trycka på ett antal punkter (hur hårt, exat var, på vem, när, hur) och om det då ger "smärta" så har patienten "fibromyalgi", alltså en synnerligen subjektiv, ej tillförlitligt objektivt reproducerbart sätt att diagnostisera sjukdom.

Vore tacksamt att få del av dina reflektioner i det avseendet?

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 10:40, 29 april 2011*

Dr.Dängrot!

Dina beskrivningar av mig och mitt kommenterande i DM får helt stå för dig, personligen. Jag kan i övrigt konstatera, att du inte till närmelsevis lever som du lär, vare sig i debatterandet här eller i din syn på ohälsodrabbade människor.

Jag rekommenderar läsning av Bo Sonnsjös inlägg, närmast här under!

Anmäl kommentar

*Postad av: Bo Sonnsjö, läkare, Med dr, 10:10, 29 april 2011*

Nackskador inte bara finns, utan åsikter tycks det finnas av alla de slag – t o m om att typiska besvär skulle kunna uppstå till följd av psykiska problem och liknande störningar.

Men grundläggande för varje behandling måste vara att doktorn har kunskap och att säkra metoder kommer till användning.

Det finns internationellt accepterade metoder, vilka kan fastställa både akuta och kroniska nackskador, men i Sverige finns de inte som rutin. Visserligen lär det pågå några studier i Uppsala och Lund, men deras resultat lär dock dröja så länge att många drabbade aldrig får en chans att bli botade innan deras liv tar slut.

Lugnande eller smärtlindrande mediciner kan inte läka trasiga strukturer, lika lite som nervvävnad i hjärna och hjärnstam som drabbats när den blodförsörjning den behöver att slitts sönder i krockögonblicket – när Gkrafter på mer än 20 uppstått under några häftiga millisekunder. Alla skador blir inte uppenbart i det akuta skedet.

Nu finns ytterligare en metod, som kan verifiera nackbesvär, som inte minst gruppen med s k Whiplash lider av. Numera kan värk i nacken påvisas med PET-teknik, vilket går att läsa i många tidningar idag.

I övrigt tycks en förvirrad debatt pågå om nackskador på Dagens Medicin.

Den läkare, som inte hänger med när det gäller de nyare metoderna kan naturligtvis fortsätta att tro på vad ett mycket välkänt konsensusdokument framhåller. Att försäkringsindustrins välbetalda läkare framhåller åsikter, vilka inte stämmer med vetenskap har nog många på känn. Dessa hävdar naturligtvis argument vilka medför att några ersättningar helst inte skall behöva utbetalas.

Redan det dokument, som Whiplashkommissionens rapport hänvisar till (Quebec Task Force) hade tagits fram därför att nackskador började kosta för mycket för kanadensisk försäkringsindustri.

Försäkringsförbundet har medgivit att de professorer och andra som skrev rapporten hade utvalts - inte som representanter för de institutioner där de arbetade, utan som privatpersoner. Då Nackskadeförbundet inte kunnat fastställa att deltagarna i läkargruppen hade producerat någon egen forskning innan den aktuella rapporten gällande nackskador och deras konsekvenser togs kontakt med professor Gunilla Brodda Jansen vid Capio St Göran, som konfirmerade att så var fallet.

Att professor Per Grane, som utdömde funktionell magnetkamerateknikmetoden, fMRI, varken hade sett den utövas på plats i Tyskland eller han läst gällande facklitteratur i neurokirurgi (på tyska) där den beskrevs, kan ju verka besynnerligt. När han senare ombads tolka fMRIfbilder kunde han inte finna aktuella skador, något som ligger helt i linje med att patienter vilka utretts vid Karolinska fått veta att några skador inte fanns hos patienter. Att dessa senare vid undersökning utomlands kunde konstateras och behandlas - och därefter blivit besvärsfria tycks inte imponera på Socialstyrelsen eller dess sakkunniga. Att antalet som blivit hjälpta utomlands har varit många borde vara indikation på att evidens för både diagnos och behandlingsmetoder föreligger.

Att många skadedrabbade förgäves sökt svensk vård för att sedan efter korrekt utredning och behandling blivit hjälpta till ett bättre liv tycks till slut ha fått den svenska regeringen att låta starta studier i Sverige.

Ett fall bland många kan få exemplifiera hur det ser ut på många ställen i vårt land, när kunskapen om nackskador bortprioriterats.

I Nya Wermlandstidningen publicerades den 4 mars 2011 ett typiskt fall på hur någon med allvarliga livshotande skador blivit felbedömd och inte fått den vård hon behövde. Helena Persson kunde efter korrekt diagnos fastställd utomlands och operation i Teheran dagen efter operationen fungera helt normalt efter år av lidanden – på senare tid av och till medvetlös med epileptiforma kramper – orsakade av tryck mot hjärnstammen.

Från att ha varit liggande i en sjukhussäng under en längre tid hade hon dagen efter operationen kommit på fötter och därefter fungerat normalt. Att hon hade haft alla typiska besvär på allvarliga skador – men trots det uppfattades som ovillig att arbeta eller lida av allt från epilepsi, MS till psykosomatiska besvär - hade sjukvården inte förstått.

Utredning gjord i Norge där man konstaterat behov av akut vård, hade man inte ens velat läsa på den aktuella

avdelningen – kanske beroende på att svensk sjukvård alltför ofta anses vara världsbäst?

På Nackskadeförbundets hemsida <http://www.nackskadeforbundet.se> kan mer ingående studeras mycken annan information om nackskador och nya metoder, som t ex Fonar Upright (som kan påvisa förlust av nervvävnad av typ Chiari efter allvarliga nackskador).

Historier, som den om Helena, är på intet sett unika, utan varje vecka erhåller Nackskadeförbundet kontakt med svårt skadade medborgare vilka inte får den vård de behöver, då Whiplashkommissionens rapport på ett skickligt sätt introducerats för läkare och politiker - som vore det sanning och inget annat som står i den.

Hur som helst så sparar försäkringsindustrin enorma summor pengar varje år på att inte behöva betala ut ersättningar, som de haft skyldighet till enligt obligatoriska trafikförsäkringar (som kanske betalats in under en mängd av år).

Med samma rapport som stöd kan Försäkringskassan friskskriva personer vilka ännu inte fått vare sig korrekt diagnos eller behandling, men som till följd av skador och besvär ännu inte kan återgå till arbetslivet.

Att samma Försäkringskassa bryter mot EG-domstolens prejudicerande domar gällande rätten till gränsoverskridande vård tycks inte vara känt ens bland domare vilka har skyldighet att konsultera EG-domstolen när det gäller den här typen av problem.

Att ministrar i Socialdepartementet inte vill ta upp dessa saker till debatt tycks hänga samman med okunskap bli när det gäller vad som pågår i svensk vård och rättsväsende mot skadade som inte fått sina skador fastställda i Sverige.

Att svensk sjukvård i så stor utsträckning missar livshotande och invalidiserande skador är märkligt och tyder på att grundläggande fel föreligger inom svensk sjukvård.

Om detta vill varken tidningar och TV helst diskutera! Varför kan man undra?

Undertecknad, själv läkare och medicine doktor, kunde inget om nackskador när någon i 150 km/tim körde in i min bil. Alla typiska besvär uppstod, men enligt svensk sjukvård förelåg som vanligt beskedet "Du har inga skador, fast Dina besvär är typiska. Du kommer förmodligen ha besvär några veckor eller någon månad ...."

Nu, fortfarande elva år senare är allt lika – både för mig och alla som idag drabbas av en typ av skada som svensk sjukvård definitivt inte kan diagnostisera eller behandla ....

Att det är först när man själv blir drabbad, som man förstår vad patienter berättar är förskräckligt. Man kan knappast begära att alla som nu, idag eller sedan länge hindras eller hindras att nackskadade får den vård de behöver, skall själva eller att nära och kära behöva bli drabbade, för att det till sist skall bli en ändring ...

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 01:29, 29 april 2011*

Haqvin, jag medger att termen "internettroll" i sig onekligen har en negativ innebörd och, alas, en lika negativ klang.

Men jag uppskattar helt enkelt inte att under retoriska förevändningar bli föremål för affekter och provokationer som saknar saklig grund och bli föremål för personangrepp.

Därtill är det så, att du - oavsett sakfråga eller tema - alltid väljer att göra så. Jag får anstränga mig extremt mycket för att erinra mig när du samtycker, hittar något att vara överens om, fördjupar dig eller tar del av andras perspektiv, reflekterar och skapar något istället för att förstöra, genererar polemik och aggression, oavsett sakfrågan.

Vi lever i ett demokratiskt samhälle, alla har rätt att komma till tals. Men det är inte detsamma som att man ska acceptera - okritiskt - att bli behandlad som debattör som du behandlar andra.

Jag har tre barn, vet inte hur många du har, men jag lär i alla fall mina barn att man ska behandla andra som man själv vill bli behandlad och som god förälder får man leva som man lär.

Därtill lär jag dem att sanningen är att säga som det är, således är jag ärlig - och det förvånar nog ingen - när jag säger att jag hyser tvivel om det vetenskapliga underlaget kring diagnoser som Whiplash, där så många - läkare, patienter, försäkringsbolag osv - har något att vinna på att diagnosen blir satt.

Lika ärlig är jag när jag säger att jag inte uppskattar att bli provocerad för att jag inte delar någon annans åsikter på osakliga grunder.

Om jag har 2 500 - 3 000 patientkonsultationer på ett år, om jag då faktiskt hittar den ENDA patienten på ett år som har ett intramedullärt hemangioblastom cervikalt och diffusa kliniska besvär och dessutom en missvisande allmänpsykiatrisk klinik så säger det - i alla fall i kollegiet - en hel del om min kliniska förmåga och ambition, att mina utredningsalgoritmer är sunda, att jag är en god kliniker och gör ett bra arbete.

Så, jag betackar mig, vänligt men bestämt, från att bli föremål för dina rudimentära, provocerande osakliga insinuationer och tar mig - för en gångs skull - friheten att säga det.

Annars är jag generellt en from, icke konfliktsökande - person och fortsätter även så efter detta inlägg.

Men, kära moderator på DM, vill Ni ha kvar en debattör som alltid provocerar sina opponenter i person, som alltid väljer opposition, som aldrig söker dialog och som aldrig ser sina egna fel eller brister som bidragande orsaker till att debatterna spårar ur som de gör när vederbörande är i farten?

Troll eller inte, låter jag vara osagt, men det är inte konstruktivt med alla provokationer, de leder bara till affekter, samma visa, var enda gång. Det är, avslutningsvis, väldigt tröttsamt.

Hur mycket får Jan Lidbeck för att marknadsföra sin bok på Lunds Universitet? Att redovisa sina ekonomiska intressen är sunt, rent av nödvändigt.

Fast, jag måste erkänna, att jag är lite nyfiken på att gå dit bara för att se vad som förlöper, skeptisk som jag är. Det kanske blir så =)

Anmäl kommentar

*Postad av: Per aspera ad astra, 23:31, 28 april 2011*

För både tvivlare och icketvivlare, LÄS den nyutkomna boken författad av smärtläkare Jan Lidbeck, SHAMANENS SÅNG.

För att lyssna live på Lidbeck så föreläser han bl a på Lunds universitet under världskongressen den 24-28 aug 2011. IWTC - Internationell Whiplash Trauma Congress.  
Väl mött!

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 23:10, 28 april 2011*

Jag hoppas det stämmer, Mark Twain, men betygssättning på internet kan gå till på många sätt - som du vet.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr. Mark Twain, 23:04, 28 april 2011*

Om mina patienter inte skulle tycka om att träffa mig så skulle jag inte bli en av de högst betygssatta läkarna i Sverige på Doktorsguiden inom min specialitet.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 23:01, 28 april 2011*

Dr. Mark Twain!

Du får hemskt gärna nöja dig med att tala för dig själv! Vad "folk" tycker vet du inget om. Jag skulle kunna ta fram en rad exempel på mycket uppskattande kommentarer till mina inlägg från andra debattörer. Din svepande dom över mig har alltså ingen bäring, annat än möjligen för en grupp debattörer här. Själv har jag blivit hjärtligt trött på alla enöjda reaktioner från just denna grupp.

Mycket sannolikt skulle jag som patient inte heller vilja träffa dig som läkare, Mr Mark Twain, men det kan vi fortsättningsvis lämna därhän.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr. Mark Twain, 22:42, 28 april 2011*

Det är för att folk helt enkelt tröttnat på dina inlägg haqvin.

Jag argumenterar gärna med folk som är intresserad och kan föra en sansad debatt där man försöker "lyssna" på varandra och möta varandra med respekt, PRECIS SOM DU VILL ATT VI SKALL MÖTA VÅRA PATIENTER. Jag skulle inte vilja träffa dig som en patient om du vore läkare då du varje gång tar till hårda ord och starka och helt orubbliga åsikter.

Jag minns dock att vi hade liknande åsikter när det diskuterades om religös omskärelse, vilket jag tar upp i mitt minne då och då för att få lite mer positiva känslor.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 21:49, 28 april 2011*

anonym!

Jag kan inte påminna mig att jag har uttalat mig om andra, enskilda debattörers liv, men länka gärna om du har något exempel.

Nu har uppenbarligen alla hämningar släppt och jag har blivit lovtigt byte för vilka bisarra anklagelser som helst från debattens ljusskygga undervegetation.

Anmäl kommentar

*Postad av: Karl/Karin välj själv, 21:37, 28 april 2011*

Jag hoppas innerligt att alla som på ett eller annat sätt uttryckt sig nedlåtande mot whiplashskadade, fbromyalgipatienter m.fl. inte är läkare utan har en plats i samhället där de är förmögna att påverka politiskt eller medicinskt. Skrämmande inledning ".....bevis på att det faktiskt händer något i nacken.....". Detta är väl underbyggt sedan tidigare och är inget sensationellt. Vidga era vyer kära läkare och se längre än till lilla Sverige med omnejd!!

Anmäl kommentar

*Postad av: anonym, 20:08, 28 april 2011*

Haqvin

Precis som du så ofta är mer bekant med andras liv än de själva är. Fast när du ger uttryck för detta så ska det tydligen betraktas som insiktsfullhet. ...och du kallar andra för hycklare...

Anmäl kommentar

*Postad av: JN, 19:42, 28 april 2011*

Intressant studie som kan vara relevant för diskussionen:

Pain. 1997 Oct;73(1):15-22. Resolution of psychological distress of whiplash patients following treatment by radiofrequency neurotomy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial.

Wallis BJ, Lord SM, Bogduk N.

Cervical Spine Research Unit, Mater Misericordiae Hospital, Regional Mail Centre, Newcastle, NSW, Australia.

Comment in:

- \* Pain. 1998 Dec;78(3):223-5.
- \* Pain. 1999 Jun;81(3):323-5.
- \* Pain. 2000 Jan;84(1):113-4.

## Abstract

It is well recognised that patients with chronic pain, in particular, chronic whiplash-associated neck pain, exhibit psychological distress. However, debate continues as to whether the psychological distress precedes and causes the chronic pain or, conversely, the psychological distress is a consequence of chronic pain. Using cervical zygapophysial joint pain as a model for chronic pain, the effect of a definitive neurosurgical treatment on the associated psychological distress was studied. Seventeen patients with a single painful cervical zygapophysial joint participated in a randomised, double-blind, placebo-controlled trial of percutaneous radiofrequency neurotomy. Their pain and psychological status were evaluated pre-operatively and 3 months post-operatively by medical interview and examination, a visual analogue pain scale, the McGill Pain Questionnaire, and the SCL-90-R psychological questionnaire. All patients who obtained complete pain relief exhibited resolution of their pre-operative psychological distress. In contrast, all but one of the patients whose pain remained unrelieved continued to suffer psychological distress. Because psychological distress resolved following a neurosurgical treatment which completely relieved pain, without psychological co-therapy, it is concluded that the psychological distress exhibited by these patients was a consequence of the chronic somatic pain.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9414052>

---

## Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 19:15, 28 april 2011*

Du är tydligen bättre bekant med mitt liv än jag själv är, "Filosofen"...

## Anmäl kommentar

*Postad av: Filosofen, 19:09, 28 april 2011*

Dr.Dängroth skriver öppet och bra, klarsynt och adekvat. Haqvins inlägg är alltid genomsyrade av frätande ilska och motarbete. Jag har än så länge inte ansett att ett enda inlägg av Haqvin varit "bra" eller till nytta för diskussionen. Det märks att Hqvin inte har haft verkliga upplevelser av sjukvård.

## Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 18:37, 28 april 2011*

Det är nog, till omväxling, en riktig bedömning från din sida, att vi är "färdig diskuterad", Respectfully disagreeing.

## Anmäl kommentar

*Postad av: (dis?)Respectfully disagreeing, 18:26, 28 april 2011*

Førekommer ordet kverulera i Svenska språket?

## Anmäl kommentar

*Postad av: Respectfully disagreeing, 18:23, 28 april 2011*

Du Haqvin, jag måste bara sæga: du menar inte verkligen att dina samtal med dina syskon som ær resp lækare och psykolog kan ersætte professionel erfaring? Come on! Det ær knappast en førdel, jag vet vd jag snackar om med min syster och min fru, så varsågod slut anvænda det tøntigaste argument jag har hørt någonsin. Du kaster in mange påstående och nu kommer det fram att det ær en sammanfatning av samtal med dina syskon.

Om inte du ser en skillnad mellan min definiering av kritisk lækar-patient kontakt og misstro då ær vi færdig diskuterad.

Du borde vara lite mer sparsam med anvænding av ordet lækarkonst, dær får DU vara lite mer ødmjuk, du har tydligen inte sikt på hela bilden.

## Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 17:44, 28 april 2011*

kryddelydd!

Vilka "personlighetsfaktorer" syftar du på, och hur skiljer du mellan dessa och det du kallar "psykisk sjukdom"?



Vad är "annat som kan likställas med arbete" och hur skall sådant ersättas?

kortikosteroid!

Låter bra!

Dr. Mark Twain!

Vem har givit dig uppdraget att lämna "varudeklaration" för mig? Är kriteriet för att inte skriva "konstiga inlägg" att man arbetar inom vården?

Beträffande mina kunskaper och erfarenheter: Jag har personlig erfarenhet av vården och av brukarrepresentation sedan 35 år tillbaka. Jag har dessutom god insyn i professionens perspektiv, genom syskon som är läkare resp. psykolog.

Respectfully disagreeing!

Vill du beskriva misstro med andra ord, så är det svårt att hitta en mer träffande formulering än "räkna med olika intresser som spelar i ett beslut om att vara sjuk för att arbeta". Tack för det!

Jag har inte sagt att man bara skall säga ja och amen, när någon säger sig ha arbetsförmåga p.g.a. t.ex. smärta. Självklart måste man utreda hur det faktiskt känns, be patienten demonstrera sin rörlighet osv. Utifrån en sådan utredning handlar det till sist om en trovärdighetsbedömning, där utgångsläget dock inte bör vara att patienten har dolda motiv. Att avfärda patientens beskrivningar enbart på grundvalen att man inte kan finna fysiska avvikelser är att betrakta som kränkande och dålig läkarkonst!

ROsskl!

Varsågod. Du har betygsatt dig själv.

Anmäl kommentar

*Postad av: Respectfully disagreeing, 16:50, 28 april 2011*

Haqvin: "Det är skillnad mellan att tro på patienten till dess hennes ohälsa kan vederläggas eller att misstro patienten till dess hennes ohälsa kan beläggas."

Du har ett överraskande negativ sætt att formulera: "misstro en patient tills ohälsan kan beläggas"? Det kan omformuleras till "räkna med olika intresser som spelar i ett beslut om att vara sjuk för att arbeta och ha en nyfiken och kritisk hållning" i samtal där man ofta förnekar sociala och psykologiska bidragande faktorer i sjukdoms- och smärteupplevelser. Lika kritisk till exempel som du följer läkare. Först fick alla läkare höra att dem var patologisk fixerad på fysiska elementer och glömte holistiska synpunkter och nu man har lärt att räkna med det hela, passar inte det bra för några och är läkare plötslig dem-som-tror-dem-är-Gud. Damned if you do end damned if you don't. Det är helt enkelt dålig vård att rak fram gå med på alla påståenden om arbetsförmågan. Då ser man över depression, motivationsbrist, orkesbrist, dåliga livsval osv alltså hela psyko-sociala paketet där alla läkare har blivit piskad med under senaste 20 åren. En läkarens uppgift är bland annat att ifrågasätta dåliga val som påverkar hälsan negativt, det gäller rökning, fetma men även orkeslöshet och somatisering OM det finns. Dessutom, igen, pekar jag på enkla kravet att läkaren kan underbygga sitt beslut. Det håller inte med: han/hon säger det.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr. Mark Twain, 16:08, 28 april 2011*

Jag vill bara nämna att haqvin inte arbetar inom vården överhuvudtaget utan endast inom en patientorganisation. Detta kanske ger en förståelse till alla konstiga inlägg. Vidare måste jag säga efter att följt DM under mycket lång tid att nästan alla gånger signaturen haqvin finns med i debatten så artar sig diskussionen precis som nedan. Som en del av den yngre generationen så skulle jag vilja säga att signaturen kommer väldigt nära definition internetroll.

Ni som inte arbetar inom vården och tror att vi läkare är elaka misstroende idioter som inte lyssnar på våra patienter, bör först arbeta lite inom vården innan de yttrar sig.

Avseende de objektiva fynden som finns bakom WAD så kan jag säga följande: DET SPELAR INGEN SOM HELST ROLL! Behandlingen är precis den samma som tidigare tills fynden leder till bättre behandlingsmetoder.

Behandlingsregimen finns tillgänglig på internet ([http://www.rtp.se/smartprojekt/RTP\\_Algoritm\\_WAD.pdf](http://www.rtp.se/smartprojekt/RTP_Algoritm_WAD.pdf)) och denna inkluderar en god patient-läkarkontakt med empatiskt bemötande. Nedan följer några lösryckta citat från behandlingsalgoritmen.

"Långvarig smärta kan inte förklaras enbart av vävnadsskada."

"Vid långvariga funktionsnedsättande besvär, ibland med mer komplex problematik, kan patienten tvingas byta fokus från egenförväntan om bot till att finna vägar för alternativa problemlösningar."

"Genom att följa beskrivna rekommendationer med ett empatiskt bemötande, noggrann undersökning och rådgivning och tidig identifiering av riskfaktorer för riktade åtgärder, ökar förutsättningarna för en bättre prognos för det stora flertalet."

För övrigt måste jag säga att senaste kommentaren från Dr. Dängrot var mästerlig.

Anmäl kommentar

*Postad av: kortikosteroid, 14:51, 28 april 2011*

@haquin

det är just den snäva uppdelningen mellan "riktig" sjukdom och "bara" psykosomatiskt eller psykosocialt betingad sjukdom som jag vänder mig mot. för det första är det ena inte mer på riktigt än det andra, och för det andra är det ganska få tillstånd som utan vidare låter sig sorteras in i ett av de två facken.

Anmäl kommentar

*Postad av: kryddelydd, 14:03, 28 april 2011*

@ Haquin.

Jag kan inte se (eller påminna mig om) att jag har skrivit så som Du citerar och tydligt har uppfattat mitt inlägg. Vad gäller WAD och andra smärttillstånd, har jag skrivit att smärtan är ett mycket påtagligt symptom för den drabbade. Jag har skrivit att det nog inte är många som ifrågasätter att smärtan finns.

Jag har också kommenterat synpunkter på arbetsförmåga och att min uppfattning är att arbetsförmågan påverkas i stor del av personlighetsfaktorer.

Jag har inte tagit ställning till hur man ska förhålla sig till det faktum så som Du antyder i Ditt inlägg riktat till mig.

Men ponera att det är personlighetsfaktorer som "helt" styr arbetsförmåga. Eftersom sjukförsäkringen är avsedd för personer som på grund av sjukdom har nedsatt arbetsförmåga, så faller nog personlighetsfaktorer utanför den definitionen. Personer som av andra skäl än sjukdom har nedsatt arbetsförmåga, har rätt till annan form av ekonomiskt stöd.

Om det är psykisk sjukdom som är skäl till nedsatt arbetsförmåga, anser jag att man ska ha rätt till sjukersättning.

Jag tycker inte att man ska ha rätt till sjukersättning om man har förmåga att utföra annat som kan likställas med arbete.

Anmäl kommentar

*Postad av: ROssk, 12:53, 28 april 2011*

Jag låter nog ditt svar på mitt inlägg tala för sig självt. Det illustrerar Dr D's invändningar emot dig bättre än någonting som jag kan komma på.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 12:37, 28 april 2011*

Varken du, ROssk, eller ett antal andra av Dr.Dängrots försvarare lyckas uppenbarligen genomskåda det monumentala hyckleriet, att anklaga mig för personangrepp, "gå i affekt", "internettroll" osv., samtidigt som han/hon i så fall i minst lika hög grad gör sig skyldig till sådant själv!

Ynkligt!

Anmäl kommentar

Postad av: ROssk, 12:23, 28 april 2011

Väl summerat Dr Dängrot!

Haqvin

Dr D kan väl mycket väl respektera din rätt ha en egen åsikt utan att för den sakens skull respektera eller uppskatta ditt sätt att "argumentera" eller dina motiv att göra det. I inlägget 22:30 står det varken att han respekterar dig eller att han inte respekterar dig, bara att han respekterar att andra inte delar hans åsikter. Du behöver nog läsa lite mer noggrant innantill innan du drar slutsatser. Lycka till nästa gång.§

Anmäl kommentar

Postad av: Haqvin, 22:54, 27 april 2011

Kan inte påstå att jag känner mig respekterad av dig, Dr.Dängrot, när du kallar mig "internettroll"!

Tvärtemot vad du tror söker jag inte alls konflikt som något självändamål. Däremot är jag intresserad av och engagerad i frågor, där mina uppfattningar ofta går på tvärs mot det medicinska etablissemangets "mainstream". Jag blir dessutom alltid upprörd av det paternalistiska mästrande, som tyvärr alltför ofta kommer från läkarhåll, och ännu mer, när cyniska uppfattningar gentemot patientkollektivet luftas. Det kommer jag att fortsätta att bli!

Anmäl kommentar

Postad av: Dr.Dängrot, 22:30, 27 april 2011

Det är min enkla erfarenhet i livet - utan att ha träffat vare sig nobelpristagare eller prominenta kollegor eller forskare i ämnet personligen - att människan ser det hon vill se.

Allt jag säger är att min enkla erfarenhet är att om man har ett genuint intresse för att lära sig känna och försöka förstå människan - patienten - som man möter så finner man förr eller senare svaret på problemet.

Dock innebär det inte att man okritiskt ska vara patientens advokat och bara företräda patienten i dess egen bild av sina besvär.

Det är för mig mycket målande att man känner ett behov av att förhäva sin egen betydelse i kollektivet med referenser till Nobelpristagare och martyrskap i polemik med det generaliserade läkarkollektivet som av någon outgrundlig anledning alltid beskrivs som en samling individer som "borde veta bättre" med påföljande subjektiva uppläxningar och irrationella tillrättavisanden.

Jag respekterar att Haqvin och andra inte delar mina åsikter, jag accepterar att man inte kan nå samförstånd eller dialog men det betyder inte att man måste acceptera alla de förutfattade meningar som projiceras på irrationella grunder.

Ärligt talat, bästa debattdeltagare, vi har inte träffat varandra, vi har inte suttit öga mot öga med varandra, vi har inte talat, kommunicerat eller försökt förstå varandra.

Allt - som oftast - är att ett antal individer på DM söker något att gå i affekt över och sedan kasta sig över den "onda läkarkåren".

Det är tur att det verkliga patient-läkarmötet i vardagen är så väsentligt mycket mer berikande - i alla fall för undertecknad - än de andefattiga möten som blir resultatet av all denna malplacerade konfliktbenägenhet som råder på forum i dagens medicin.

Jag behöver inte gilla min revisor alla gånger vi talas vid, men jag respekterar hans åsikt och erfarenhet likväl för det.

Jag behöver inte gilla eller dela mina seniora kollegors åsikter men jag respekterar och reflekterar likväl för det.

Jag är stolt över min utbildning, min kliniska erfarenhet, ödmjuk i insamlandet och tillämpandet av de kunskaper och erfarenheter som yrket medfört och vet att många av mina kollegor delar detta förhållningssätt.

Bäst var insikten som läkarstudent på biblioteket när vår nestor satt i samma sal och jag undrade - då - stilla varför han satt där, så jag frågade och fick ett väldigt bra svar:

-Jag läser på om mina patienter.

Kunskap är makt, makt är ansvar, ansvar är frihet.

Gravitas!

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 22:27, 27 april 2011*

Jo, Respectfully disagreeing, det handlar om människosyn, nämligen huruvida man har tron på eller misstron mot patienten som utgångspunkt i sitt möte. Det är skillnad mellan att tro på patienten till dess hennes ohälsa kan vederläggas eller att misstro patienten till dess hennes ohälsa kan beläggas.

Anmäl kommentar

*Postad av: Respectfully disagreeing, 21:50, 27 april 2011*

Daniel och Greger, 16:37, 27 april 2011

Nej läkare tror inte att dem ær Gud och dem tror inte heller att dem kan allting, men av alla ær lækare helt enkelt minst dålig på sjukdomsbedömning. Lækare fick jobbet att bedøma og det kan man bara gøre på grunder som ær baserad på vetenskap hur begrænsad den æn ær, det finns næmligen inget annat acceptabelt ramverk. Det gæller inte bara mænniskosyn Haqvin, i så fall skulle en empatisk sekreterare eller socionom få bedømningsansvaret tilldelt men så har man (tyværr kan jag sæga) inte gjort. Det ær helt sækert sant att vi alla skrattar om dagens påståenden runt en mængd sjukdommar i framtiden, men æn så længe har man inget bættre æn det man har. Att man inte ær enig med sina patienter kallar ofta fram en vis mængd av agressivitet og det speglas hæer.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 21:18, 27 april 2011*

Jag instämmer i stort sett helt i vad du säger, Daniel, dock med tillägget, att det givetvis inte finns skäl att avfärda människor, även om deras ohälsa helt eller till dels har psykosociala orsaker. Det finns t.ex. fortfarande anledning att misstänka, att stress är en bidragande faktor för uppkomsten av MS och magsår.

Anmäl kommentar

*Postad av: Daniel, 20:45, 27 april 2011*

Hur skulle vi i dagens läge betrakta läkare som avfärdade patienter för sjukdomar vi tidigare inte kände till eller hade en felaktig bild av?

Patienter med pellagra (brist av vitamin-B3/niacin), neuro-syphilis upptog sängarna på mentalsjukhus. Kvinnor med autistiska barn ansågs vara "kalla". Multiple sklerosis (MS) ansågs orsakas av stress förenat med Oedipus-fixering. Magsår ansågs bero på psykiska orsaker. Borrelia patienter sågs tidigare som gnälliga patienter.

Om man ser historiskt så blir bilden tydlig att man genom tiderna avfärdat många sjukdomar som vi idag anser är allvarliga. Dessa patienter har lidit oerhört och blivit kränkta. När man är i läkarrollen, kan man göra en oerhörd skada ifall man inte tar den på allvar. Patienten är i ens makt och patienten kan vara oerhört sårbar då den lider av sjukdomar.

Anmäl kommentar

*Postad av: Daniel, 20:27, 27 april 2011*

Det vore märkligt ifall man som läkare kan bestämma sig att vissa sjukdomar inte finns, trots att WHO har med den på sin lista. Enligt WHO ICD-10 har whiplash kod S13.4.

Läkare som har svårt att hålla sig borta från att kränka människor som råkat ut för svår sjukdom, bör inte ha patientkontakter. Det finns andra arbetsuppgifter såsom att t.ex. analysera cellprover i laboratoriemiljö.

Forskare och mer erfarna läkare brukar vara ytterst ödmjuka. De ser begräsningarna i sina kunskaper. De individer som kan göra mest skada är de som tror att de vet att de vet, men i själva verket inte vet att de inte vet.

<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>  
ICD-10 version 2007  
S13.4 Sprain and strain of cervical spine  
Anterior longitudinal (ligament), cervical  
Atlanto-axial (joints)  
Atlanto-occipital (joints)  
Whiplash injury

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 19:34, 27 april 2011*

I princip håller jag med om det, kortikosteroid, men vårt medvetande och känsloliv - vår personlighet - har samtidigt dimensioner och konsekvenser, som är svåra att förklara i ett reduktionistisk, biologiskt perspektiv.

Anmäl kommentar

*Postad av: kortikosteroid, 19:32, 27 april 2011*

vad som egentligen står är att:

nu finns det forskning som säger att det inte är säkert att alla de tiotusentals kvinnor i sverige som säger sig ha smärtor i nacken enbart konfabulerar, simulerar eller är allmänt lata och karaktärlösa.

jag antar att man får tacka så mycket för att vi fått lite klarhet i den frågan. jag ser fram emot nästa veckas nyheter, och hoppas att vi kanske kan få lite klarhet i frågan om huruvida män med godartad prostatahyperplasi verkligen behöver kissa oftare, eller om de bara behöver lära sig att knipa som folk.

Anmäl kommentar

*Postad av: kortikosteroid, 19:11, 27 april 2011*

håller definitivt med greger om ödmjukhet. de som verkligen är kunniga inom medicin brukar även vara ödmjuka, för det är först när man på allvar börjat sätta sig in i människans biologi och fysiologi som man inser hur komplicerat det är, och hur mycket vi ännu inte vet och förstår.

problemet är att vi fortfarande tror att människan går att dela upp i två separata delar, dvs i kropp och psyke (eller själ, om man så vill), att det är vattentäta skott mellan dessa två enheter, och att "kroppens" sjukdomar är objektiva och "på riktigt", medans "själens" sjukdomar är subjektiva och påhittade, alternativt botbara om patienten bara bestämmer sig för att tänka och känna "rätt". kroppens sjukdomar är odiskutabla fakta som individen inte råar över, medans själens sjukdomar ses som något som kan och borde bemästras med förnuft och viljestyrka.

denna märkliga tankemodell lever kvar trots att den totalt saknar vetenskaplig grund. människan är en enhet, vars olika delar förutsätter och samspelar med varandra. uppdelningen i kropp kropp vs själ är lika arbiträr som att dela in människan i njurar vs resten, eller bindväv vs resten. det är en förklaringsmodell som skymmer mer än den tydliggör.

Anmäl kommentar

*Postad av: Greger, 16:37, 27 april 2011*

Alltid lika spännande att se vad diverse läkare uttalar sig om på denna sida.

Efter att själv ha träffat och haft kontakt med flera av världens mest framstående läkare/forskare inom sina respektive gebit, så har jag tydligt märkt att ju mer erfaren yrkesmannen/kvinnan är, desto mer ödmjuk blir hon inför utsikten att hon egentligen inte kan så mycket.

En av dessa, för övrigt nobelpristagare, sa att "kan vi 5-10% om hur människokroppen fungerar så vore det fantastiskt, men jag tro inte vi kan det".

Lite skillnad från alla läkarsprättar som springer omkring och tror att de är gud och att de kan allting.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 14:08, 27 april 2011*

Hur skulle det vara, om du tillämpade definitionen av "internettroll" på dig själv, Dr.Dängrot? Tror du på fullt allvar,

att du inte själv ägnar dig åt grova personangrepp?

Beträffande "Ockhams rakkniv" är denna filosofiska uppfattning (som det handlar om!) inte tillämpbar i den här diskussionen, eftersom dina och andras misstänkliggöranden av patienterna inte har något förklaringsvärde! Att fysiska fynd är svåra att få fram med dagens metoder ger inget belägg för att det saknas reell grund för patienternas lidanden.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr. Mark Twain, 10:36, 27 april 2011*

Håller med Dr. Dängrot. Välskrivet "Respectfully disagreeing".

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 04:39, 27 april 2011*

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Internettroll>

Det vore önskvärt om Moderator på DM forum kanske höjde nivån från personangrepp?

Alla har rätt till en åsikt, att dela sina erfarenheter, ja även att kritisera och ifråga sätta andra.

Men det finns mig veterligen ingen egenvärde i att jaga superlativ och sätta sig över allt och alla och göra sak av person, det är inte ens på kvällstidningsnivå.

Mest synd är det om de vilsna själar, människor, som är patienter och fastnar på vad professionen motas in i för retorisk sörja av internettroll vars enda syfte är just detta, att väcka polemik, till varje pris, utan ambition att göra något mer än just detta.

DM kan väl bättre?

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 04:34, 27 april 2011*

[http://sv.wikipedia.org/wiki/Ockhams\\_rakkniv](http://sv.wikipedia.org/wiki/Ockhams_rakkniv)

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 22:18, 26 april 2011*

Det är helt och hållet en fråga om människosyn, "Respectfully disagreeing". Jag nöjer mig med att åter citera Björn Hammarskjöld, här nedan:

"Glöm aldrig att patienten har rätt tills motsatsen har bevisats"

Anmäl kommentar

*Postad av: Respectfully disagreeing, 21:28, 26 april 2011*

Dr Dängrot rules.

Vi kan ställa frågan tvärtom Haqvin: tycker du att alla som säger dem har ont och som inte kan jobba borde få deras pengar utan att någon ifrågasätter? Det tror du säker inte, men var går gränsen då? Finns troligtvis inte så många läkare som tvivlar på smärtorna som pat uppger men mer på mekanismen, mängden av smärtan och hur mycket arbetsoförmågan det hela motsvarar.

Debat ska finnas och det är svagt och osakligt när man ifrågasätter ens professionella integritet bara för att en inte ser mycket vetenskaplig grund bakom fenomenet whiplash.

I Nederländerna var RSI (repetitive straininjury) en väldig, och jag menar VÆLDIG populär grund till långtidssjukskrivning. Detta har förbättrats betydligt efter att Försäkringskassans motsvarande organisation slutade acceptera det som grund till total arbetsoförmågan. Denna diagnosen har jag inte en gång ställt i Sverige eller Norge. Att sådana sjukdommer är "smittsamma" tvekar jag inte på men det betyder inte alls att jag tror att patienter sitter i väntan tills dem kan slå till med sjukskrivning eller att dem är inbillingssjuka

Dr Annika's bidrag tycker jag är lite märklig eftersom den är osaklig. Jag kan med detsamma felvidade rätt

sæga att ødmjuka och empatiska Annika's sætt før att hantera saken ær lat. Hon vill kanske inte ta upp svåra diskussioner med hennes patienter? Hon tycker att kollegor som tar upp en diskussion "krænker och misstror" patienter. Hur så det? Nær Dr Annika sitter med stor sannolikhed framfør TV:n ær jag på jobb efter kontortid och tar emot patienter før att mina respekfulla diskussioner om arbeidsførstågan tog så mycket tids. Man kan ha olika synpunkter och på samma tid ha respekt før sina patienter og inte mindre før sina kollegor.

Anmæl kommentar

*Postad av: Haqvin, 13:52, 26 april 2011*

Æven jag tackar dig av hela mitt hjærta, Dr Annika J!

Låt sæga, kryddelydd, att en stor andel av smærtan vid whiplash-skada skulle kunna ha psykologiska orsaker (jag påstår alltså inte att det ær så), innebær det då att patienten "egentligen" ær arbeidsfør, att smærtan skall ignoreras og att sjukpenningen bør dras in?

Anmæl kommentar

*Postad av: kryddelydd, 12:32, 26 april 2011*

Jag tycker att debatten hamnat på sned på sedvanligt sætt.

Nu har man via PET sett økad aktivitet i nackmuskulaturen hos personer med kronisk smærta i nacken jämført med friska personer. Den vetenskapliga, praktiska betydelsen av detta torde vara tveksam. Fyndet kan säkert vara en bit på väg, men æn så længe inte i nærheten av att leda till något som faktisk ger nytta till personerna som lider av sytomen.

Jag tror egentligen inte att någon ifrågasætter om patienterna har smærtan, den ær mycket verkligen før patienterna. Problemet ær väl att vi inom sjukvården inte har så effektiv behandling att erbjuda. Tyvärr finns det biverkningar på alla lækemedel: seneffekter gällande hjærta/kæril og magtarmblødningar på NSAID, risk för beroende på opioider. Ingen bot har vi att erbjuda og det faktum förändras dessvärre inte av att man nu på ett objektvt sætt kunnat visa på förändrad metabolism (misstænker jag att det handlar om, æven om man i artikeln kallar det för inflammation). Vi får hoppas att detta på sikt leder till att man faktisk hittar en effektiv, biverkningsfri behandling mot sytomen. Oavsett om smærtan sitter i halsryggen vid WAD eller om smærtan sitter i hela kroppen som vid andra kroniska smærtilstånd.

Vad gæller arbeidsførståga, som förts in i debatten utan direkt koppling till artikeln, så ær det en helt annan og større fråga.

Jag kan hålla med Pær som jag tolkar honom: psykologiska faktorer har mycket stor betydelse för upplevd arbeidsførståga.

Det ær mycket svært att som kliniker göra en objektvt bedømning av arbeidsførståga utifrån en subjektiv beskrivning av sytomet smærta.

Anmæl kommentar

*Postad av: Tack, 11:13, 26 april 2011*

@Dr Annika J, 13:38, 23 april 2011

Av alla kommentarer jag læst på alla forum på DM under alla år ær ditt utan konkurrens det allra bästa. Jag ønskar att du vore representativ för din kår, men misstænker att så inte ær fallet.

Anmæl kommentar

*Postad av: Løg læk, 11:01, 26 april 2011*

Re: undrande

"... antibiotika som ju ær inflammationshæmmande". Njæe, av de antibiotika som ær direkt inflammationshæmmande så ræknas ju i princip bara flagyl (metronidazol). Infektionshæmmande ær väl en mer passende benämning. Och om en infektion orsakar påtaglig inflammation så visst, varför inte. Men det finns inga belægg för længtids ab beh vid kronisk borrelia. Og ja, fibromyalgi ær in primo en psykiatrisk åkomma og skall därför ha behandling kopplad till detta. Og, fibromyalgiker gör læst i att arbeta 100% og vara aktiva, inte institutioneras med sjukpenning i sina hus og till slut hamna i el-stol som en viss tidigare Lund-lækare (tack og lov nu mera pensionerad kvacksalvare) legat bakom.

Anmæl kommentar

Postad av: undrande, 09:42, 26 april 2011

Skulle vara intressant att se samma upplägg för t.ex. de som har fibromyalgi, kronisk borreli, ME samt diverse andra bland läkare utskrattade diagnoser (läkare är i allmänhet odugliga och förlitar sig enbart på prover och röntgenbilder, och det som inte syns finns inte någon annanstans än i patientens huvud).

Kan det vara så att alla dessa egentligen har olika inflammationer och det kan vara anledningen till att de blir bättre så länge de går på antibiotika som ju är inflammationshämmande, men blir sämre när de slutar (vet ett 10-tal personer med borreli/fibromyalgi/ME som gör detta i omgångar år ut och år in)?

Anmäl kommentar

Postad av: Haqvin, 21:34, 25 april 2011

Jag antar att det inte är en slump att du kallar dig "Dr. Adam Smith", Dr. Adam Smith?

(Vad säger du f.ö. om Dr.Dängrots "pricksäkerhet" beträffande "patienter", som i själva verket är EN patient?)

Anmäl kommentar

Postad av: Dr. Adam Smith, 20:03, 25 april 2011

Dr. Dängrots kommenterar är som alltid läsvärda och pricksäkra. Tack för att du tar dig tid. Låt dig inte provoceras så att du till sist tröttnar. Det finns många som uppskattar dig.

Anmäl kommentar

Postad av: Allt faller på plats, 13:21, 25 april 2011

Att se på tala nedlåtande till och om sina patienter med svåra smärttillstånd och att inte tro på dem gör knappast deras smärttillstånd och hälsa till det bättre. Eller om skeptikerna får som de vill till "mindre lata och inbillningssjuka". Mer än möjligen ytterst få fall.

Tvärtom leder misstro och dåligt bemötande av patienten i de absolut flesta fall, till svårare självläsningsprocess, stressstillstånd med spänningar i muskulatur större risk för depression inaktivitet fetma diabetes stroke... mm mm.

Att inte bli betrodd som patient måste vara något djävulskt smärtsamt och enormt stressande om man verkligen har ont. Vem blir upplyft av att inte bli betrodd och av att ha ont? Kanske skeptikerna då, eller...?

Så tänk till en extra gång då ni möter en patient med smärta. - Lyssna och lär av patienterna istället för att fördöma och ignorera dem och vad de har att delge och bidra med.

Försök också att tro på och "få in" faktum att alla människor, med eller utan smärta verkligen inte är lata. Tvärtom kanske ni då och bara av det upptäcker att ni hjälper patienten (och er själva) en bit på vägen och åt rätt håll, vilket torde gagna hela samhället. De absolut flesta vill faktiskt ha ett jobb att gå till, och inte en endaste en vill leva med smärta. Förutom möjligen några få undantag av individer...

Anmäl kommentar

Postad av: Trött på ....., 10:01, 25 april 2011

Ibland är debatter här på DM både intressanta och roliga. Ibland är de inte det och den/de som bidrar till det sistnämnda tycks inte förstå det.

Anmäl kommentar

Postad av: Haqvin, 09:17, 25 april 2011

Dr.Dängrot!

Du har alltså läst "flera" av de 1300 referenserna i Mallesons bok? Du skrev tidigare att "Om man läser boken av Andrew Malleson och tittar på de 1300 vetenskapliga referenser som han åberopar så får man insikt och kunskap". Jag ser en viss diskrepans mellan dessa båda uttalanden.

Du har fortfarande inte angivit källan för ditt påstående: "de länder som har högst ersättning (ekonomiskt) för whiplash också har högst prevalens av sjukdomen". Du har heller inte kommenterat de beskrivningar jag har givit,



som kan förklara de indikationer om "inbillningssjuka" du tycker dig se. Du vill helt enkelt inte se andra förklaringar!

Slutligen är det direkt osmakligt med ditt låtsande om oskuld beträffande behandlingen av motdebattörer.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 01:47, 25 april 2011*

Det är ju så, att människan ser vad han eller hon vill se. Vill man ha opposition, vara martyr och uppleva förtryck och orättvisa så gör man det, onekligen.

Jag är dock trygg i min gärning, min relation till kollegor, patienter och anhöriga. Patienten med intramedullärt hemiangioblastom fick för övrigt behandling och blev faktiskt bra, för första gången på flera år.

Jo, jag har faktiskt läst flera av de 1300 referenser som finns i Mallesons bok, som jag fann ovärderligt intressant.

Rekommenderad läsning för alla kollegor, liksom Claes Malmströms eminenta sammanfattning om somatisering som finns i .pdf på nätet (googla Clas Malmström + somatisering).

Man blir frestad att ha åsikter om sina opponenter, men jag skall hålla mig till sak och konstatera att jag sagt mitt, står för det och avslutar mina inlägg i denna debatt.

Ty, man skall behandla andra som man själv vill bli behandlad, oavsett om man är läkare, internetroll eller medmänniska.

Svårare än så är det egentligen inte.

Anmäl kommentar

*Postad av: Leg. Läkare, 22:44, 24 april 2011*

Dr. Dängrot är utan tvekan bäst.

Tack för dina insiktsfulla kommentarer.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 20:48, 24 april 2011*

Dr.Dängrot!

Har du granskat Andrew Mallesons referenser? Tror du att han har läst sina 1300 referenser själv? Tillåt mig tvivla!

Den artikel du refererar till är en recension av Mallesons bok, inget annat, och själv är Malleson i hög grad part i målet, vilket du kan se om du läser artikeln.

Vidare beskriver boken för USA mycket speciella förhållanden, där läkare och advokater själva kan tjäna pengar på att hävda diagnoser för sina klienter. Någon motsvarande situation existerar inte i Sverige (tack och lov!).

I likhet med Malleson tycks du dra slutsatsen, Dr.Dängrot, att om en diagnos missbrukas av somliga är den generellt ogiltig. Sådana slutsatser kan man emellertid inte dra. Det enda du med vetenskapens stöd kan säga är, angående whiplash, att det ofta inte går att avgöra om det finns saklig grund för diagnosen eller inte, eftersom kunskapen på området är otillräcklig. Du kan **inte**, med vetenskapen i ryggen, hävda att det är simulans eller inbillning!

Sedan undrar jag vilka "subjektiva slutsatser" du talar om och var dina egna "objektiva" sådana finns? Så här långt har jag inte sett några.

Jag borde, slutligen, anmäla dina grundlösa spekulationer om att jag skriver under flera pseudonymer, eftersom sådana spekulationer är netiketts-brott. Den här gången låter jag det dock passera, så att dina spekulationer får ligga i öppen dager för alla.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 20:21, 24 april 2011*

Om man läser boken av Andrew Malleon och tittar på de 1300 vetenskapliga referenser som han åberopar så får man insikt och kunskap.

Men det verkar ingen vara intresserad av. Bättre att bli indignerad, gå i affekt och dra subjektiva slutsatser som stärker den egna självkänslan.

Nej, försäkringsläkare blir jag aldrig. Jag är kliniker. Försäkringskassan upplever mig som besvärlig, precis som deras medicinsk sakkunniga men det är en annan historia.

Intramedullärt hemangioblastom på nivå C4 hos en neurotiker för övrigt. Det pirrade i fötterna och hon hade subjektiva besvär med att andas, som en MR-halsrygg styrkte.

Fast allt detta har inga internertroll någon insikt, intresse eller förståelse för förstås.

Sedan får Haqvin sluta skriva i fler "troliga" pseudonymer, fast moderatormen torde kunna kolla IP-trafik och utröna om det är fallet och sanera en del i forumet i så fall får man hoppas.

Anmäl kommentar

*Postad av: Troligen, 19:39, 24 april 2011*

Kan det vara som så att Dr Dängroth arbetar som Försäkringskasseläkare?

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 19:05, 24 april 2011*

Dr.Dängrot!

Att länder som saknar försäkringsregelverk inte heller har så detaljerat utvecklad diagnostik är kanske inte så överraskande. Vad försöker du bevisa med det påståendet?

Sedan är jag mycket nyfiken på det statistiska underlaget för ditt påstående, att "de länder som har högst ersättning (ekonomiskt) för whiplash också har högst prevalens av sjukdomen".

Vi kan vidare konstatera, att "patienter" med whiplash och fyra hästar visar sig röra sig om en (1) patient! Drar du alltid generella slutsatser utifrån enstaka fall?

Slutligen försökte jag ge fullt tänkbara förklaringar till "co-morbiditeten" mellan whiplash och psykisk ohälsa, men detta var du, inte helt överraskande, helt ointresserad av.

I sakligt avseende saknar dina resonemang trovärdighet, Dr.Dängrot. De blir däremot fullt förklarliga i ljuset av din personliga misstro mot patienter med nacksmärtor.

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 18:03, 24 april 2011*

Är det ingen som reflekterat över det faktum att de länder som har högst ersättning (ekonomiskt) för whiplash också har högst prevalens av sjukdomen?

Därtill är det också så, att i länder där inte någon försäkringsregelverk finns så finns inte heller denna diagnos i populationen.

Visst, trubbigt, men intressant ändå. Medvetna och omedvetna sekundärvinster, hög förekomst av psykisk ohälsa i patientgruppen i n n a n man drabbas av nacksmärtor samt väl känt samverkan mellan psykisk ohälsa och kroppslig smärta (somatisering) är en aspekt.

Jag har personligen haft patienter som är heltidssjukskrivna för whiplash, men som klarar av att sköta ett stall med 4 hästar och som blir sämre i sina symptom varje gång försäkringskassan vill arbetspröva, inte ett helt okänt fenomen.

Därmed inte sagt att man inte ska försöka hjälpa sina patienter och att man ska undvika att sätta psykiatriska diagnoser på osakliga grunder. Jag har hittat tumörer i hjärnstammen på fler än en patient som andra kollegor klassificerat som "neurotiker" även om en MR kostar 5 lakan så är det skattemedel och god klinisk praxis att göra färdigt en somatisk utredning på ett vederhäftigt sätt innan man börjar titta på psykiska faktorer som primära.

Att detta ska vara så svårt i klinisk praxis för många kollegor är för mig ett mysterium. Känner man sig själv, förstår man människan och är öppen och tar sig tid så kommer svaret fört eller senare till den som väntar, iaktar, utreder och reflekterar.

Patienten med hästarna blev för övrigt av med sin ersättning och började då hyra ut stallplatser och - alas - träffade en trevlig partner och blev symptomfri, tänk, så livet kan te sig ibland.

Underskatta inte kraften i att få vara patient och ha en diagnos om livet är torftigt och svårt i övrigt.

Anmäl kommentar

Postad av: Haqvin, 22:12, 23 april 2011

Bäste "Filosofen"!

Skall vi vara riktigt filosofiskt strikta, så finns det över huvud taget inget sådant som "objektiv mätbarhet". Mänskligheten brukar ha lättare för att enas om sådant vi betraktar som tillhörigt den fysiska världen, och de sätt vi "mäter" denna värld, men även i det fallet rör det sig i själva verket om hypoteser. Någon "objektiv sanning" är inte åtkomlig för våra sinnen.

Nåväl, om vi då ändå accepterar som "objektiv" den kollektivt subjektiva upplevelse vi kallar vår fysiska omvärld, så vore det ganska förmätet att hävda, att inget annat av denna värld finns, än det vi just idag tror oss kunna mäta med dagens teknik och metoder. Är alltså vetenskapen fulländad och fullbordad just idag?

För att vara mer konkret: Skall ingen hänsyn tas till patienters upplevelser, om de inte kan förknippas med sådana fysiska fenomen, som vi kan konstatera med dagens teknik och metoder? Skall ingen hänsyn tas till en människa i djup sorg, om denna sorg inte kan mätas upp i t.ex. signalsubstansnivåer? Skall människors tankar och idéer ignoreras, om de inte fysiskt kan påvisas som förhöjd hjärnaktivitet?

Det är sådana frågor du måste ta ställning till, "Filosofen".

Anmäl kommentar

Postad av: Björn Hammarskjöld, 21:06, 23 april 2011

Det verkar som om det finns olika kunskapsnivåer hos de olika debattörerna.  
För att vi ska få en gemensam kunskapsbas att stå på föreslår jag följande artiklar i LT:  
<http://tarkiv.lakartidningen.se/2003/temp/pda27567.pdf>  
<http://tarkiv.lakartidningen.se/2005/temp/pda30939.pdf>

Sedan visar det sig att vi inte kan fMRT i Sverige. Det som kanns i andra länder som Tyskland, Finland och Thailand med flera länder. I Norge används en vanlig tandröntgenapparat för att visa på ligamentskador i CCJ. Öppem mun strålgång genom CCJ och be patienten att vicka på huvudet och om dens rör sig ofysiologiskt kan man på ett enkelt och logiskt sätt sluta sig till vilka ligament i CCJ som har rupturerat.

Men i Sverige är vi PK och då kan/får vi inte använda hjäman och de hjälpmedel som faktiskt finns inom våra domäner. Försäkringsbolagen kan ju bli ledsna om deras "förtroendeläkare" kommer med sådana påfund som tandröntgen och fMRT. Då går det att "objektivt" visa på ligamentskador, eftersom en klinisk, och därmed både objektiv, bra och billig, undersökning inte accepteras av vissa intressenter, det kostar ju pengar för intressenterna.

PK = Politiskt Korrupt

Anmäl kommentar

Postad av: Dr.Gyll, 14:17, 23 april 2011

Det tillkommer etiska bryderier till PET-kamerans framfart. Möjligheten att, i en snar framtid, hitta markörer på mycket av de besvär vi idag famlar i blindo inför. Detta kan komma att innebära att det sätts likamedtecken mellan fynd och faktiska symtom. Inga fynd-ingen sjukdom. Vilket i sin tur kan leda till ännu mer misstro mot svåra

diagnoser.

Behåll fokus!

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr Annika J, 13:38, 23 april 2011*

Är oerhört trött på läkarkollegor som tror att allt som det ännu inte finns komersiella objektiva tester till inte finns, utan beror på att patienterna inbillar sig. Lite mer ödmjukhet inför ens egna begränsade kunskaper efterfrågas. Allt som vi läkare inte förstår beror inte på inbillningssjuka. Varför vara arroganta emot patienter, när det vi själva är som har begränsningar i vårt kunnande? Varför inte försöka lära oss mera istället för att förkasta allt som vi inte förstår? De läkare som kränker och misstror patienter som faktiskt lider av somatiska sjukdomar, borde själva få uppleva de saker de förkastar så att de får sig en läxa. Kommer de att vara glada över att bli avvisade med att "du inbillar dig nog bara"? Kommer de att vara glada över att forkningen inom deras sjukdom/tillstånd är långsam på grund av att deras kanske mycket plågsamma tillstånd inte är prioriterad, mindre intressant och under-finansierad.

Det är också så att vi i Sverige inte erbjuder behandlingar som finns utomlands. Det är också så att vi läkare missar sjukdomar som vi faktiskt borde känna till. Lite ödmjukhet tack! Vi är till för patienterna. Vi skall lyssna, bota och lindra. Patienten skall behandlas med respekt.

Anmäl kommentar

*Postad av: Filosofen, 01:47, 23 april 2011*

Haqvin: Det är högst filosofiskt att resonera om vad som faktiskt går att mäta och vad som inte går att mäta. Hur vi mäter saker osv.

Saker vi inte kan mäta eller objektivt visa är hypoteser. Vilket skulle visas. Du kan anta att 1 m ser ut att vara 1 m, men inte först du mätt att det är 1 m med en linjal, vet du att det är 1 m, du skulle inte vilja bygga ett hus på antaganden och "känslor" ? sen kan man ifrågasätta om linjalen är korrekt osv.

Kan man inte visa på att någon har en fraktur i armen, kan man inte "känna" frakturen. Kan man inte visa att man har ett lågt blodvärde, kan man inte till 100% säga att så är fallet. Du kan inte operera bort en tumör som du faktiskt inte finns. Osv...

Kärlek, vrede, tankar och smärta finns som du undrar över, men upplevs av individen till fullo. Du kan inte mäta objektivt med ett blodprov, röntgen e d nivån av vrede, smärta, kärlek. Visst kanske du kan syssla med markörer osv men vi kan inte mäta halternas mottaglighet på receptornivå.

Så...man skall ställa sig frågan, vad är gott för den drabbade ? Även om en diagnos sätts och man inte objektivt kan påvisa denna utan endast patientens upplevelse, får denne ett svar ? Blir de friskare ? Leder det till ökad hälsa ?

Jag vet inte.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 00:45, 23 april 2011*

Det kan säkert råda hög "co-morbiditet" mellan psykisk ohälsa och whiplash, Dr.Dängrot. Jag undrar då bara vad det är du vill peka på med det konstaterandet? Du antyder inbillningssjuka, men vill inte säga det rent ut!

Hur tror du att en människa reagerar psykologiskt av att ständigt ha smärtor, som kraftigt begränsar livet?

Hur tror du att en whiplashskada kan påverkas hos en människa, som av psykiska skäl redan sedan tidigare har mycket kroppsspänningar?

Det räcker med lite fantasi och inlevelseförmåga för att undvika att köra ned i cynismens och misantropins diken!

Om "vi" inte skall "mata trolen", så antar jag att du menar att "vi" inte skall mata dig, Dr.Dängrot. Jag vill påstå att du är ganska duktig i att provocera!

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dängrot, 23:41, 22 april 2011*

Det är ingen som kan bestrida att det råder en hög co-morbiditet mellan psykisk ohälsa och förekomst av whiplash, närmare 50%.

Jag sticker ut nacken och då arbetar jag där patienter faktiskt har pre- och paravertebral svullnad, frakturer cervikalt och konstaterar att det är viktigt att veta vad smärta står för, vad den kommer från och många patienter somatiserar på affektiva grunder.

Det betyder inte - som vissa internet troll vill påtala - att man som kliniker inte vill sina patienters bästa. Men dessa patienter blir snarast sämre av att man letar efter något som inte objektivt - hittills - går att bevisa, behandla eller bota.

Vi kan vara överens om att inte mata trolen, inte missa affektiv sjukdom & somatisering och att objektivt verifierbara skador cervikalt som syns på MR och DT är - för mig i alla fall - tillräckligt med arbete.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 22:33, 22 april 2011*

Jag försökte lite försiktigt antyda vad som skiljer hemmet från en arbetsplats, Pär, men det gick tydligen inte hem. Den som inte vill förstå sina medmänniskor gör det inte heller.

Anmäl kommentar

*Postad av: Pär, den okunnige., 22:19, 22 april 2011*

Till "Nackskadegruppen i Skåne". Då var det igång igen, med de härliga personangreppen. Ni vet att det värsta kränkningen en läkare brukar uppleva är att man slår mot ens kompetens, det brukar ta hårdast. Bra att ni lärt er det.

Synd att ni inte läste vad jag skrev. Har aldrig på något sätt förnekat den smärtan de har. Har aldrig förnekat att det finns en bakomliggande orsak. Det enda jag ifrågasätter, är en sådan sak som arbetsförmåga. Varför går det inte att utföra samma saker på jobbet som går bra hemma? Där kommer den psykologiska aspekten in, dvs om man trivs på jobbet. Jag säger inte att de är dåliga människor heller, bara att de bör fundera över sina attityder till arbete.

Anmäl kommentar

*Postad av: Spønat är bra, 21:44, 22 april 2011*

Helt otroligt närmast bisarrt hur en del människor tänker om sin omvärld och sina medmänniskor. Men det är bara att acceptera att det alltid kommer att finnas folk som misstror till och med sin egen existens.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 19:44, 22 april 2011*

Det var ju väldigt "filosofiskt", Filosofen... Du menar alltså, att det som inte kan mätas med dagens teknik och metoder, det "finns inte"?

Finns kärlek? Finns vrede? Finns tankar? Finns smärta?

Finns du?

Anmäl kommentar

*Postad av: Filosofen, 18:34, 22 april 2011*

"I de svårtillgängligaste markerna finns den finaste tryffeln..."

Här råder ett stort hålrum i kunskapen och 2 ganska klara läger. Här finns mycket forskning och därmed pengar att tillstå, svåra och dyra undersökningar, medikament mm. Det är inte cancer i hjärnan eller bukspottskörteln, men det kostar dock samhället sannolikt mer än så i sjukförsäkringar. Det är svårt att diagnosticera smärta objektivt. VAS skalan är ett subjektivt mått som innefattar en massvis med omöjliga variabler. Vi har ingen "smärtscanner" och vi har ingen "Hur-mår-du-i-själen"-scanner heller.

Har man ont blir man ledsen, blir man misstrodd blir man ledsen, känner man sig motarbetad och tvingad av stat mm blir man ledsen. Har man blivit påkörd av en bil bakifrån, känner man sig rädd och traumatiserad. Och från allt detta skall man få fram: Ett bot som tar bort allt ont och ger gott. Vissa menar att de kan detta, andra hänvisar till

sjävläkning.

Jag vill förespråka förnekandets spår. Det som inte finns kan man inte lida av.

Eller fram tills att vi har en mätbar sjukdom med en effektiv, säker behandling, gjord i stora studier.

Anmäl kommentar

*Postad av: Björn Hammarskjöld, 12:41, 22 april 2011*

Det finns en hel del fina artiklar från 2000-talet som ALLA som har med WAD att göra innan de uttalar sig.

<http://tarkiv.lakartidningen.se/2003/temp/pda27567.pdf>

<http://tarkiv.lakartidningen.se/2005/temp/pda30939.pdf>

Det är inte svårt att undersöka whiplashpatienter, de har ganska så specifika skador som vin en vanlig fysikalisk undersökning. Be patienten vrida på huvudet åt sidorna, be patienten böja huvudet framåt, bakåt och åt sidorna. Whiplashskadade har stora rörelseinskränkningar. Låt bli att själv vrida och bända på patientens huvud, det kan ge ytterligare skador. Det finns patienter som om de böjer huvudet bakåt får en akut förlamning och ramlar ihop och kan dö då dens (tanden) från atlantis (andra kotan) tränger in i ryggmärgen som går igenom atlaskotan (den första kotan) Se anatomin i den första artikeln.

Låt patienten ligga på rygg och kläm försiktigt på kota efter kota i halsryggen, patienten signalerar vid skador.

Glöm aldrig att patienten har rätt tills motsatsen har bevisats (men då är vi överens igen!)

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 12:27, 22 april 2011*

Är det ett vetenskapligt förhållningssätt, Dr.Dängrot, att utgå från att alla ohälsotillstånd, för vilka man ännu inte har kunnat finna kroppsliga korrelat, är att betrakta som inbillning eller simulans? I så fall var det mesta inbillningssjuka för, säg, 150 år sedan!

Nej, det förhållningssätt du uppvisar är inget annat än misantropi - även när du refererar till andra misantroper!

Anmäl kommentar

*Postad av: Spenat är bra, 11:37, 22 april 2011*

Kanske sjukgymnaster ska ta och börja att jobba idogt för att ge sina patienter idéer och hitta fram de här jobben åt nack- och ryggskadade människor som behöver anpassat jobb (så att inte skadorna förvärras) som de skadade faktiskt behöver. Som sjukgymnast är ett etiskt förhållningssätt kunskap och vänligt bemötande mycket viktigt. Utgår man som "hjälparen behandlaren" ifrån att alla patienter med smärta är lata och ointresserade så kanske det är sjukgymnasten eller annan behandlare som sitter mitt emot dem det är det fel på? Jag är helt säker på att de absolut flesta människor vill jobba.

Anmäl kommentar

*Postad av: psykiater 60+, 11:24, 22 april 2011*

Författare till artiklar skrivna 2003, som den Dr Dängrot hänvisar till, hade kanske inte dagens kunskap om följande: "utveckling av ett neuropatiskt smärtsyndrom. Detta stöds också av att den positiva verkan av NSAID tycks minska och behandling tricyclica, gabalin och pregabalin ibland har mycket god effekt." som sign Kliniker skriver om.

Jag har växt upp med en violinist i Filharmonikerna i min närhet - med svåra nacksmärtor säkerligen utlöst främst av en onormal armställning i många år. Han försökte jobba så ofta han kunde, men jag har verkligen sett hur ett smärttillstånd kan påverka en person, också psykiskt. Det är viktigt att särskilja frågan om smärta och om arbetsförmåga. Många whiplashskadade har ju inte ens blivit trodda angående sina smärtor!

Anmäl kommentar

*Postad av: En annan sjukgymnast, 08:41, 22 april 2011*

Studien visar förändringar i nacken men detta verifierar inte arbetsförmåga. Ganska stor skillnad.

Anmäl kommentar

*Postad av: sjukgymnast, 06:05, 22 april 2011*

man ska aldrig önska ngn olycka eller sjukdom, men ibland är så att om alla som "vet bäst" och avfärdar andra som simulanter och misstror dem deras förmåga till att klara av arbete - ni torde själva få drabbas av smärta med störd sömn, yrsel, koncentrationssvårigheter, svårigheter att svälja, tugga, förstört liv mm. jag är lyckligt lottad som inte har dessa problem men som möter många i mitt arbete som har det- ni medicinare; var ödmjuka och möt era patienter där de befinner sig. walk in their shoes for a day/

Anmäl kommentar

*Postad av: Dr.Dångrot, 01:58, 22 april 2011*

Whiplash and other useful illnesses  
Rekommenderad läsning.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200304033481426>

Anmäl kommentar

*Postad av: Nackskadegruppen i Skåne, 00:30, 22 april 2011*

"Pärliknande" kommentera av "ren okunnighet" göre sig icke besvär förrän han läst följande länkar:  
-<http://www.rtp.se/nyheter.php?id=475>  
-[http://www.rtp.se/smartprojekt-/RTP\\_Algoritm\\_WAD.pdf](http://www.rtp.se/smartprojekt-/RTP_Algoritm_WAD.pdf)  
-IWTC 2011, Internationell Whiplash Trauma Congress, 24-28 aug i Lund. Anm er dit ni som tvivlar på oss drabbade och ni som vill att forskningen ska gå framåt och hjälpa oss!  
Nackskademottagnigen i Lund, 046-171880. Det är vi som tagit fram medel för genomförandet av dessa studiedagar samt start av mottagningen hälsar, se sign:

Postat av Nackskadegruppen i Skåne

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 23:17, 21 april 2011*

Jag tror du glömde läsa vad jag skrev, Pär.

Anmäl kommentar

*Postad av: Pär, 22:53, 21 april 2011*

@Kliniker och Haqvin

Ja, många kan jobba kortare tid, och mer anpassat. Det som jag brukar märka är en stor predikterande faktor är hur väl du trivs på ditt jobb. Allt för många har ett jobb som de inte gillar, men har det bara för att de tjänar pengar på. Har man det så, så är man inte benägen att gå till jobbet direkt, utan trivs bättre hemma. Då blir man lätt fast, tyvärr.

Anmäl kommentar

*Postad av: psykiater 60+, 21:13, 21 april 2011*

Jag har inte mött så många whiplashskadade under grund- eller specialistutbildningen, men alla, ja alla, kände sig "icke-trodda". Jag hoppas att den här gruppen blir bättre bemött nu än på 70- och 80-talen. Men visst finns det ironiska kommentatorer som buntar ihop elallergiker, människor med fibromyalgi, och whiplashskadade som om de alla var mest inbillningssjuka. Eller att det hela "bara" är uttryck för någon psykisk insufficiens. Vådan av det senare har vi ju sett nu med det tragiska fallet hos SOS-Alarm.

Anmäl kommentar

*Postad av: Kliniker, 19:39, 21 april 2011*

@Pär, den frågan är så allmänt ställd att den naturligt vis är mycket svår att svara på, det måste bedömas från patient till patient.

Som exempel kan sägas att många smärtpatienter vist kan arbeta men mycket kortare tid än friska, tex 1/2 timma facebook hemma går bra men 8 timmar vid ett skrivbord framför datorn leder till kraftigt smärtgenombrott och uttröttnig. Varför vet jag inte, en klinisk iakttagelse.

Letar man efter kliniskt "objektiva" symtom när man undersöker en smärtpatient finner man ofta en stor mängd av

dess. Man blir förvånad att ingen av patientens tidigare behandlande läkare tidigare observerat dessa.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 19:37, 21 april 2011*

I den mån smärtpatienter kan "sitta framför Facebook" hemma, Pär, så är ändå situationen mycket annorlunda i hemmiljön, än på en arbetsplats. Hemma kan man sitta precis så länge man orkar framför datorn, för att sedan t.ex. lägga sig och vila. Man kan också arbeta i den takt man vill och behöver inte anpassa sig till tempot på en arbetsplats i övrigt. Vidare behöver man inte transportera sig till och från arbetsplatsen och inte heller anpassa sig socialt efter omgivningen på arbetsplatsen.

Om kraven på hänsynstagande av det här slaget är stora blir det mycket svårt för den skadade personen att få ett jobb, över huvud taget, och intresset hos en befintlig arbetsgivare att anpassa arbetssituationen avtar med kraven på anpassning.

Så ser verkligheten ut!

Anmäl kommentar

*Postad av: Pär, 19:20, 21 april 2011*

Jag har aldrig trott att de med kronisk smärta simulerar. Jag litar på att de har ont. Men varför kan man inte sitta framför en dator på ett arbete, när man kan sitta på facebook hemma framför datorn? Vad är det som gör så mycket mer ont med att vara på en arbetsplats jämfört med att vara hemma?

Anmäl kommentar

*Postad av: Kliniker, 19:14, 21 april 2011*

Whiplash Associated Disorder (WAD) eller pisksnärtsskada måste delas in i akut, subakut och långa kroniska smärtor. I det akute skedet och det tidiga "kroniska" finns säkert smärtor av "inflammatorisk typ" NSAID hjälper ju också i alla fall i det tidiga skedet. Senare i förloppet spelar andra mekanismer sannolikt större roll nämligen utveckling av ett neuropatiskt smärtsyndrom. Detta stöds också av att den positiva verkan av NSAID tycks minska och behandling tricyclica, gabalin och pregabalin ibland har mycket god effekt.

Resultaten är mycket intressanta men svårvärderade, på nuvarande nivå får man absolut inte låta bli att pröva behandling mot neuropatisk smärt i långvariga fall.

En annan intressant synpunkt är att ett neuropatiskt smärtproblem ev kan sekundärt underhålla ett inflammationsliknande problem via efferent flöde från centrala smärtcentra.

Till de andra kommentatorerna, inga seriöst arbetande smärtläkare anser dessa patienter vara "simulanter".

Anmäl kommentar

*Postad av: Eld, 18:31, 21 april 2011*

Skeptiker och fördömande ynkryggar får garanterat väldigt ont en vacker dag själva av någon m ä r k l i g anledning och då brukar det vara så att just denne (dessa) gnäller värre än den värst tänkbara. Grattis till forskningen i det här fallet. Mer forskning och bevis behövs angående smärta och mycket svåra smärttillstånd. Det borde gagna och underlätta för skeptikerna i synnerhet.

Anmäl kommentar

*Postad av: Haqvin, 16:26, 21 april 2011*

Vi får väl hoppas att detta kan innebära, att cynikerna och misantroperna tystnar, dvs. de som länge har avfärdat de nackskadade som "simulanter" och som har velat dra in deras sjukpenning. (Bland kommentatorerna här - ingen nämnd och ingen glömd.)

Anmäl kommentar

*Postad av: Pompidou, 16:24, 21 april 2011*

Jag har aldrig betvivlat att någon har ont. Men jag tvivlar på att så pass många är arbetsförmögna att de måste



vara sjukskrivna.

Anmäl kommentar

*Postad av: Pens.leg.läk., 16:23, 21 april 2011*

Man har visat att patienter som uppger sig ha ont i nacken har tecken på inflammation där. Något annat är väl inte visat, t.ex. inte att det skulle bero på någon specifik orsak.

Anmäl kommentar

[Nyheter](#) | [Platsannonser](#) | [Expertsvar](#) | [Debatt](#) | [Krönikan](#) | [Ledare](#)

**Dagens Medicin Sverige AB**

113 90 Stockholm

org.nr 556560-0037

[redaktionen@dagensmedicin.se](mailto:redaktionen@dagensmedicin.se)

**Tips:** 020-99 99 50

**Kundtjänst:** 08-799 63 56

Övrig kontaktinformation

© **Dagens Medicin**

Alla rättigheter till text och bild tillhör Dagens Medicin och respektive upphovsman.

Dagens Medicin riktar sig till dig som arbetar inom sjukvården.