

Sociale, økonomiske og kulturelle aspekter ved whiplash

Overlæge Claus Rasmussen, ph.d. Elsebeth Stenager & overlæge Claus Vinther Nielsen

Viden om omkostninger efter *whiplash*-traumer (WL) og følgetilstande (WAD) er begrænset på grund af meget heterogene kilder, som bl.a. består af forsikringsrapporter med manglende socioøkonomisk langtidsopfølgning og sammenligning med referencepopulationer. I mange vestlige lande er omkostningerne til WAD utvivlsomt meget store. I England skønnes udgifterne således at være tre milliarder pund/år og i USA 29 milliarder dollars/år [1, 2]. I et svensk udredningsarbejde påviste man årligt 34.000 trafikpersonskader, heraf 18.600 med WAD hvoraf 1.400 fik varige mén [3]. Det konkluderes, at WAD er årsag til 35% af alle udgifter til nakke-ryg-besvær, som tidligere er beregnet til at koste tre gange så meget som alle cancersygdomme tilsammen [3, 4]. Økonomisk kompensation for permanent arbejdsophør hos relativt unge mennesker udgør den største del af udgifterne til WAD, men sagsbehandling hos forsikrings-selskaber, styrelser og kommuner koster også anseelige beløb [3]. I en hollandsk undersøgelse påviste man, at 13% af selvforsørgede WL-patienter var (selvrapporterede) uarbejdsdygtige efter et år [5]. Langtidssygemeldte med rygsmerter udstødes fra arbejdsmarkedet dobbelt så hyppigt i Danmark som i Sverige og Holland, hvilket tyder på, at konsekvenserne af WAD ikke er mindre i Danmark.

TILGÆNGELIGE DATA OM FØLGETILSTANDE TIL WHIPLASH I DANMARK

I 2008 fik 16.616 tildelt førtidspension i Danmark heraf 189 med diagnosen WAD. Halvfjerds procent var kvinder, og 60% var i aldersgruppen 30-49 år [6]. Det absolutte antal var relativt stabilt med en let faldende tendens i perioden 1998-2008. Først fra midten af 1990'erne begyndte man at tilkende førtidspension til WAD-patienter, og en registrering heraf begyndte i 1998. Arbejdsskadestyrelsen afsluttede i 2008 i alt 4.683 sager heraf 1.284 (27%) sager med diagnosen WAD. Andelen udgjorde i 2002 32%.

I gennemsnit fastsattes en méngrad på 8% og et erhvervsvenetab på 22% [7]. Der findes ikke danske undersøgelser af, hvilket forsørgelsesgrundlag WAD-ofre opnår på længere sigt. Et indtryk fås dog i en fire-årig efterundersøgelse af 2.463 ulykkesofre, hvor 48% havde diagnosen WAD, som Arbejdsskadestyrelsen havde vurderet i 2002. Her fandtes kun 38% at

være selvforsørgende. De øvrige 62% fordelte sig som følger: førtidspension (29%), fleksjob eller ledighedsydelse (13%), kontanthjælp (6%), sygedagpenge (6%), arbejdsløshedsdagpenge (4%) eller revalideringsydelse (4%) [8].

KULTURELLE FORSKELLE I OPFATTELSEN OG FOREKOMSTEN AF WHIPLASHTRAUMER

Der er en meget stor geografisk variation i forekomsten af langvarige WAD [9, 10]. I lande, hvor man ikke relaterer trafikuheld og WAD, rapporterer trafikanterne sjældent symptomer og søger ikke behandling eller erstatning for dem [9, 10]. I en prospektiv undersøgelse fra Litauen af 277 personer, der havde været involveret i uheld med påkørsel bagfra, fandt man, at der efter et år var samme forekomst af de symptomer, man normalt forbinder med WAD, som i en kontrolgruppe [9]. Hvad der forklarer denne forskel er usikkert. De symptomer, som ses efter WL, er hyppige i befolkningen og giver kun sjældent anledning til forsikrings-sager. Igennem historien har man til tider set epidemilignende lidelser udvikle sig og forsvinde igen f.eks. i relation til mediernes, lægernes eller politikernes opmærksomhed på ydre påvirkninger som mulig udløsende årsag (»skriverkrampe«, »jernbanesyge«) [11]. Når WAD kun ses i begrænset omfang eller slet ikke i nogle lande, kan det være udtryk for, at de ulykkesramte ikke risikerer involvering i belastende sagsbehandlingsforløb, hvor de oplever at skulle bevise den organiske baggrund for deres lidelse, men fortsætter daglige gøremål under almindelig hensyntagen, som det praktiseres ved hovedpine og rygsmerter, hvad enten det skyldes mindre uheld eller er spontant opstået. Ulykken tillægges ikke betydning for alvorlige senfølger. Kulturelle, sociale og politiske forhold modvirker ikke den raskgørelse, man normalt ser efter både små og store traumer [10-12].

ANDRE INTERESSETER

WAD har tilført et stort erstatningsområde til forsikringsselskaberne. En lovmæssig fordobling af erstatningerne i 2002 øgede yderligere omfanget. Forsikringsselskaberne har en brancheorganisation, som bl.a. vejleder selskaberne til at udbetale erstatninger efter ens retningslinjer. Dermed opnås et stort volu-

STATUSARTIKEL

Sygehus Vendsyssel, Hjørring, Reumatologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Almenpsykiatrisk Afdeling, Augustenborg og Syddansk Universitet, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, og Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed



FAKTABOKS

Forslag til fremtidige indsatser for at minimere de sociale og samfundsmæssige konsekvenser efter *whiplash*-traumer (WL).

Fakta

Følger efter WL koster samfundet mange penge til forsørgelse, erstatninger for tabt arbejdsfortjeneste, sagsbehandling og undersøgelser samt behandling i sundhedsvæsenet.

Der er stor forskel i forekomsten af *whiplash-associated disorders* (WAD) afhængig af geografiske og kulturelle forhold. Forskellen synes at være relateret til befolkningens forventning om følger efter WL.

Der er mange interesseparter i forhold til WAD, patienter og patientforeninger, læger og andre behandlere, advokater, kommuner, forsikringsselskaber, socialsektoren og statslige styrelser (Arbejdsskade styrelsen, Den Sociale Ankestyrelse).

Den socialmedicinske behandling ved WAD kræver et tæt samarbejde mellem patient, læger og andre behandlere og socialforvaltning.

Behov for fremtidige indsatser

Undersøgelser af om andre samfundsmæssige løsninger kunne være bedre alternativer til det nuværende system er vigtige.

Ændringer i erstatningslovgivningen kan overvejes og monitoreres for at vurdere antallet af WL-sager og prognosen efter WL.

Man kan undersøge, om en målrettet påvirkning af befolkningen kan nedsætte forekomsten af WAD.

Monitorering af medicinske diagnoser herunder WAD-diagnosen i forhold til social- og sundhedsydelse kan fremadrettet belyse en evt. effekt af nye interventioner.

Afprøvning og udbredelse af udrednings- og behandlingsmetoder over for sygdomsbekymring og -angst som ses ved WL.

Forskningsbaseret viden om omkostningseffektive sociale og medicinske interventioner før og efter WL er påkrævede.

men i markedet for de obligatoriske bilforsikringer. I Danmark steg præmieindtægterne fra 5,7 milliarder i 1992 til 13,1 milliarder i 2007, og udgifterne var i 2007 på 7,3 milliarder, hvoraf skønnet en milliard skyldtes WAD [13]. Forsikringsselskaberne er opmærksomme på de store udgifter og investerer i rehabiliteringsområdet og i udvalgte forskningsprojekter med behandlingsmæssigt sigte.

Ved WL er der normalt ingen tvivl om, hvem der er offer og skadevolder. Det er sjældent muligt at finde et sikkert organisk belæg for symptomerne, og prognosen er god, hvis advokater, forsikringsselskaber og behandlere ikke griber ind [9]. Kulturelle, sociale og politiske forhold herunder forsikringssag (både verserende og afsluttet) kan have betydning for permanent tab i arbejdsevnen, men det er uafklaret i hvilket omfang. WAD er blevet et stort forretningsområde for erstatningsadvokater og for fagbevægelsen. Flere patientforeninger har advokater tilknyttet og faste hjemmesider med hjælp til WAD-

patienter. En enkelt Googlesøgning vil hurtigt give referencerne og et sygeliggørende og angstprovokerende fokus i budskabet.

Vores erfaring er, at mange patienter med WAD gennemgår langvarige undersøgelser og behandlinger, som hovedsageligt betales af forsikringsselskaberne og/eller det offentlige sundhedsvæsen. WAD-patienter tilbydes mange former for behandling f.eks. lægelig behandling, psykologisk behandling, kiropraktisk behandling, fysioterapi, aktiv og passiv behandling, tværfaglig smertebehandling, akupunktur, massage, alternativ behandling. Ingen af disse behandlingsformer har overbevisende positiv effekt på smerterne og funktionsevnen.

BETYDNINGEN AF UAFKLAREDE ØKONOMISKE FORHOLD

Undersøgelser tyder på, at erstatningsproblematikken modvirker den raskgørelse, man ellers ser efter traumer [14, 15]. En prospektiv dansk undersøgelse af nakkepatienter viste, at erstatningssagen i sig selv medfører en firedobling af risikoen for at forlade arbejdsmarkedet efter fem år sammenlignet med lige så syge patienter, men uden erstatningssag [16]. Den lange opfølgingsperiode tyder på, at en afsluttet erstatningssag ikke bedrer erhvervsprognosen. I et canadisk studie påviste man, at ændringer af erstatningslovgivningen kunne nedsætte både antallet og sværhedsgraden af langvarig WAD [17]. Samme forskel i prognose er påvist i en undersøgelse af sammenlignelige WL-ofre, som var underlagt enten spansk eller portugisisk erstatningslovgivning [18]. Måske svækker erstatningssager den forventning om bedring, som vides at være vigtig for raskgørelsen [12]? En anden mulig forklaring på virkningsmekanismen af erstatningssager er formuleret af *Hadler*: »Hvis du skal bevise, at du er syg, kan du ikke samtidig arbejde på at blive rask« [19]. Vi ved, at risikoen for udstødelse af arbejdsmarkedet øges med sygefraværets længde. Dette kan bl.a. hænge sammen med både en uafklaret helbredssituation, et uklart forsørgelsesgrundlag og det sociale systems behov for lægelig dokumentation for tilstedeværelse af sygdom [19].

Der er således ingen tvivl om, at økonomisk kompensation kan have betydning for det langvarige sygefravær og udstødelsen fra arbejdsmarkedet. Spørgsmålet er herefter, hvilke indsatser der kan imødegå denne tendens? Et faldende antal af tilkendte førtidspensioner med diagnosen WAD tyder på, at WAD er aftagende. Dette kan være et udtryk for, at WAD er aftagende, eller for, at de tilkendes andre overførselsindkomster. En offentlig monitorering af diagnoser i relation til sociale ydelser vil kunne bidrage til en afklaring af dette.

SOCIALE OG HELBREDSMÆSSIGE FORANSTALTNINGER

Den danske social- og ertatningslovgivning skal bl.a. sikre, at borgere, som på grund af sygdom og ulykke har varig nedsat arbejdsevne, får et forsørgelsesgrundlag og mulighed for at leve et værdigt liv. Videnskabelige undersøgelser påpeger imidlertid negative sider heraf [9, 14-17, 19].

Er borgeren med WAD hæmmet i sin funktions- evne, sygdomsbekymret og angst for prognosen, er den lægelige udredning og rådgivning vigtig. De fleste patienter, der går til læge, ønsker at få en kompetent klinisk undersøgelse, og at få afkræftet at de fejler noget alvorligt. Resultaterne fra en række studier viser for andre lidelser som bl.a. lænderygsmærter, at tidlig lægelig undersøgelse og af dramatisering samt muligheder for en tværfagligt og tværsektorielt koordineret indsats kan reducere risikoen for udstødning fra arbejdsmarkedet [20].

Det centrale er, at vi som læger behandler alle patienter med respekt og empati. Ved en god klinisk undersøgelse, relevant brug af billeddiagnostik, empatisk kommunikation og af dramatiserende information kan vi berolige patienterne med en god prognose, hvis patienten fortsætter med normal aktivitet og fornuftig hensyntagen som ved ethvert andet forstuvningstraume. Det er vigtigt at få talt med patienten om de dokumenterede alvorlige bivirkninger, der kan være ved en erstatningssag eller langvarig sygemelding.

Ved behov kan lægen bidrage med rådgivning om, hvorledes der kan etableres hensyntagende foranstaltninger i en periode bl.a. ved at bidrage til et godt samarbejde mellem jobcenter, arbejdsplads og patient. Lægen bør i hele forløbet holde sig til lægerollen og undgå at optræde som patientens advokat eller præst. Patientens symptomer og resultatet af den kliniske undersøgelse beskrives nøjternt og uden fordomme i de nødvendige lægelige sagsakter. Er lægerne ikke i stand til det – forværrer det risikoen for kronificering.

SOCIALVÆSENETS KRAV OG TILBUD

Ved en hver længerevarende sygemelding vil der være krav om opfølgning både fra arbejdsgiver og fra det kommunale jobcenter. Arbejdsgiveren opfordres til omsorgssamtaler allerede efter højst fire ugers fravær, og den kommunale sygedagpengeafdeling skal indkalde til samtale senest efter otte ugers sygefravær og gerne før. På det tidspunkt er der vigtigt, at der etableres en dialog mellem patient, læge, arbejdsplads og jobcenter med henblik på at understøtte en hurtig tilbagevenden til arbejdspladsen evt. via delvis raskmelding eller andre støtteforanstaltninger. Herunder hører jobcentrets afklaring af ressourcer og be-



Der er store menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster, hvis vi kan forebygge langvarige sygemeldinger.

grænsninger og evt. via udarbejdelse af en ressourceprofil tilbud om revalidering til et mindre belastende arbejde. Dette er indsatser, som kan medvirke til at hindre udstødelse fra arbejdsmarkedet.

KORRESPONDANCE: Claus Rasmussen, Reumatologisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, Hjørring, 9800 Hjørring. E-mail: clara@rn.dk

ANTAGET: 12. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Claus Rasmussen udfører mod honorar speciallægeerklæringer for kommuner, advokater og forsikringsselskaber. Han modtager honorar for undervisning om smertetilstande i bevægeapparatet og har modtaget fondsmidler til forskningsprojekter om betydningen af økonomisk kompensation ved nakke- og lændesmerter.

LITTERATUR

- Joslin CC, Khan SN, Bannister GC. Long-term disability after neck injury: a comparative study. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86:1032-4.
- Young WF. The enigma of whiplash injury: current management strategies and controversies. *Postgrad Med* 2001;109:179-86.
- Whiplashkommissionens slutdokument 2005. www.whiplashkommissionen.se.
- Nachemson A, Jonsson E. Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- Buitenhuys J, de Jong PJ, Caspers JPC et al. Work disability after whiplash. *Spine* 2009;34:262-7.
- www.dsa.dk (2. januar 2010).
- www.ask.dk (2. januar 2010).
- Bach HB. Livet efter en ulykke. Arbejdsliv og forskning efter en ulykke, som er vurderet af Arbejdsskade styrelsen. København: SFI, 2008.
- Obelienine D, Schrader H, Bovim G et al. Pain after whiplash – a prospective controlled inception cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66:279-83.
- Ferrari R, Russell AS, Richter M. Epidemiologie der HWS-Beschleunigungsverletzung. Ein internationales dilemma. *Orthopäde* 2001;30:551-8.
- Andersen JH, I Andersen JH, Elverdam B, Hilden J et al. (eds). De nye sygdomme – en debatbog. København: DADL, 2000.
- Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD et al. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. *PLoS Med* 2008;5:e105.
- www.forsikringogpension.dk (2. januar 2010).
- Rasmussen C, Leboeuf-Yde C, Hestbæk L et al. Poor outcome in patients with spine-related leg- or arm pain who are involved in compensation claims. *Scand J Rheumatol* 2008;37:462-8.
- Lysgaard AP, Fonager K, Nielsen CV. Effect of financial compensation on vocational rehabilitation. *J Rehabil Med* 2005;37:388-91.
- Hestbæk L, Rasmussen C, Leboeuf-Yde C. Financial compensation and vocational recovery: a prospective study of secondary care neck and back patients. *Scand J Rheumatol* 2009;38:481-7.
- Cassidy JD, Carroll LJ, Coté P et al. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *N Engl J Med* 2000;342:1179-86.
- Represas C, Vieira DN, Magalhaes T et al. No cash no whiplash? Influence of the legal system on the incidence of whiplash injury. *J For Leg Med* 2008;15:353-5.
- Hadler NM. The disabled, the disallowed, the disaffected and the disavowed. *J Occup Environ Med* 1996;38:247-51.
- Løvsschall C, Bech M, Rasmussen C et al. Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Tværdisciplinær og tværsektorielt indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2010.