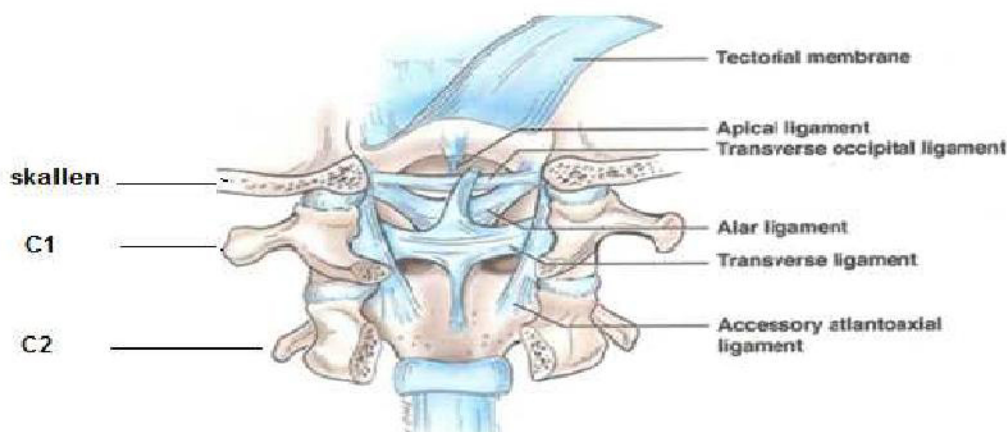
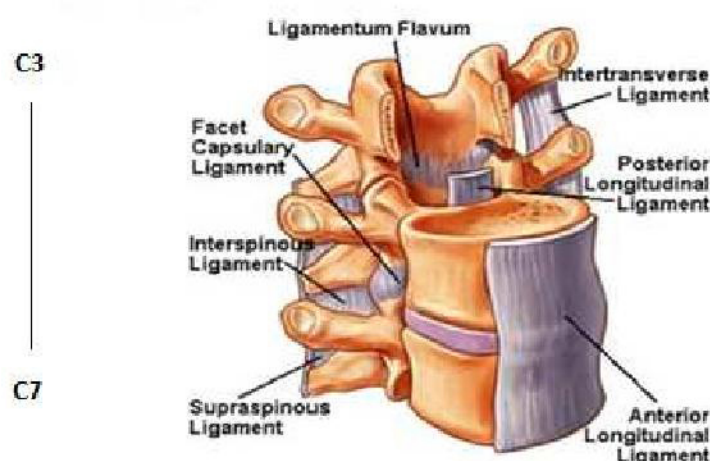




Hvem har spesialistansvar for



instabile leddbåndskader



i nakken?

Professor og nevrokirurg Knut Wester i søknad til Departementet (2001);

"Når ligamentstrukturen mellom hodet og nakken ryker oppstår slark i leddfunksjonen. Endret leddfunksjon pga. instabilitet er en kjent årsak til smerte i ryggstølen, kne - og ankelledd... Vi presiserer at operasjonsmetoden allerede er velkjent og velprøvd på et stort antall pasienter i Nevrokirurgisk avdeling Haukeland sykehus. Det nye er altså at operasjonsmetoden tilbys og prøves på en ny pasientkategori, hvor man ikke tidligere har vært klar over at det faktisk foreligger ligamentskade og instabilitet"

Søknaden ble avslått



INNLEDNING 5

DEL I SITUASJONEN I DAG..... 7

1 FORVIRRING OM BEGREPER – FORVIRRING OM ANSVAR 7

- 1.1 Begrepene whiplash og nakkesleng har skapt forvirring 7
- 1.2 Ortopedi 7
- 1.3 Fysikalsk medisin og rehabilitering 8
- 1.4 Nevrokirurgi..... 8
- 1.5 Nevrologi..... 9
- 1.6 Læreboken «Nevrologi og nevrokirurgi» (forlaget Vett og Viten 2010)..... 9
- 1.7 Nevrotraumatologi - nakkeskader 9
- 1.8 Nevrotraumatologi - nakkeslengskader 11
- 1.9 Nevropsykiatri - nakkeslengskader 12
- 1.10 Nevrologer, psykiatere og psykologer..... 13

2 BREV TIL NEVROLOGISKE OG NEVROKIRURGISKE AVDELINGER..... 15

- 2.1 Svar fra St.Olavs 15
- 2.2 Svar fra Haukeland 17
- 2.3 Svar fra Stavanger 18

3 HVEM HAR ANSVARET – LEGEFORENINGEN ELLER DIREKTORATET?. 20

DEL II HISTORIKK..... 21

4 FORSIKRINGSBRANSJENS BEKYMRING FOR WHIPLASHSKADER..... 21

- 4.1 1990 Svartelisting av leger..... 22
- 4.2 1991 Svartelisting av flere leger..... 23
- 4.3 1991 Forsikringslegene..... 23



5	LEGEFORENINGEN OG FORSIKRINGSBRANSJEN (QTF).....	25
5.1	1992 «Tvistenemnd for nakkeskader»	25
5.2	1994 «Legeforeningens retningslinjer for vurdering av nakkeskader»	26
5.3	1994 «Nakkeslengskade - whiplash - behandling og prognose».....	27
5.4	1995 «Quebec Task Force on WAD»	27
5.5	1997 Spørsmål om nakkeskader/nakkeslengskader i Stortinget	28
6	1992 – 2000 RETTSPRAKSIS BLIR ETABLERT	30
6.1	1997 A - dommen	30
6.2	1998 Anne-Lene Lie dommen (HR-1998-69-B)	32
6.3	1999 Stokke dommen (HR-1999-51-B)	35
6.4	2000 Thelle dommen (HR-2000-15–B).....	37
6.5	2000 SMM-rapport nr. 5/2000 Nakkeslengskade	39
7	GLIMT AV KUNNSKAP OG INNSIKT 2000 – 2002.....	42
7.1	2001 Helseminister Tønne – møter i helsebyråkratiet	42
7.2	2001 Søknad fra nevrokirurg Knut Wester (Haukeland)	43
7.3	2002 Posttraumatisk nakke/hode studien (St. Olavs)	44
8	LEGEFORENINGEN OG FORSIKRINGSBRANSJEN – KURS FOR LEGER .	48
8.1	2002 – 2010 Legeforeningens kurs i forsikringsmedisin	48
9	RETTSPRAKSIS BLIR BEKREFTET.....	50
9.1	2010 Høyesterettsdom HR-2010-2166-A	50
10	MEDISINSKE FAKTA BLIR BEKREFTET	53
10.1	«NEUROSURGERY 68;291-30,2011»	53
DEL III OPPSUMMERING OG FORSLAG TIL LØSNING.....		55
11	OPPSUMMERING	55
11.1	Ortopeder har den spesialistkompetansen som nevrofagene mangler	55
11.2	Nakkesleng eller nakkeskade - Nevrologenes ansvar for begrepsforvirring.....	55
11.3	Domstolene og rettspraksis i trafikkskadesaker.....	56
11.4	NAV og nakkeskader	56



12 LFN`S FORSLAG TIL LØSNING	57
12.1 Vårt hovedkrav - Det må etableres et tilbud om diagnostikk av instabilitet.....	57
12.2 Revidering av skadegrader og diagnoser	57
12.3 Prosedyre for å klarlegge skadegrad	58

DEL IV VEDLEGG	59
-----------------------	-----------

13.1 Mars 2011- Brev fra LFN til nevrologiske og nevrokirurgiske avdelinger	59
13.2 Oktober 2011- Purring ang. brev fra mars	61
13.3 Svar fra St. Olavs	63
13.4 Svar fra Haukeland	64
13.5 Svar fra Stavanger	65



INNLEDNING

Den vanligste dødsårsaken i trafikken er avrevne leddbånd i overgangen mellom nakken og hodet. Leddbånd hører til bløtdelene i muskel-/skjelettsystemet. Bløtdelsskader i nakken kan derfor være dødelige. Både i helsevesenet og rettsvesenet blir nakkeskader systematisk bagatellisert med påstand om at "det bare dreier seg om en bløtdelsskade". Påstanden er enten bevisst villedende, eller uttrykk for kunnskapsmangel.

Ulykker med et mindre dramatisk utfall fører til leddbåndskader av forskjellig grad – fra forstuinger som leger seg selv (skadegrad I og II) – til delvis eller hel ruptur som kan medføre instabilitet (skadegrad IV). Instabilitet kan oppstå på alle nivåer i ryggspylen, men leddene med størst bevegelsesutslag er mest utsatt for slik skade.

Leddbånd tåler godt strekk/drag, men er sårbare ved kraftige rykk. Alvorlig skade er oftest en følge av uventede, brå og kraftige bevegelser. Dersom man blir klar over en mulig dramatisk ulykkessituasjon, vil kroppens autonome reaksjon være å "bli stiv av skrekk". Kroppen mobiliserer et muskulært forsvar som demper raske og kraftige rykk på ledd, leddkapsler og leddbånd.

Dersom uhellet kommer helt uventet, vil det ikke være noen muskulær demping, og leddbånd vil da kunne rives helt eller delvis av. Hvis det oppstår en instabil skade, vil kroppens autonome reaksjon være muskulære kramper for å kompensere for leddbåndenes manglende evne til å stabilisere nakken. Slike kramper vil ofte kunne kamuflere en underliggende instabilitet, og dermed vanskeliggjøre riktig diagnostikk.

Instabile leddbåndskader angår primært bløtdelene i muskel- og skjelettsystemet og ikke nervesystemet. Skadene fører til kroniske og invalidiserende symptomer som smerter i nakken, hodet og ansiktet, muskelkramper, forstyrrelser av syn, hørsel, søvn, konsentrasjon og balanse, svimmelhet, ekstrem trøtthet, kjevesmerter, svekket koordinasjon og proprioepsjon (svekket evne til å sanse kroppsdelenes stilling og bevegelse), osv.

Vi vil særlig peke på den nære sammenhengen mellom nakkeskader og kjevesmerter. Mange nakkeskadde opplever de samme smertene og symptomene som pasienter med TMD (TemporoMandibular-Dysfunksjon), med feilfunksjon mellom tyggemuskler og kjeveledd, kramper i kjeveleddet, vansker med å åpne munnen, og smerter og nummenhet i ansiktet.

På samme måte opplever mange TMD - pasienter symptomer som er typiske for nakkeskadde som nakke-hodesmerter, forstyrrelse av syn og hørsel, tinnitus og smerter i og bak øynene. Hvorvidt en pasient vurderer seg som nakke- eller kjeveskadd, er ofte bare et spørsmål om hvilke symptomer som oppleves som mest invalidiserende.

LFN mener at instabilitet i nakken medfører funksjonsendringer som påvirker både nakkeledd og kjeveledd. Diagnostikk av cervikal instabilitet må derfor inngå som en nødvendig del av vurderingen av både nakkeskadde og kjeveskadde.

Landsforeningen for Nakkeskadde har vært i møter med spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet (2009) og Helse- og omsorgsdepartementet (2012), og vi er av den oppfatning at ingen benekter at radiologisk påvist instabilitet dreier seg om nakkeskader av grad IV. Direktoratet hevder imidlertid at det ikke er mulig å påvise instabilitet dersom årsaken er helt eller delvis avrevne leddbånd. Det er ikke sant. Fordi alvorlige leddbåndskader fører til unormale/abnorme bevegelser kan slike skader avdekkes ved dynamisk/funksjonell radiologi. Vi vil dokumentere at pasienter, som innlegges akutt på nevrokirurgiske avdelinger i Stavanger og ved Haukeland, blir vurdert for instabilitet.



Vårt hovedanliggende er den store gruppen som ikke blir kjørt med ambulanse fra skadestedet, men som på egen hånd oppsøker legevakt eller primærhelsetjenesten. I denne gruppen finnes det pasienter med alle grader av leddbåndskader, fra lette forstuinger til avrevne leddbånd. Men i norsk helsevesen finnes ingen diagnostiske retningslinjer eller prosedyrer for å skille mellom lette og alvorlige skader. Alle blir betraktet som nakkeslengskadde, og alle får beskjed om at de har lette skader som vil lege seg selv.

I DEL I beskriver vi hvordan begrepene nakkesleng/whiplash har bidratt til forvirring om hvilke skader det dreier seg om, og til bagatellisering av alle skader i nakken. Med henvisning til direktoratets veiledere for spesialister, beskriver vi hvorfor alvorlige instabile nakkeskader er et medisinsk "ingenmannsland", hvor ansvaret er pulverisert, og overlatt til nevrologer som ikke har adekvat faglig kompetanse.

Det finnes ikke noen utredninger eller forskningsprosjekter på alvorlige nakkeskader i Norge. All norsk forskning dreier seg om skader av grad I og II - altså nakkeslengskader. Denne forskningen er totalt dominert av nevrologer, psykologer og psykiatere.

Vi gjengir en del punkter fra læreboken "Nevrologi og nevrokirurgi" fordi dette er det eneste norske læreverket som omtaler instabilitet i nakken, og fordi vi mener at bokens beskrivelser samsvarer godt med våre oppfatninger.

I 2011 gjorde LFN henvendelser til alle nevrologiske og nevrokirurgiske avdelinger i Norge med spørsmål om hvordan man diagnostiserer og behandler pasienter med instabile nakkeskader. Vi gjengir utdrag av de tre svarene vi har fått.

DEL II er en kronologisk gjennomgang av det vi oppfatter som de viktigste årsakene til den situasjonen vi har beskrevet i Del I.

DEL III er LFN`s oppsummering av problemstillinger og forslag til løsninger.

DEL IV er vedlegg angående LFN sine henvendelser til nevrologiske og nevrokirurgiske avdelinger, og de tre svarene vi fikk fra de nevrokirurgiske avdelingene ved St. Olavs, Haukeland og Stavanger. Vi fikk ikke svar fra noen av de nevrologiske avdelingene.



DEL I SITUASJONEN I DAG

1 FORVIRRING OM BEGREPER – FORVIRRING OM ANSVAR

1.1 BEGREPENE WHIPLASH OG NAKKESLENG HAR SKAPT FORVIRRING

Skademekanismen ved trafikkulykker har fått betegnelsen whiplash eller nakkesleng, og skadene er systematisk blitt beskrevet som lette skader som leger seg selv. Skade oppstår imidlertid like hyppig som følge av uhell i sport eller arbeid, uten at nakken er blitt utsatt for noen "slengmekanisme". På tross av dette blir begrepet nakkesleng brukt som betegnelse på alle grader av skade, også på radiologisk påviste skader av grad IV.

Nakkeslengbegrepet har ført til forvirring om hvilke skader som foreligger. Legeforeningen gjorde i 1994 et forsøk på begrepsavklaring, men overlot samtidig det faglige ansvaret til spesialister i psykiatri og nevrologi. Disse spesialistene dreiet all oppmerksomhet mot nakkeslengskader, og ignorerte fullstendig at det kunne foreligge langt alvorligere skader.

Nakkeskader skal inndeles i fire grader. Forstuete leddbånd regnes som skader av grad I og II. Slike skader kan betegnes som nakkeslengskader.

Skader av grad III dreier seg om trykk/skade på nervesystemet. Slike skader er nevrologenes ansvar, og er ikke tema i vår framstilling.

Grad IV gjelder svært alvorlige skader hvor leddbånd kan være delvis eller helt avrevet. Vår framstilling gjelder disse skadene. Å bruke nakkeslengbegrepet på slike skader er villedende og helt uten faglig dekning.

1.2 ORTOPEDI

I 2008-2009 utarbeidet Helsedirektoratet prioriteringsveiledere for legespesialister. Med utgangspunkt i disse har LFN laget en oversikt over oppgavene til spesialistene i ortopedi, fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologi og nevrokirurgi.

Spesialiteten ortopedi dreier seg om muskel - og skjelettsystemet. Ortopedene har kunnskaper om ledd, leddfunksjon og leddbåndskader. I veilederen står bl.a.(LFN sin utheving):

- **Ankelinstabilitet**
- Hoftelddsartrose
- Kontrakturer, deformiteter og artrose i håndledd, håndrot, fingerledd
- Nervekompresjoner og andre bløtdelslidelser i hånd og håndledd
- Bløtdelslidelse, inkludert fremre knesmerter og patellainstabilitet
- Bruskskader
- **Ligamentskade**
- Kneleddsartrose
- Revmatiske lidelser
- Ryggsmertor med utstråling og / eller nevrologiske utfall
- Ryggsmertor uten radiologisk verifisering av årsak
- Artrose - skulder og albue
- Subacromial impingement/cuffruptur - skulder
- **Instabiliteter** – skulder



Faget beskriver de fleste av kroppens ledd som skulderledd, hofterledd, håndledd, fingerledd, kneledd, ankel, og korsrygg. Ortopedene har ansvar for leddbåndskader, og instabilitet i kne, ankel og skulder blir nevnt. Ryggen er også ortopedenes felt, men ansvaret slutter der nakken begynner. Derfor står det ikke noe om nakke, selv om nakken er langt mer sårbar for leddbåndskader og instabilitet enn resten av ryggstøtten.

Vi vil nevne at i USA er ansvar/kompetanse på diagnostikk/kirurgi av skader i nakken delt mellom nevrokirurgi og ortopedisk kirurgi. Grensen mellom spesialistene går på at nevrokirurgi har ansvar for skader/sykdom innenfor den ytterste av hennene rundt hjerne og ryggmarg - dura mater. Ortopedene har ansvar for ledd, leddkapsler og leddbånd.

LFN mener at spesialister i ortopedi burde være selvskrevne i forbindelse med vurdering av ligamentskader og instabilitet i nakken. Vi mener at ortopedenes forståelse av ligamenter og instabilitet i andre av kroppens ledd, uten videre kunne overføres til leddbåndskader i nakken. Internasjonalt er dette ortopedenes fagfelt.

1.3 FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING

Etter veilederen har spesialistene i fysikalsk medisin og rehabilitering ansvar og kompetanse på bl.a. følgende områder:

- Følger av hjerneskade (traumatisk – atraumatisk – hjerneslag)
- Følger av kroniske og/eller progredierende sykdommer i nervesystemet, ryggmargsskade
- Nakkesmerter med og uten nerverotsaffeksjon
- Ryggsmertor med og uten nerverotsaffeksjon

I følge Spesialistkomiteen skal Fysikalsk medisin omfatte diagnostikk og behandling av sykdommer, skader og funksjonssvikt i bevegelsesapparatet, samt behandling av degenerative lidelser i skjelettet og belastnings- og skaderelaterte bløtdelslidelser. Som spesialister har de også et ansvar for rehabilitering av skader som har medført smerter knyttet til affeksjon av nerverøtter. De har også et ansvar for mer uspesifikke smerter både i rygg og nakke. Spesialistgruppen kommer uten tvil i kontakt med mange pasienter med instabile nakkeskader, men vi kan ikke se at diagnostikk av slike spesifikke problemer i tidlig fase følger av spesialistutdannelsen.

1.4 NEVROKIRURGI

I veilederen for nevrokirurgi står spinalkirurgi som en sentral oppgave. Det betyr kirurgi på alle nivåer i ryggraden - inkludert nakken. Oppgavene ble utredet av en arbeidsgruppe, nedsatt av Statens helsetilsyn, og rapporten "Norsk nevrokirurgisk virksomhet" ble framlagt i 1999.

LFN vet at nevrokirurger kjenner til instabilitetsproblematikken, og vi vet at instabilitet er operasjonsindikasjon ved en rekke sykdommer som revmatoid artritt, Downs syndrom, Ehler Danlos syndrom, Marfan syndrom og kreft i virvelstøtten. Nevrokirurgene vet også at instabilitet kan oppstå ved bruddskader og ved store prolaps, og at også slik instabilitet skal vurderes for operasjon. Det utføres stabiliserende kirurgi ved alle nevrokirurgiske avdelinger i Norge. Også nakkeskade med instabilitet etter leddbåndskader kan bli operert, men forutsetningen er at pasienten blir akuttinnlagt på en nevrokirurgisk / kirurgisk avdeling.



De fleste havner imidlertid på legevakt eller hos primærlege, og vil da få oppmuntrende opplysninger om at skaden er ufarlig, og at man kan reise hjem og ta det med ro noen dager. Når smerter og symptomer vedvarer, og tegnene til instabilitet viser seg, begynner den lange vandringsen for å få en spesialistvurdering.

I norsk helsevesen har det vært en etablert praksis å sende disse pasientene til utredning hos nevrolog.

1.5 NEVROLOGI

Nevrologer er spesialister på hjernen og nervesystemet. I følge veilederen har nevrologen kompetanse og ansvar for:

- sykdommer i nervesystemet
- nakke- og ryggsmertor med nerverotsmerte eller nevrologiske utfall

LFN mener at nevrologer har en plass i vurdering av nakkeskader. Det gjelder tilstander hvor det er snakk om trykk / skade på ryggmarg eller nerverøtter - som ved prolaps. Slike skader hører til skadegrad III.

I forhold til leddbåndskader i muskel-/skjelettsystemet har nevrologer ikke spesialistkompetanse. Slike skader blir ikke nevnt, verken i fagplanene i spesialistutdanningen, i Generalplanene i nevrologi, eller i departementets Nevroplan 2015.

1.6 LÆREBOKEN «NEVROLOGI OG NEVROKIRURGI» (FORLAGET VETT OG VITEN 2010)

Vi vil supplere informasjonen om spesialister i nevrokirurgi og nevrologi ved å henvise til læreboken "Nevrologi og nevrokirurgi" som første gang ble utgitt i 1997. Boken fra 2010 er 5. utgave, og markedsføres som et oppdatert læreverk med hovedvekt på undersøkelser, diagnoser og behandling, og med egne kapitler om traumatologi (skadelære). Boken er på nærmere 700 sider og er forfattet av 97 nevrologer/ nevrokirurger. Vi regner den derfor som representativ for kunnskapsnivå/oppfatninger i disse spesialistmiljøene.

1.7 NEVROTRAUMATOLOGI - NAKKESKADER

Nakkeskader blir beskrevet på én side i et kapittel om Nevrotraumatologi, og dreier seg om nevrokirurgisk vurdering/behandling av nakkeskader ved førstehjelp og akuttinnleggelse.

Om førstehjelp:

"instabilitet er en av de vanligste årsakene til sekundær ryggmargsskade. Man må ... stabilisere columna i størst mulig grad. Dette gjøres ved bruk av stiv nakkekragen og spesielle ambulansébårer. Det er ofte behov for intubasjon. Helsepersonell kan være engstelige for at denne prosedyren skal føre til forverring av en ryggmargsskade hvis man mistenker instabil skade i nakken".



Om røntgenundersøkelser:

"Hvis man har klinisk mistanke om instabilitet i nakken til tross for normal CT, kan undersøkelsen suppleres med MR og funksjonsbilder (sidebilde med fleksjon og ekstensjon). MR er også den undersøkelsen som i særdeleshet best fremstiller mulige ligamentskader".

Om klassifisering av skader:

"Spinale skader oppstår når ytre krefter fører til unaturlige bevegelsesutslag i eller bevegelsesutslag ut over den naturlige toleranse i columna".

"Det er ikke utarbeidet noe entydig system for inndeling av spinale skader. Man skiller vanligvis mellom skader med og uten nevrologiske utfall og mellom stabile og ustabile skader. Det foreligger instabilitet når normal aktivitet kan gi feilstilling som skader ryggmargen eller nerverøttene. Instabilitet kan også føre til at skaden ubehandlet tilheler med uakseptabel feilstilling og da noen ganger med smerteproblemer. Instabilitet er et relativt begrep og det er derfor ofte nødvendig å vurdere skjønnsmessig om en skade er instabil og i så fall i hvor stor grad". "Instabile skader i den kraniocervikale overgangen er spesielt farlige fordi klemming av ryggmargen i dette området kan føre til at respirasjonsmuskulaturen lammes".

Vi mener at dette er en rimelig god beskrivelse av instabilitetsproblematikken. En del pasienter blir ved akuttinnleggelser vurdert for instabilitet – og operert i de tilfeller hvor den kliniske tilstanden tilsier det.

Vi mener imidlertid at instabilitet også representerer andre problemer enn de som har med nervesystemet å gjøre. Enhver grad av instabilitet representerer det "svakeste leddet" i en stabel av nakkeledd. Det betyr at selv en mindre skade senere, vil kunne utløse store smerteproblemer og forverre instabiliteten. I følge retningslinjer fra WHO (2005) er instabilitet i nakken en absolutt kontraindikasjon for kiropraktikk. I Norge vet verken pasient eller kiropraktor om det foreligger instabilitet. Dette har ført til mange tilfeller av feilbehandling. LFN har tatt opp disse problemene både med Legeforeningen og Norsk Kiropraktorforening uten at noen har erkjent ansvar.

I sitatet over, om klassifisering av skader, står det at instabilitet kan føre til at skaden ubehandlet tilheler med uakseptabel feilstilling.

Fordi det ikke finnes prosedyrer/retningslinjer for å avdekke ligamentær instabilitet, er det svært vanlig at pasientgruppen ender opp med alvorlige feilstillinger i nakken. De vanligste feilstillingene er bortfall av den naturlige krumningen (utrettet lordose) eller knekk forover (kyfose). Å kalle prosessen som følger for tilheling er misvisende. Det dreier seg ikke om at avrevne leddbånd blir tilhelet, men om en langsom prosess hvor virvlene på begge sider av det instabile leddet over år vokser sammen (fusjonerer). At slike feilstillinger kan være uakseptable er vi helt enige i. Det mest uakseptable er etter vår mening at pasientgruppen, som en konsekvens av manglende diagnostikk, må gå med invalidiserende smerter og symptomer i mange år før de ender opp med en situasjon som læreboken Nevrologi og nevrokirurgi beskriver som uakseptabel.

Mekanismen bak "tilhelingen" er glimrende beskrevet av professor i anatomi, Per Holck, i en artikkel om "Cervicalcolumnas anatomi", i Tidsskriftet fra 2010:

"Siden mellomvirvelskivene og de langsgående ligamentene, det vil si de bestanddelene i cervicalcolumna som er mest utsatt, er fast forbundet med virvlenes beinhinne (periost), vil skader på disse kunne føre til en periostal reaksjon med gradvis nydanning av bein. Noen annen kilde til ny beindanning er det ikke. Siden osteogenesen er en langsom prosess, vil røntgenbilder av ferske skader sjelden vise forandringer (utenom brudd). I løpet av få år vil imidlertid osteofytter ses i de områdene hvor skade kan ha skjedd, særlig der hvor de



langsgående ligamentene har sin utbredelse... Man bør vurdere lokale, avgrensede nydanninger med samtidig skivereduksjon kun innen ett segment som tegn på reell skade. Siden man neppe «eldes» lokalt i halsvirvelsøylen er «aldersbetinget slitasje» sjelden en god forklaring på slike røntgenfunn”.

Leddbåndene har også en svært viktig funksjon som "sanseorgan" for leddenes og kroppens stilling til enhver tid (propriosepsjon). Ved skader på leddbåndene blir det sendt feilsignaler til hjernen, og det oppstår problemer med balanse, svimmelhet og svekket koordineringsevne. Slike problemstillinger blir imidlertid ikke omtalt i læreboken Nevrologi og nevrokirurgi.

1.8 NEVROTRAUMATOLOGI - NAKKESLENGSKADER

"Whiplash" (nakkeslengskader) blir også omtalt på én side under headingen "Lette nakkeskader", og beskrives helt riktig som skader av grad 1 og 2. Dette er i samsvar med "SMM-rapport Nr5/ 2000- Nakkeslengskade." (se s. 40) Rapporten dreiet seg om lette skader, og begrepet nakkesleng ble entydig knyttet til lette skader av grad 1 og 2.

Også kronisk nakkeslengsyndrom omtales som slike skader. Årsaken til at noen får kroniske plager forklares med at det må være psykososiale faktorer som opprettholder symptomene. Det mest graverende er en tabell om inndeling av nakkeskader. Den ser slik ut:

Tabell 1. Inndeling av nakkeskader

Skadegrad	Kliniske tegn	Ansvarlig lege	Røntgen
Grad 0	Ingen plager. Ingen funn ved undersøkelsen	Ingen/ (allmennlege)	Nei
Grad 1	Smerter, stivhet eller ømhet i nakken. Ingen funn ved undersøkelsen	Allmennlege	CT hvis høyenergetisk traume
Grad 2	Som Grad 1, men med innskrenket bevegelighet og ømhet ved palpasjon	Allmennlege/spesialist	CT
Grad 3	Nakkeplager og tegn til funksjonsutfall fra nervesystemet (refleksforandringer, pareser eller sensibilitetstap)	Allmennlege/spesialist	Eventuelt MR etter vurdering hos spesialist

Vi har nevnt at uklarhet i bruken av begrepene nakkesleng og nakkeskader har skapt forvirring. Denne læreboken er et godt eksempel på dette. Under beskrivelsen av nakkeslengskader står en tabell med inndeling av nakkeskader - uten at det framgår at nakkesleng kun skal brukes på grad 1 og 2.

Skadeinndelingen har samme oppbygging som skjematiske framstillinger i QTF (1995) og SMM-rapporten (2000), men skadegrad 4 er utelatt. Hvis noen tror at dette er en forglemmelse, så er nok det feil. 2003-utgaven beskriver forholdene på samme måte. Boken skulle legge spesiell vekt på diagnoser, men beskriver ingen diagnoser for nakkeskader. SMM-rapporten hadde med alle de fire skadegradene og hadde med relevante diagnoser for hver skadegrad. I 2009 fattet Stortinget vedtak om at det skulle brukes ICD-10 diagnoser på nakkeskader. Også dette velger nevrospesialistene å ignorere.

Konsekvensene av dette er svært alvorlige. I norsk helsevesen, rettsvesen og i NAV betraktes nevrologene som spesialister på nakkeskader. Leger og legestudenter oppfatter det på samme måte, og alle forutsetter at informasjonen om nakkeskader i denne læreboken



er faglig korrekt. Ut fra tabell 1 må leserne oppfatte det slik at de alvorligste skadene er av grad 3, og at dette gjelder funksjonsutfall fra nervesystemet. De alvorligste skadene må derfor være nevrologene sitt ansvar.

Fordi SMM-rapporten bare hadde beskrevet diagnostikk og behandling av nakkeslengskader, fikk spesialisthelsetjenesten i direktoratet i 2004 i oppdrag å utarbeide "faglige retningslinjer for kompliserte nakkelidelser i Norge". Det vil si grad 3 og 4. Det var et oppdrag som direktoratet ikke ville ta på seg, fordi man tvilte på om det "finnes tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å lage slike retningslinjer".

Direktoratet ville heller utrede diagnostikk og behandling av lette skader én gang til. Dette gikk departementet utrolig nok med på, men under forutsetning av at direktoratet - etter en slik utredning - skulle komme tilbake med en rapport om de alvorligste skadene. Dette ble det ikke noe av. Direktoratet var altså ikke i stand til å utrede noe om skadegrad 4.

Forklaringen på dette ligger i to forhold. For det første hadde direktoratet delegert spesialistansvaret til Legeforeningen og spesialistene i nevrologi/nevrokirurgi. Helsedirektoratet v/Torgeir Løvig og Hans Petter Aarseth måtte derfor henvende seg til nevrospesialistene for å få faglig hjelp, men som læreboken viser finnes ikke grad 4 i nevrologenes inndeling av nakkeskader. Direktoratets rapport: "Nakkeslengassosierte nakkeskader" (2006) ga derfor ingen svar på de spørsmålene departementet i utgangspunktet ville ha belyst. Men utvalget var selvsagt klar over at nakkeskader skal inndeles i 4 grader.

I en veileder for primærlegene, som er inntatt i rapporten, framstilles skadeinndelingen slik:

WAD 1	WAD 2	WAD 3	WAD 4
Symptomer	Symptomer + funn fra muskel- skjellett apparatet	Symptomer + nevrologiske tegn	Symptomer + nevrologiske utfall
ingen funn			

Grad 3 og grad 4 beskrives begge som symptomer + nevrologiske tegn/utfall. Dette er helt uten dekning i medisinsk faglitteratur. Det er udiskutabelt at grad 4 dreier seg om bruddskader, dislokasjoner og alvorlige leddbåndskader som kan medføre instabilitet i muskel-skjellett-systemet. Rapporten bidrar til forvirring om nakkeskader, og til at primærlegene og helsepersonell for øvrig, fortsatt skal oppfatte nevrologene som spesialister på alle typer nakkeskader - også de alvorligste av grad 4.

1.9 NEVROPSYKIATRI - NAKKESLENGSKADER

Læreboken "Nevrologi og nevrokirurgi" bruker to sider på å beskrive nakkeskader og nakkeslengskader, og utelater grad 4 i skadeinndelingen. Det viser at temaet er ganske perifert for nevrofagene, og det betyr at muskel-/skjellettskader og instabilitet etter rupterte leddbånd ikke er nevrologenes bord. Hvilke spesialister pasientene henvises til når nevrologiske utfall/skader ikke kan påvises, framgår av lærebokens kapittel 16 - Nevropsykiatri.

Kapittelet er skrevet av psykiater Ulrik Malt ved "Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin" ved Oslo universitetssykehus (Rikshospitalet). Malt bruker to sider på sin beskrivelse av nakkeslengskader, og gir et sammendrag av de stigmatiserende oppfatningene som dessverre er representative for norske psykiateres vurdering av nakkeskadde pasienter. Malt beskriver pasientene slik:



"meddeler smerter med nevrasteniforme, depressive symptomer" og framviser "holdningsforandringer med fremskutt posisjon av hodet, tilstivnet muskulatur, innskrenket nakkebevegelighet, subjektiv følelse av kjevesperre, sammenbiting av tenner, og tendens til sterke autonome reaksjoner ved manipulasjon av nakken...subjektive konsentrasjons- og hukommelsesproblemer er ikke uvanlig".

De viktigste årsakene til slike kroniske nakkeslengsyndrom er i følge Malt:

"... lavt evnenivå, høyere alder, dårlig premorbid fysikk og psykisk helse, tungt fysisk arbeid, høy nevrobiologisk sårbarhet og pågående erstatningssak".

Psykiater Malt er særlig bekymret for at det i forsikringssaker er :

"... betenkelig mange dårlige og faglig særdeles tvilsomme erklæringer som lages av leger, også psykiatere. Som regel skyldes dette at man oppfatter seg som pasientens advoka, dels at man ikke har anledning til å sette seg grundig inn i saken".

LFN vil ikke unnlate å bemerke at Malt utvilsomt har lang erfaring med tvilsomme erklæringer. Han har gjennom en årrekke vært kollega med lederne for nevrokirurgisk og nevrologisk avdeling ved Rikshospitalet – nevrokirurg Trygve Lundar og nevrolog Rolf Nyberg-Hansen. Deres arbeid som forsikringsleger blir beskrevet senere i dette dokumentet.

Som leder for psykosomatisk avdeling har Malt fått henvist en rekke pasienter, som først har vært til vurdering hos Nyberg-Hansen og Lundar, uten at disse har funnet noen somatisk skade og aldri har vurdert om det foreligger instabilitet hos pasientene. At Malt skulle ha funnet somatiske skader som har vært oversett/ignorert av Lundar og Nyberg-Hansen kan vi se bort fra. Malt har nok sett det han har beskrevet i boken, og har skrevet sine psykiatriske erklæringer i samsvar med dette.

Hvis vi tar i betraktning at mange av Malts pasienter har gått med udiagnostiserte instabile skader i mange år, og at dette har medført "uakseptable feilstillinger", så er det vel mer nærliggende å tolke de holdningsforandringene og symptomene som de framviser overfor Malt som reell udiagnostisert somatisk skade, enn som uttrykk for nevropsykiatrisk lidelse.

Det er velkjent at mange nevrologer har tette bånd til forsikringsbransjen. Det er også kjent at mange psykiatere har samme type bindinger til legemiddelbransjen. Det gjelder også Malt. Dette var tema for et Brennpunktprogram i 2003 - "Professor i dobbeltrolle"- hvor det kom fram at legemiddelprodusenten Pfizer hadde betalt forskningen som Malt hadde gjort på lykkepillen Zoloft, og at han i forbindelse med lanseringen oppga klart misvisende tall på hvor mange som ble bra. Han underslo at 1/3 av deltakere trakk seg fra prosjektet på grunn av bivirkninger.

1.10 NEVROLOGER, PSYKIATERE OG PSYKOLOGER

I Norge har nevrologene lenge hatt spesialistansvar for nakkeskader. Vi tror dette kan ha sammenheng med at prolaps med nevrologiske utfall lenge ble betraktet som "roten til alt ondt i nakken", og at det var en utbredt misforståelse at nakkeskader dreide seg om skader på nervesystemet. Slike skader er i de fleste tilfeller en sekundær konsekvens av skade på muskel-skjelettsystemet.

I sin spesialistutdannelse har nevrologene hatt praksis i psykiatriske institusjoner. Der har de lært at pasienter med psykiske problemer ofte gir uttrykk for smerter og symptomer som man ikke har funnet en somatisk forklaring på.



Når nevrologene ikke finner tegn på nevrologiske utfall hos den skadde, er det ren rutine å sende pasienten videre til psykolog / psykiater. Disse oppfatter det slik at somatiske funn er blitt utelukket gjennom nevrologisk undersøkelse. Deres jobb blir da å finne forklaringen i pasientens psyke eller i pasientens sosiale miljø.

På denne måten blir alvorlig skadde personer systematisk "sluset" ut av somatisk helsevesen, og påklistret en stigmatiserende psykosomatisk eller psykiatrisk diagnose. Påstanden om at smerter / symptomer har en psykosomatisk årsak, eller at den skadde har en psykosomatisk personlighet, går igjen i de aller fleste journaler og sakkyndighetserklæringer i forbindelse med rettssaker. Uten særlige motforestillinger oppfatter norske dommere dette som udiskutable medisinske fakta.

I tillegg til smerte og somatiske symptomer etter alvorlig skade, vil de fleste også få psykiske reaksjoner som fortvilelse, frykt for framtiden, frustrasjon og depresjon. Ikke minst bidrar helsevesenets manglende kompetanse og forståelse til dette. Konsultasjon hos forutinntatte og fordomsfulle psykiatere som Malt, er en psykisk belastning som disse pasientene absolutt burde vært forskånet fra.

Når psykisk reaksjon er en konsekvens av skade, skal det betegnes som en somatopsykisk reaksjon. Men klarer psykologer og psykiatere å avgjøre om en tilstand med somatiske og psykiske plager har sin årsak i skade eller i pasientens psyke? Svaret er et klart nei. Alle med slike symptomer vil score det samme på personlighetstester som MMPI. I det øyeblikket nevrologen ber psykolog/psykiater om å teste/vurdere en nakkeskade, er konklusjonen gitt, fordi somatisk skade dermed anses utelukket som årsak.

Pasienten kommer ut med en "psykosomatisk personlighetsprofil". Det er det eneste svaret testene kan gi. Vi kan ikke finne noen argumenter for at denne type psykologisk/ psykiatrisk testing kan hjelpe alvorlig skadde pasienter. Det som skjer etter slik testing er at nevrologiske avdelinger fritar seg selv for ansvaret for videre somatiske undersøkelser. Pasientene blir sendt videre til smerteklinikker, som i likhet med psykologer/psykiatere har som oppgave å finne de psykiske og sosiale årsakene til at smerter og symptomer vedvarer, lenge etter at det man oppfatter som nakkeslengskader skulle vært leget.

At nevrologer/psykiatere har fått ansvar for diagnostikk av nakkeskader skyldes i stor grad sterk påvirkning fra forsikringsbransjen. Bransjen har aldri hatt problemer med å knytte til seg høyt profilerte spesialister fra de største klinikkene i landet som Rikshospitalet, Ullevål, Haukeland og St. Olavs.

LFN mener det er grunnleggende feil at nevrologer i praksis har hatt monopol som spesialister på nakkeskader. Konsekvensene av samrøret mellom nevrologer, psykiatere og forsikringsbransjen har vært dramatiske for et stort antall pasienter. At det var de toneangivende nevrologene som ble involvert, har hatt som konsekvens at kunnskapsnivået om disse skadene er på samme nivå i dag som for 20 år siden.

Når de mest profilerte nevrologi - og psykiatriprofessorene i årevis har skrevet sakkyndighetserklæringer, hvor både eksistensen og konsekvensene av de alvorligste leddbåndskadene er blitt benektet, så blir ikke slike skader pensum for nye leger. Med unntak av den ene siden om behandling ved akuttinntak i læreboken "Nevrologi og nevrokirurgi", er kunnskap om denne type skade fraværende i norsk medisinsk litteratur.



2 BREV TIL NEVROLOGISKE OG NEVROKIRURGISKE AVDELINGER

LFN gjorde i 2011 henvendelse til alle nevrologiske og nevrokirurgiske avdelinger i Norge, med anmodning om opplysninger om hvordan man diagnostiserer og behandler instabilitet i nakken som følge av alvorlige leddbåndskader.

Vi fikk ingen svar fra de nevrologiske avdelingene. Det bekrefter vår oppfatning om at dette ikke er nevrologenes "bord".

Etter purring fikk vi svar fra de nevrokirurgiske avdelingene ved St. Olavs, Haukeland og Stavanger.

2.1 SVAR FRA ST. OLAVS

St. Olavs har hatt landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser siden 2004. Overlege Øystein P. Nygaard v/Nasjonalt senter for spinale lidelser (NSSL), har vært en helt sentral person når det gjelder departementets og direktoratets manglende forståelse av alvorligere nakkeskader. Byråkratiet har selvsagt måttet lytte til de personene/institusjonene som de selv har tillagt landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser.

Overlege Nygaard har først og fremst markert seg som kritiker av behandling av instabile nakkeskader i utlandet. Uten at Nygaard har gjort noe for å etablere et tilbud om diagnostikk av instabilitet i norsk spesialisthelsetjeneste, så hevder han at disse pasientene er blitt operert på noe som man i utlandet kaller "instabilitet", og at pasientene har vært utsatt for "eksperimentell kirurgi".

Som svar på vårt spørsmål om hvordan man ved St. Olavs diagnostiserer og behandler instabilitet som følge av leddbåndskader, svarer Overlege Nygård følgende:

"Avstivingsoperasjon på indikasjon mistanke om avrevet/delvis avrevet ligament er derfor ikke et tilbud ved vår avdeling".

Svaret fra St. Olavs er som vanlig kryptisk/uklart. Selvsagt skal man ikke operere noen på **"mistanke om avrevet/delvis avrevet ligament"**. Det man skal gjøre er å avklare om det foreligger instabilitet på det nivået hvor man har mistanke om helt eller delvis avrevne leddbånd. For å få dette avklart må man bruke dynamisk/funksjonell radiologi. Det gjør man ikke ved St. Olavs. Derfor har man heller ikke noe behandlingstilbud.

Overlege Nygård henviser i stedet til MRI- funnene som er gjort etter protokollen til radiolog Kråkenes, og argumenterer med at slike funn også finnes i normalbefolkningen. Det er ikke noe overraskende med det. Forstuinger i nakken kan selvsagt oppstå av andre grunner enn en trafikkulykke. Felles for slike skader er at de leger seg selv, og at episoden raskt blir glemt. I normalbefolkningen vil det derfor være mange som gjennom MRI-teknologi kan få påvist "spor", eller signalforandringer, etter forstuete leddbånd – uten å ha vært involvert i noen trafikkulykke. Internasjonalt inndeles leddbåndskader i tre grader.

- Grad 1 dreier seg om lette forstuinger
- Grad 2 gjelder forstuinger og delvis ruptur av leddbånd
- Grad 3 gjelder avrevne leddbånd

Det er derfor særlig grad 3 som har relevans for instabilitet. I en artikkel i tidsskriftet Spine fra mars 2011:

"Magnetic Resonance Imaging of the Alar Ligaments In Whiplash injuries",



gjør Nygaard, og nevromiljøet ved St. Olavs, sitt beste for å bringe forskningsarbeidet til Kråkenes i vanry. Påstanden fra St. Olavs er at bildene til Kråkenes ikke kan vise skade, fordi funn av grad 1 og 2 finnes i like stor grad i normalbefolkningen som hos nakkeslengskadde etter trafikkuhell. Som forklart over er dette ikke noe "bevis" for at bildene ikke viser skade. Når det gjelder grad 3 så viser tallmaterialet fra St. Olavs at det er dobbelt så mange med skadegrad 3 i trafikkskadegruppen som i normalbefolkningen. I seriøs vitenskapelig forskning krever slike funn en forklaring. Ved St. Olavs bryr man seg ikke om det.

Rigmor Myran, som var prosjektleder for forskningsarbeidet ved St. Olavs, ble i 2011 intervjuet av Dagens Medisin. Budskapet hennes var at whiplashforskningen ved St. Olavs hadde svekket gamle teorier og at:

"whiplash-pasienter ikke har skade på leddbånd i nakken. Derfor jobbes det nå ut ifra en biopsykososial forklaringsmodell i whiplashforskningen".

Det viktigste i forhold til instabilitet er imidlertid at MRI-bildene kun er stillbilder av skade. Bildene kan derfor ikke si noe om unormale bevegelser. For å påvise instabilitet må man benytte funksjonell eller dynamisk radiologi.

MRI-diagnostikk kan være et viktig hjelpemiddel for å påvise hvilke leddbånd som kan være skadd, og bilder med signalforandringer av grad 3 er klare indikasjoner på alvorlig leddbåndskade. Som en direkte konsekvens av forskningen til Myran, Nygård m.fl. er det ikke lenger mulig å få tatt bilder etter Kråkenes sin protokoll i Norge.

LFN protesterte da departementet i 2004, etter anbefaling fra direktoratet, vedtok å legge Landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser til St. Olavs.

Svaret fra Øystein Nygård på vår henvendelse viser at vår protest var velbegrunnet.

I 2010 skrev Overlege Nygaard en artikkel i Tidsskriftet med tittelen:

"Nakkesmerter med og uten nerverotaffeksjon".

Han avslutter artikkelen med å si noe om status for nakkeforskningen:

"Den norske nakkeforskningen, med unntak av forskning på kronisk nakkesleng-syndrom, er beskjeden. Den drives av små og sårbare miljøer, og det finnes ingen koordinerende plan. Det foreligger heller ikke noe nasjonalt register for å evaluere effekten av ulike typer behandling, men et nasjonalt nakkeregister er under planlegging. Sett i lys av det store samfunnsmessige problem som denne gruppen pasienter representerer, har forskningsmidlene vært meget små. Utfordringene ligger i å koordinere de eksisterende miljøene, etablere kliniske registre, kartlegge prediktorer og grunnlag for subklassifisering og evaluere effekten av målrettede intervensjoner".

LFN mener at dette er en god oppsummering, men vi mener at Nygaard med dette "skyter seg selv i foten". For det var vel nettopp Øystein P. Nygaard, leder for Senter for spinale lidelser, med Landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser, som skulle ledet an i forskningen på alvorlige nakkeskader.

All norsk nakkeforskning har dreiet seg om lette skader av grad I og II. Det gjelder også forskningen ved St. Olavs, som i følge Rigmor Myran har vist at "whiplashpasienter" ikke har leddbåndskader. Dermed kan forskerne ved St. Olavs igjen konsentrere seg om de psykososiale forklaringene på nakkeslengskadene.



2.2 SVAR FRA HAUKELAND

Erling Myrseth skriver:

"Akutte skader med brudd eller ligamentskader som medfører instabilitet og feilstilling er heller ikke noe diagnostisk problem, og trenger fiksasjon".

Forutsetningen for dette ligger i det første ordet. Dette gjelder "akutte skader". Begrunnelsen formulerer Myrseth slik:

"WAD 1-2 skal ikke opereres (konf Tidsskrift for leger 2005, nov 3).

WAD 3-4 opereres ytterst skjelden, idet "instabiliteten" er vanskelig å dokumentere, og er ikke slik som vi ser det ved akutte nakkeskader. Det er flere år siden sist vi opererte en WAD-pasient".

Myrseth begrunner imidlertid ikke hvordan / hvorfor "instabiliteten" som oppstår senere er vanskelig å dokumentere, og annerledes enn ved akutte skader.

At han skriver "instabilitet" i gåseøyne, er dessverre alminnelig i nevromiljøene. Å hevde at instabilitet - som først oppstår etter akuttfasen - ikke er reell, er uten medisinsk faglig dekning. Grunnen til å beskrive dette slik, er antakelig å frita nevrokirurgisk avdeling for oppfølgingsansvar. Hva Myrseth mener med "WAD- pasient", skriver han heller ikke noe om.

LFN er selvsagt enig i at leddbåndskader av WAD I og II ikke skal opereres. Det dreier seg om forstuing av leddbånd, som ikke lar seg påvise ved nevrologisk metode eller radiologisk teknologi.

Henvisningen til Tidsskrift for den norske legeforening gjelder en artikkel som Øystein Nygård, Myrseth o.a. nevrospesialister skrev i 2005. LFN oppfatter dette som et bestillingsverk fra Aarseth-utvalget i forbindelse med rapporten:

"Nakkeslengassosierte nakkeskader" (2006).

Tittelen på artikkelen var :

"Kronisk nakkeslengsyndrom er ingen indikasjon for kraniocervikal fiksasjon".

Med alle fremmedordene, og forfatterens fine titler, ser det unektelig ut som et viktig faglig innlegg. Det er det ikke. For det første dreier det seg om de to letteste skadene, altså forstuete leddbånd av grad I og II.

Forstuete leddbånd skal selvsagt ikke opereres verken i ankel, skulder eller nakke. Nevrospesialistene argumenter derfor mot noe som ingen er for. I artikkelen kommer det fram hva som er formålet. Det man tar avstand fra er operasjoner som er gjort i utlandet. Argumentene er imidlertid uholdbare. Ingen av dem som har vært operert i utlandet har fått påvist instabilitet i Norge. Det har de først fått påvist i utlandet, og ca. 10 % av de som har fått påvist instabilitet, har så blitt anbefalt og fått utført avstivningsoperasjon. Alle har derfor hatt instabile skader av grad IV. De norske nevrospesialistene hevder imidlertid at disse pasientene kun har hatt skader av grad I og II og at de derfor har blitt operert på noe man i utlandet "kaller instabilitet". Dersom det var slik at man i Norge hadde utredet diagnostikk av skader av grad IV, og tatt i bruk den best egnede teknologien for påvisning av instabilitet, så kunne man hatt et grunnlag for å hevde at instabilitet ikke hadde vært tilstede. Når dette ikke



er tilfelle, blir artikkelen et bevis for manglende vilje / evne til å diagnostisere instabile nakkeskader, og et forsøk på å frita seg selv for ansvar. Ved å mistenkeliggjøre dyktigere leger i utlandet, forsøker man å ta oppmerksomheten bort fra skader av grad IV.

Første side av denne artikkelen fulgte som vedlegg til rapporten "Nakkeslengassosierte nakkeskader". Hvorfor man ikke tok med hele artikkelen, i en ellers tynn og faglig svak rapport, er underlig. Kanskje var man redd for at leserne av rapporten da ville se at det norske fagmiljøet bare var ute etter å skjule sin inkompetanse og rettferdiggjøre seg selv?

2.3 SVAR FRA STAVANGER

I forhold til svarene fra St. Olavs og Haukeland er svaret fra nevrokirurg Roald Baardsen profesjonelt og utfyllende. Baardsen svarer grundig på våre spørsmål, og redegjør greit for hvordan man tar hånd om pasientgruppen i Stavanger. Særlig viktig er opplysninger om at man i akutttilfeller følger opp pasientene i 52 uker for å kontrollere om instabilitet først viser seg i etterkant. At instabilitet som oppdages i denne perioden skal være annerledes enn instabilitet som påvises akutt, slik Myrseth hevder, står det selvsagt ikke noe om.

At man i Stavanger avventer situasjonen i forhold til at instabilitet kan oppstå senere, er svært godt begrunnet. Dette ble beskrevet av Foreman & Croft allerede i 1988 i boken:

"Whiplash injuries – The Cervical Acceleration/deceleration Syndrome".

Her beskrives viktige forhold knyttet til instabilitet og funksjonsbilder:

"Initialt vil muskelkramper beskytte og stabilisere skadete strukturer og først senere vil instabilitet, som følge av leddbåndskader, bli tydelig.. slik instabilitet, eller hypermobilitet, er en vanlig komplikasjon etter hyperfleksjonsskader hvor det bakre ligamentkomplekset er blitt overstrukket".

"Ved hyperekstensjons/fleksjonsskader må det tas bilder i ekstensjons- og fleksjons- stilling for å vurdere instabilitet mellom leddene. I tilfeller hvor forlenget smertetilstand og uførhet kan være en faktor, må disse bildene tas på nytt på et senere tidspunkt".

I "Nordisk Lærebok i Radiologi" fra 1993 beskrives det samme slik:

"Ved mistanke om instabilitet i columna f.eks etter ligamentskade, bør man anvende dynamisk røntgenundersøkelse".

"Ofte vil den maksimale instabilitet kun oppfattes i gjennomlysning, da pasientene på grunn av smerte i dislokasjon ytterstilling, vil forsøke å oppheve den muskulært".

"Provokasjonsundersøkelse i fleksjon/ekstensjon etter traume bør først utføres etter 10 -14 dager, idet resultatet kan bli falsk negativ hvis det utføres tidligere, da muskelforsvaret på grunn av smerte kan forhindre dislokasjon. Etter større traume mot halscolumna skal denne funksjonsundersøkelse alltid utføres".

Det er 20 år siden dette var pensum i radiologi i Norge. Ved mistanke om instabilitet burde man anvende dynamisk radiologi. Problemet for radiologene er at de skal besvare de problemstillingene som er beskrevet av henvisende lege. Radiologene kan ikke på egen hånd gjennomføre funksjonsradiologi. Det ville være å legge seg opp i - eller å overprøve - nevrospesialistenes vurderinger. Det gjør man ikke ustraffet i norsk helsevesen.



De dynamiske radiologiske hjelpemidlene er i dag mye bedre enn i 1993. I tillegg til funksjonsrøntgen (stillbilder tatt i ytterstilling) og funksjons CT (fCT), finnes nå dynamisk/ eller funksjonell MR (fMRI). Internasjonalt regnes fMRI som den beste teknologien for å avdekke instabilitet i nakke-/hodeovergangen. Slikt utstyr finnes også i Norge, og Haukeland og St. Olavs er nasjonale kompetansentre for fMRI.

I Norge brukes imidlertid fMRI kun til hjerneforskning og til forskning innenfor psykologi og psykiatri. Nakkepasienter som ønsker å få avklart om det foreligger instabilitet ved hjelp av fMRI, må i dag reise til Finland for å få dette avklart.

Selv om den svenske Socialstyrelsen har godkjent diagnostikk og operasjoner ved hjelp av fMRI- undersøkelser i Finland, så blir disse beskrivelser fra Finland avvist av norske spesialister – uten noen form for begrunnelse.

Vi vil også peke på at Digital Motion X-ray (DMX), hvor man i gjennomlysning tar video av nakkens bevegelser, gir svært sikre opplysninger om unormale/abnorme bevegelsesutslag. Dette er et relativt rimelig og sikkert diagnostisk redskap, men slikt utstyr finnes ikke i Norge.

Det skorter altså ikke på muligheter til å få dokumentert instabilitet, men det skorter definitivt på viljen til å bryte med 25 års feilvurderinger av en stor pasientgruppe. Vi mener å ha dekning for å si at sterke krefter direkte motarbeider at nakkeskadde skal få avklart spørsmålet om instabilitet.



3 HVEM HAR ANSVARET – LEGEFORENINGEN ELLER DIREKTORATET?

Fram til 2009 delegerte Helsedirektoratet ansvaret for å godkjenne legespesialister til legeforeningen - med de konsekvensene for nakkeskade som vi har beskrevet.

I Ot.prop.nr.83 (2008-2009) foreslo Helse- og omsorgsdepartementet endringer i Helsepersonelloven slik at direktoratet ikke lenger har anledning til å delegere godkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner. Forslaget er nå vedtatt.

Departementets hensikt var at myndighetsutøvelse på feltet skulle tydeliggjøres, og legges til offentlige helsemyndigheter for å få overordnet styring av administrativ, økonomisk, samfunnsmessig og helsefaglig art.

LFN er glad for dette, og håper at det vil føre til en opprydding når det gjelder ansvarsforholdene for vår skadegruppe. Som en følge av lovendringen inngikk direktoratet i 2011 en rammeavtale med Legeforeningen om sakkyndig bistand ved spesialistgodkjenning av leger. På tross av at Direktoratet var svært godt kjent med våre helseproblemer, og det manglende helsetilbudet for vår skadegruppe, ble ikke dette nevnt i forbindelse med denne rammeavtalen.

I mars 2012 ba LFN om et møte med Legeforeningen og "relevante spesialistforeninger" for å få oversikt over hvem Legeforeningen mener er spesialister, og for å få rede på om foreningen har planer om å utarbeide retningslinjer for behandling av alvorlige nakkeskader. Etter purring mottok LFN følgende svar i juli 2012:

"Dere tar opp et viktig tema, som også engasjerer fagmiljøet. Vi må imidlertid informere om at retningslinjene ikke oppdateres lenger og at fagmiljøet sentralt ikke har jobbet med disse de senere årene.

Nasjonale retningslinjer ligger ikke innunder fagmiljøenes mandat, men er et myndighetsanliggende og de har ansvaret og den formelle myndighet til å utarbeide disse. Vi vil naturlig bidra i et slikt arbeid"

Vi er glade for at Legeforeningen nå oppfatter vårt tema som viktig, og at det engasjerer det medisinske fagmiljøet. Kanskje henger de positive signalene sammen med at Legeforeningen fram til 2009 har hatt problemer med å styre/overprøve de spesialistgruppene som hittil har hatt makt og innflytelse til å hindre vår pasientgruppe i få helsetjenester som andre pasienter tar som en selvfølge.

LFN mener at ansvaret nå entydig er plassert under spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet. Direktoratet har tidligere (2004) fått i mandat å utrede diagnostikk og behandling av kompliserte nakkelidelser. En oppgave som Direktoratet - etter høringer i spesialistmiljøene- hevdet ikke lot seg løse. LFN mener at dette åpenbart er feil.

Konkrete instabilitetsdiagnoser fra ICD-10 lar seg selvsagt diagnostisere. Vi mener derfor at Direktoratet nå må lage de retningslinjene som ble etterlyst i 2004. Vi håper at Direktoratet i den forbindelse vil se på LFN sine forslag til løsning i kap. 12, s. 57

For å forstå hvordan vår skadegruppe har "falt mellom alle stoler" i norsk helsevesen vil vi gi en kronologisk framstilling av hvordan Legeforeningen og spesialistgruppene etter vår mening har sviktet det samfunnsansvaret som de har vært delegert. Først vil vi dokumentere at samrøret mellom forsikringsbransjen og de nevrologiske miljøene var omfattende, og konsekvensene svært alvorlige.



DEL II HISTORIKK

4 FORSIKRINGSBRANSJENS BEKYMRING FOR WHIPLASHSKADER

Dagens problemer må sees på bakgrunn av historiske fakta. Som følge av påbud om bruk av sikkerhetsbelter i bil, ble tallet på ansiktsskader redusert, mens tallet på nakkeskader økte dramatisk.

Personskader i trafikken. Kilde forsikringsselskapet Folksam.

Tidsrom;	Hodeskader i %;	Nakkeskader i %;	Ansiktsskader i %;
1976-1978 (uten bruk av belte)	11,4	19,2	8,8
1990-1992 (med bruk av belte)	11,2	46,9	1,1

Skadebildet endret seg fra klart synlige skader i ansikt, som ingen kunne benekte, til skader man ikke kunne se. Siden skadene også var vanskelig å påvise med den tids radiologi, så forsikringsbransjen en mulighet til unngå økonomisk ansvar. Ikke bare i Norge, men i hele den industrialiserte verden.

For å bagatellisere skadene brukte man begrepene whiplash/nakkesleng, samtidig som man benektet/fortiet de alvorligste skadene. Det ble også reist tvil om troverdigheten til den skadde. Påstanden var at pasienten overdrev sine helseproblemer i den hensikt å få utbetalt trafikkskadeerstatning. For å oppnå troverdighet i rettssalene var bransjen avhengig av støtte fra medisinsk sakkyndige. Siden den medisinske kunnskapen var svært mangelfull, og forsikringsbransjens honorarer svært rause, var det lett for bransjen å skaffe seg medisinsk ryggdekning fra profilerte nevrologer og psykiatere. Nevrologene kunne benekte eksistensen av skade, og psykiaterne kunne bekrefte psykiske problemer.

Internasjonalt har forsikringsbransjens engasjement i denne type skader hatt avgjørende innflytelse på medisinsk forskning. Ikke ved å utvikle kompetanse og bedre behandling, men ved å hindre at ny medisinsk diagnostikk /kunnskap skulle føre til at flere trafikkskadede skulle få påvist alvorlige skader, som forsikringsbransjen måtte ta økonomisk ansvar for.

Det er helt logisk at den første internasjonale rapporten om whiplash-skader – Quebec Task Force on WAD (1995) - ble finansiert av Quebec Automobile Insurance Society.

De alvorlige instabile skadene som ble beskrevet i læreboken til Foreman & Croft "*Whiplash injuries – The Cervical Acceleration/deceleration Syndrome*" (1988) ble ganske enkelt ekskludert fra vurdering.

Sverige har vært et foregangsland når det gjelder diagnostikk og behandling av ryggskader. Det er ikke tilfellet når det gjelder alvorlige nakkeskader, fordi de store forsikringsselskapene If, Folksam, Länsförsäkringar og Trygg Hansa har vært svært aktive for å ivareta sine økonomiske interesser.

Gjennom å finansiere Whiplashkommissionen har forsikringsselskapene klart å holde de alvorligste skadene utenfor fokus. Da sluttrapporten ble lagt fram i 2005 ble riktignok rupterte leddbåndskader tatt inn som skader av grad IV, og det ble foreslått at man skulle bruke konkrete diagnoser på slike skader, men rapporten sier ikke noe om konkret diagnostikk eller



behandling av slike skader. I realiteten har Whiplashkommissionen - på samme måte som QTF- ekskludert de alvorligste skadene fra utredningene.

I forbindelse med det internasjonale Muskel-Skjelett-Tiåret (2000 – 2010) skulle WHO sette nytt fokus på nakkeskader. Resultatet ble rapporten "Task Force on Neck pain", som skulle være en oppfølging og videreutvikling av QTF fra 1995. Arbeidet ble startet i 2002 med finansiering av de to forsikringsselskapene NCIMIC og CCPA. Henholdvis amerikansk og canadisk forsikringsselskap for kiropraktorer. Med unntak av de to svenskene - visepresident Åke Nygren fra Karolinska, og sekretariatsmedlem Lena Holm fra forsikringsselskapet Trygg-Hansa - var ledelsen helt dominert av amerikanere og canadiere. Altså et svært snevert utvalg i forhold til WHOs medlemsland. I tillegg til bidragene fra NCIMIC og CCPA, ble prosjektet finansiert av bl.a. Länsförsäkringer og Whiplashkommissionen.

Ikke uventet ble de alvorligste skadene av grad IV holdt utenfor mandatet, og dermed ikke utredet av "Task Force on Neck pain".

To bortjemte setninger viser at ekspertgruppen var fullt klar over at informasjon om diagnostikk og behandling alvorlige skader var tilgjengelig, men at man ikke oppfattet det som sin oppgave å viderebringe informasjon om skader av grad IV:

"Kirurgisk behandling av mange av disse tilstandene er generelt akseptert som effektive og ofte sterkt anbefalt. Leserne bør søke litteratur om spesifikke patologiske forhold".

Vår konklusjon er at de tre rapportene fra 1995, 2005 og 2008 - alle finansiert av forsikringsbransjen - har klart å holde diagnostikk og behandling av de alvorligste nakkeskadene utenfor sine mandat, og dermed utenfor fokus i helsevesenet.

4.1 1990 SVARTELISTING AV LEGER

I juni 1990 skrev VG: "*Forsikringskrangel. Tre leger svartelistet*".

Avisen skrev at de kunne dokumentere at mange leger systematisk var blitt svartelistet av forsikringsselskapene i mange år. De fleste ønsket ikke å stå fram av frykt for at dette kunne få konsekvenser for deres praksis. Tre spesialister og professorer stod imidlertid fram og bekreftet at selskapene hadde nektet å akseptere sakkyndighetserklæringer fra dem. De tre svartelistede ekspertene var:

- Professor dr. med. Erik Dahl - svartelistet av Storebrand, Gjensidige, Vesta Hygea og UNI
- Professor Håvard Skre. Sentralsykehuset i Akershus - svartelistet av UNI, Storebrand og Vesta Hygea
- Avdelingsoverlege Bjørn Fagerlund, Lovisenberg sykehus i Oslo - svartelistet av samtlige selskaper

VG gjenga eksempler på formulering som selskapene hadde brukt i brev til klienten:

"en erklæring fra overlege... er helt uinteressant for oss"... "i dette tilfelle vil vi ikke akseptere oversendt erklæring"... "Vi beklager igjen å måtte meddele at erklæringer fra dr. Skre ikke kan aksepteres".

Erik Dahl var professor i anatomi, spesialist i nevrologi og hadde vært professor i faget i USA og Norge. Han hadde også vært oppnevnt som opposent i forbindelse med doktordisputaser i nevrologi.



Forsikringsselskapet Storebrand skrev i et brev : *"erklæringer fra Erik Dahl vil ikke bli vurdert"*. I et brev fra en advokat het det : *"Så vidt jeg vet er det ingen selskap som godtar prof. dr. med. Erik Dahl. Det gjelder Storebrand, Gjensidige, Vesta Hygea og UNI"*.

Professor Dahl fortalte at han hadde vært svartelistet siden 1988.

Bjørn Fagerlund, spesialist i anesthesiologi, hadde arbeidet med nakkeskader siden 1975. Hans arbeidsområde var smerter i alle sammenhenger, og han hadde hatt rundt 500 pasienter med hode-/nakkeskader. Fagerlund hadde skrevet bok om emnet, og ble ofte brukt som kursholder. Han var den første legen som havnet på svartelistene.

4.2 1991 SVARTELISTING AV FLERE LEGER

4. mai 1991 var det et nytt oppslag i VG : *"Nye leger svartelistes"*.

VG viste til et brev der Storebrand ikke ville godkjenne Norges kanskje mest erfarne nevrokirurg - overlege Svein Bøyesen:

"Dessverre viser det seg at dr. Bøyesen ligger på et fjernt nivå, med henhold til bedømmelsen av skadenes følger i forhold til landets leger. Av den grunn kan vi heller ikke legge vekt på hans erklæring".

Dr. Bøyesen - med 33 års erfaring fra Ullevål sykehus, hvor han hadde behandlet omtrent 400 hode - og nakkeskader i året - reagerte umiddelbart med et krast brev til Storebrand, med kopi til Lægeforeningen og Norges Forsikringsforening:

"Jeg har skrevet spesialisterklæringer i nærmere 30 år. Jeg begynte før enkelte av overnevnte "ledende leger" var leger. Tør jeg spørre om Nevrologisk avdeling ved Rikshospitalet har monopol på sannheten? "

"Pasientene, og det er mange av dem, ser på de "ledende" som fjernt fra virkelighetens verden når deres skader blir vurdert til mellom 10 og 12 prosent".

Doktor Bøyesen reagerte kraftig på avsløringene om at nevrolog Nyberg-Hansen hadde beregnet seg honorarer på 13.000 til 15.000 kroner for en sakkyndigvurdering til domstolene, og sa at han selv aldri hadde tatt mer enn 2.000 kroner.

4.3 1991 FORSIKRINGSLEGENE

Torsdag 2. mai 1991 skrev VG om "forsikringslegene":

"Kjent lege granskes"... "Skrev sakkyndig uttalelse uten å undersøke meg".

"Kong Olavs lege og kommandør av St. Olavs Orden, overlege professor dr. med Rolf Nyberg-Hansen ved Rikshospitalet, granskes nå av fylkeslegen i Oslo. Den anerkjente spesialisten i nevrologi ble før jul politianmeldt av en klient som hevdet at Nyberg-Hansen hadde skrevet ut en sakkyndiguttalelse til UNI Forsikring uten noen gang å ha vært i kontakt med erstatningssøker".

Samtidig ble professor Nyberg-Hansen forsøkt kjent inhabil som medisinsk sakkyndig i to rettssaker.



Advokat Edvind Asbøll begrunnet dette slik:

"Jeg mener at en liten gruppe av leger, hvor Nyberg-Hansen er en, som har en slik fast og nær tilknytning til ett eller flere forsikringsselskaper, må betraktes som inhabile når disse selskapene er involvert i en rettssak som står for domstolen".

Videre skrev VG at leger, advokater og pasienter finner det påfallende at Nyberg-Hansen svært ofte setter ned invaliditetsgraden hos skadelidte i forhold til andre spesialister – noe som kan bety hundretusener lavere erstatningssum for pasientene og ditto større besparelser for forsikringsselskapene.

Advokat Carl Hermansen skrev i et brev at :

"Nyberg-Hansen har oppdrag fra forsikringsbransjen i et slikt omfang at han nærmest må betraktes som ansatt av disse. Vi har ved et pilotprosjekt kunnet fastslå at doktor Nyberg-Hansen nokså konsekvent setter ned så vel den medisinske som ervervsmessige uførhet hos ulykkesskadede pasienter".

VG skrev også at Nyberg-Hansen hadde hatt en betydelig ekstrainntekt av sitt arbeid for forsikringsselskapene og domstolene og at han i 1990 tjente mer enn dobbelt så mye på si, utover sin professorlønn.

LFN har valgt å gjengi dette litt detaljert fordi det belyser to viktige forhold. Det første er ganske innlysende. Nyberg-Hansen ble en svært verdifull mann for forsikringsbransjen fordi han systematisk vurderte skadene som langt mindre alvorlige enn andre sakkyndige, og fordi hans uttalelser ble tillagt avgjørende vekt på grunn av den posisjonen han hadde som overlege og professor i nevrologi ved Rikshospitalet. Denne posisjonen gjorde at Nyberg-Hansen vanskelig kunne forbigås når Høyesterett skulle oppnevne medisinsk sakkyndige i saker om nakkeskader. Rettspraksis ble derfor preget av uttalelser fra nevrologer som alltid bagatelliserte skadene, og som også benektet eksistensen av alvorligere skader.

Fordi toppskiktet innenfor nevrologi gjennom mange år inntok slike standpunkter, ble det bortimot umulig for andre fagfolk å fremme alternative forståelser, eller bringe inn ny kunnskap/informasjon fra utlandet. Pensum for legestudenter ble derfor uten beskrivelse av leddbåndstruktur, leddbåndskader og instabilitet i nakken. Samrøret og bindingene mellom forsikringsbransjen og framtreddende nevrologer, fikk derfor direkte innvirkning på hva leger og helsevesen for øvrig skulle vite og mene om nakkeskader.



5 LEGEFORENINGEN OG FORSIKRINGSBRANSJEN (QTF)

5.1 1992 «TVISTENEMND FOR NAKKESKADER»

Som beskrevet over har diagnostikk og behandling av nakkeskader vært et konfliktfylt tema i norsk helsepolitikk i mer enn 25 år. Hovedårsaken til konfliktene er at slike skader ofte er følge av trafikkulykker, og at forsikringsbransjen etter bilansvarsloven har det økonomiske ansvaret. Det betyr at svært sterke økonomiske aktører, både nasjonalt og internasjonalt, har hatt interesse av å tone ned/bagatellisere skader etter slike ulykker. I Norge har bransjen sikret seg medisinsk ekspertise, både ved å ansette tidligere framtrедende medlemmer av Legeforeningen, og ved å knytte til seg et nettverk av spesialister fra de store universitetsklinikkene som sakkyndige i retten. I den første tiden nevrologer fra Rikshospitalet og Ullevål. Seinere ble ekspertene hentet fra St. Olavs hospital.

På 90-tallet havnet en rekke saker i rettsapparatet, og retten måtte dømme på bakgrunn av motstridende spesialistuttalelser fra partenes medisinsk sakkyndige - alle medlemmer i Legeforeningen.

For å løse den interne striden mellom medlemmer, og for å ta brodden av kritikken mot foreningens fremste spesialister i nevrologi og psykiatri, etablerte legeforeningen, et eget utvalg: "Tvistenemnd for nakkeskader". Utvalget framsto som et fagutvalg under legeforeningen, men var et samarbeidsprosjekt med forsikringsbransjen, og hensikten var derfor også å ta brodden av kritikken mot forsikringsbransjen

Av de fem medlemmene i nemnda hadde to kompetanse som spesialister i nevrologi, og to i psykiatri. Psykiater Opjordsmoen fra Ullevål ble nemndas leder. Hvorvidt nemnda fikk en slik sammensetning ut fra hva som var blitt etablert gjennom rettspraksis, eller om dette var et valg ut fra legeforeningens faglig skjønn, vet vi ikke sikkert.

Signalene var imidlertid klare. Samarbeidet med forsikringsbransjen førte til at spesialistansvaret for nakkeskader ble plassert hos psykiatere og nevrologer. Det faktum at forsikringsbransjen betalte nemndas arbeid, har uten tvil hatt innflytelse ikke bare på nemndas sammensetning, men også på nemndas arbeid og konklusjoner.

Vinklingen mot psykiatri har hatt svært alvorlige konsekvenser helt fram til i dag - ikke bare i form av manglende somatisk medisinsk diagnostikk og behandling, men også i forhold til rettsikkerhet.

Norsk nakkeforskning er i dag dominert av nevrologer, psykologer og psykiatere med en biopsykososial tilnærming. Disse miljøene er av den oppfatning at alle skader i nakken er nakkeslengskader, altså lette forstuingskader som forventes å lege seg selv etter noen uker. Hvis smerter og symptomer ikke forsvinner, så mener man at forklaringen må ligge i pasientens psyke eller i deres sosiale miljø.

Det finnes også mer ytterliggående miljøer som hevder at nakkesleng er en funksjonell lidelse. Det betyr at psykiske symptomer og problemer var til stede før ulykken, og at smerter og symptomer ikke har noe med ulykken å gjøre. I en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr. 10 - 2011 stiller psykologiprofessor Arnstein Mykletun følgende spørsmål: "Er nakkesleng en funksjonell lidelse?".

På sitt eget spørsmål svarer han et klart ja. BT hadde flere oppslag om denne påstanden i 2011, og LFN utfordret Mykletun til å avklare hvilke skadegrader hans forskning bygget på. Det kunne han ikke redegjøre for. LFN inviterte også Mykletun til et åpent møte. Da insisterte



Mykletun på å få med psykiater og hypokonderspesialist Wilhelmsen. Det ble aldri noe av møtet med Mykletun, fordi han få dager før møtet sykemeldte seg selv. Det er viktig å være klar over at Mykletun er forsker ved Folkehelseinstituttet og at denne type forskning mottar store forskningsmidler. På bakgrunn av selvrapportering om egen helse fra HUNT -studiene, har Mykletun og hans meningsfeller produsert en strøm av artikler med samme innhold og konklusjon. Konklusjonene om funksjonell lidelse bygger på en helt avgjørende forutsetning, nemlig at somatisk skade er utelukket. Når helsevesenet mangler retningslinjer / prosedyrer for å utelukke slik skade, blir påstanden om funksjonell lidelse bare en ubegrunnet og stigmatiserende betegnelse.

Problemstillingene rundt funksjonelle lidelser har vært et gjennomgangstema i denne type saker i norske rettssaler. Forsikringsselskapene er erstatningsansvarlige for både fysiske og psykiske skader, dersom disse er en direkte konsekvens av en bilulykke. Dette ansvaret har forsikringsbransjen prøvd å unnsnippe ved å hevde at den skaddes smerter/symptomer var tilstede før ulykken, og at den skadde derfor ville hatt de samme problemene om ulykken ikke hadde inntruffet. Bortsett fra at det sysselsetter et stort antall psykologer og psykiatere, kan vi ikke se at andre enn forsikringsbransjen er tjent med den type forskning som Mykletun bedriver. I beste fall fungerer disse forskerne som nyttige idioter for forsikringsbransjen.

5.2 1994 «LEGEFORENINGENS RETNINGSLINJER FOR VURDERING AV NAKKESKADER»

Retningslinjene fra 1994 var på noen punkter gode, på andre områder uklare. Det ble vist til at massemedia gjentatte ganger hadde fokusert på det store spriket i vurdering av medisinsk invaliditet etter nakkeskader, og at Legeforeningen hadde engasjert seg i problemene i møter med relevante spesialforeninger:

"Inntrykkene fra disse møtene er at det synes å være et stort behov for å få utarbeidet felles retningslinjer for hvordan ulike skader og symptomer skal kunne vurderes, både i forhold til behandling og erstatningsutmåling".

Hvilke spesialforeninger det gjaldt blir ikke omtalt. Legeforeningen skriver svært fornuftig om nakkeskader og begrepene whiplash/nakkesleng:

"Ofte blir nakkeskader feilaktig omtalt synonymt med whiplashskade. Whiplash - skade (på norsk gjerne kalt piskesnert- eller nakkeslengskade) er i medisinsk sammenheng en uheldig og upresis betegnelse. Man har fått inntrykk av at dette er et syndrom med en helt spesifikt og ensartet sykdomsbilde som oppstår ved ethvert traume mot nakke og hode. Whiplash er imidlertid ingen diagnose, men beskrivelse av en skademekanisme".

Foreningen skriver at det som oftest "dreier seg om en bløtdelsskade, eventuelt ligamentskade", og at "hvis røntgenbilder ikke viser skade, bør undersøkelsene suppleres med funksjonsbilder". Dette er helt i tråd med det LFN har fokusert på. Om behandling står følgende:

"Behandlingen av nakkeskader er et omfattende tema som faller noe utenfor rammen av dette dokument og vil bli omtalt spesielt i et eget vedlegg som kommer senere".

Det er nå 18 år siden dette ble skrevet, men Legeforeningen har aldri laget noe vedlegg om behandling av nakkeskader.

De positive kommentarene i retningslinjene fra 1994 fikk ingen betydning. I praksis tok spesialistene i nevrologi og psykiatri kontroll over utviklingen. Samme år som retningslinjene ble vedtatt (1994), skrev psykiater Stein Opjordsmoen en større artikkel i "Medisinsk årbok".



5.3 1994 « NAKKESLENGSKADE - WHIPLASH - BEHANDLING OG PROGNOSE »

I artikkelen unngår lederen for "Tvistenemnd for nakkeskader" å si et ord om nakkeskader. Opjordsmoen dreier all oppmerksomhet mot nakkeslengskader og whiplash. At Legeforeningen var svært kritisk til bruken av disse begrepene synes ikke å bety noe for Opjordsmoen. Psykiateren skriver bl.a.:

"Langvarige og subjektive plager vil gjerne gi mistanke om andre enn rent organiske forklaringer på tilstanden. ...Den emosjonelle posttraumatiske reaksjon blir ofte oversett eller misforstått. Det dreier seg om angst, drømmer om ulykken, avhengighet, irritabilitet, fiendtlighet og innskrenking av interessefelt til kun å sirkle om de legemlige symptomene. I tillegg kan tidligere mer eller mindre bevisste konflikter finne sin nevrotiske løsning ved at sykdommen blir egosyn, og sekundærkonflikten ønskelig. Slike konflikter kan være i forhold til ektefelle eller øvrige familiemedlemmer, arbeid eller økonomi... i tillegg til løsning av en nevrotisk konflikt vil spørsmål om erstatning også være et motiv. Mistanke om aggrevering i vinnings hensikt får man dersom det er et relativt langt fritt intervall mellom skadetidspunkt og symptomdebut, betydelige plager etter triviell skade eller uforanderlige plager gjennom mange år på tross av mange forskjellige behandlingstilbud. ...Dessuten skal man heller ikke ignorere den rollen en kronisk smertetilstand kan spille som stabilisator i en dysfunksjonell familie".

Opjordsmoen kom også med et sakkyndig råd til primærlegene :

"Ved en vanlig nakkeslengskade kan man trygt opplyse om at det kun foreligger en bløtdelsskade som vil heles av seg selv.. For at pasienten virkelig skal bli beroliget må legen opptre sikkert og inngi tillit".

I praksis er det Opjordsmoens råd, og ikke Legeforeningens retningslinjer, som er blitt fulgt i norsk helsevesen. Men rådet er ganske meningsløst fordi primærleger og helsepersonell ikke kan vite om det er en "vanlig nakkeslengskade" de vurderer. En alvorlig konsekvens av de beroligende og oppmuntrende beskjedene fra primærlegen, er at journalene som skrives blir deretter. Det betyr at de 10-15 % av pasientene som får kroniske problemer blir grovt feilvurdert og feilinformert. Dersom en slik sak havner i retten, blir det lagt avgjørende vekt på innholdet i tidsnære journaler, hvor pasientens problemer i de fleste tilfeller blir bagatellisert.

Når smertene og symptomene som den skadde har fortalt om ikke gjenfinnes i journalene, blir slike opplysninger fra den skadde ikke bare verdiløse, men blir mange ganger oppfattet som forsøk på å overdrive (aggrevere) sine plager.

5.4 1995 « QUEBEC TASK FORCE ON WAD »

Vi skrev innledningsvis at forsikringsbransjen har hatt økonomisk makt til å påvirke oppfatning/forståelse av nakkeskader. Dette ble klart demonstrert i 1995 da forsikringsselskapet Quebec Automobile Insurance Society i Canada tok initiativ til en internasjonal konferanse om Whiplash Associated Disorder (WAD). Konklusjonene ble basert på en kohortstudie og litteraturgjennomgang. Alle i kohortstudien hadde kun en diagnose/kode fra ICD-9 :

"847.0; cervical sprains and strains, including whiplash injury".

"Sprain" gjelder forstuing av leddbånd. "Strain" gjelder forstrekning av muskulatur.



I ICD-10, som nå brukes i norsk helsevesen heter den samme diagnosen:

"S13.4. Forstuving og forstrekning i cervikalkolumna – Nakkeslengskade".

QTF dreide seg altså om bløtdelskader i muskel-skjelettsystemet som forstuving av leddbånd. Man foreslo å klassifisere nakkeskader i en firedelt skala, men skader av WAD grad IV ble ekskludert både i kohortstudien og i litteraturutvalget. Det eneste som sto om disse skadene i QTF-rapporten var følgende:

"Neck complaint AND fracture and dislocation".

"Fracture" betyr brudd, og *"dislocation"* betyr ute av stilling. *"Dislocation"* er nøkkelordet. Som sitert fra "Nordisk lærebok i radiologi" kan instabilitet være vanskelig å diagnostisere fordi muskelforsvaret kan "forhindre dislokasjon". Det er altså en klar sammenheng mellom dislokasjon og instabilitet. Leddbåndenes oppgave er å holde leddene stabilt på plass. Hvis et ledd er dislokert (forskjøvet, tiltet eller vridt) så må leddbånd være strukket ut over grensene for forstuving. Da er leddbånd irreversibelt skadd - dvs. delvis eller helt avrevet. Dette kan føre til instabilitet, som altså er operasjonsindikasjon, men som ikke blir diagnostisert i Norge. At dislokasjon og dermed instabilitet hører til alvorligste skadegrad av nakkeskader har inntil nå gått norske nakkespesialister hus forbi. Alternativet er at det er blitt fortiet. Begge deler er like ille og like sannsynlig.

Siden QTF ekskluderte de alvorligste skadene, kunne man anlegge den optimistiske tonen som forsikringsbransjen ønsket.

Problemet med skader av grad IV er at ordet whiplash ble knyttet til disse skadene gjennom bruken av WAD - begrepet (Whiplash Associated Disorder). Dette har ført til alvorlig forvirring om betydningen av begrepene nakkeskade og nakkeslengskade, en forvirring som har gjort det mulig for forsikringsbransjen og deres sakkyndige å hevde at alle nakkeskader er whiplash-/nakkeslengskader.

QTF-rapporten ble presentert for norsk helsevesen i en artikkel i tidsskriftet i 1995. Artikkelen var signert psykiater Stein Opjordsmoen og hadde tittelen:

"Internasjonal konsensus om lidelser assosiert med nakkeslengskade".

Her gir Tvistenemnda honnør til rapporten, og uttaler at nemnda uten videre kunne slutte seg til de viktigste prinsippene. Kanskje ikke så rart siden hovedkonklusjonen var at whiplashskader var lette og ville lege seg selv, altså nettopp det samme som Opjordsmoen hadde argumentert for i "Medisinsk årbok" året før.

Artikkelen framstilte saken som om norsk helsevesen hadde sluttet seg til en internasjonal konsensus om å bruke kriterier/skadegrader fra QTF.

Hva Legeforeningen mente om dette vet vi ikke, men realiteten er at QTF så og si uten debatt ble akseptert som grunnlag for å vurdere alle grader av nakkeskader i Norge.

5.5 1997 SPØRSMÅL OM NAKKESKADER/NAKKESLENGSKADER I STORTINGET

Anne Lise Dørum (Ap) viste til at mange nakkeskadde hadde problemer med å nå fram overfor trygdeetaten og forsikringsselskapene, og spurte hva statsråden kunne gjøre for å bedre utdannelsen og høyne kunnskapsnivået i helsevesenet. Hun sa at denne skadetypen hadde økt i omfang etter at man begynte å bruke bilbelte, og fordi dette ble dyrt for



forsikringsselskapene ble det interessant for bransjen å fjerne slike saker fra forsikringsbildet. Hun sa videre at hun hadde mistanke om at det er et for stort samrøre mellom enkelte spesialister og selskapene, og at dette var et felt som man måtte undersøke.

Hun refererte også en uttalelse fra Landsforeningen for trafikkskade hvor det ble hevdet at:

"det er en liten gruppe leger som er ledende, og som blir betraktet som autoriteter på dette området, og de finner nesten aldri noen skade ved pasienten, selv om det beviselig er store skader- og da dreier det seg ofte om en forsikrings-/erstatningssak".

Statsråd Hernes sitt svar var positivt imøtekomende, men preget av uklarhet om begrepene nakkeskade, nakkeslengskade og whiplash.

Hernes fulgte opp saken med departementet i den hensikt å få nedsatt et utvalg for å utrede de medisinske sidene av problemene. I det videre arbeidet kom det fram at Statens Helsetilsyn allerede hadde forespurert en rekke fagpersoner, som hadde vist interesse for slike skader.

Det ser heller ikke ut til at Helsetilsynet hadde en klar forestilling om begreper, og hvilke skader det var viktigst å få utredet. De forespurte fagfolkene ble nemlig bedt om å lage en rapport om diagnostikk og behandling av nakkeslengskader.

I samarbeid mellom departementet og Helsetilsynet ble det derfor nedsatt en gruppe med dette som mandat.

Vi mener for øvrig at Landsforeningen for trafikkskade pekte på et stort problem. Dette ble synliggjort i et større oppslag i Dagbladet 2008, hvor ni nevrologer ble navngitt. Det dreide seg om overleger ved landets største og antatt beste universitetsklinikker. At denne type "ekspertise" var etterspurt av forsikringsbransjen kan ikke forundre noen. Alle hadde skrevet mange sakkyndighetserklæringer for forsikringsbransjen.

Det ble oppgitt hvor mange saker de hadde avgitt erklæring i, og hvor mange som konkluderte i disfavør av skadelidte. Vi gjengir navnene på de legene som har hatt betydning for vår framstilling :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| • Rolf Nyberg-Hansen – Rikshospitalet | 24 saker, 20 saker i skadelidtes disfavør |
| • Helge Risøen - Haukeland | 10 saker, 8 saker i skadelidtes disfavør |
| • Helge Nordal – Ullevål | 14 saker, 10 saker i skadelidtes disfavør |
| • Trygve Lundar - Rikshospitalet | 40 saker, 33 saker i skadelidtes disfavør |

Vi vil peke på at disse personene var ledende innenfor sine fagmiljøer. Dommere i norsk rett kan ikke forventes å ha kompetanse på denne type saker.

Retten må derfor stole på de sakkyndige, og i de tilfeller hvor retten selv oppnevner sakkyndige, må disse hentes fra de universitetsklinikkene hvor man antar at det faglige nivået er høyest. Det betyr at mange av de nevnte forsikringsnevrologene også ble oppnevnt som sakkyndige av domstolene. I slike tilfeller burde man forvente at retten var oppmerksom på problemet, og at dommerne brukte kritisk skjønn og sunt vett. Det er dessverre ikke sunt vett og kritisk skjønn som har preget de høyesterettsdommene som har etablert norsk rettspraksis i slike saker.



6 1992 – 2000 RETTSPRAKSIS BLIR ETABLERT

På bakgrunn av vitnemål fra medisinsk sakkyndige har norsk Høyesterett fra 1992 til 2010 avsagt til sammen 29 dommer og kjennelser. I absolutt alle sakene har man konkludert med nakkeslengskade. De sakkyndige har hevdet at det har dreiet seg om lette skader, og at omfattende symptomer og smerteproblemer etter nakkeslengskade er upåregnelige. Smerter og alvorlige symptomer må derfor ha sin forklaring i den skaddes psyke. Dette har da også blitt dommernes konklusjon.

Dagens rettspraksis, basert på QTF-rapporten, ble i hovedsak etablert gjennom fire høyesterettsdommer fra perioden 1997-2000:

• A-dommen (1997)	HR -1997- 1 -B	Rt-1997 -1
• Anne Lene Lie dommen (1998)	HR-1998-69-B	Rt-1998 -1565
• Stokke dommen (1999)	HR-1999-51-B	Rt-1999 -1473
• Thelle dommen (2000)	HR- 2000-15 B	Rt- 2000 -418

6.1 1997 A - DOMMEN

Siden A-dommen var den første etter QTF, og fordi saken etter vår oppfatning illustrerer de fleste av de feilvurderingene som blir begått i helsevesen og rettsvesen, vil vi gi en litt detaljert beskrivelse av saken.

A ble skadd i en bilulykke i Bergen i oktober 1986. Bilen sto i ro, og ble truffet bakfra av en bil med hastighet anslått til 60-70km/t. Begge bilene ble kondemnert. I følge dommen fikk A etter dette symptom som: hodepine, nakkesmerter, vertigo/ustøhet, nedsatt hukommelse, talevansker, lammelser, syns-/hørselsproblemer og kognitiv svikt, altså klassiske symptomer på alvorlige nakkeskader.

Som sakkyndige oppnevnte Høyesterett nevrolog Rolf Nyberg-Hansen fra Rikshospitalet, nevrolog Bernt Engelsen fra Haukealand (møtte ikke i retten), psykiater Henrik Rogge fra Bergen, og spesialist i klinisk psykologi Arnstein Finset fra Universitetet i Oslo.

Retten la avgjørende vekt på uttalelsene fra psykiater Rogge og nevrolog Nyberg-Hansen. Vi stiller oss helt uforstående til at psykiater Rogge ble oppnevnt som sakkyndig. Rogge hadde vært inne som sakkyndig da saken ble behandlet i Gulatings lagmannsrett i 1994. Rogge la da avgjørende vekt på at A var blitt testet med personlighetstesten MMPI. Som tidligere nevnt er resultatet av en slik test på nakke- og kjeveleddskade alltid en konklusjon om en " psykosomatisk personlighetsprofil".

Psykiater Rogge konkluderte resultatet av MMPI-testen slik:

"A har problem med å sette ord på følelser. Dette var og kulturen i barndomshjemmet, og er således innlært. Denne manglende evnen til å "kjenne seg selv" er karakteristisk for personer som reagerer psykosomatisk. Dette funnet gjentas i den psykologiske blindscoringen. A har.. hatt gjentatte sterke kroppslige reaksjoner (lammelser, kramper) som til tross for grundige undersøkelser på nevrologisk avdeling har vist seg etter all sannsynlighet å være psykisk betinget. ..nåværende invaliditet med ukarakteristisk smerte og følelse av funksjonssvikt må etter all sannsynlighet skyldes de samme psykosomatiske reaksjoner.. A har en psykosomatisk personlighet og sterke psykosomatiske sykdomsmanifesta manifestasjoner i



sykehistorien. Beskrivelsen av funksjonssvikten er også forenlig med en psykosomatisk lidelse”.

Dommen i Gulatings lagmannsrett var enstemmig. A vant saken og ble tilkjent en erstatning på 1 285 000 kr. Det betyr at lagmannsretten ikke lot seg dupere av psykiater Rogges utlegginger.

At Rogge blir oppnevnt som sakkyndig for Høyesterett må bety at Høyesterett er av den oppfatning at han har noe vesentlig å tilføre. Det er ille, men kanskje i tråd med den vekt som norsk rett legger på psykiatrisk sakkyndige både i straffesaker og i sivilsaker.

Psykiater Rogge konkluderte slik for Høyesterett:

”A er beskrevet i den nevrologiske spesialisterklæringen å ha en Whiplashskade. A har en bakgrunn og personlighetstrekk som man oftest finner ved somatiserings-lidelse... A har begrenset evne til kontakt med egen personlighet/egne følelser/behov.. har sterke psykosomatiske manifestasjoner i sykehistorien..de mest alvorlige skader skyldes forhold av psykosomatisk natur.. bilkollisjonen kan ha påført en viss skade.. ..dette har i sin tur utløst en kronisk somatiseringslidelse hos en dertil egnet person”.

Nevrolog Nyberg-Hansen skrev følgende:

”..det er ikke påvist nevrologisk utfall om uttrykk for skade eller sykdom i nervesystemet. Den funksjonssvikt hun frembyr har et funksjonelt preg og hennes helsetilstand er i dag dominert av dette... Symptomene og plagene står ikke i noe rimelig forhold til den opprinnelige skade, og etter den sakkyndiges vurdering må årsaken til hennes helse - og funksjonssvikt søkes i andre forhold mekanismer.. Skadelidtes psykiske legning har ..vært av avgjørende betydning og fremkalt en tilstand som ikke kan sies å stå i rimelig forhold til eller være påregnelig ved en slik ulykke det her er tale om... sannsynlig at hun den gang ble påført en lettere nakkeskade med overstreking av bløtdelene i nakken. Det har ved omfattende undersøkelser både av klinisk og supplerende art ikke vært mulig å påvise fysisk (somatisk) skade som følge av ulykken. Det er imidlertid mulig at hennes nåværende hodepine og smerter i nakken med skuldrene, i alle fall i noen grad, kan ha sammenheng med ulykken. Det skal imidlertid også understrekes at disse plagene er svært vanlig i den norske befolkning...”skadebetinget medisinsk invaliditet - 10-15 % ”.

Vi vil peke på at psykiater Rogge henviser til nevrolog Nyberg-Hansens beskrivelse av en whiplashskade. Altså en lettere skade som skulle leget seg selv. For Rogge gjenstår da bare å finne en forklaring i A's psyke.

Når det gjelder Nyberg-Hansens uttalelse vil vi henlede oppmerksomheten på innledningen hvor han skriver:

”det er ikke påvist nevrologisk utfall om uttrykk for skade eller sykdom i nervesystemet”.

Dette er nettopp hva vi har påpekt. Nevrologenes kompetanse begrenser seg til nervesystemet. Lenger nede skriver han at det er sannsynlig at A :

”.. ble påført en lettere nakkeskade med overstreking av bløtdelene i nakken”.

Her skriver han om nakkeskade, ikke whiplash eller nakkesleng, og han skriver at det dreier seg om overstreking av bløtdeler. At det han beskriver kan være tegn på alvorlig skade er åpenbart en fremmed tanke, når han i avslutningen skriver at slike problemer er ”svært vanlig i den norske befolkning”.



Dommer Gussgård, som førte saken i pennen for flertallet i Høyesterett, ender opp med en konklusjon om at Gjensidige Skadeforsikring frifinnes. Dette begrunnes slik:

"Skadeårsaken er i vår sak en trafikkulykke av nokså ordinær karakter.. Ut fra de opplysningene som er gitt i saken vil en "nakkesleng"-skade uten organisk hjerneskade bare unntaksvis medføre betydelige plager for skadelidte.. skadeutviklingen ..kan ..ikke anses å ligge innenfor det påregnelige".

Etter dommen i Høyesterett i 1997 ble A vurdert på nytt av ortoped Jan Orlin i Førde i desember 2000. Orlin er spesialist i generell og ortopedisk kirurgi og har doktorgrad innenfor nevrokirurgi.

Det blir tatt MR-bilder, CT og funksjonsbilder av nivå C1-C3. Bilder/funn ble beskrevet av radiologene og 18.06.01 konkluderer dr. Orlin i fem punkter:

- Subluksasjonsstilling i facettledd C3-C4 høyre side der den nedre spiss på prosessus inferior av C3 er fragmentert (=brudd)
- En viss rotasjonsfeil i øvre cervicalcolumna
- Signalforandringer i skiven C3-C4
- Man ser også væskerom foran dura på høyre side, og dette ligger bak virvelcorpora C2 og C3 og løfter ligamentum longitudinalis posterior lateralt på høyre side (følge av brudd).
- Radiologene har studert litteraturen og man kan se helt bort fra at de beskrevne forandringene skyldes anomalia/anatomisk variasjon. Det er nødt til å ha foreligget et brudd av dens epistropheus

LFN mener at ortoped Orlin var langt bedre kvalifisert til å bedømme denne type skader enn nevrolog Nyberg-Hansen og psykiater Rogge. Dersom retten hadde oppnevnt spesialister på muskel-/skjelettskader, er vi overbevist om at saken ville fått et helt annet utfall. Vi gjengir hvordan den medisinske invaliditeten til A er blitt vurdert fra 1988 til 2002.

1988 Dr.Thomassen; "medisinsk invaliditet skjønnsmessig **.50%**. Tilstanden varig"
1990 Dr. Tønjum; "medisinsk uførhet ... nærmere 100 enn **50 %** "
1991 Dr. Aarlie/Tjørstad; "medisinsk ivaliditet .. ca **30%**"
1997 Dr. Engelsen; "den totale medisinske invaliditet på **25 %**."
1997 Dr. Nyberg-Hansen; "medisinsk invaliditet ... størrelsesorden **10-15 %** "
2000 Dr. Orlin; "Samordnet gir dette... medisinsk invaliditet på mer enn **60 %** "
2002 Dr. Lundar; "medisinsk invaliditet ... maksimalt **10-15 %** "

Som det framgår i oppslagene til VG i 1990 – 1991, er det ikke uventet at de to forsikringslegene Nyberg-Hansen og Lundar fra Rikshospitalet ligger på bunn.

6.2 1998 ANNE-LENE LIE DOMMEN (HR-1998-69-B)

Lie ble påkjørt tre ganger, i 1974, 1988 og 1993. Erstatningssaken gjelder ulykken i 1988. Ved uhellet i 1974 ble Lie bevisstløs, fikk skader i ansiktet og tennene, brudd i en arm og det ble påvist skade i en nakkevirvel. Lie ble innlagt i fire dager og sykmeldt i to og en halv måned. Lie fikk erstatning for ulykken, herunder menerstatning.

Året etter ulykken begynte Lie å studere til førskolelærer og avsluttet utdannelsen på vanlig tid. De følgende årene jobbet hun som førskolelærer, tok senere tilleggsgutdannning i administrasjon. Begynte i 1986 som flyvertinne.



Lie har derfor kjempet seg gjennom konsekvensene av ulykken ved å ta utdanning og jobbe, men hun må utvilsomt ha vært sårbar for en ny ulykke.

I 1988 blir hun på ny rammet av trafikkuhell. Fikk en knekk i nakken med betydelige senfølger. I journal ble skaden beskrevet som "whiplashskade". Lie har beskrevet perioden etter uhellet som meget vanskelig med smerter, hukommelsessvikt, koordineringsproblemer m.v. I mai 1993 ble Lie innvilget 60 % uførepensjon.

Den tredje ulykken inntraff i oktober 1993. Lie mener at hun ikke fikk vesentlige skader ved denne ulykken. Ble innvilget full uførepensjon fra 1994.

Ved dom i Oslo byrett la retten til grunn at uhellet i 1988 var årsak til helseproblemene og til at Lie hadde tapt sin ervervsevne. Gjensidige ble dømt til å betale 2,5 mill. i erstatning. Saken ble anket til Borgarting lagmannsrett som vurderte saken slik:

"Etter lagmannsrettens mening står hennes nåværende helseplager i adekvat årsakssammenheng med påkjørselen i 1988. Dette gjelder hva enten disse i sin helhet kan tilbakeføres direkte til en nakkeskade etter whiplash, eller de delvis skyldes posttraumatisk stressforstyrrelse eller psykosomatiske forhold som følge av påkjørselen".

Forsikringsselskapet anket saken til Høyesterett og overlege Jan Berstad fra Sunnås og professor i nevrologi Helge J. Nordal fra Ullevål ble oppnevnt som sakkyndige.

Nevrolog Nordal var altså kollega med psykiater Opjordsmoen, leder i Tvistenemnd for nakkeskader.

Dommer Schei redegjorde for problemer med whiplash-/nakkeslengskader, og mente at det gjennom 90-årene hadde skjedd en betydelig medisinskfaglig avklaring av viktige sider ved nakkesleng. Han viste spesielt til psykiater Opjordsmoens artikkel i legetidsskriftet, hvor Opjordsmoen forteller om en "internasjonal konsensus" om å betrakte slike skader som lette og forbigående. Schei skriver at de sakkyndige legger QTF-rapporten til grunn.

Schei gjør sitt beste for å beskrive Lies helsetilstand i perioden 1974 til 1988 som svært dårlig, og at ulykken i 1988 derfor ikke gjorde noe fra eller til.

Han gjør også sitt beste for å bagatellisere ulykken i 1988, men konkludere at sammenstøtet hadde en styrke som gir mulighet for nakkeskade.

Det gjengis beskrivelser fra flere journaler av smerter/symptomer som peker i retning av alvorlige skader, uten at nærmere undersøkelser blir gjort. Flere steder blir skadene beskrevet som nakkeskade, men det rokker ikke ved Schei sin oppfatning om at det dreier seg om en nakkeslengskade. I journalene blir det til stadighet antydnet at symptomene kunne være psykosomatisk og sosialt betinget.

Schei refererer de betingelsene som professor nevrolog Helge Nordal mener må være tilstede for at skader og symptomer årsaksmessig kan føres tilbake til traume etter nakkesleng.

Etter Nordals mening er slike symptomer så vanlige i befolkningen at det må settes opp en kjede av betingelser for at man skal kunne knytte smerter/symptomer til en konkret ulykke:

1. For det første må det foreligge et adekvat traume, dvs. det må ha virket mekaniske krefter tilstrekkelig til å skade biologisk vev. Nordals erfaring er at hastigheter under 10-15 km/t bare unntaksvis resulterer i forbigående plager, og nesten aldri til varige.
2. Det må foreligge akutte symptomer fra nakke eller hode innenfor maksimalt et par døgn



3. Det må foreligge "brosymptomer" fra akutfasen fram til kronisk senfase, 1 år eller mer etter uhellet.
4. Sykdomsbildet må være forenlig med det man vet om skader påført ved nakkesleng. Det må heller ikke være slik at helsebesvær etter uhellet bare er en fortsettelse av helsebesvær pasienten hadde hatt før uhellet. Sykdomsbildet må heller ikke ha en annen, mer sannsynlig forklaring i en annen tilstand pasienten lider av. Slik tilstand kan være annen somatisk eller psykiatrisk sykdom som har vært til stede allerede før uhellet.

Pkt. 1 vil vi kommentere med et spørsmål. Hvor stor må hastigheten være for at det skal oppstå en alvorlig leddbåndskade i ankel, kne, eller håndledd? Vi tror de fleste vil være enige om at det avgjørende er en kombinasjon av at uhellet kommer uventet, og uheldige omstendigheter som å ha oppmerksomheten et helt annet sted. Leddbånd i ankelen kan ryke ved å snuble i trappen. Da undersøker man ganske enkelt om skaden har skjedd. Å spørre om hastigheten var stor nok, blir rett og slett meningsløst. Ved nakkeskader undersøker ikke nevrologene om leddbånd er skadd. Man gjør heller et stort nummer av å påstå at hastigheten ikke har vært høy nok.

Pkt. 2 og 3 er helt avhengige av at legejournalene har fått med alle vesentlige og viktige symptomer, og at alle tegn på alvorlig skade blir fulgt opp og avklart. Slike journaler finner man neppe i norsk helsevesen, og derfor heller ikke i norske rettssaler.

Pkt. 4 er det viktigste, fordi man forutsetter at det dreier seg om en nakkeslengskade. Altså at skadene er av grad I og II og at nevrologisk og radiologisk diagnostikk har utelukket alvorlige skader. Hvis dette er avklart er prognosen god. Det påregnelige er at forstuinger og forstrekninger leger seg selv. Hos pasienter som har fått en nakkeslengskade er det rimelig å forvente en rask bedring.

Nordal sine kriterier, og særlig pkt. 4, forutsetter et helsevesen med kompetanse til å utelukke alvorlige nakkeskader. Et slikt helsevesen har vi ikke.

Dersom vi får på plass radiologisk teknologi som kan brukes til å påvise helt eller delvis avrevne leddbånd, blir kriteriene til Nordal helt uten betydning. Det juridiske spørsmålet blir da om forsikringsselskapets sakkyndige kan dokumentere en annen og mer sannsynlig årsak til skadene, enn den trafikkulykken som ligg til grunn for rettstvisten.

Først når slik diagnostikk er på plass kan Nordals kriterier brukes for å klargjøre om det foreligger en nakkeslengskade av grad I eller II.

BETINGELSEN FOR Å BRUKE NORDAL SINE KRITERIER ER AT ALVORLIGE SKADER AV GRAD IV ER UTELUKKET GJENNOM BRUK AV ADEKVAT DIAGNOSTIKK. DENNE BETINGELSEN HAR ALDRI VÆRT TIL STEDE. ALLE SAKER OM NAKKESLENGSKADER BYGGER DERFOR PÅ MANGLENDE - ELLER GROVT MISVISENDE - INFORMASJON FRA MEDISINSK SAKKYNDIGE

I norsk rett er Nordal sine kriterier blitt oppfattet som utledet av rapporten fra QTF, og dermed som del av en "internasjonal konsensus". Det er feil. I tidsskriftet Lov og Rett fra 2003 tilbakeviser høyesterettsadvokat Pål Mitsem dette punkt for punkt i artikkelen: "Kriteriene i Quebec Task Force for nakkeskader".

Dommer Schei gjengir konklusjonen fra nevrolog Berstad :

"Berstad mener at Lies nåværende helsetilstand må antas å ha sammenheng med lidelsen konversjonsnevrose, nevroseform hvor funksjonssvekkelsen har psykiske årsaker.



Tilstanden kan ikke forklares ved organisk skade. Han mener at ulykken i 1988 ikke hadde noen betydning for Lies helsetilstand".

Nevrolog Nordal mener at en liten del av Lies medisinske ervervsmessige uførhet kan henføres til ulykken i 1988. Han viser til at Lie er vurdert mer enn 50% ufør, noe han mener er galt :

"Ut fra de besvær hun har i nakken med smerter og stivhet og hodebesvær kan jeg ikke se at det skulle foreligge grunnlag for uføretrygd. Det er altså etter mitt skjønn et misforhold mellom hennes somatiske helse og det forhold at hun er uføretrygdet".

Nordal bruker så sine egenproduserte kriterier og hevder at de mekaniske kreftene kan ha vært tilstede, men helt på grensen av det som kan påføre skade (30km/t, vår anm.) Han er også i tvil om at det foreligger akuttssymptomer og brosymptomer, og professoren er ikke i stand til å finne årsakssammenheng mellom Lies plager og bilulykken. Han konkluderer slik:

"Den førlighetssvikt jeg finner høsten 1997 har ikke preg av å være forårsaket av organisk nevrologisk sykdom, og det er nærliggende å anta at den førlighetssvikt som har vært diskutert i begynnelsen av 1990-årene er av samme natur, dvs funksjonell".

Professoren kommer til slutt til at den medisinske invaliditeten totalt sett må settes til 20 % fordelt slik; 10 % skyldes ulykken i 1974, 2,5 % skyldes ulykken i 1988, 2,5 % kommer av ulykken i 1993 og 5 % skyldes forhold av psykososial karakter. Dommer Schei formulerer seg slik:

"Som faktor i hennes helsemessige negative utvikling blir "bidraget" fra ulykken i 1988 i et totalbilde for beskjedent til at det er grunnlag for erstatning".

Og slik blir det. Etter å ha vunnet fram i tingretten og lagmannsretten taper Lie fullstendig i Høyesterett, og Trygg Hansa blir frifunnet for ansvar.

6.3 1999 STOKKE DOMMEN (HR-1999-51-B)

Stokke ble utsatt for en trafikkulykke i 1989 og pådro seg en "nakkeslengskade" Var etter ulykken sammenhengende sykmeldt et år. Ble tilstått full uførepensjon fra 1990. Skaden ble i 1996 godkjent som 100 % yrkesskade.

Vesta erkjente fullt ansvar for skadene som var påført som følge av sammenstøtet, men det oppsto tvist om erstatningens omfang.

Oslo byrett avsa dom i 1996 og Vesta ble dømt til å betale bl.a ca. 1 million i erstatning for tap i fremtidig erverv.

Saken ble anket til Borgarting lagmannsrett som under dissens reduserte dette beløpet med 50 %.

Denne dommen ble så anket til Høyesterett som oppnevnte to spesialister i nevrologi, Knut Nestvold og Ola H. Skjeldal fra Rikshospitalet.

Når det gjelder det faktum at Stokke hadde fått godkjent skaden som 100 % yrkesskade refereres det til to viktige uttalelser fra klinisk psykolog Einar C. Salvesen (1994) og professor og psykiater Berthold Grünfeld (1996).



Salvesen skriver :

"Når det gjelder årsaken til hennes nedsatte fysiske og kognitive funksjonsnivå er det ingenting i materialet som, etter undertegneds vurdering, tilsier at dette kan tilbakeføres til latente intrapsyriske eller psykologiske forhold. En samlet vurdering av materialet gir derimot skjellig grunn til å anføre at hennes tilstand i dag er en følge av bilulykken hun ble utsatt for i 1989".

Grünfeld skriver :

"Jeg finner det vanskelig å tillegge hennes psykovegetative og hypothyreotiske plager forut for skaden særlig betydning som årsaksfaktor bak den seinfølgetilstand hun utviklet etter skaden i 1989.. jeg er tilbøyelig til å tillegge skaden hovedansvaret for at hun ikke har fungert yrkesmessig de siste 7 årene, og at hun nå er tilstått 100 % uførepensjon".

Dommer Rieber Mohn finner å legge størst vekt på nedtegnelser av fagfolk tett opp til begivenheten, og refererer primærlege Aaseruds journal fra samme dag som ulykken hvor han skriver " ikke tegn til nakkeskade" men ømme nakkemusklér. To måneder senere skriver han:

"Whiplash". "Hennes skade må betraktes som lett og hun burde friskmeldes relativt raskt".

Primærlegen anlegger her nettopp den bagatelliserende og optimistiske tone som ble anbefalt av psykiater Opjordsmoen i 1994:

"Ved en vanlig nakkeslengskade kan man trygt opplyse om at det kun foreligger en bløtdelsskade som vil heles av seg selv. For at pasienten virkelig skal bli beroliget må legen opptre sikkert og inngi tillit"

Rieber Mohn finner også grunn til å oppsummere det han mener er fakta i saken nemlig at:

"det ikke er påvist organisk hjerneskade, skader i nervesystemet, prolaps eller annen organisk skade som kan settes i forbindelse med trafikkulykken"

Problemet er at "annen organisk skade" ikke er blitt utelukket ved de undersøkelser som er gjort, men det kunne jo ikke dommeren vite.

Nevrolog Skjeldal avslutter sin vurdering slik:

"Det er sannsynlig at hun er sårbar for smerte i nakkemuskulatur og for å få hodepine. Basert på det funksjonsnivå hun hadde før ulykken anser jeg det imidlertid mindre sannsynlig at de plagene hun hadde før ulykken ligger til grunn for hennes nåværende nakke-hodepineplager" Medisinsk invaliditetsprosent blir anslått til 15-12 % ".

Nevrolog Nestvold blir bl.a. referert slik:

"etter min vurdering medførte ulykken en bløtdelskade i halsvirvelsøylen uten holdepunkter for nerverotskade eller ryggmargskade".

LFN tror at dette er en helt riktig vurdering, men spørsmålet er hvilke bløtdeler som ble skadd og hvor alvorlige disse skadene var. Og ikke minst hvorfor disse skadene ikke ble forsøkt kartlagt. Vi mener at Nestvold på en utmerket måte synliggjør nevrologenes manglende innsikt i denne type skader.



Nestvold ender med medisinsk invaliditet på 17 %.

Dommer Rieber Mohn stemte for at Lagmannsrettens dom, domsslutning pkt. 1 stadfestes. Det innebar at erstatningen fra tingretten, angående tap i fremtidig erverv, ble redusert med 50 %.

Dette ble støttet av 2 av de andre dommerne, og ble derfor Høyesteretts dom.

Vi vil nevne at konstituert dommer Kruger dissenterte i saken. Han mente at de sakkyndiges konklusjoner var uklare på flere punkter. Det gjaldt f. eks et så sentralt punkt som hastigheten i kollisjonsøyeblikket, som nevrolog Skjeldal hadde beskrevet som beskjedent. Til dette bemerker Kruger at faktiske forhold var at Stokkes bil holdt 40 km/t og møtende bil 10 km/t og at hennes bil ble snudd 180 grader rundt og over i motsatt kjørebane felt. Han viser til at Vesta har erkjent at det var tale om et relativt kraftig sammenstøt og fortsetter:

"Jeg anser det som klart at hendelsen har hatt et dramatisk tilsnitt.. og dette etterlater en viss tvil om hvorvidt Skjeldals påpeking har hatt innflytelse på hans vurdering av årsaksbildet".

Kruger stilte seg kritisk til begge de sakkyndige og framførte en rekke kritiske og prinsipielle betraktninger rundt de medisinske og juridiske vurderingene av denne type skader.

Kruger fremmet forslag om at byrettens dom ble stadfestet og at Stokke ble tilkjent full erstatning. Forslaget fikk bare hans egen stemme. LFN vil gi anerkjennelse til dommer Kruger. Hans dissens viser de at de framlagte uttalelsene kunne tolkes og vektlegges annerledes enn det som var og er praksis.

Kruger var imidlertid bare konstituert og var Høyesterettsdommer bare i 1999.

6.4 2000 THELLE DOMMEN (HR-2000-15-B)

Thelle ble i 1993 påkjørt bakfra. Saken dreier seg i stor grad om hvorvidt kreftene i kollisjonsøyeblikket var kraftige nok til å utløse annet enn en bløtdelsskade av letteste skadegrad.

Det ble avsagt dom i Oslo byrett i 1996. Byretten la til grunn at Thelles nakke- og hodeplager var forårsaket av påkjørselen, og en adekvat følge av denne. Thelle fikk medhold i sitt krav om erstatning for påførte utgifter og inntektstap.

Storebrand anket saken til Borgarting lagmannsrett som kom til samme konklusjon som byretten, nemlig at det forelå en erstatningsbetingende årsakssammenheng mellom påkjørselen og Thelles mer varige plager.

Storebrand anket så lagmannsrettens dom til Høyesterett. Som sakkyndige oppnevnte Høyesterett nevrolog Helge J. Nordal og fysikalsk medisiner Jan Erik Ødegård.

Dommer Rieber Mohn skriver at han med utgangspunkt i nedtegnelser i den første tiden etter ulykken var kommet til et annet resultat. Han tillegger det at Thelle etter sammenstøtet 11. oktober kjørte videre til et viktig møte. Kolleger har beskrevet Thelle som værende i "en slags sjokktilstand".

Thelle ringte fastlegen to dager senere og kom til undersøkelse 4 dager senere. Fastlegen noterte i journalen:



"Etter påkjørselen fikk hun smerter høyt oppe i nakken innenfor noen timer. Også hodepine, særlig dagen etterpå, og vansker med å gjøre papirarbeid. Best om morgenen, men blir veldig sliten ut på dagen".

"Hun forteller om et merkelig fenomen, som at hun mister pusten på ve. side og knekker sammen når hun bøyer nakken fremover".

"Kjente en snert bak i nakken i påkjørselsøyeblikket. Ikke besvimt. Ved us av nakken ingen ytre skade. Palp. Øm ca proc. spin C3".

Ny kontakt med fastlegen 21.oktober : *"Ikke bra i nakken, følelse av ustabil nakke. Henv. Rtg for sikkerhets skyld".*

Ny kontakt 8.12.: *"Ikke bra i nakken, følelse av ustabilitet. Henvises rtg C-columna som ø-hjelp. Var blitt verre siste måned".*

Ny kontakt 13. desember: *"Vært på rtg.- mulig densbrist. Bilder sendt til nevrokirurg for vurdering".*

Fra nå av sykmeldt i 50 % og ny kontakt med fastlege 20.desember:

"Symptomatisk opplever hun at det kommer snikende en sterk trykk/pressfølelse bak ørene, som derfra går framover og medfølgende kvalme og hodepine. Sterk ømhet suboccipitalt, men også bakhode og resten av hodet med muskler. Også følelse av at nakken knekker og vil ikke holde hodet oppe".

Det gjengis også et notat av nevrolog Thor Veger om Thelles tilstand julen 2003:

"Det ble utført røntgenundersøkelse av nakken, og da hun reiste hjem til jul til foreldrene i Oslo var hun sterkt smerteplaget og søvnløs og følte seg nedkjørt og "klarte ikke seg selv"... lå mye til sengs i julen, hadde smerter.. svettet mye. Hun orket ikke å være bilpassasjer, følte seg "ustabil i nakken" og ustø og hadde kjevesmerter og ansiktssmerter".

LFN vil påpeke at symptomene som framkommer entydig peker i retning av alvorlig instabil skade i overgangen mellom nakke og hode. Bilder som peker mot brudd i dens skulle selvsagt vært fulgt opp med funksjonsbilder. Denne type skader kan bare unntaksvis registreres med vanlig røntgen.

Vi finner det svært graverende at Høyesterettsdommer Rieber Mohn bruker disse tidsnære journalnotatene til å framstille saken som en bagatell.

I 1994 til behandling hos fysioterapeut Kari Soldal som beskriver symptomene slik:

- søvnproblem; urolig søvn, problem å finne kvilestilling
- hodepine; trykk i tinning, occipitalt
- kvalm; spesielt ut på dagen etter å ha bevega nakken
- konsentrasjonsproblem; Vanskelig for å "følge med" i lengre tid
- hukommelsessvikt; korttidsminne svekka
- kjeveproblem; spenning rundt kjeveleddet – har fått skinne

Dommer Rieber Mohn støtter seg tungt på sakkyndig nevrolog Nordal som konkluderer slik om Thelle`s skader:



"I dette tilfellet.. finner jeg at traumet, vurdert ut fra de svært små mekaniske skader som er rapportert og en sannsynlig hastighetsforskjell på mindre enn 10-15 km/t sjelden har evne til å påføre forbigående helseplager.. og knapt evne til å påføre varige skader".

Nordal mener også at Thelles helseproblemer fra midten av desember 1993 mest sannsynlig skyldtes psykososiale forhold. Han hevder at også at Thelle ville hatt de samme problemene også uten at ulykken hadde inntruffet.

Han spekulerer også på om ikke frykten for å få en "whiplash sykdom", kombinert med uheldig behandling kan ha utløst en kjede av uheldige omstendigheter som til sist har gitt henne de helseplagene hun har.

Dr. Ødegård siteres slik:

"Ut fra beskrivelsen...er det grunn til å tro at hun har fått en lettere nakkedistorsjon (overstreking av bløtdeler) og at det foreligger en lettere bløtdelsskade som Quebecgruppen klassifiserer som en WAD grad 1, altså lettere bløtdelsskade".

I motsetning til Nordal konkluderer han med at dersom skaden ikke hadde inntruffet så ville Thelles helsemessige situasjon vært en annen. *"Skaden har derfor vært en nødvendig forutsetning for utviklingen av en symptomprosess."* Han finner derfor at Thelles ervervsmessige uførhet ligger på 20 %.

Dommer Rieber Mohn konkluderer:

"For meg er det naturlig å se hennes sykdomsutvikling.. så uvanlig, og de senere varige plager så fjerne i forhold til det opprinnelige og meget beskjedne sammenstøtet, og så avledete i forhold til den begrensede bløtdelsskade som inntraff at det ikke er rimelig å pålegge forsikringsselskapet erstatningsansvar".

De andre dommerne sluttet seg til dette, og Storebrand ble enstemmig frifunnet.

6.5 2000 SMM-RAPPORT NR. 5/2000 NAKKESLENGSKADE

Som tidligere nevnt ble det i Stortingets spørretime 04.05.97 reist spørsmål om hvilken kunnskap helsepersonell hadde om pasienter som får varige skader i trafikken. Det ble foreslått å se på hva internasjonal forskning hadde avdekket vedrørende hode-/nakkeskader. Statsråd Hernes ba så Sosial- og helsedepartementet om å følge opp dette. Departementet kontaktet Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) og ba om å få utredet status for diagnostikk og evaluering av pasienter utsatt for nakkesleng i Norge. Det viste seg at Helsetilsynet allerede hadde kontaktet en gruppe ressurspersoner som var blitt bedt om det samme. Denne gruppen fikk så oppdraget med å utrede spørsmålet.

LFN kjenner ikke begrunnelsen for at mandatet ble begrenset til nakkeslengskader, men vi antar at mangel på fagmiljøer med spesiell kompetanse har vært viktig. Heller ikke departementet eller Helsetilsynet hadde slike fagfolk. Det fantes imidlertid enkelte fagfolk som hadde engasjert seg i situasjonen til nakkeskade pasienter, og som var kritiske til den bagatellisering og psykologisering som pasientgruppen ble utsatt for. I ekspertgruppen var det flere leger med en slik kritisk holdning. Det førte til at rapporten ble god på flere måter.

Vi vil peke på at rapporten innledningsvis ønsket å avgrense oppgaven til å :

"Fokusere på dokumentasjonssiden, ved å arbeide ut fra det som finnes innenfor medisinsk-faglig litteratur, og se bort fra evt. retningslinjer som er etablert ved rettspraksis".



Og rettspraksis bygget på de fire dommene fra Høyesterett som vi har referert, hvor sakkyndige med vesentlig begrenset fagkunnskap, vurderte alle skadene til å være lette nakkeslengskader - uten å ha ekskludert alvorligere skader først.

De viktigste punktene i SMM-rapporten er følgende :

- Nakkeslengskader blir definert som skader av grad I og II
- Skader av grad III og IV blir betegnet som nakkeskader
- Skadegradene fra QTF blir vurdert opp mot konkrete diagnoser fra ICD-10
- Rapporten skisserer en behandlingskjede hvor nakkeslengskade ikke skal brukes før alvorlig skade er utelukket gjennom adekvat diagnostikk
- Instabilitet blir ikke nevnt, og slike skader er derfor ikke nakkeslengskader
- De fire kriteriene til nevrolog Nordal fra Anne-Lene Lie dommen (1998) blir ikke nevnt

Tabell 2. SMM-rapport 2000, skadegrader og diagnoser

WAD grad	Kliniske tegn	ICD-diagnose		Ansvarlig lege
Grad 0	Ingen plager. Ingen funn ved undersøkelsen			ingen/ allmennlege
Grad I	Smerter stivhet eller ømhet i nakken. Ingen funn ved undersøkelsen	S.13.4	Forstuing og forstrekning i Cervikalkolumna. Nakkeslengskade	allmennlege
Grad II	Som grad I, men innskrenket bevegelighet og ømhet ved palpasjon.	S.13.4	Forstuing og forstrekning i cervikalkolumna. Nakkeslengskade	allmennlege
Grad III	Nakkeplager og tegn til funksjonsutfall fra nervesystemet (refleksforandringer pareser eller sensibilitetstap).	S.14	Skade på nervevev og ryggmarg i halsregionen	allmennlege/ spesialist
		M.53.0	Cervikokranialt syndrom.	allmennlege/ spesialist
		M.53.1	Cervikobrakialt syndrom.	allmennlege/ spesialist
		M..50	Lidelse i cervikalskive	allmennlege/ spesialist
Grad IV	Nakkesmerter, innskrenket bevegelighet og/eller akseavvik , evt. andre tegn til nakkebrudd, dislokasjon .	S 12	Brudd i halsregionen	spesialist
		S 13.1	Dislokasjon av cervikalvirvel	spesialist

Som det framgår knyttes nakkeslengbegrepet bare til grad I og II, og diagnosen fra ICD-10 er som tidligere nevnt: S. 13.4. For skader av grad III og IV ligger ansvaret hos spesialist. Fordi skader av grad III dreier seg om funksjonsutfall fra nervesystemet bør ansvaret ligge hos spesialister i nevrologi. For skader av grad IV må ansvaret ligge hos legespesialister med kompetanse på muskel og skjelett. Det gjelder i første rekke ortopeder, men anatomer og fysikalsk medisinere har også kunnskaper om dette.



Nå var det ikke gruppens mandat å utrede de alvorligste skadene, men det som sies om slike skader er uholdbart:

"Gruppen har valgt å avgrense nakkeslengskadene til WAD grad I og II, da de øvrige skadene (skader på nervevev og brudd og luksasjoner, gruppe III og IV) er sjeldne, har et etablert behandlingsopplegg, og er enklere å diagnostisere".

At de alvorligste skadene er sjeldne, har et etablert behandlingsopplegg og er enklere å diagnostisere, må være skrevet mot bedre vitende.

Alternativet er at ingen av medlemmene i gruppen hadde kunnskaper om at akseavvik og dislokasjon kan være en følge av leddbåndskader, og derfor en mulig årsak til samme type instabilitet som kan følge av bruddskader.

Sitatet fra nevrokirurg Knut Wester , som vi har gjengitt på forsiden av dette dokumentet, indikerer at forfatterne av SMM-rapporten faktisk ikke var klar over at det kunne foreligge "ligamentskade og instabilitet"



7 GLIMT AV KUNNSKAP OG INNSIKT 2000 – 2002

7.1 2001 HELSEMINISTER TØNNE – MØTER I HELSEBYRÅKRATIET

SMM-rapportens påstander om det gode behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige nakkeskader ble umiddelbart en "varm potet" for helsemyndighetene. En rekke norske pasienter var blitt avvist i norsk helsevesen, og hadde måttet reise til utlandet for å få skadene diagnostisert og operert. Bare i perioden 1999 til 2001 ble nærmere 100 norske pasienter operert i Tyskland. Etter at nevromiljøene ved Rikshospitalet og Ullevål hadde diskreditert seg selv, ble sentrum for nevrofag flyttet til St. Olavs med Øystein P. Nygaard som leder. Han skrev at operasjonene som ble gjort i utlandet var farlige og eksperimentelle:

"Å støtte denne type behandling vil være helt i strid med fagmiljøets oppfatning her i Norge".

Helseminister Tønne tok umiddelbart initiativ for å få fakta på bordet ved å innkalle representanter for Helsetilsynet, departementet, direktoratet, Rikstrygdeverket, SMM og Nasjonalt ryggnettverk, samt faglig ansvarlige fra universitetsklinikkene.

Konklusjonene fra møtene var entydig. Norsk helsevesen sto på bar bakke når det gjaldt diagnostikk og behandling av disse skadene.

Knapskog fra direktoratet mente at man først måtte finne ut hvor mange pasienter som burde få behandling, hvor mange som fikk behandling, og hvor mange som krevde komplisert behandling i utlandet. Øystein Nygaard ble referert slik:

"Det er tilbud til pasienter om fiksasjon med skruer og plater ved RiT, Ullevål og Haukeland. Fagmiljøet er lite med 15 årlige operasjoner ved RiT, uten at det sier noe om omfanget av problemet. Smerter alene er ikke tilstrekkelig for å tilby operasjon. Det er i dag enighet om at det også må kunne dokumenteres instabilitet i tillegg til smerter. Dette gjøres primært med MR, selv om det kan diskuteres i hvilken grad det fanger opp forandringer i tilstanden".

Den usikkerheten som Nygaard beskriver m.h.t. MR er reell. For å kunne påvise instabilitet bruker man i utlandet dynamisk/funksjonell radiologi. Ellers er indikasjonene de samme, dvs. smerter og instabilitet. Hvordan Nygaard kan påstå at operasjoner i utlandet er eksperimentelle, når de gjøres på nøyaktig samme måte, og med bedre diagnostikk, er en gåte for oss. Det synes åpenbart at de få operasjonene som ble påstått utført ved St.Olavs (RiT) må ha vært langt mer "eksperimentelle" på grunn av dårligere dokumentasjon av instabilitet, og langt mindre erfaringskompetanse.

Det ble også etablert en prosjektgruppe mellom Helsetilsynet og RTV for blant annet å kartlegge behovet for kjøp av tjenester i utlandet. Her heter det:

"Pr.i dag gjøres det ingen registrering av skader i den øvre del av nakken".

I et notat fra Helsetilsynet blir det påstått at det ikke finnes noen diagnosekoder i ICD-10 som omhandler instabilitet i øvre del av nakken. Det er en uttalelse fra den saksansvarlige nevrologen i Helsetilsynet som viser grov uvitenhet. Selvsagt finnes diagnoser, og vi omtaler disse på sidene 57 og 58 i dette dokumentet.

For vår del vil vi spørre om Helsetilsynet oppfyller sin tilsynsrolle når ansvarlig saksbehandler åpenbart mangler kunnskaper - både om nakkeskader og om diagnosene fra ICD-10?



7.2 2001 SØKNAD FRA NEVROKIRURG KNUT WESTER (HAUKELAND)

Initiativene fra helseminister Tønne førte til stor aktivitet for å få forskningsmidler. Den viktigste søknaden kom fra nevrokirurg Knut Wester ved nevrokirurgisk avdeling på Haukeland. Wester viste til at Tønne i september 2001 hadde lovet å fremme forslag om statlig finansiering av vitenskapelig kontrollerte nakkeoperasjoner. Wester begrunnet søknaden slik:

"Når ligamentstrukturen mellom hodet og nakken ryker oppstår slark i leddfunksjonen. Endret leddfunksjon pga. instabilitet er en kjent årsak til smerte i ryggstølen, kne - og ankelledd... Vi presiserer at operasjonsmetoden allerede er velkjent og velprøvd på et stort antall pasienter i Nevrokirurgisk avdeling Haukeland sykehus. Det nye er altså at operasjonsmetoden tilbys og prøves på en ny pasientkategori, hvor man ikke tidligere har vært klar over at det faktisk foreligger ligamentskade og instabilitet".

LFN mener at Wester sin beskrivelse er glimrende. Instabilitet er en kjent årsak til smerte. Instabilitet er operasjonsindikasjon og operasjonsmetoden er velkjent. Fordi man tidligere ikke hadde vært klar over at det kunne foreligge ligamentskader og instabilitet hos nakkeskade, ønsket man nå å gi denne gruppen et behandlingstilbud.

Man kan undre seg over at norske nevrokirurger ikke hadde vært klar over dette på et langt tidligere tidspunkt. Slike skader var blitt beskrevet i tyske og amerikanske lærebøker allerede på 80-tallet.

Det viktigste var imidlertid at fakta for første gang ble beskrevet av lederen for en stor norsk nevrokirurgisk avdeling.

Wester hadde god bakgrunn for søknaden, fordi manuellterapeut Bertil Rune Kaale og radiolog Jostein Kråkenes allerede hadde utført et stort forskningsarbeid på leddbåndskader, og påvisning av slike skader ved hjelp av MR-diagnostikk. Begge skulle senere ta doktorgrader på disse arbeidene.

Bilder tatt ved hjelp av Kråkenes sin protokoll har internasjonalt høstet stor anerkjennelse både p.g.a. av bildenes kvalitet, og fordi han klarte å framstille alle leddbåndene i den øverste delen av nakken ved hjelp av MR-teknologi.

Dette arbeidet ble påbegynt tidlig på 90-tallet. På det tidspunktet fantes det ingen regler for gradering av skader. Pasientene som ble undersøkt i forbindelse med prosjektet var alle blitt beskrevet som nakkeslengskade.

De to forskerne visste at leddbåndskader i ankel, kne og skulder internasjonalt ble gradert i en tredelt skade. Ut fra grad av signalforandringer på MR-bilder, ble skadene beskrevet som skader av grad 1, 2 eller 3. Enkelt sagt tilsvarte grad 1 og 2 lette til mer alvorlig forstuede leddbånd, og grad 3 tilsvarte alvorlige skader med hel ruptur.

Prosjektet hadde som formål å vise at MR-teknologien kunne påvise alvorligere skader, men man kunne ikke trekke en slik konklusjon før metoden var vitenskapelig dokumentert. De bildene man vurderte var "stillbilder", og derfor lite egnet til å si noe om funksjonsfeil eller instabilitet.

Doktorgradsarbeidene sier derfor ikke noe om mulig instabilitet hos pasientene. Det var etter vår mening svært uheldig fordi et eventuelt samsvar mellom skader påvist ved MR, kombinert med funksjonsradiologi, ville vært et gjennombrudd for diagnostikk av slike skader - ikke bare i Norge, men også internasjonalt.



Forskningen til Kråkens og Kaale møtte stor motstand i de norske nevromiljøene. De skulle ha seg frabedt at en manuellterapeut og en radiolog skulle avdekke alvorlige nakkeskader, og dermed sette nevrologenes kompetanse i vanry.

Det var særlig nevromiljøet i Trondheim som jobbet aktivt for å diskreditere funnene til Kråkenes og Kaale. Det viktigste argumentet mot MR-protokollen til Kråkenes var at de samme signalforandringene fantes i normalbefolkningen -- uten at folk hadde vært utsatt for noen trafikkulykke. Derfor var det ikke skade som ble påvist. Vi mener at påstanden er feil. De alvorligste funnene gjelder grad 3. Tallmaterialet fra Trondheim viser at 27 % av WAD-gruppen hadde grad 3 - mot 14 % i kontrollgruppen. Dette er tall som burde ført til videre undersøkelser, fordi det klart indikerer skade. Vi registrerer at forskerne ved St. Olavs var mer interessert i å markedsføre den useriøse påstanden om at MR-bildene ikke viste skade.

7.3 2002 POSTTRAUMATISK NAKKE/HODE STUDIEN (ST. OLAVS)

På bakgrunn av helseminister Tønnes initiativ, prøvde man også ved St. Olavs å komme på offensiven når det gjaldt nakkeskader og instabilitet. Dette framgår av PTN-studien fra 2002. Problemet beskrives slik:

"Pasienter med kroniske nakkesmerter etter nakkeskade er ofte i en fortvilet situasjon. Mange har betydelig nedsatt livskvalitet da dagens behandlingstilbud ikke gir det ønskede resultat.. Det dreier seg om en meget stor pasientgruppe som utvikler kroniske nakke-/hode smerter etter nakkeskade, uten at man har kunnet diagnostisere strukturelle forandringer relatert til traumat... En teori på årsaken til kronisk posttraumatisk smerte har vært instabilitet relatert til skade på ligamenter i øvre del av cervikalkolumna".

I studien heter det at operasjonsmetoden med avstiving av ledd i nakken har vært brukt lenge ved norske universitetsklinikker på pasienter med leddgikt, kreft, brudd eller misdannelser. Formålet beskrives slik:

"Undersøke om stabiliserende kirurgi i øvre cervikal kolumna, hos pasienter med posttraumatisk nakke/hode smerte, påvirker smertenivå, livskvalitet og funksjonsnivå i større grad enn konservativ behandling".

Når det gjelder kriterier for inklusjon og eksklusjon går studien helt i surr. Som inklusjonskriterium står følgende:

"Grad 1 og 2 Quebec klassifikasjon" (grad I og II vår anmerkning)

Som eksklusjonskriterium står følgende:

"Grad 2 og 3 Quebec klassifikasjon. Nakkesmerte med assosierte nevrologiske funn, og / eller påvist fraktur/dislokasjon ved primær utredning (grad II og III)".

SMM-rapporten hadde gitt en svært god framstilling av nakkeslengskader (grad I og II), og det er ingen tvil om at dette dreier seg om forstuing av leddbånd og forstrekking av muskulatur. Slike skader leger seg selv og skal derfor ikke opereres.

Dersom det påvises instabilitet hos pasienter i disse gruppene, så er ikke leddbåndene forstuet - de er helt eller delvis avrevet. Skadene er da ikke av grad I eller II, men av grad IV. Det kan være en rasjonell forklaring på at man ville bruke grad I og II som inklusjonskriterium, og det er at alle nakkeskadde pasienter var blitt vurdert som



nakkeslengskadde. Da ville det være pasienter med langt alvorligere skader i denne gruppen.

Inklusjonskriteriet er i så fall et svært godt bevis på vår påstand om at man i norsk helsevesen ikke makter å skille mellom lette og svært alvorlige nakkeskader.

Når det gjelder eksklusjonskriteriene så er de om mulig enda mer uklare. Her foreslår man å ekskludere grad II, som altså også var et inklusjonskriterium. Man ekskluderer også grad 3 som omtales som nakkesmerte med assosierte nevrologiske funn, hvilket er greit.

Det som ikke er greit er at man blander sammen nevrologiske funn (grad III) med påviste funn fra muskel-skjelettsystemet som fraktur/dislokasjon som er grad IV.

Rapportene fra QTF og SMM er helt entydig på at funn fra muskel-/skjelettsystemet, som fraktur/dislokasjon, hører inn under grad IV. Studien fra St. Olavs nevner ikke grad IV i det hele tatt.

Vi har tidligere henvist til læreboken "Nevrologi og nevrokirurgi" og påpekt at man i oversikten over skadegrader hadde utelatt alvorligste skadegrad. Det ser derfor ut til at kilden til denne desinformasjonen er det biopsykososiale miljøet ved St. Olavs.

LFN vil bemerke at problematikken rundt leddbånd og instabilitet i 2001 og 2002 var kjent både på Haukeland og ved St. Olavs. Operasjonsindikasjonen var instabilitet. Nevrokirurg Øystein Nygaard var med på studien. Han ble senere leder for Nasjonalt senter for spinale lidelser, med landsfunksjon for kompliserte rygg- og nakkelidelser. Siden direktoratet hadde delegert spesialistansvaret til legeföreningen, og föreningen i sin tur hadde delegert ansvaret videre til spesialistene, så fikk Nygaard en nøkkelposisjon i forhold til å vurdere nakkeskader.

Dessverre fikk ikke Tore Tønne fullført den ryddejobben han hadde påbegynt. Ny politisk ledelse i departementet avsto søknaden til Wester, og prosjektet ble derfor avsluttet etter tre operasjoner. Studien fra Trondheim ble også skrinlagt.

Wester formidlet ikke sin innsikt til offentligheten. Informasjonen, som vi har gjengitt, ble derfor ikke gjenstand for debatt eller oppfølging. Heller ikke studien fra St. Olavs ble kjent for offentligheten. Når vi vektlegger dette nå, så er det for å vise at spesialistmiljøene i Norge har hatt god kunnskap om våre problemstillinger i mer enn 10 år - uten å foreta seg noe som helst.

Våre innspill er blitt møtt med motstand, desinformasjon og taushet. Motstand er greit nok, fordi man da må "vise kortene" sine. Desinformasjon er vanskeligere å imøtegå fordi utenforstående i liten grad forstår de medisinske termene. Artikkelen: "*Kronisk nakkeslengsyndrom er ingen indikasjon for kraniocervikal fiksasjon*", er et godt eksempel på dette. Hvis tittelen hadde vært at "Lette forstuinger i nakken skal ikke opereres" så tror vi at folk flest ville sagt at dette var en selvfølgelighet. Hvorfor bruke fem sider med knotete medisinsk terminologi for å underbygge en selvfølgelighet?

Tausheten er definitivt det mest effektive virkemiddelet. Media vegrer seg selvsagt for å videreformidle vår kritikk, fordi faglig eller administrativt ansvarlige ikke vil uttale seg.

De involverte spesialister og byråkrater har funnet det mest formålstjenlig å holde kjeft. I valget mellom å skaffe alvorlig skadde pasienter et tilbud, og å iverksette tiltak som ville avdekke inkompetanse på alle plan, har valget åpenbart vært enkelt.

Spørsmålene rundt nakkeskader ble aktualisert i 2004 da TV2 hadde en rekke oppslag om nakkeskaddes situasjon. Helseminister Dagfinn Høybråten ble konfrontert med situasjonen,



og resultatet ble at direktoratet fikk i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer for kompliserte nakkelidelser i Norge. Vi har beskrevet hendelsesforløpet og resultatet i notatet "Om instabile nakkeskader" som ligger på LFN sine nettsider. Vi gjengir her hvordan direktoratet fikk endret mandatet;

26-02 2004 I oppdragsbrevet fra Departementet til spesialisthelsetjenesten i Direktoratet (SHdir) viser man til kritikk av behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige nakkeskader i Norge ... og ber om at SHdir :

*"utarbeider faglige retningslinjer for **kompliserte nakkelidelser** i Norge". (vår utheving)*

16-03 2004 Svar fra spesialisthelsetjenesten i SHdir :

"Det som media oppslag har fokusert på i den senere tid er skader etter nakkesleng (WAD = whiplash -associated disorders). Sosial- og helsedirektoratet ønsker en bekreftelse på at det er denne pasientkategorien departementet ønsker en gjennomgang av".. "Når det gjelder Departementets ønske om å utarbeide retningslinjer for kompliserte nakkelidelser vil direktoratet måtte komme tilbake til det... Det vil da måtte vurderes om det finnes tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å lage slike retningslinjer".

30.03.2004 Departementet svarer på direktoratets anmodning om kun å utrede de lette skadene:

"Vi bekrefter at det er nakkeslengskader av type WAD- Whiplash Associated Disorders som Helsedepartementet ønsker en gjennomgang av. Oppdraget med å utarbeide faglige retningslinjer for kompliserte nakkelidelser Norge, vil etter Helsedepartementets syn følge naturlig av arbeidsgruppens gjennomgang, og vi forstår at Sosial- og helsedirektoratet vil måtte komme tilbake til dette etter at arbeidsgruppen har avsluttet sitt arbeid".

05.2007 Etter gjentatte purringer fra LFN angående de alvorligste skadene svarte Departementet:

"Direktoratet finner det vanskelig å lage retningslinjer for diagnostikk og behandling.. På basis av dette har departementet ikke funnet grunnlag for på nytt å be direktoratet om å utarbeide faglige retningslinjer".

Departementet hadde dermed gitt opp å få laget retningslinjer for behandling av de alvorligste skadene og saken ble derfor henlagt.

06.09.2007 VG hadde denne dagen et fire helsiders oppslag om nakkeskade Jean Wiig. Kjell Arnljot Wiig spør på vegne av sin nakkeskade datter:

"Hvor lenge vil politikerne ignorere at trafikkofre pines til døde".

07.09. 2007 Nye oppslag i VG:

"Helseminister Sylvia Brustad besluttet i går å be Sosial - og helsedirektoratet om å gjennomgå sykehusenes behandling av alvorlige nakkeskader".

Rigmor Aasrud i Helsedepartementet sa følgende:



"Departementet begynte å arbeide med disse sakene allerede i 2004, og i fjor la man fram en rapport om fastlegenes håndtering av disse pasientene - nå vil vi be om en ny gjennomgang av kompetansen i spesialisthelsetjenesten".

VG klarte med dette å få helseminister og departement til å prøve å ta opp igjen en sak som nettopp var henlagt. Det kom imidlertid ikke noe ut av dette. Saken ble igjen lagt i skuffene i byråkratiet, og der ligger den fortsatt.

På anmodning fra departementet ble LFN i 2009 invitert til møter med spesialisthelsetjenesten i direktoratet. Våre kommentarer til Helsedirektoratets forslag til referat ligger på nettstedet til LFN.

Hovedkonklusjonen ble at direktoratet vedgikk at radiologisk påvist instabilitet som følge av leddbåndskader hører inn under skadegrad IV. Direktoratet erkjente at denne pasientgruppen ikke ble diagnostisert eller behandlet i Norge. Begrunnelsen var at det ikke var mulig å påvise denne type skade.

Begrunnelsen er selvsagt ikke riktig. Denne type instabilitet lar seg best påvise ved dynamisk/funksjonell radiologi. Problemet er at spesialistene ikke vil påvise slike skader fordi det vil bekrefte 20 års forsømmelser.

Vi tror at direktoratet kan ha hatt et problem ved at det faglige ansvaret var blitt delegert til legeforeningen/spesialistene. Det betyr at ansvaret i realiteten lå hos Øystein Nygaard i Trondheim, fordi både Nasjonalt senter for spinale lidelser, og landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser, var blitt lagt til St. Olavs.

Ved at delegasjonen er trukket tilbake, er det nå mulig for direktoratet å komme ut av det blindsporet som nevromiljøet i Trondheim representerer.



8 LEGEFORENINGEN OG FORSIKRINGSBRANSJEN – KURS FOR LEGER

8.1 2002 – 2010 LEGEFORENINGENS KURS I FORSIKRINGSMEDISIN

Som tidligere nevnt valgte Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), i forståelse med Statens Helsetilsyn og departementet, å fokusere på medisinsk faglig litteratur, og se bort fra retningslinjer etablert ved rettspraksis. Samme år la det såkalte "Røsæg-utvalget" fram en utredning, NOU 2000; 3, som omhandlet de juridiske problemstillingene i forbindelse med oppnevning av sakkyndige.

I utredningen ble spesialistvurderingene i forbindelse med trafikkulykker viet stor oppmerksomhet, og det ble uttrykt bekymring for rettsikkerheten i slike saker. For å bedre rettssikkerheten ble det foreslått at en nøytral instans skulle velge sakkyndige fra en pool av sakkyndige.

I 2002 lanserte Legeforeningen et internettkurs i "Forsikringsmedisin". Begrunnelsen var at Legeforeningen ønsket å bidra til at opplysninger fra leger til forsikringsselskapene holdt høy kvalitet, samtidig som pasientens personvern blir ivaretatt.

Det ble i den forbindelse etablert et samarbeidsutvalg mellom forsikringsbransjen ved Finansnæringens hovedorganisasjon og Legeforeningen.

Kurset var blitt utviklet av en arbeidsgruppe bestående av leger fra allmennpraksis og fra forsikringsbransjen, og legene Marit Krohg fra If Skadeforsikring og Terje Tangen fra Storebrand Livsforsikring hadde vært kursforfattere.

Kurset ble selvsagt deretter. Kurset i forsikringsmedisin ble i praksis en presentasjon av hvordan nakkeslengskader er blitt vurdert av psykiater Opjordsmoen.

På bakgrunn av debatten om spesialister "kjøpt og betalt" av forsikringsbransjen, er det graverende at Legeforeningen la hele opplegget i hendene på leger ansatt i forsikringsselskapene If og Storebrand. Kurslederne skriver at temaet "forsikringsmedisin" er svært godt egnet til å belyses gjennom kasuistikker. De presenterer deretter et typisk kasus med en mann på 30 år hvor det i journalen er blitt notert:

"... dimittert fra militæret etter 6 mnd. pga. angstreaksjon etter "tøff øvelse"....psykisk reaksjon etter skilsmisse for 4 år siden, sykmeldt 5 uker pga søvnproblemer (kortvarig medikamentell behandling) og hodepine"

Med dette introduseres "angstreaksjon" og "psykisk reaksjon"- før den aktuelle ulykken- som typisk for nakkeskade. Dermed er grunnlaget lagt for at forsikringslegene siden kan hevde at det dreier seg om en funksjonell lidelse hvor psykiske problemer forelå allerede før ulykken, og derfor ikke kan være forsikringsselskapets ansvar.

I et "aktuelt notat" oppgis følgende:

"Ofte stiv i nakke og hodepine siste halvår. Kommer særlig utover dagen på jobb, men kan av og til våkne med hodepine. Sveiser på verftet, ansatt 2 år. Trives på jobb fremfor skole hvor han slet pga lese-/skrivevansker. Er samboer, har 8 mndr gammel gutt. Har hatt en del problemer med å komme til enighet om økonomi og praktisering av delt foreldrerett (6 år gml gutt) med tidl kone. Orient. nevr.us u.a. Normal bevegelighet i nakke, men øm ved palp. Over muskelfestene og trapezius. Sanns. tensjonsbetinget hodepine / nakkesm. Rekv. fys.ter."
I journalnotat 1 1/2 år etter forrige konsultasjon



"Påkjørt bakfra for 2 mndr. siden. Små skader på bilene, men fikk kraftig vondt i nakken. Var på legevakta samme kveld og tok rtg. Fikk noen tabletter og kunne gå på jobb dagen etter. Siste 3 uker igjen økende nakkesmerter og hodepine. Svimmel når han leser avis og ser på TV. Plutselig svimmel under stillasarbeid i går og måtte gå hjem fra jobb. Lurer på om han kan ha fått whiplash. Beveger nakken forsiktig. Moderat nedsatt bevegelighet i alle retninger, mest ved ekstensjon. Uttalt palpasjonsømheter. Normal nevrologi. Recidiv av nakkesmerter etter påkjørsel bakfra. Råd om å ta det med ro. SM. ut uka. Rekv. fys.ter. Hvis svimmelheten ikke gir seg, henv. nevrolog".

I mellomtiden har du forlenget sykmelding og henvist til nevrolog.
Deretter følger spørsmål til besvarelse :

- Hva vet du om whiplash?.. om behandling? .. om prognosen?
- Vurderer du tidligere nakke-/hodeplager å være av betydning?
- Dersom plagene blir varige og resulterer i ervervsuførhet, synes du at han bør få erstatning for personskade under bilansvarsdekningen?
- Hvilken spesialistkompetanse mener du domstolen bør velge som sakkyndig ved skadetilfeller som dette?

Som referanser/supplerende lesning anbefales :

- SMM-rapport Nr.5/2000; Nakkeslengskade. Diagnostikk og evaluering.
- Internasjonal konsensus om lidelser assosiert med nakkeslengskade. (The Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders (WAD)) Tidsskr Nor Lægeforen nr. 17, 1995; 115, 2158-2159 (Opjordsmoen S m.fl.).
- Nakkeslengskade - whiplash - behandling og prognose. Opjordsmoen S. I; Medisinsk Årbok 1994 s 85 – 89.

Vår konklusjon er entydig. I "forsikringsmedisin" skal legene lære om whiplash/nakkeslengskader, altså skadegrad I og II. Utenom SMM-rapporten er kildene skrevet av psykiater Opjordsmoen. Da gir svarene seg selv. De svarene som sendes inn havner så hos forsikringsselskapet. Den som svarer "galt" vil neppe få oppdrag fra bransjen.

I 2010 lanserer Legeforeningen et nytt kurs. Denne gang i "Sakkyndighetsarbeid". Kurset er obligatorisk for alle som vil utdanne seg til spesialist i en av de 46 spesialistgrenene i helsevesenet. Forfatterne er:

- Jorulf Aasen, overlege, Oslo Universitetssykehus.
- Helge J. Nordal, overlege prof. emeritus, Oslo Universitetssykehus.
- Marit Krohg, Rådgivende lege, If skadeforsikring.

Kurset dreier seg bl.a. om hvordan nakkeslengskader er blitt vurdert i norsk rett. Denne delen av kurset dreier seg om Høyesteretts dom i Anne Lene Lie-saken fra 1998, hvor nevrolog Helge Nordal la fram sine fire kriterier. Det er ingen overdrivelse å hevde at Nordals utlegninger i saken blir framstilt som medisinske sannheter, og at dommen i Høyesterett nærmest er å betrakte som bevis for dette. Det var selvsagt ikke i kursforfatternes interesse å skape diskusjon om Nordals kriterier, særlig ikke når Nordal var en av forfatterne. At kriteriene bare kan ha relevans for skadegrad I og II, altså etter at alvorlige skader er utelukket, er selvsagt heller ikke tema. Dommen og Nordals kriterier er ikke til diskusjon.

I 2000 valgte SMM-utvalget å fokusere på medisinsk faglig litteratur og "se bort fra retningslinjer etablert ved rettspraksis". I 2010 blir nettopp slike retningslinjer å betrakte som pensum for alle nye spesialister.



9 RETTSPRAKSIS BLIR BEKREFTET

9.1 2010 HØYESTERETTSDOM HR-2010-2166-A

Det er dessverre slik at Legeforeningen, gjennom sin kursvirksomhet, har bidratt til å sementere de feiloppfatninger som kom til uttrykk i Høyesterettsdommene fra før 2000. Den siste dommen fra 2010, HR-2010-2166-A er et grelt eksempel på dette.

Dommen ble ført i pennen nyoppnevnt høyesterettsdommer Noer. Noer skriver at A i mai 2002 hadde vært utsatt for en kjedekollisjon hvor fem biler var involvert. Bilen som A satt i ble kondemnert. Om hastighet skriver Noer:

"Det er ikke sikre opplysninger om hastigheten i kollisjonsøyeblikket..., men ulykken skal ha skjedd etter at fartsgrensen var satt ned fra 80-60km/t".

Vi har problemer med å forstå hva Noer ønsket å belyse med dette, men tar det med som en illustrasjon på hva dommer Noer rent generelt la vekt på. A ble etter ulykken sendt med ambulanse til legevakt. I journalen går det fram at han hadde smerter i nakken. Ble så videresendt til akuttmottaket på Sykehuset Østfold hvor det ble tatt røntgen, uten at det ble funnet skade.

Kontakt med primærlegen som noterte: *"plager i nakke og begge armer"*.

MR påviser at A hadde to prolapser i korsryggen.

Sarpsborg tingrett avsa dom i juni 2009 og tilkjente A erstatning.

Forsikringsselskapet anket saken til Borgarting lagmannsrett som forkastet anken. Saken ble deretter anket til Høyesterett som oppnevnte K. Stanghelle, spesialist i fysikalsk medisin og nevrolog Lars Stovner fra St. Olavs. Det ble også framlagt en tilleggserklæring fra nevrokirurg Iver Langmoen. I tilknytning til dette skriver Noer:

"Det ble framlagt en rekke medisinske artikler om nakkesleng som er nye for Høyesterett".

I sin oppsummering skriver dommer Noer bl.a.:

"Det foreligger en omfattende rettspraksis om kravet til årsakssammenheng i saker med nakkesleng. Mangelen på objektivt konstaterbare biologiske funn kombinert med at symptomene kan være diffuse og av en art som er svært vanlig i befolkningen gjør at årsaksvurderingen er vanskelig"... Domsstolene må derfor vurdere årsaksforhold og skadeomfang ut fra "allment akseptert viten".

Dommer Noer skriver videre:

"Det er særlig professor Lars Stovner som selv har drevet forskning på virkninger av nakkeslengstraumer som viser til generell medisinsk forskning".

Stovner viser bl.a til de to studiene fra Litauen hvor han selv var en av forskerne. Vi skal ikke bruke tid på dette. Det er liten tvil om at disse studiene har oppnådd en herostratisk berømmelse internasjonalt. Studien ble grundig vurdert også av to av Stovnners kolleger fra RiT som var medlemmer i SMM-utvalget:



"funn fra Litauen er således basert på for små pasientmaterialer til at de er konklusive i forhold til hypotesen om hvorvidt påkjørsel bakfra fører til en økt forekomst av kroniske nakkeplager. I slike situasjoner med små utvalg kan man også oppleve at det vi forventer skal være en positiv gruppeforskjell blir anslått til å være negativ... Studiene er derfor ikke konklusive".

Det betyr ganske enkelt at man ikke kan trekke konklusjoner på grunnlag av "Litauen-studiene". Vi er ganske sikre på at Stovner ikke fortalte retten noe om det.

Stovner viser også til den såkalte "Castro-studien" hvor forsøkspersoner hadde sagt seg villig til å være med på en lavhastighetskollisjon. I forbindelse med dette:

"... fikk de høre et kraftig smell i bilen, singling av glass og forsøkslederne kom løpende til og med bekymret mine beklaget at noe hadde gått galt slik at de var blitt utsatt for en verre påkjørsel enn planlagt".

Stovner sier at til tross for at hastigheten var lav, rapporterte 18 % om smerter i hode og nakke rett etter ulykken, og 10 % meldte om smerter fire uker etter.

Det underlige med dette "beviset" er at symptomene rett etter "uhellet" selvsagt var å forvente. De fleste ville blitt "stiv av skrekk", med påfølgende hodepine og stivhet i nakkemuskulaturen, hvis man ble fortalt at prosjektet hadde gått galt, og at man hadde vært utsatt for verre påkjørsel enn forventet. At 10 % kan ha smerter etter fire uker kan jo være en konsekvens av at slike symptomer, etter de samme forskernes mening, er helt vanlige i befolkningen.

Vi vil nevne at psykiater Malt beskriver den samme studien i læreboken "Nevrologi og nevrokirurgi", som "bevis" for nevropsykiatri hos nakkeskade.

Som nevrolog ved St.Olavs er Stovner selvsagt kjent med leddbåndproblematikk og instabilitet. Det sier han selvsagt ikke noe om, men han formulerer en avgrensning som er uhyre interessant:

"Dersom såkalt nakkesleng ikke beror på kronisk bløtdelsskade, hva kan da være årsaken til at så mange mennesker mener å lide av en slik tilstand".

Vårt spørsmål er veldig enkelt. Hva hvis det foreligger en kronisk bløtdelsskade som helt eller delvis rupterte leddbånd, er ikke smertene og symptomene da påregnelige?

I denne saken foreligger det funn som klart peker i retning av slike skader. Dommer Noer beskriver dette slik:

"Ved MR-undersøkelse i 2005 ble det funnet betydelige alarligamentskader bilateralt (skade av leddbånd øverst i nakken på begge sider) De sakkyndige har imidlertid sett bort fra dette, da det er en tilstand som "ses like hyppig hos friske og besværfrie personer" i følge professor Stovner".

Uttalelsen fra Stovner er grovt misvisende. Betydelige leddbåndskader øverst i nakken er ikke vanlig i befolkningen. Det er et viktig funn som skulle vært fulgt opp med dynamisk radiologi for å bekrefte eller avkrefte mistanke om instabilitet.

Stovner leter heller etter forklaringer andre steder. Sammen med nevrolog Schrader er Stovner den mest profilerte og ukritiske tilhenger av den biopsykologiske tilnærmingen. Hva dette bygger på framgår av en artikkel om "Kronisk nakkeslengsyndrom" som de to skrev i tidsskriftet Fysioterapeuten i 2002:



"Mens det i enkelte land synes å være mange pasienter som lider av det kroniske nakkeslengsyndrom, er nakkesleng andre steder nærmest ukjent eller har et kortvarig og godartet forløp. For å forstå denne forskjellen foreslås en biopsykososial modell for tilstanden, der det viktigste elementet er at det i befolkningen er et stort reservoar av spontant opptredende symptomer, deriblant hode- og nakkesmerter. Gjennom mekanismer som henføring, negativ forventning (nocebo) og forsterkning vil disse vanlige symptomene kunne oppleves som utelukkende forårsaket av et lite til moderat traume, og gjennom uhensiktsmessig atferd og behandling kan plagene forverres og forlenges. For vurdering av erstatningskrav etter slike skader vektlegges at det ikke er påvist noen årsakssammenheng mellom vanlige nakkeslengtraumer og kroniske plager, og samtlige av et sett minimumskriterier må derfor oppfylles om man i unntakstilfeller skal kunne akseptere en slik sammenheng".

Stovner må mene at denne aktuelle trafikkulykken, hvor bilen ble kondemnert, og pasienten kjørt med ambulanse til legevakten, bare påførte pasienten et *"lite til moderat traume"*.

Ved oppnevning av nevrolog Stovner som sakkyndig var saken avgjort på forhånd. Stovner har aldri skrevet om annet enn nakkeslengskader. Det mest kritikkverdige ved hans framstillinger er at han aldri har sagt at bruken av begrepet nakkesleng forutsetter at alvorligere skader av grad IV er utelukket ved bruk av adekvat radiologisk undersøkelse.

Dommer Noer konkluderer med å stemme for at Trafikkskadeforsikringen frifinnes. Dette får tilslutning fra de andre dommerne og dommen er dermed enstemmig.

Dommen er nok et grelt eksempel på at nevrologer, uten kunnskaper om symptomer / smerter fra alvorlige leddbåndskader, bidrar til at Høyesterett oppfatter alle skader som nakkeslengskader. Vedvarende plager blir oppfattet som upåregnelige, og Høyesterett har i sak etter sak godtatt nevrologenes og psykiaternes påstander om at problemene da må finnes i de skaddes psyke eller i deres sosiale miljø. Vi kan ikke se at Høyesterett på noe tidspunkt har bedt de sakkyndige redegjøre for hvordan alvorligere skader er blitt utelukket.

LFN mener at Høyesterett må legge inn et krav i mandatet til de sakkyndige om å redegjøre for hvordan alvorlige instabile skader av grad IV er utelukket. Før dette blir gjort vil Høyesterett sementere en håpløs rettspraksis basert på uttalelser fra kunnskapsløse sakkyndige.



10 MEDISINSKE FAKTA BLIR BEKREFTET

10.1 «NEUROSURGERY 68;291-30,2011»

Vi har referert beskrivelsen av leddbåndskader og instabilitet i nevrokirurg Wester sin søknad fra 2001, og mener at den er enkel og medisinsk korrekt.

I tidsskriftet Neurosurgery (68:291-301, 2011) blir det satt fokus nettopp på leddbåndenes helt sentrale betydning i artikkelen:

"The Craniovertebral Junction Area and the Role of the Ligaments and Membranes".

Artikkelen er et historisk kunnskapssammendrag av forskning på leddbånd og membraner, og har referanser til 66 forskningsartikler. Av disse var 49 skrevet før 2001. Wester hadde derfor god dekning i litteraturen for sin søknad. I tillegg var jo leddbåndsproblematikk godt kjent på Haukeland gjennom forskningen til radiolog Kråkenes og manuellterapeut Kaale.

Vi har oversatt hele sammendraget og deler av konklusjonen. For å beskrive hode-/nakke-overgangen bruker artikkelen forkortelsen CVJ (Cranio - Vertebral - Junction). Vi bruker forkortelsen CCJ (Cranio - Cervikal - Junction). Vi gjør samtidig oppmerksom på at helt eller delvis avrevne leddbånd representerer et like stort problem i alle leddene i nakken.

Sammendrag (s.291, LNF sin utheving):

*"Traumatiske skader i overgangen mellom hode/rygggrad (CCJ) er vanlige og er ofte resultat av trafikk-, fall - og stupeulykker. For å definere og karakterisere CCJ- ulykkeskader er det i bruk noen **internasjonale klassifikasjoner og de er ment å fokusere på beinbrudd i ledd**. Imidlertid peker nye data på den avgjørende viktige rollen til leddbånd og membraner i CCJ etter ulykkeskader med en sekundær virkning på funksjon/ bevegelse av beinstrukturene. Å legge vekt på den riktige funksjonen til leddbånd og membraner er særdeles viktig for å bestemme riktig medisinsk og kirurgisk planlegging for pasienter og også for å **lage nye klassifikasjoner for CCJ-skade**. Vi gjennomgikk alle betydelige publikasjoner fra den senere tid om leddbånd og membraner i CCJ- området. Vi delte informasjonen inn i avsnitt angående anatomi, embryologi, biomekanikk, ulykker og brudd i CCJ. At leddbånd og membraner har spilt en rolle i skader etter ulykke har vært anerkjent; men først nylig, gjennom økning i kunnskap om det anatomiske og biomekaniske leddområdet, understøttet av nevreradiologiske verktøy (MRI) og en mer detaljert ulykkeskadevurdering, har søkelyset blitt satt på betydningen av leddbånd og membraner. **Leddbånd og membraner har en sentral rolle i hvert ledds bevegelsesevne og er nøkkelen for å lete etter medisinske og kirurgiske indikasjoner i dette unike området av ryggraden**".*

Konklusjon (s.300 – utdrag, LNF sin utheving):

*"De spesielle formene på virvlene, mangelen på mellomvirvelskiver, de svært store bevegelsesutslag som området tillater, sammen med den primære funksjonen – å beskytte ryggmargen og opprettholde stabilitet samtidig- er alle elementer som gjør CCJ-området enestående. Vi gjennomførte en undersøkelse av CCJ-området for å påvise den helt vesentlige rollen som leddbånd og membraner hadde for leddegenskaper og funksjon, og for å peke på at den måten som en hver skadeklassifikasjon er tenkt, utarbeidet og designet for **bare dreiet seg om beinbrudd i ledd**".*

"Forbedret kunnskap om både anatomi og biomekanikk i CCJ-området, støttet av nevreradiologiske verktøy og mye mer detaljert ulykkeskade vurdering har dramatisk endret



vår måte å se dette området på, og har fokusert vår oppmerksomhet på funksjonen til leddbånd og membraner”.

De problemstillingene vi har prøvd å reise for vår pasientgruppe har vært kjent i det norske nevrokirurgiske miljøet i mer enn 10 år. Man kan undre seg over at ikke flere enn Knut Wester og Roald Baardsen i det nevrokirurgiske miljøet har tatt ansvar for denne pasientgruppen. Det kan ha sammenheng med at disse skadene har vært et medisinsk ”ingenmannsland”. Nevrologene har ikke hatt kompetanse. Nevrokirurgene har kjent til instabilitetsproblematikken i forbindelse med bruddskader, slik artikkelen fra Neurosurgery påpeker, men ingen har hatt ansvar for instabilitet som følge av leddbåndskader.

Skissen av leddbånd og membranstrukturen i CCJ, på forsiden av dette notatet, er hentet fra en artikkel i Journal of Neurosurgery Spine 14:697-709, 2011 med tittelen:

”Ligaments of the craniocervical junction”

Her heter det innledningsvis:

”De spesialiserte ligamentene i CCJ må tillate både stabilitet og bevegelse. Fordi skade på disse viktige strukturene vanligvis forårsaker død eller morbiditet må nevrokirurgen ha en grundig forståelse av anatomen og funksjonen til disse ligamentene. Etter det forfatterne vet finnes det ikke noen fullstendig oversikt over disse strukturene i medisinsk litteratur. Målet med den foreliggende studien var å trekke ut informasjon om disse strukturene fra den foreliggende litteraturen og gi en samlet framstilling”

Dette indikerer at leddbåndskader i nakken ikke har vært et prioritert område for nevrokirurgi. Kunnskapene har ligget spredt i artikler og forskningsrapporter, og enkelte nevrokirurger i Norge har fulgt med på denne kunnskapsutviklingen. Det gjelder Knut Wester ved Haukeland og Roald Baardsen i Stavanger. Rent generelt har det nevrokirurgiske miljøet vist liten eller ingen interesse for disse problemstillingene, og deler av miljøet har direkte motarbeidet at helsevesenet skal fokusere på leddbåndskader og instabilitet. Dette gjelder særlig nevrospesialistene v/St. Olavs hospital. At landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser ble lagt hit, har fungert som en bremsekloss for faglig utvikling, og ført til feildiagnostisering, lidelse og stigmatisering av alvorlige skadde pasienter.



DEL III OPPSUMMERING OG FORSLAG TIL LØSNING

11 OPPSUMMERING

11.1 ORTOPEDER HAR DEN SPESIALISTKOMPETANSEN SOM NEVROFAGENE MANGLER

Vi viser til læreboken "Nevrologi og nevrokirurgi", fordi nevrofagene (nevrologer og nevrokirurger) hittil har hatt hovedansvaret for vurdering/behandling av nakkeskader. Her heter det:

*"Man skiller vanligvis mellom skader med og uten nevrologiske utfall og mellom **stabile og instabile skader**".*

Skader med nevrologiske utfall er skader av grad III og nevrologenes ansvarsområde.

Skaderelatert instabilitet gjelder muskel-/skjelettsystemet, og radiologisk påvist instabilitet er skader av grad IV. Vurdering/behandling av slike skader har vært nevrokirurgenes ansvar, men oppmerksomheten har vært ensidig rettet mot bruddskader i virvlene. Vi mener at artikkelen fra Neuroradiologi bekrefter dette.

At rupterte leddbånd kan forårsake instabilitet har vært kjent lenge. Vi viser til læreboken til Foreman og Croft fra 1988.

I Norge ble dette beskrevet for første gang av nevrokirurg Knut Wester i 2001. Vi mener at årsaken til at denne erkjennelsen kom så sent, skyldes at nevrologer og nevrokirurger har nervesystemet som spesialfelt.

Muskel-skjelettsystemet hører definitivt ikke til nevrologenes fagområde. Det hører heller ikke til nevrokirurgenes fagområde, men problemstillingene rundt instabilitet har vært kjent i forbindelse med akuttkirurgi (bruddskader), og i forbindelse med instabilitet som følge av en rekke sykdomstilstander.

I legevitenenskapen er ledd, leddkapsler og leddbånd ortopedenes fagområde, men av for oss ukjente årsaker har ortopedenes ansvar for ryggskader sluttet der nakken begynner.

LFN mener at ortopeder er langt bedre kvalifisert til å vurdere og skille mellom alle grader av leddbåndskader i nakken, og at ortopedene må få en sentral plass i det helsetilbudet som må etableres for vår skadegruppe.

11.2 NAKKESLENG ELLER NAKKESKADE - NEVROLOGENES ANSVAR FOR BEGREPSFORVIRRING

Læreboken i nevrologi utelater ganske enkelt skader av grad IV. Dersom nevrologiske utfall ikke lar seg påvise, må det etter nevrologens forståelse dreie seg om nakkeslengskader.

Da er nevrologens verktøykiste tom, og pasientene blir sendt videre til psykolog/psykiater. Psykologer/psykiatere er på sin side av den oppfatning at negative funn ved nevrologisk undersøkelse betyr at somatisk skade er utelukket. Smertene/symptomene som pasienten forteller om, må derfor ha sin opprinnelse i pasientens psyke eller personlighet.

I dag blir begrepet nakkesleng brukt om alle typer og grader av nakkeskade. Forskningen er dominert av nevrologer/psykologer/psykiatere som hevder å bruke en biopsykososial tilnærming, men som helt åpenbart mangler kunnskap om de biologiske/somatiske skadene



som mange av pasientene har. Deres forklaring er at det dreier seg om latente psykiske og sosiale problemer, som kan bli utløst av et ubetydelig traume.

En mer ekstrem retning, dominert av psykologer og psykiatere, mener at det ikke dreier seg om skade, men om funksjonell lidelse, hvor psykiske problemer var til stede allerede før ulykken.

At det kan dreie seg om alvorlige udiagnostiserte skader ligger utenfor disse forskernes forestillingsevne.

Ansvar for at det er blitt slik ligger etter vår mening hos Legeforeningen som i 1992, i samarbeid med forsikringsbransjen, utpekte psykiatere og nevrologer til "Tvistenemnd for nakkeskader". Legeforeningen fulgte heller ikke opp retningslinjene for vurdering av nakkeskader fra 1994, hvor man skrev at behandling av nakkeskader ville "bli spesielt omtalt i et eget vedlegg som kommer senere".

Ansvar ligger selvsagt også på nevrologer/psykiatere som har påtatt seg ansvaret som spesialister på nakkeskade - uten å redegjøre for sine faglige begrensninger.

LFN mener at norsk helsevesen ikke skal benytte begrepene nakkesleng/whiplash uten at det kan dokumenteres at alvorlige instabile skader er ekskludert ved dynamisk radiologi. Det skal heller ikke bevilges midler til nakkeslengforskning uten at forskerne kan redegjøre for hvordan de alvorligste instabile skadene er utelukket fra forskningsmaterialet.

11.3 DOMSTOLENE OG RETTSPRAKSIS I TRAFIKKSKADESAKER

Fokuset på nakkesleng, psykologi og psykiatri er ført inn i rettsapparatet av sakkyndige nevrologer og psykiatere. Gjennom en rekke saker er Høyesteretts praksis blitt entydig. Alle skader oppfattes som nakkeslengskader, og kroniske smerter/symptomer regnes derfor som upåregnelige. I mange dommer blir skadene korrekt omtalt som bløtdelsskader, uten at retten på noe tidspunkt har stilt spørsmål om hvordan alvorligere bløtdelskader er ekskludert. At det eksisterer en grad IV av nakkeskader, og at bløtdelskader som avrevne leddbånd kan være dødelige, er ukjente problemstillinger i norsk Høyesterett.

LFN mener at domstolene må kreve at sakkyndige redegjør for om/hvordan spørsmålet om instabile skader er avklart. Dersom instabilitet er påvist, skal retten se bort fra de fire kriteriene til nevrolog Nordal. Når retten selv oppnevner sakkyndige, må mandatet inneholde et krav om avklaring av skadegrad IV og mulig instabilitet.

11.4 NAV OG NAKKESKADER

De problemene vi har beskrevet har også slått inn i saker som angår trygd/uførepensjon. I følge opplysninger fra NAV har alle som har fått innvilget uførepensjon fått den samme diagnosen fra ICD-10: S13.4 Nakkeslengskade.

LFN mener at NAV, ved innhenting av spesialisterklæringer i forbindelse med nakkeskader, må kreve at spørsmålet om instabilitet skal være avklart, og at det skal brukes korrekte diagnoser fra ICD-10.



12 LFN'S FORSLAG TIL LØSNING

12.1 VÅRT HOVEDKRAV - DET MÅ ETABLERES ET TILBUD OM DIAGNOSTIKK AV INSTABILITET

Vi mener å ha dokumentert at pasienter vurderes for instabilitet ved akutt skader i Norge, men for instabilitet - som først manifesterer seg på et senere tidspunkt - finnes det ikke noe diagnostisk tilbud i spesialisthelsetjenesten.

- Det må etableres et diagnostisk tilbud som kan skille alvorlige instabile nakkeskader av grad IV fra nakkeslengskader av grad I og II.
- Et tilbud må etableres på en universitetsklinikk som pasientene kan ha tillit til
- Inntil et slikt tilbud er etablert må denne pasientgruppen ha rett til second opinion i utlandet

12.2 REVIDERING AV SKADEGRADER OG DIAGNOSER

Stortinget fattet i 2009 vedtak om at nakkeskader skal beskrives med diagnosekoder fra ICD-10. ICD-10 inneholder også diagnoser for instabilitet i nakken. Disse diagnosene skal brukes når instabilitet er påvist. Med utgangspunkt i SMM-rapportens oversikt over diagnoser og skadegrader har LFN laget et revidert forslag.

*Tabell 3. LFN sine forslag til revisjon av SMM-rapportens oversikt over skadegrader og diagnoser. Våre tilføyinger/endringer med **rødt**.*

WAD grad	Kliniske tegn	ICD-10 diagnoser		Ansvarlig
I	Smerter/stivhet eller Ømhet i nakken. Ingen funn ved undersøkelsen	S.13.4	Forstuving og forstrekning i cervicalkolumna Nakkeslengskade	Primærhelse-tjenesten
II	Som WAD I men med innskrenket bevegelse. Ømhet ved palpasjon. Ingen funn ved nevrologisk eller radiologisk undersøkelse	S.13.4	Forstuving og forstrekning i cervicalkolumna Nakkeslengskade	Primærhelse-tjenesten/ ortoped
III	Nakkeplager og tegn til funksjonsutfall fra nervesystemet (refleksforandringer, pareser eller sensibilitetstap) Nevrologiske funn	S.14 M53.1 M50 M54.2	Skade på nervevev og ryggmarg i halsregionen Cervicobrakialt syndrom Lidelser i cervicalskive Nakkesmerter	Primærhelse-tjenesten/ nevrolog
IV	Nakkesmerter, innskrenket bevegelse og/ eller akseavvik, evt. andre tegn til nakkebrudd, dislokasjon Instabilitet etter leddbåndskade Radiologiske funn	S12 S13.1 M53.0 M53.2 M43.3 M43.4 M43.5	Brudd i halsregionen Dislokasjon av cervical virvel Cervikokranialt syndrom Spinal instabilitet Residiverende atlantoaxial subluksasjon m/myelopati Annen residiverende atlantoaxial subluksasjon Annen residiverende subluksasjon av virvel	Spesialist / ortoped / nevrokirurg



Vi har uthevet at nakkeslengskade er begrenset til WAD I og II, og at dette er skader som ikke lar seg påvise ved nevrologiske eller radiologiske metoder. Vi har endret ansvarlig fra allmennlege til primærhelsetjeneste, fordi grupper som manuellterapeutene har høy kompetanse på muskel-/skjelettlidelser, og har en lignende rolle som fastlegene i primærhelsetjenesten

WAD III dreier seg skader med påvisbare nevrologiske funn.

Grad IV er skader som kan påvises radiologisk ved røntgen, CT, MR eller ved funksjonsradiologi. Bruddskader kan være instabile, det samme gjelder for dislokasjon og akseavvik hvor leddbånd er skadd.

Radiologisk bekreftet instabil ligamentskade er skadegrad IV.

Diagnosene som skal benyttes ved instabilitet er:

- M 53.2 Spinal instabilitet (M53.21 gjelder CCJ, M53.22 og M53.23 nakken for øvrig)
- M43.3 Residiverende atlantoaxial sublaksasjon med myelopati
- M43.4 Annen residiverende atlantoaxial sublaksasjon
- M43.5 Annen residiverende sublaksasjon av virvel

Residiverende betyr at problemet gjentar seg. Dette er typisk for nakkeskade pasienter. Perioder med instabilitet/sublaksasjon veksler med perioder med muskulære kramper. Dette kan skape diagnostiske problemer, fordi muskulære kramper kan skjule en underliggende instabilitet.

12.3 PROSEDYRE FOR Å KLARLEGGE SKADEGRAD

Diagnostikk må ha som formål å avdekke de alvorligste skadene så tidlig som mulig. Først når skader av grad III og IV er ekskludert, kan man beskrive skadene som nakkeslengskader.

Tabell 4. Prosedyre for å kartlegge skadegrad.

Trinn 1 Avklaring av skadegrad IV Primærhelsetjenesten Radiolog/Ortoped/Nevrokirurg	Trinn 2 Avklaring av skadegrad III Primærhelsetjenesten Nevrolog	Trinn 3 Avklaring av om det er skadegrad I eller II Primærhelsetjenesten
Tegn til brudd, dislokasjon og instabilitet må avklares ved radiologisk diagnostikk. Ved mistanke om instabilitet må man bruke dynamisk/ funksjonell røntgen/ CT eller MR. Ved positive funn og stor instabilitet må pas. vurderes for operasjon Ved negative funn må pas. vurderes for nevrologisk utfall	Nakkeplager og tegn til funksjons-utfall fra nervesystemet (refleksforandringer, pareser eller sensibilitetstap) Ved negative funn tilbake til primærhelsetjenesten	Når de alvorligste skadene av grad IV og grad III er ekskludert, kan behandlere/ primærlege anlegge den positive og oppmuntrende tonen som psykiater Opjordsmoen anbefalte. Pasienten har en nakkeslengskade med god prognose

Fra 2007 har LFN gjentatte ganger beskrevet disse forholdene i henvendelser til Helse- og omsorgskomiteen, Departementet og Direktoratet, og vi henviser til LFN sine nettsider for mer informasjon/dokumentasjon (www.lfn.no politikk, aktuelle saker osv.)

Vi bidrar selvsagt med mer informasjon/dokumentasjon dersom noe er uklart.



DEL IV VEDLEGG

13.1 MARS 2011- BREV FRA LFN TIL NEVROLOGISKE OG NEVROKIRURGISKE AVDELINGER



LFN
Landsforeningen
For Nakkeskadde
Tilsluttet Norges Handikapforbund
En smerte som deles taper sin kraft ...

LFN, 9. mars 2011

Haukeland Universitetssykehus
Helse Finnmark, Klinikk Hammerfest
Helse Finnmark, Klinikk Hammerfest, Alta spesialistpoliklinikk
Oslo Universitetssykehus HF Ullevål
St. Olavs Hospital
Stavanger Universitetssjukehus, nevrologisk avd.
UNN HF, Tromsø
Vestre Viken HF, Ringerike Sykehus

Ang. diagnostikk og behandling av instabile nakkeskader

LFN (Landsforeningen for nakkeskadde) er landets største pasientorganisasjon for nakkeskadde. Vi får en rekke henvendelser fra pasienter som er kronisk plaget med omfattende symptomer etter nakkeskade, og hvor det er mistanke om instabilitet. Disse pasientene ber om råd om hvor de kan henvende seg for å få dette bekreftet eller avkreftet.

Vår forståelse av denne problematikken er stort sett i samsvar med læreverket **Nevrologi og nevrokirurgi** (5.reviderte utgave 2010 s. 325) hvor det under headingen "Klassifisering av spinale skader" står følgende:

*"Det er ikke utarbeidet noe entydig system for inndeling av spinale skader. Man skiller vanligvis mellom skader med og uten nevrologiske utfall og mellom stabile og **ustabile** skader. Det foreligger **instabilitet** når normal aktivitet kan gi feilstilling som skader ryggmargen eller nerverøttene. **Instabilitet** kan også føre til at skaden tilheler med uakseptabel feilstilling og da noen ganger med smerteplager. **Instabilitet** er et relativt*



*begrep og det er derfor ofte nødvendig å vurdere skjønnsmessig om en skade er **instabil** og i så fall i hvor stor grad”*

Vi kjenner til at pasienter med sykdommer som revmatoid artritt, Downs syndrom, Marfan syndrom og Ehler Danlos syndrom blir vurdert for mulig instabilitet, og at slik instabilitet er operasjons-indikasjon. Også når det gjelder bruddskader er instabilitetsproblematikken sentral. Instabile bruddskader er også operasjonsindikasjon. Instabilitet kan også ha andre årsaker som f.eks hel eller delvis ruptur av ligamenter. Det er denne pasientgruppen som gir tilbakemelding til LFN om at deres problemer ikke blir tatt på alvor. Vi opplever dette som en uholdbar situasjon fordi instabilitet er en kjent årsak til smerte og en rekke andre invalidiserende symptomer, og fordi enkelte behandlingsformer som kiropraktikk i følge WHO er kontraindisert når det gjelder manipulasjon i cervikal columna. Vi har mottatt flere henvendelser fra nakkeskadde som er blitt markant dårligere av denne type behandling.

Gjennom informasjonen på ”Fritt sykehusvalg” er det ikke mulig å få de opplysningene vi trenger for å gi våre medlemmer fornuftige råd om hvor de bør hende seg.

Vi ønsker derfor en tilbakemelding på hvilke rutiner og hvilken diagnostikk sykehuset har for å avklare om det foreligger instabilitet, og hvilken grad av instabilitet det i så fall er spørsmål om. Vi ønsker å vite hvilke typer radiologi som brukes på mulige instabile skader, og vi ønsker å vite hvilke diagnoser fra ICD-10 som brukes for å beskrive instabilitet. Norge har som kjent sluttet seg til en internasjonal konsensus om å bruke kriteriene fra Quebec Task Force når det gjelder nakkeskader, og vi vil svært gjerne vite hvor mange pasienter sykehuset årlig har hatt innenfor de fire skadegradene WAD I- IV.

Med vennlig hilsen

Jon Birger Eldevik

Leder i Landsforeningen for Nakkeskadde

lfnjonbirger@gmail.com

Landsforeningen for Nakkeskadde

Postboks 9217 Grønland

0134 Oslo

24 10 24 00



Dato 11.10.2011

Oslo Universitetssykehus HF - Ullevål
Vestre Viken HF, Ringerike sykehus
St. Olavs Hospital, Trondheim
Stavanger Universitetssjukehus
Haukeland Universitetssykehus
UNN HF, Tromsø
Helse Finnmark, Klinikk Hammerfest
Helse Finnmark, Alta spesialistpoliklinikk

Ang. diagnostikk og behandling av instabile nakkeskader

LFN (Landsforeningen for nakkeskadde) er landets største pasientorganisasjon for nakkeskadde. Vi får en rekke henvendelser fra pasienter/medlemmer som er kronisk plaget med omfattende symptomer etter nakkeskade, og hvor det i mange tilfeller er mistanke om alvorlige ligamentskader og instabilitet. Disse pasientene ber om råd om hvor de kan henvende seg for å få dette bekreftet eller avkreftet.

I skriv av 9. mars 2011 ba vi derfor om at spesialistavdelingene i nevrologi og nevrokirurgi ved landets største sykehus redegjorde for diagnostikk/vurdering av denne pasientgruppen. En av grunnene til denne henvendelsen er at søk på "Fritt sykehusvalg" ikke gir noen informasjon om diagnostikk/ behandling av denne type skade. Vi finner opplysninger om behandling av prolaps, stenose og **avstiving** når det gjelder rygg, men når det gjelder nakke finnes det bare informasjon om prolaps og en stor sekkepost for "**Nakkekirurgi annen**". Vi ønsker å vite om denne sekkeposten inneholder avstivingsoperasjoner på indikasjonen instabilitet etter rupterte/delvis rupterte leddbånd på alle nivåer i nakken

Vi har kun mottatt svar fra et sykehus, og etterlyser derfor svar fra Dere.

Vi kan ha forståelse for at vår første henvendelse kan ha blitt glemt eller oversett i en hektisk sykehushverdag, og vedlegger derfor henvendelsen av 9. mars en gang til.



Vi insisterer på at Dere - uansett hvilket tilbud Dere har - gir oss et svar. Dersom det er slik at Dere ikke har noe tilbud, så er det viktig informasjon som vi kan bringe videre til våre medlemmer.

Med vennlig hilsen
Landsforeningen for Nakkeskade

Jon Birger Eldevik

Kopi:

Likestilling- og diskrimineringsombudet
Pasient og brukerombudet i Finnmark
Pasient og brukerombudet i Tromsø
Pasient og brukerombudet i Nordland
Pasient og brukerombudet i Nord-Trøndelag
Pasient og brukerombudet i Sør-Trøndelag
Pasient og brukerombudet i Møre og Romsdal
Pasient og brukerombudet i Sogn og Fjordane
Pasient og brukerombudet i Hordaland
Pasient og brukerombudet i Rogaland
Pasient og brukerombudet i Vest-Agder
Pasient og brukerombudet i Aust-Agder
Pasient og brukerombudet i Telemark
Pasient og brukerombudet i Vestfold
Pasient og brukerombudet i Buskerud
Pasient og brukerombudet i Akershus
Pasient og brukerombudet i Hedmark/Oppland
Pasient og brukerombudet i Oslo
Pasient og brukerombudet i Østfold
Helse Nord RHF, Sjøgata 10, 8038 Bodø
Helse Midt-Norge RHF, postboks 464, 7501 Stjørdal
Helse Vest RHF, postboks 303 Forus, 4066 Stavanger
Helse Sør-Øst RHF, postboks 404, 2303 Hamar
MST

Vedlegg: Brev av 9. mars 2011



13.3 SVAR FRA ST. OLAVS



Nevroklippen
Nevroklippen ledelse



Landsforeningen for nakkeskade
Postboks 9217 Grønland

0134 OSLO

Att.: Jon Birger Eldevik

Vår referanse
11/7191-4/WENCSA
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
327

Dato
25.11.2011

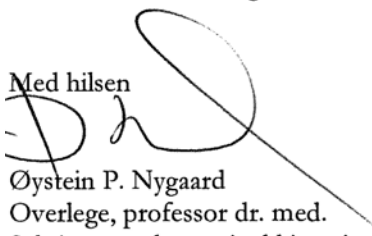
Svar - Diagnostisering og behandling av instabile nakkeskader

Jeg viser til brev av 11/10 2011 vedrørende diagnostikk og behandling av instabile nakkeskader. Begrepet instabilitet er meget vanskelig. I vanlig medisinsk språkbruk omtaler vi en skade i nakke eller rygg som instabil dersom det er fare for økende deformitet eller trykk på nerver/ryggmarg dersom skaden ikke behandles. Selv ved brudd i nakken kan det være uklart om en skade er ustabil og ulike kirurger vil kunne behandle et brudd på ulike måter.

Ligamentskader i nakken etter nakkeskader er et tema som er mye diskutert i litteraturen og det er etter hvert gjort flere studier som tyder på at signalforandringer i de små ligamentene i nakken ikke er spesifikt for pasienter som har gjennomgått en nakkeskade, men sees også hos friske kontroller og pasienter med kroniske smerter i nakken uten tidligere nakkeskade. Det er i disse studiene ikke påvist ruptur eller avrivning av disse ligamentene. Det er derfor lite sannsynlig at denne type forandringer i ligamenter medfører en instabil situasjon, og grunnlaget for å avstive nakken er derfor ikke tilstede. For å kartlegge bevegeligheten i nakken etter nakkeskade gjøres såkalt "dynamisk MRI" ved en radiologisk avdeling i Helsinki. Inntil nå er ikke denne type MR undersøkelse godt nok undersøkt rent vitenskapelig. Vi vet ikke om dette er en nyttig undersøkelse og det er helt utelukket å avstive en pasient i nakken på bakgrunn av en slik MR undersøkelse.

Avstivningsoperasjon på indikasjon mistanke om avrevet /delvis avrevet ligament er derfor ikke noe tilbud ved vår avdeling.

Med hilsen


Øystein P. Nygaard
Overlege, professor dr. med.
Seksjonsoverlege spinal kirurgi

Nevrokirurgisk avdeling
St. Olavs Hospital



13.4 SVAR FRA HAUKELAND

Fra: Myrseth, Erling <erling.myrseth@helse-bergen.no>

Dato: 26.mai 2011 16:49

Emne: Instabil nakkeskade

Til: "lfnjonbirger@gmail.com"

Jeg viser til ditt brev av 09.03.11 "diagnostikk og behandling av instabile nakkeskader".

Til diagnostikk brukes røtgeus av nakken evt med funksjonsbilder, samt MR.

Pasienter med langtkommen leddgikt, Downs syndrom ol har ofte en instabilitet øverst i nakken (mellom C1 og C2). Når denne blir ca 10mm kan det bli aktuelt med fiksasjon for å hindre trykk mot ryggmarg. Smerte alene er ingen operasjonsindikasjon.

Akutte skader med brudd eller ligamentskader som medfører instabilitet og feilstilling er heller ikke noe diagnostisk problem, og trenger fiksasjon.

WAD 1-2 skal ikke opereres (konf Tidsskrift for leger 2005, nov 3).

WAD 3-4 opereres ytterst skjelden, idet "instabiliteten" er vanskelig å dokumentere, og er ikke slik som vi ser det ved akutte nakkeskader. Det er heller ikke overbevisende effekt på smerte etter slike operasjoner, og komplikasjonene er flere.

Det er flere år siden sist vi opererte en WAD-pasient.

I praksis ser vi ikke slike pasienter på nevrokirurgisk avdeling.

mvh

Erling Myrseth

Overlege, dr. med.



13.4 SVAR FRA STAVANGER

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Kirurgisk divisjon - Nevrosenter

Landsforeningen for nakkeskade

Postboks 9217 Grønland
0134 OSLO

Vår ref:
2011/3917 - 37218/2011

Deres ref:

Saksbehandler:
Andrea Kalbakk Bjøranger

Dato:
04.11.2011

Angående diagnostisering og behandling av instabile nakkeskader

Viser til brev av 11.10.11 som purring på henvendelse av 09.03.11 . Henvendelsen ble overrakt undertegnede 28.10.11.

Det må presiseres at gruppen som er aktuell for nevrokirurgisk intervensjon er svært liten i fht gruppen som er plaget med nakkesmerter etter en skade. Internasjonalt regner en med 5-12% av de som blir utsatt for nakkeskader får kroniske plager som bør utredes videre. Utredning av denne gruppen er multidisciplinær med allmennmedisin, fysikalsk medisin og MR radiologi i start fasen.

Som basis for virksomheten ved Nevrokirurgisk avdeling kan vi vise til siste oppdaterte bokverk: Spine and Spine Cord Trauma Evidence –Based Management utgitt på Thieme Verlag 2011 med Alexander Vaccaro som redaktør., samt artikler i anerkjente internasjonale tidskrift. Det har vært og er stadig fokus på problemstillingen internasjonalt. 1- 2 av avdelingens leger deltar regelmessig på internasjonale kongresser med ulik innfallsvinkler på nakkeproblematikk.

Vi har en kontinuerlig oppfølging av det som skjer innen nevrotraumatologi, spesielt nakkeskader i håp om at vi kan få en undersøkelsesmetode som kan avklare en del diffuse plager etter skader, skille ut de vi kan hjelpe med kirurgiske teknikker. Det finnes foreløpig ikke en gullstandard for diagnostikk av partielle leddbåndskader i kraniocervikal overgangen, men det er stadig mer kunnskap om utviklingen av MR funn på skader i nakken etter fleksjons/ distraksjonsskader og kirurgiskbehandling av nakkesmerter relatert til slike funn.

Vi forholder oss til Neck Pain Task Force system, som er oppfølgeren og revidert utgave WAD1-4, da dette kan benyttes til alle former for nakke skader ikke bare WAD (Whiplash associated disorders)

Grad 1 (vanlig). Nakke smerter uten noen tegn til alvorlig sykdom eller ingen eller lite påvirkning av dagliglivet

Grad 2 Nakke smerter uten tegn til alvorlig patologi, men smertene påvirker dagliglivet

Grad 3 (uvanlig)Nakke smerter med nevrologiske tegn på kompresjon av nervevev

Grad 4 (sjelden) Nakke smerter med tegn på tydelig strukturelle forandringer .



Ut fra vårt daglige arbeid, er det primært pasientene som kommer inn under grad 2 som utgjør størst utfordring med tanke på diagnostikk og behandling.

Diagnoser og behandlinger

Vi har ikke systematiske registreringer i vårt datasystem basert på disse Gradene/ gruppene. Vi registrerer operasjonskoder som ikke skiller mellom bakenforliggende skade/ slitasje som leder til behandlingen. Idiagnose setting benytter vi primært diagnosen som gjelder for om det er

- a) nevrologiske skader på ryggmargsnivå, nerveplexus eller nerverøtter, S14.0- .9
- b) brudd S12.0-7,
- c) mellomvirvelskade S130-6, M50.0—9 ,
- d) glidning / spondylolistesis M431-8 benyttes noe.
- e) Diagnosen M5422 benyttes en del der vi ikke finner sikker årsak.
- f) Diagnosen M 532x benyttes svært sjeldent.

Hva innbefatter “Nakkekirurgi annen “ ?

Vi kan ikke svare på hva som blir rapportert på “Fritt sykehusvalg” sider mtp uttrekk av operasjoner, da vi hvert år stiller oss undrende det som blir opplyst ifht hva vi har i egne operasjonsprotokoller. Dette kan ha sammenheng med at samme operasjonskode benyttes ved en del øyeblikkelig hjelp operasjoner og med planlagte operasjoner med for eksempel instabilitet.

Majoriteten av pasientene som blir vurdert i poliklinikken og behandlet ved nevrokirurgisk avdeling kommer inn under Grad 3 og 4. Det er en del pasienter som mener at de bør være i disse gruppene, men som vi med dagens diagnostiske muligheter ikke kan finne grunn til å operere. Vi er klar over at det i pasientgruppen som kommer inn under grad 2, sannsynligvis er noen pasienter som har strukturelle forandringer som **dagens** diagnostikkmetoder ikke kan avdekke. Avdelingen driver ikke aktiv forskning mtp nye diagnostiske metoder.

Symptomatisk behandling med flere mulige angrepspunkt er en stor utfordring for Helsevesenet. Nevrokirurgisk fagfelt kan ikke være sentral i koordinering av utredning og behandling av pasienter med nakkesmerter uten tegn til alvorlig patologi. Irreversibel kirurgisk behandling må vi være tilbakeholdne med, men tilbudet gis der vi etter en totalvurdering kan konkludere med instabilitet som mest sannsynlig årsak til plagene.

Instabilitet , undersøkelser ?

Det er strenge krav til at den kirurgiske behandlingen som blir gitt skal være basert på vitenskapelig dokumenterte sensitive og spesifikke diagnostiske metoder. Det finnes i dag ingen randomiserte kontrollerte studier (RTC) for kirurgisk behandling av nakkesmerter. Men det er noen pasientserier som indikerer nytte av kirurgisk behandling på utvalgte pasienter. Det har vi fulgt opp i vår praksis.



Kravet til RTC ved oppstart av kirurgisk behandling på grupper der en i dag internasjonalt ikke har blitt enig om veiledende diagnostikk vanskeliggjør en del av engasjementet i diagnostikk og behandling av pasienter som kommer inn under grad 2 og der konservativ behandling ikke fører fram.

Vi benytter SLIC systemet for vurdering og behandling av akutte skader. Skader som ut fra SLIC ikke anbefales primært operert følger vi opp inntil 12 mnd mtp på utvikling i retning av instabilitet.

Ved mistanke om partielle leddbåndskader i nakken, er behandlingsstrategien primært konservativ behandling med forebygging av tilbakedannelse av dyp stabiliserende nakkemusculatur og i neste omgang bygge opp muskulaturen med tilpasset trening. Dette arbeidet krever engasjement med tett oppfølging av terapeut og er krevende for pasientene. Vi har derfor få / utvalgte samarbeidspartnere her.

Vi benytter ulike MR teknikker til å diagnostisere svak dyp musculatur. MR undersøkelser nær opp til aktuelle hendelse og gjentatt senere i forløpet kan bidra til valg av behandling og si noe om prognose med konservativ behandling.

Ved manglende effekt av konservativ behandling anbefales utredning hos nevrolog, ny MR nakke fokusert på discoligament systemet og vanlige røntgen av nakken før ny vurdering hos oss.

Kapasitet ved SUS

Kapasitet til å ta inn pasienter som kommer inn under gruppe 2 fra andre Helseregioner enn vår egen er meget begrenset da det er svært få leger som arbeider med området og det er en bare et av mange arbeidsområder. Pasienter som kommer inn under gruppe 3 og 4 er få og disse sees på innen rimelig tid når adekvate henvisninger foreligger. Jevnt over regner vi med at pasientgruppen trenger 2-4 ganger så lang poliklinikk tid som pasienter med degenerative nakkelidelser og andre nevrokirurgiske problemstillinger der diagnostikk er veldokumentert.

- 1) Ved Stavanger Universitetssykehus nevrokirurgisk avdeling, har vi ansvaret for diagnostikk og behandling av akutte nakke skader.
- 2) Vi vurderer og operer mange pasienter med nakkeplager på degenerativt grunnlag eller etter gjennomgått skader uansett skademekanisme. Er tilbakeholdne med å fiksere i craniocervikal overgangen pga diagnostiske utfordringer med tanke på ligamentskader. Det er grupper internasjonalt som har lovende resultat som vi vurderer fortløpende og tar med som en del i vurderingen av pasientene.
- 3) I akutt sammenheng benytter vi SLIC systemet for klassifisering av skader. I utredning for å kunne vurdere skader i discoligament systemet i nakken, benyttes til hvert tidspunkt validerte MR undersøkelser. Nye mindre endringer i MR protokoller foretas kontinuerlig etter vitenskapelige rapporter og innlegg på kongresser.
- 4) I diagnostikk av mulig skader i discoligament systemet som ikke er diagnostisert i akutt fasen, er det begrensninger med dagens MR teknikker. Det er stadig ny kunnskap som vi stiller oss åpne til og forsøker å anvende i vårt arbeid. Ofte stor verdi i å se på utvikling av forandringer overtid.



- 5) Vi utfører ikke fasettleddsinjeksjoner. Henviser enkelte personer for dette ved mistanke om skader i fasettleddene, før eventuell fiksering .
- 6) Vi gjennomfører ikke discografier, men resultat av undersøkelser taes med som en del av beslutningsgrunnlaget før eventuell kirurgisk behandling.
- 7) Vi anbefaler at pasienter som har vært utsatt for skader som har inkludert en hodeskade og har symptomer på fatigue, konsentrasjonsvansker får gjennomført nevropsykologisk testing som en del av utredningen.
- 8) Nevrologisk avdeling utreder en del pasienter med nakkesmerter etter skader. Det er ikke ensartet oppfatning av diagnostiske kriterier for instabilitet i nakken mellom nevrologer, radiologer og nevrokirurger innad i egen institusjon, i Norge og internasjonalt. Teoretiske vurderinger, klinisk erfaring og oppfølging over tid danner ulike oppfatninger av overgangene fra normal/ stabil nakke til instabilitet som kan korrigeres kirurgisk når konservativ behandling ikke fører fram.

Ved henvisninger til oss kreves:

- 1) Oppdaterte MR bilder tatt med tanke på discoligamentsystemet i hele nakken. Vi krever oversendt nye og gamle radiologiske undersøkelser da forandringer over tid kan i noen tilfeller hjelpe i diagnostikken.
- 2) Adekvat sykehistorie med systematisk oversikt over gjennomgått utredning og behandling.
- 3) Vi tar ikke imot egen henvisninger fra pasienter, men en status fra pasienten skriftlig med tilstand og funksjonsnivå imøteses.
- 4) Vi tilbyr operasjon når vi selv er overbevist om at skadelidte kan få positiv effekt av inngrep og skadelidte aksepterer risiko forbundet med inngrepet. Ingen operasjoner gjennomføres på bestilling.



Kirurgisk behandling som gjennomføres ved SUS ved:

- 1) Påvist instabilitet / funn overveiende sannsynlig instabilitet.
 - Fremre fikseringer
 - Bakre fikseringer
 - Kombinasjoner
- 2) Smertetilstander der nevropatiske smerter dominerer bildet i nakken eller i arm.
 - Nervestimulatore med elektrode med virkningssenter ved spesifikke nerver eller på ryggmargsnivå.

Med vennlig hilsen


Roald Baardsen
Avdelingsoverlege Nevrokirurgi
Stavanger Universitetssykehus

Kopi til:
Helse Vest
Postboks
303