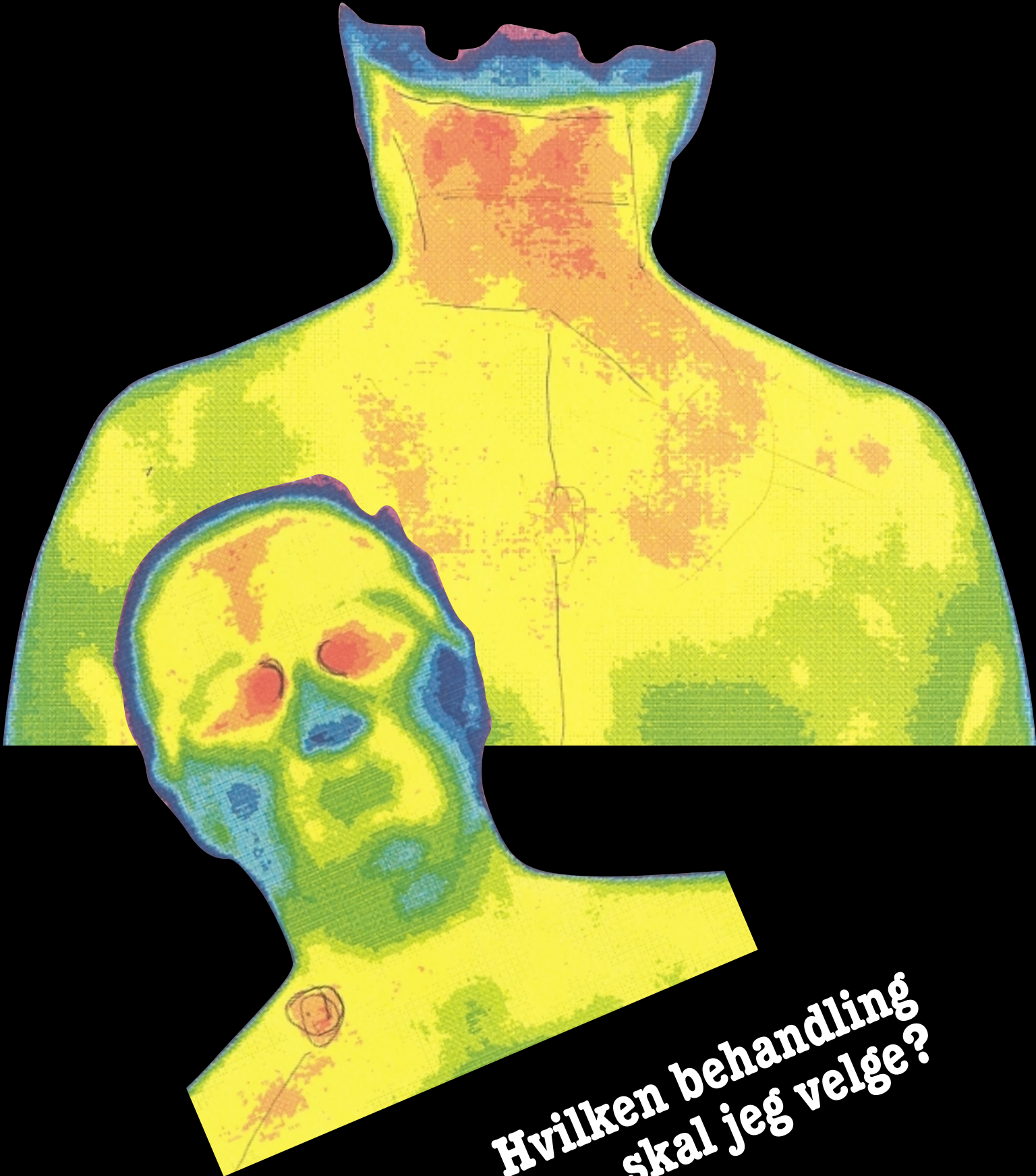




Nakkeslengen

Nr. 2- 2003. Tidsskrift for nakkeslengskadde - tilsluttet Norges Handikapforbund - 9 årg.



**Hvilken behandling
skal jeg velge?**

Utvalgt samarbeidspartner for LFN:

Advokatfirmaet Nidaros DA

MNA



*Vi har lang og bred erfaring med
behandling av personskadesaker,
trygdesaker samt forsikringsaker*

MNA

Advokat Ivar Chr. Andersskog

Advokat Bjørn M. Brauti

Advokat Robert Helberg

Advokat Solveig Moen

Advokat Knut Melting

Advokatfullmektig/MBA Hasse Benberg

Advokatfullmektig Magnhild Børsting Røe

Post- og besøksadresse:

Kjøpmannsgata 19, 7013 Trondheim.

e-post: post@nidarosda.no

Telefon: +47 73 87 99 99. Telefax: +47 73 87 99 98

Org. nr.: 984 429 509

Utvalgt samarbeidspartner for LFN:

ADVOKATENE

Eva Drageset & Siren Preto ANS

MEMLEMMER AV DEN NORSKE ADVOKATFORENING

ERSTATNINGSRETT

- PERSONSKADE
- TRAFIKKSKADE
- YRKESKADE
- PASIENTSKADE
- FORSIKRINGSRETT
- ARBEIDSRETT
- ARVE-/FAMILIERETT
- BOLIG OG EIENDOMSRETT
- BARNERETT/-VERN
- ALMINNELIG PRAKSIS



Telefon: 55 90 85 80

Fax: 55 90 85 81 - e-post: post@drageset-preto.no

Kroepeliengården, Strandgaten 18, 5015 Bergen

Advokatfullmektig Erik Johan Mjelde

**Støtt våre annonsører
- de støtter oss!**

Utvalgt samarbeidspartner for LFN:

Advokatfirmaet Pedersen, Reier & Co as

Advokat Ronald Pedersen • Advokat Stein Olsvik

Advokatfullmektig Tommy Dilling

Advokat Espen Seeberg blir med på laget fra 1. jan. 2004

Besøksadresse: Cort Adelersgate 8, 1515 Moss

Postadresse: Postboks 1064 Jeløy, 1510 Moss

Telefon: 69 27 85 00. Telefax: 69 27 85 10

e-post: ronald.pedersen@apj.no • stein.olsvik@apj.no • tommydilling@apj.no





Nakkeslengen

Nummer 2 - 2003

Tidsskrift for

**LANDSFORENINGEN FOR
NAKKELENGSKADDE (LFN)**

P.b. 9217, Grønland, 0134 Oslo

BESØKSADRESSE:

Galleri Oslo, Schweigaardsgt. 12
Telefon sentralbord . 24 10 24 00
Ole F. Hynne,
kontaktperson 24 10 24 46
e-post: lfn@nhf.no
internett: www.lfn.no

REDAKTØR:

Björg Schjølberg
Hagatjernvn. 2, 3050 Mjøndalen
Telefon 32 87 84 18
Mobil 48 09 85 47
e-post bjoerg15@hotmail.com

ANNONSEAVDELING:

LFN sentralt v/redaktør

SATS & REPRO:

Romeriksprint
Solheimvn. 72, 1473 Lørenskog
Telefon 67 97 64 80
Telefax 67 97 34 31
e-post nerheim@online.no

TRYKK:

Heia Grafisk AS
Solheimvn. 72, 1473 Lørenskog
Telefon 67 97 44 20

MEDLEMSKAP/KONTINGENT

Hovedmedlem kr 270,-
Husstandsmedlem kr 135,-
Student kr 135,-
Juniormedlem kr 50,-
Tilleggsmedlemskap kr 30,-

innhold:

Lederen	4
En julefortelling	4
Synskomplikasjoner ved nakkeslengskader	5
Advokatens side	6-7
Nå har også jeg anskaffet meg STAVER	7
Alternativ smertebehandling	8
Unge dropper «pysestroppen»	8
Alternative behandlingsformer	9
LFNs nye samarbeidspartner	10
Kan vi lære ungdommene våre litt trafikk-kultur?	10
LFN varsler om årsmøte	10
Likemannskurs i regi av LFN	11
Høy pris for store erstatninger	12-13
Landsforeningen for Nakkeslengskadde kan bidra som brukermødvirkere	13
Gjensidige bestilte rapport for å redusere erstatningen	14
Dom i saken falt 21. oktober i Jæren Tingrett	14
«Lesernes side»	15
Referat fra info-møtet LFN Nordland/Troms	16
Referat fra SKUR's nettverkskonferanse 27.-29. aug. 03	17
På oppslagstavlen: Til pasienter med nakkesleng	17
Tverrfaglig kongress: «Vondt i nakken etter skade i trafikken»	18-19
Nakkekongressen på NIMI	20
Rett til individuelle planer	21
Adresseoversikt	22

hovedstyret:

Leder: Kjell Larsen Bergeveien 7, 4886 Grimstad Tlf./fax: 37 04 29 12 Mobil: 907 24 520 e-post: kje-lar2@online.no	Sekretær: Else Nicolaysen Postboks 32, 5174 Mathopen Tlf.: 55 93 12 42 e-post: tombergen@c2i.net	Styremedlem: Ann-Mari Skavik Skyttarveien 16 8020 Bodø Tlf.: 75 51 43 62 e-post: pertann@powertech.no
Nestleder: Einar I. Lohne Postboks 1348, Vika 0113 Oslo Tlf.: 22 40 56 00 Fax: 22 40 56 10 Mob: 90 19 20 59 e-post: e.i.lohne@seim-haugen.no	Styremedlem: Gunnar Østland Skogveien 130 A, 1369 Stabekk Tlf.: 67 12 11 01 Fax: 67 53 38 80 Mobil: 901 80 517 e-post: oestland@yahoo.no	1. varamedlem: Björg Schjølberg Hagatjernveien 2 3050 Mjøndalen Tlf.: 32 87 84 18 Mob: 48 09 85 47 e-post: bjoerg15@hotmail.com
Kasserer: Liv Hagen Revefaret 26 1914 Ytre Enebakk Tlf.: 64 92 45 05 e-post: liv-hage@frisurf.no	Styremedlem: Åse Branzell Skytterbråtveien 47b, 1739 Borgenhaugen Tlf.: 69 70 40 50 e-post: branzell@spray.no	

lederen

Kjell Larsen, leder LFN

Vil begynne med å fokusere litt på NHFs kampanje –

«Diskrimineringsansikt».

Det er mange måter å bli diskriminert på, ikke bare fysisk, men også psykisk! Da med tanke på hvordan vi blir møtt og som oftest vist en manglende forståelse for vår skade blant annet hos leger, trygdekontor og forsikringsselskaper. Vi blir ikke trodd, men mistenkeliggjort. Her vil jeg absolutt påstå at vi i mange tilfeller rett og slett blir diskriminert!

Derfor oppfordrer jeg så mange som mulig til å delta i denne kampanjen mot diskriminering.

Den første helga i november var LFNs hovedstyre på kurs, med foreleser fra AOF. Tema var forhandlingsteknikk. Forhandlinger er noe mange av oss forbinder med lønnsoppgjør, budsjett-enighet og lignende. MEN da satte Marius ordet «forhandlinger» litt mer i perspektiv for oss med spørsmålene: Hvor mange av dere er gift? Hvor mange av dere har barn? Dere holder jo på med forhandlinger daglig!

Det som slo meg i løpet av denne helga, var at hver og en av oss som er skadet, kunne trenge et kurs i forhandlingsteknikk. Kanskje hadde vi klart oss uten alt for mange nederlag i kontakt med lege, trygdekontor osv. Lære det å argumentere saklig og rolig for vår egen sak. Ikke vise følelser som gråt eller sinne.

Lar det seg gjøre??

I dette nummeret av «Nakkeslengen» har vi et lengre referat fra konferansen på NIMI i Oslo i oktober. Det er tragisk å lese at Medisinsk fagsjef fra Vesta Peer Staff, kan uttale seg som følger: «Fenomenet whiplash er et motefenomen som sprer seg som et virus og vi må komme bort fra dette og heller snakke om sykdomsforståelse». Han konkluderer med at «folk blir mye sykere av diagnosen enn av selve skaden». Som motpol til dr. Staff har vi fagpersoner som Kaale og Kråkenes som virkelig setter seg inn i og forsker på, hva som skades i nakken og hvordan dette utløser de plager og problemer «kronikere» sliter med. Bare til din informasjon, nakkesleng er en diagnose. Det står i ICD – boken, punkt 13.4.

Vi har også tatt for oss flere behandlingsformer. Som et lite OBS har jeg lyst til å sitere en leder i et av forbundene: «Mitt inntrykk er at dess mere den aktu-



elle behandler lover, dess mindre kunnskaper har han/hun». Vær kritiske når dere velger behandlingstype og forsikre dere om at den dere søker har mer enn noen diplomer på veggen for gjennomgått weekend – eller ukes kurs.

IFNs likemannsarbeide er råd og veiledning meget nyttig og svært viktig. Skadde med erfaring og kunnskaper om det å være skadet, det å ha bearbeidet «sin nye situasjon» og deretter kunne være «tilstede» for å hjelpe andre skadde «som har en vei å gå» etter skade.

Derfor ønsker LFN å komme med en stor oppfordring til skadde og pårørende. Hvis DU har lyst til å dele erfaringer og opplevelser med andre i samme situasjon, så send oss noen ord. Gjerne som innlegg til «Nakkeslengen». Her har DU en mulighet til å hjelpe andre!

En julefortelling

Det var lille julaften. Jeg var i full jobb, og for at jeg skulle få «julehuset» klart, skulle min 6-årige datter se barne-TV alene, slik at jeg skulle bli ferdig.

Etter barne-TV skulle jeg ta en liten pause, og jeg måtte sette meg ned ved siden av min datter, slik at hun kunne fortelle mammaen sin hva hun hadde sett på TV den kvelden. Jeg forsto at Eli hadde fortalt en «barnevennlig» versjon av juleevangeliet den kvelden. Det var Eli og bamsen Theodor som sto for programmet.

Vel til rette i sofaen så min 6-åring på meg med store barneøyne og sa:

– Mamma, du vet at en må være gift for å få barn, ikke sant? Jeg nikket

bekreftende (hun var jo bare 6 år) – så sa hun:

– OK, da begynner jeg... Det skjedde i de dager da alle skulle skrives inn, da kom det en schengel (engel) til Jomfru Maria og sa: – Du skal føde et barn og kalle ham Jesus.

– JEG???? sa Jomfru Maria – kan'ke få no barn jeg – jeg er jo ikke gift engang !!!!!!!

Slapp av sa schengel'n – det ordner jeg!!!!!!

Alle mine illusjoner om disse søte små englene forsvant den lille julaften!

Ha en riktig god jul alle sammen!

Julehilsen fra Bjørg Schjølberg

Homeopat
og spesialsykepleier
Kirsten Leikny Femundsden

HELE DEG
Alternativ-medisinsk senter

Telefon 32 83 83 22

Nedre Storgt. 13, 2 etg.,
3015 Drammen

Synskomplikasjoner ved nakkeslengskader

I alt 215 medlemmer i LFN, har deltatt ved to hovedprosjekt som studenter ved Institutt for optometri, Høgskolen i Buskerud har gjennomført. Disse prosjektene gikk i 1998/1999 og 2001/2002.

Det er vanskelig å referere fra disse prosjektene, men jeg har forsøkt å trekke litt ut av dem. Det er en del fagord i disse oppgavene, men jeg setter oversettelsen som står i ordlista i klammer slik at det kanskje kan bli lettere å forstå.

Det jeg er bedt om å påpeke her er, at det primært er forstyrrelser i synsfunksjonen og ikke øyeskader som kan oppstå etter en nakkeslengskade. Det er derfor øyelegen kan ha rett når han/hun ikke finner feil på øynene. Enkelte øyeleger kan ha gode kunnskaper om funksjon.

Historie

Visuelle (synsoppfattelse) og okulære (som gjelder selve øyet) forstyrrelser som følge av nakkeslengskader ble første gang rapportert av Billig i 1953. Deretter har et stort spekter av visuelle symptomer blitt satt i sammenheng med denne type skader. (Brown 1995)

Foruten blødninger og ødem (oppsamling av væske mellom vevscellene; hevelse) i nakkeregionen, kan dette forekomme i hjernestammen (Horwich og Kosner 1962, Brown 1995). Det er da særlig uheldig dersom det skjer i nærheten av tredje, fjerde og sjette hjernenervekjerne. Disse er som kjent ansvarlig for øyets motorikk (Saude 1992).

Akkommodasjonsevne

Det er fra mange hold rapportert at redusert akkommodasjonsevne (fokusering/innstilling) er et av de hyppigste problemene. Ved Royal Hallamshire Hospital i Sheffield i England ble 39 nakkeslengskadde undersøkt innen en uke etter skaden ble påført og fulgt opp i ett år. Akkommodasjonsproblemer ble registrert hos 23,1%. Hele 77,4% av disse

hadde problemer med både akkommodasjon og konvergens (øynenes bevegelse innover slik at synsaksene skjærer hverandre). Totalt ble 84,6% asymptomatiske (uten symptomer) innen seks måneder. 2,6% hadde problemer utover tolv måneder, men var godt hjulpet av briller (Bruke et al 1991). I New York fulgte Roca 15 pasienter i ett år og fant en forekomst av redusert akkommodasjon hos 60%. De fleste ble målt til normale verdier før et halvt år var gått (Roca 1972).

Følgebevegelser/sakkader

En undersøkelse viste at hele 61% hadde unormale følgebevegelser (øyets bevegelse når det fikserer på et objekt i bevegelse) av den gruppen som var skadet for mindre enn ett år siden. I en gruppe som var blitt skadet for lengre tid siden var forekomsten 44%. Høy grad av unormale sakkadebevegelser (kort, rask og brå bevegelse av øyet) ble også funnet (Gunsburg og Szpalski 1998)

Oosterveld et al (1991) undersøkte pasienter som hadde fått skaden mellom fem måneder og fem år tidligere. Det ble funnet forstyrrelser i følgebevegelsene hos 43%.

Leseproblemer

Det rapporteres ofte om synsproblemer relatert til lesing. Det er gjennomført en undersøkelse på personer med vedvarende problemer, samt tilsvarende på en kontrollgruppe. Testgruppen skal ha hatt en normal leseutvikling frem til skaden. Ingen av dem hadde verken nevrologiske eller radiologiske bevis på at det forelå skader i sentralnervesystemet. Øyebevegelsene ved lesing ble registrert ved Ober 2. Standardiserte tekster ble brukt for å måle inntaket av informasjon. Normal leseavstand og eventuell nærkorreksjon ble benyttet. Det gjennomsnittlige resultatet av lesetesten for de nakkeslengskadde var på nivå med det som er normalt for elever i de tre første årene i grunnskolen. Kontrollgruppen var imidlertid på nivå med elever i den

videregående skole. Tidligere gode lesere, mange av dem med akademiske posisjoner, hadde etter en nakkeslengskade store problemer med å lese. (Gimset et al 1996)

Andre symptomer som er beskrevet er tåkesyn, lyssensitivitet, endringer av kvaliteten av tårevæsken m.m.

Dette ble mange navn og tungt lesestoff, men det jeg vil ha frem er at synsproblemer etter en nakkesleng ikke er et nytt eller ukjent fenomen. Det henvises til en rekke undersøkelser og dokumenter i begge disse hovedprosjektene.

Aktuell behandling kan være:

Optimal tilrettelegging – for eksempel prismebriller både for avstand og for nær. Opp trening av synsfunksjoner – som også er dokumentert effektivt etter nakkeslengskader. Sistnevnte er imidlertid langt mer ressurskrevende, og det er jo ofte et problem for denne pasientgruppen.

Heldigvis har vi her til lands en rekke dyktige optometri-utdannede personer som kan om nakkesleng og synsendringer. De fleste av disse har tatt sin Master of Science (mastergrad), som er den høyeste kliniske graden som tilbys i Europa. Ved henvendelse til LFN ved Liv, kan du få oppgitt den spesialisten som ligger nærmest ditt bosted.

Ref. Liv Hagen

(gjennomlest av spes. i optometri)

N Lillestrøm
Naprapat Klinikk

Telefon
997 39 363

Vi finnes også i Nittedal
Tlf. 418 06 039

advokaten

Av advokat Einar I Lohne
Partner i advokatfirmaet Seim-Haugen, Steenstrup & Co,
og nestleder i Landsforeningen for Nakkeslengskadde

Nakkeslengskader og dekning av ekstraavgifter



Formålet med erstatningsretten i vårt land er at skadelidte skal stilles økonomisk som om skaden ikke hadde skjedd. I praksis er det gjerne ytelse fra det offentlige, i form av trygdeytelser, og en erstatning fra skadevolder, eventuelt skadevolders forsikringselskap, som sammen skal besørge full dekning av et økonomisk tap.

Flere erstatningsposter

Det er tre grupper av erstatningsposter som til sammen skal gi full erstatning. Postene er erstatning til dekning av inntektstap, erstatning til dekning av ekstraavgifter, samt ménerstatning. Ménerstatningen er ikke en dekning av økonomisk tap, men en dekning av hva man kan kalle tapt livsutfoldelse. Inntektstap skal naturlig nok dekkes i inntekt, både det tap som er lidt frem til oppgjørstidspunktet og det tap som vil oppstå i fremtiden.

Ekstraavgifter

Ved de fleste personskader påføres skadelidte kostnader som han ikke ville hatt uten skaden. Det kan være avgifter til lege, behandling, medisiner, hjelp i hjemmet og mye annet. Disse kostnader kalles gjerne samlet for skadelidtes ekstraavgifter og skal dekkes som en del av erstatningsoppjøret. På samme måte som ved inntektstap deles gjerne denne posten i to; påførte ekstraavgifter frem til oppgjørstidspunktet, og fremtidige ekstraavgifter for perioden etter oppgjørstidspunktet.

Det er ikke alle former for avgifter skadelidte kan tenkes å bli påført etter en

skade som vil være mulig å få dekket. Og det oppstår ofte uenighet med forsikringselskapet med hensyn til hvor langt selskapets plikt til dekning går.

Et utgangspunkt og en ramme for de avgifter som skal dekkes er hva som kan karakteriseres som «rimelige og nødvendige avgifter». Hva som faller innenfor «rimelig og nødvendig» kan være vanskelig å fastslå i det enkelte tilfellet. En ting som også gjør dette vanskelig er at det medisinske synet på hva som er hensiktsmessig behandling varierer over tid. Årsaken til at det medisinske synet på behandling er i forandring er knyttet til at det medisinske fremdeles er uklarhet og uenighet omkring hva skaden nakkeslengskade (whiplash) medisinsk sett består i. Det sier seg selv at det vil være uenighet omkring hva som er nødvendig behandling så lenge det er usikkerhet knyttet til hva skaden fysisk består i. Men på enkelte områder foreligger en viss avklaring med hensyn til hva som er «rimelig og nødvendig».

Legesavgifter

Det er på det rene at avgifter som man kan få refundert av det offentlige ikke vil være dekningsmessige ovenfor et forsikringselskap. Det foreligger således en plikt til i første omgang å forsøke å få den aktuelle kostnaden dekket av det offentlige og da særlig av trygden. Det gjelder både avgifter til lege, medisiner og annet.

Dersom trygden ikke dekker legebesøk knyttet til behandling som er nødvendige pga skaden så dekkes det normalt greit av forsikringselskapet. Annerledes kan det

stille seg ved utredninger hos spesialister. Spesialistutredninger dekkes gjerne kun dersom det på forhånd er avtalt med selskapet. Rådet er derfor å avtale valg av utreder med selskapet.

Medisiner

Medisiner, gjerne smertestillende medikamenter, som er nødvendige som et resultat av skaden, og som ikke dekkes av trygden, skal dekkes av forsikringselskapet. Smertestillende medisiner er rimelige og nødvendige innenfor medisinsk forsvarlige grenser. Det anføres enkelte ganger fra forsikringselskapet at medikamentbruken er mer omfattende enn hva som er medisinsk forsvarlig og av den grunn ikke dekker kostnaden. Dette blir en vurdering av hva som er medisinsk riktig i den enkelte sak.

Behandling

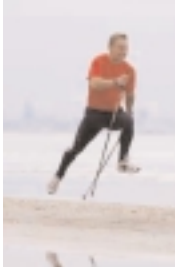
Avgifter til behandling er ofte en stor kostnad for nakkeslengskadde. Og ikke sjelden er det uenighet med forsikringselskapet om dekning av disse avgifter. Forsikringselskapenes praksis omkring dekning av behandlingavgifter er et godt eksempel på at skiftende medisinske oppfatninger medfører store utslag i erstatningsretten.

Før den internasjonale konsensusrapporten «Quebeck Task Force» (QTF) ble fremlagt i 1994 var oppfatningen blant norske leger at aktiv behandling, gjerne i form av fysioterapi, var nødvendig for nakkeslengskadde i mange år, gjerne livet ut. QTF har endret norske legers syn på nødvendigheten av aktiv behandling

Nå har også jeg anskaffet meg STAVER

Den første gangen jeg så en mann som gikk med staver midt på sommeren, tenkte jeg i mitt stille sinn at det måtte være noe «galt» med den mannen.

Jeg har forandret mening.



Mange mennesker har problemer med «låste» ledd og smerter i muskulatur. De fleste har problemer i kroppens «øvre kryss» – skuldre og ryggstøyle.

Du får raskt smerter hvis du blir sittende stille og ikke beveger deg. Ryggens «øvre kryss» er det området som har de største belastningene. Alt du utfører med armene vil gi belastninger i dette området. Det er her du stålsetter musklene for å bli ferdig i tide. Har du problemer her, går det utover resten av kroppen. Du blir stiv, får arm- og skuldersmerter, blir «trang» i brystet og får lett hodepine.

Stavgang er ideelt for å trene opp både «øvre og nedre kryss».

Tre-fire halvtimes stavganger i uken kan lindre mange plager. Holdningen blir rakere og nakken blir avspent. Nakkekul, krageben, skuldre, skulderblad og armer fungerer i et samspill. Turgåing er vel den mosjonsformen som gir totalt best helse. Stavgang gir tilleggsmosjon i ryggens øvre og nedre kryss.

Å gå med staver gir god stabilitet selv når underlaget er glatt og ujevnt. Bruk av staver gjør at du orker mer. Du får høyere puls, som igjen gjør at kondisjonen blir bedre. Blodtilførselen i muskulaturen blir bedre og surstoff fraktes derfor lettere ut til de musklene som har store spenninger, letter muskelspenninger og smerter i nakke- og skulder regionen. Øker også bevegelse og styrken i nakke og ryggstøyle. Gir meget aktiv bruk av underarmens strekk- og bøyemuskel, baksiden av skuldermuskulaturen, den store brystmuskulaturen og de brede ryggmusklene. Skånsom for ledd og knær. En trygg form for aktivitet ved glatt underlag.

Litt om stavlengden

Stavlengden skal i utgangspunktet være lik kroppshøyden din x 0,7.

Eks. 153–160 cm høy
– stavlengde 110 cm.

Staven holdes inn til kroppen og du skal ha ca. 90 graders vinkel i albueleddet, når du står med stavene «på deg».

Dette er noe av informasjon du får hvis du søker på nettet under «stavgang».

Så en liten tilbakemelding fra meg i mitt «nye liv med staver».

Jeg har aldri «lært» å gå med staver. For meg var det viktig å ha et hjelpemiddel når jeg var ute i skog og mark alene – for å ha støtte og trygghet i forhold til det å falle. Den store bonusen her er, at jeg også får mosjon i armene, skuldre og nakke. Når jeg tidligere gikk på tur, hang armene ned langs siden og ble kun mosjonert når jeg holdt på å falle eller klatret opp en skråning. Til tider kunne det bli en del mosjon ut av det!

Nå er jeg trygg og jeg får en utrolig god varme i armene, skuldrene og nakken. Jeg føler at bevegelse i nakken har blitt bedre og at hodet ikke behøver så mye «støtte» lengre.

I tillegg er det jo litt gøy også.

Liv Hagen

dithen at fysioterapi nå kun gjerne tilstås for en periode som begrenses til de første årene etter skaden. Forsikringsselskapene har naturligvis etablert en tilsvarende praksis og dekker nå sjelden fysioterapi mer enn en kort periode.

Etter mitt syn er forsikringsselskapenes tolkning av QTF for ensidig. Av rapporten fremgår det at i enkelte tilfeller, når det er medisinsk enighet, kan være hensiktsmessig med aktiv behandling også i lengre perioder.

En annen ting når det gjelder omfanget av behandling er at en rekke skadelidte rapporterer om betydelig effekt av for eksempel fysioterapibehandling. For enkelte har behandlingen den effekt at deres funksjon holdes på et høyere nivå enn uten behandlingen. I disse tilfellene, og spesielt om det økede funksjonsnivå medfører at den skadelidte kan fortsette i

arbeid i større grad enn uten behandlingen, forundrer det meg at selskapene avviser dekning av behandlingstid. En konsekvens kan bli at selskapene for å spare kostnader til behandling pådrar seg en langt høyere kostnad til dekning av et fremtidig inntektstap.

Felles interesse

Både skadelidte og forsikringsselskapene har naturligvis en felles interesse i å holde skadelidtes funksjonsevne på et så høyt nivå som mulig. Siden det fremdeles er mye usikkerhet om nakkeslengskader bør problematikken omkring behandling møtes med ydmykhet. Et utslag av det bør være at dersom aktiv behandling har effekt for skadelidtes fungering så bør behandlingen fortsette i det minste inntil det foreligger en endelig avklaring av arbeidsevnen.

Å være sterk

Å være sterk er ikke
– å løpe raskest
– å hoppe lengst
– eller løfte tyngst

Å være sterk er ikke
– alltid å vinne
– alltid å ha rett
– alltid vite best

Å være sterk er å
– se lyset når det er som mørkest
– slåss for noe man tror på selv om man ikke har flere krefter igjen
– se sannheten i øynene selv om den er hard

*Ukjent
Sakset fra «Syndrom» nr. 1–2003*

Alternativ smertebehandling

For å sjekke opp litt om alternative behandlingsmetoder tok jeg en tur til «Hele Deg Medisinske Senter» i Drammen.

Senteret drives av Kirsten Leikny Femundsenden. Hun er utdannet anestesisykepleier innen nevrokirurgi, har utdannet seg til bl.a. homeopat, og har 12 års helseutdanning. Hun har selv vært nakkeslengskadd, men har blitt frisk. Hun kan derfor en del om nakkeslengskader.

Før behandling hos henne, har hun først 1 t. konsultasjon, der hun kartlegger situasjonen og forteller hva homeopaten gjør, prater også litt om det psykiske. Gir så homeopatmedisin, sjekker kosthold, vitaminer og mineraler.

De fleste som kommer til henne har vært gjennom det vanlige behandlingsapparatet, og kommer gjerne till henne når intet annet hjelper.

Hun bruker kinesologi, en testmetode hvor hun finner blokkeringene i kroppen. Prøver å åpne disse. Behandling kan være

å trykke på de aktuelle punkter i kroppen, kombineres gjerne med urtemedisin.

Bruker øreakupunktur, stimulerer punkter i øret som går til de punkter som gjør vondt. På denne måten nyttiggjør kroppen seg den behandling den trenger uten å belaste de steder som er skadet. Forskjellen på øreakupunktur i forhold til klassisk, som du for eksempel kan få hos fysioterapeut, er at de samme områder blir stimulert, men ved øreakupunktur er det ingen fare for å skade muskler som kan være skadet fra før.

Hun behandler symptomene uansett objektive funn. En behandling koster kr. 500,-, deretter kr. 300,- pr. gang. Behandlingen pasienten må ha varierer fra 5 til 12, 1 gang pr. uke. Trapper deretter ned til for eksempel 1 gang i måneden (vedlikeholdsbehandling). Det blir nå mer og mer vanlig at pasientene får trukket fra behandlingsutgiftene på selvangivelsen.

Hun har 2-3 personer i jobb hos seg hele tiden, alle med medisinsk grunnutdanning.

Når jeg spør hvordan man kan være sikret å komme til en god behandler, sier

hun at det kan være lurt å sjekke opp hvor lenge de har holdt på, idet de som ikke er bra nok, ofte forsvinner fra markedet etter et par år.

Kirsten driver også med aromaterapi, masserer med oljer som virker mot de plager pasienten har.

Hun legger opp et behandlingsprogram sammen med pasienten, slik at det foreligger et samarbeid mellom behandler/pasient.

Driver også med lymfedrenasje – der elektronikk brukes. Små elektroder settes på forskjellige steder på kroppen. Super renselsesprosess for de som har gått på medikamenter en stund. Pris kr. 350,-. Kirsten utøver også soneterapi.

For de med ekstreme smerter, har healing vist seg å være bra.

For muskelsmerter er kopping bra, det løser spenninger i kroppen.

Takk til Kirsten Leikny Femundsenden for orienteringer om de forskjellige alternative former for behandling. Hos henne får du alt!

Bjørg Schjølberg

Unge dropper «pysestroppen»

Bilbelte og fullt lys på bilen er pysete, mener ungdommen. I førerstedet ligger de helst når de kjører.

– Unge bilførere og passasjerer bruker nesten ikke bilbelte. «Pysestroppen» legges til nød under armen, helst dropper de hele beltet. Selv ikke ordentlig lys på bilen er akseptabelt for den som vil være in. Mange kjører bare med parklys, forteller sensor Andreas Nilsen på Finnsnes trafikkstasjon. Han synes det er et tankekors at unge søker spenning i trafikken, for eksempel ved å kjøre om kapp gjennom tunnelene.

– Kanskje det er for lite utfordringer i hverdagen for unge mennesker, spør han.

Hvem tar ansvaret?

– Hvordan skal vi vekke folk? Skal vi godta at bilkjøring er et kick, at noen

førere bruker trafikken som et spill om liv og død, spør sensoren opprørt.

– Vi må fortelle de unge hvordan bilbelte redder liv. Demonstrere hvordan en bil uten lys forsvinner i trafikken når alle andre har lys. Vise hvorfor liggende førere ikke har mulighet til å beholde kontrollen over bilen. Gjøre det tydelig at ansvaret for bilkjøringen befinner seg mellom rattet og setet, sier Nilsen engasjert.

Han etterlyser informasjonsarbeid rettet mot unge førere.

– Hyppigere kontroller er en løsning, ikke minst om kvelden når de unge er ute og kjører. Men egentlig er det for dumt å måtte hoppe fram bak hjørnene for å få folk til å kjøre ordentlig, mener Nilsen.

Skrevet av Giselle Jensen

Kilde: Veggen og Vi nr 19/2002

HUSKEREGEL:

Husker man, hva man har glemt, retter man det ofte nemt.

Har man glemt, hva man har glemt, er det fandens ubekvent.

DEN BESTE ALDER:

Tar du livet som det falder, går du gjennom tidens haller alltid i din beste alder.

Alternative behandlingsformer

Hva fysioterapeuten og kiropraktorens behandling går ut på er nok velkjent for de fleste av oss.

Det finnes mange ulike former for alternativ medisinsk hjelp, men hva finnes og hva går det ut på?

Nedenfor kommer en redegjørelse for de mest kjente av det.

NAPRAPATI

– er en behandlingsform innen manuell ortopedisk medisin og kan brukes ved problemer i hele bevegelsesapparatet i ryggraden, bekkenet, leddene eller musklene. Naprapatien bygger på helhetstenkning, hvor man forsøker å finne årsaken til problemet. Naprapatene benytter massasje, tøyninger, triggerpunktpressur og manipulasjon – for å få tilbake bevegelse og funksjon i ledd og skjelett.

OSTEOPATI

– osteopaten bruker et utall av skånsomme manuelle teknikker ved undersøkelsen og behandlingen av muskelskjelettsystemet og bindevevsnettverket. Bindevevet omslutter muskler, årer, organer, knokler og kranieknokler. Skjevhet eller nedsatt bevegelse et sted i kroppen avstedkommer ny skjevhet et annet sted på grunn av kroppens behov for å kompensere. Det er årsaken til at man ofte trenger behandling andre steder på kroppen i tillegg til der smerten eller plagen er.

HOMEOPATI

– er en dypt virkende behandlingsform, som tar hensyn til helheten hos den som skal behandles. Her vurderes alle aspekter som kan tenkes å ha innvirkning på sykdomsbildet. Her er kommunikasjon på alle plan svært viktig for å finne den rette medisinen, disse medisiner finnes i mange forskjellige styrker. Behandlingen er uten bivirkninger, – brukt riktig. Den egner seg for så vel akutte som kroniske sykdommer.

AKUPUNKTUR

– her brukes det nåler som settes i bestemte punkter for å balansere kroppens energistrøm- yin og yang. Ved sykdom er denne energistrømmen i ubalanse.

Behandlingen tilstreber å gjenopprette og opprettholde likevekten.

SONETERAPI

– er en teknikk der det trykkes og masseres på bestemte reflekspunkter på føttene. Reflekspunktene står i forbindelse med hele kroppen eks. organer, hormoner osv. Ved at punktene stimuleres økes blodsirkulasjonen og spenningene minsker i de organene som er i ubalanse. Denne behandlingsformen er utmerket for både spedbarn, barn, voksne og eldre.

AROMATERAPI

– massasje med eteriske oljer. De eteriske oljene velges ut fra hva som er årsaken til massasjen. Behandlingen virker vandrivende siden det er lymfedrenasje i massasjeformen. Den er behagelig og øker blodgjennomstrømmingen – virker meget avslappende og nedstressende.

LYMFEDRENASJE

– igangsetter kroppens eget forsvar og renselsesprosess. Det er musklene som driver lymfen fremover. Hjelper mot plager som går på hud: kviser, eksem, psoriasis, allergi, ødemer. Kan også hjelpe mot fordøyelsesproblemer og reumatisme.

VACUM KOPPING

– vacuum kopping er en unik behandlingsform som aktiviserer blodsirkulasjonen og har innvirkning på kroppens indre organer. Blokkeringer åpnes og energiflyten i kroppen bedres.

OTOSAN ØRELYSBEHANDLING MED ETERISKE OLJER

– Otosan-behandling er effektivt mot ørevoks – væske og betennelse i mellomøret – bihulebetennelse – trykkutveksling og øresus. Otosan eteriske oljer virker løsende, avslappende, bakteriedrepende og smertestillende.

MUSKEL- OG IDRETTSMASSASJE MED ETERISKE OLJER

– alle former for stive, ømme og vonde muskler. Hjelper mot spenninger i nakke, skuldre og rygg, samt stress.

ELEKTROTHERAPI

– med ultralyd er effektivt ved betennelsestilstander og smerter i muskler og ledd. Bygger opp muskler, hjelper mot cellulitter.

REIKI HEALING

– er en universell livsenergi som balanserer. Bra for stress og psykiske plager.

HEALING

– er en av de eldste behandlingsformer vi i dag kjenner til, og som beviselig eksisterte for over 4000 år siden. Healing er en prosess i overensstemmelse med naturloven og virker på hele mennesket, både fysisk og psykisk. Energien overføres til de områder i kroppen som har behov for behandling. Erfaringene tilsier at almenntilstanden bedres og healingsprosessen på bestemte lidelser starter. Healing er en utmerket behandlingsform ved de fleste plager, så vel akutte som kroniske.

Behandlingen er smertefri, og velegnet for alle. Ja, healing kan faktisk gjøre deg helt bra. Her er det naturligvis individuelle forskjeller på effekten.

METAMORFOSE

– er en sonebehandling som går på føtter, hender, rygg og hode. Metamorfose virker på gamle traumer og mønstre vi har med oss fra unnfangelse, fødsel og oppdragelse/miljø. Behandlingen kan, naturlig nok også virke på fysiske plager som har relasjon til de berørte soner.

TIL SLUTT:

Homeopati kan være til ypperlig hjelp for små barn, – også for våre dyrevenner!

Björg Schjølberg

TO GYLDNE REGLER I TRAFIKKEN:

Til hver, som griber rattet til en motor, er her to gyldne regler at annamme, Regn med , at andre folk er idioter – og håb på, at de gjør det samme.

LFNs nye samarbeidspartner Trond Mevik

La meg få presentere LFNs nye samarbeidspartner, trygdejuristen Trond Mevik. Mevik er 34 år, gift og har 2 barn. Han var ferdig jurist i 1998.

Han jobbet først ett år som førstekonsulent ved Harstad trygdekantor, da med alt innen trygderett. Mevik var kontorets eneste jurist og hadde eneansvaret for alle klagesakene ved kontoret.

Deretter jobbet han et halvt år som 1. konsulent ved Fylkestrygdekantoret i Oslo, med arbeidsoppgaver som klage/ankebehandling, rehabiliteringspenger, uførepensjon og saksbehandlingsregler.

Senere jobbet han som 1. konsulent ved Bærum trygdekantor hvor hans arbeidsområde var stønad til bil, grunn/hjelpestønad.

Han startet sitt eget firma, «Meviks Trygderådgivning» 1. januar i 2001. Mevik holder til i nye kontorer i Splendenveien 48 (v/IKEA), rett ved

jernbanestasjonen.

Han fikk bevilgning fra Tilsynsrådet for advokatvirksomhet, til å utøve retts-hjelpsvirksomhet, noe som krever plettfrivandel og juridisk embetseksamen.

Han holder foredrag, kartlegger en klients krav på trygdestønader, skriver søknader, klager og anker, bistår klienter i møter med trygdekantor, leger og andre.

Han kan innvilge fri rettshjelp inntil 7 timer for de som tjener under kr. 230.000,- og har under kr. 100.000,- i formue.

Av de klagen han har skrevet, antar han at han har fått medhold i ca. 60–70% av sakene. (da får klienten dekket sine saksomkostninger). Han har en garanti om at ingen klienter skal betale mer enn de får igjen. 1. konsultasjon hos ham er gratis. Har du ikke bil, henter han deg på stasjonen. Bor du langt unna, tar han



saken over telefon.

Mevik har bygd opp sin kompetanse på trygd og jobber kun med dette. Han har 7 års kompetanse innenfor dette feltet.

*Velkommen som samarbeidspartner
Trond Mevik!*

For LFN: Bjørg Schjølberg

Dagens historie

Gammel dame til legen:

– Jeg har et problem. Jeg er full av luft, men der er ingen lukt og ingen lyd. Jeg kan fortelle at jeg har sikkert sluppet 10–11 fiser etter at jeg kom inn på kontoret ditt. Hva kan det være?

Legen:

– Jeg har noen tabletter som du må ta i 14 dager og så kommer du tilbake til meg.

Etter 14 dager kommer damen tilbake og legen lurer på hvordan det går.

– Nei, det er ingen forandring når det gjelder luft i magen, men nå lukter de noe helt forferdelig, sa damen.

– Det er bra, da har vi klart å få orden på luktesansen, og vi har da bare hørselen igjen, sa legen.

Sakset fra «Valdres» 28.11.03

Kan vi lære ungene våre litt trafikk-kultur?

Unger snapper opp mye, og kan hende er det mulig at vi som foreldre kan lære dem noe, dersom vi kjører konsekvent i trafikken! Tenk over kjøremønsteret ditt når du har ungene i bilen.

Da mine 2 ble store nok til å sitte på pute med bilbelte, kjørte jeg ikke en meter uten at de satt fastspent i beltene sine.

Da poden ble så stor at han begynte å kjøre rundt med venner spurte jeg ham forsiktig en dag om han brukte belte. Poden så på meg med et stort glis og sa: – Du muttern, det gjør jeg automatisk, jeg tenker aldri over det engang, for det har jeg nesten fått inn med morsmelka.

Dette viser at det nytter. Så når du kjører med barn i bilen: bruk belter, reguler hodestøtter, hold fartsgrensene og overhold avstandsreglene. I det store og hele

KJØR MED VETT

– ungene dine lærer av deg!

Bjørg Schjølberg

LANDSFORENINGEN FOR NAKKESELENGSKADDE (LFN)

**VARSLER MED DETTE
OM ÅRSMØTE
24.–26. APRIL 2004**

Saker som ønskes
behandlet må
meldes skriftlig til
LFNs hovedstyre minst
2 måneder
før årsmøtet.

**Vennlig hilsen
Landsforeningen for
nakkeslengskadde**

Likemannskurs i regi av LFN



En engasjert Ellen Trondsen fra NHF.

Kurset ble avholdt helgen 10.10 – 12.10.03 i Langesund. Det ble invitert deltagere til kurset fra 8 av LFNs lokallag fra øst- og sørlandet. Neste år ønsker LFN å arrangere kurs for andre lokallag i LFN.

Likemannsarbeidet er svært viktig for LFN. Det er derfor helt avgjørende for det videre arbeidet innenfor likemanns-

apparatet at det «utdannes» nye likemenn.

En likemann er en person med så lik sykdom eller skade som den han/hun skal være likemann for. Dette er viktig for at den skadde skal få kontakt med en som har erfart mye i sin tid som skadet og at denne personen har «bearbeidet sin nye livssituasjon».

Med andre ord: En skadet hjelper en annen som er nakkeslengskadet.

En likemann har TAUSHETSPLIKT. Det kravet er helt ufravikelig.

LFNs likemannsutvalg har et mandat å jobbe utfra.

Noe av det som i tiden fremover vil bli fokusert på, er å få laget små informasjonshefter for skadde og pårørende. Det er også tenkt å lage et hefte for skadde barn og unge, men det er begrenset hva vi har kapasitet til å gjøre. De fleste i likemannsutvalget er selv skadde. Det er også et finansierings problem. Som dere alle vet så koster det både tid, krefter og penger for å kunne gjennomføre disse arbeidene.

Det kom en del forslag og ønsker fra deltagerne ved dette kurset, som ble videresendt til likemannsutvalget. Det er alltid godt å få slike tilbakemeldinger, for vi kan alle bli bedre på det vi gjør, ved å få innspill til videre fremdrift.

Med hilsen
fra likemannsutvalget
ved leder Åse Branzell

Å være sterk

Å være sterk er ikke

- å løpe raskest
- å hoppe lengst
- eller løfte tyngst

Å være sterk er ikke

- alltid å vinne
- alltid å ha rett
- alltid vite best

Å være sterk er å

- se lyset når det er som mørkest
- slåss for noe man tror på selv om man ikke har flere krefter igjen
- se sannheten i øynene selv om den er hard

Ukjent

– Sakset fra Syndrom nr. 1 -2003

Å hjelpe er at forstå

Hvis det skal lykkes mig
at føre et menneske
mot et bestemt mål,
må jeg først finde derhen,
hvor han befinder seg,
og begynde lige der.
Den som ikke kan det,
snyder sig selv,
når han tror at han kan
hjelpe andre.

For at hjelpe nogen
må jeg visselig forstå mer,
end han gjør,
men først og fremmest
forstå, hva han forstår.
Hvis jeg kan det, så
hjelper det ikke,
at jeg kan og ved mer.

Vil jeg alligevel vise
hvor meget jeg kan,
så skyldes det at jeg er
forfængelig og hovmodig,
og at jeg egentlig vil
blive beundret af andre
i stedet for at hjelpe.

Al ægte hjælpsomhet
begynder med ydmykhet,
over for den jeg vil hjelpe,
og dermed må jeg forstå,
at dette med at hjelpe
ikke er at ville herske,
men at tjene.

Kan jeg ikke det,
så kan jeg heller ikke hjelpe.

Søren Kirkegaard
Sakset fra «Syndrom»
Nr 1 - 2003

HÅPET

Håpet vi bærer gir oss styrke,
Til å kjempe og aldri gi opp.
Ved livets mange slag,
Gir håpet oss tro på
En lysere morgendag.

Ina Dischler
Sakset fra «Syndrom»
Nr. 3 – 2002



Hvis du skader deg i trafikken, har din sjanse for å få et brukbart forsikringsoppgjør økt betydelig. På bare 3 år har utbetalingene steget med nesten 30 prosent. Blant annet takket være disse tre menneskene.

To rullestoler parkerer side om side i en lys trivelig stue på Vålerenga i Oslo. I den ene sitter hun som bor i leiligheten, Katrine Bråtane (24). Landskjent da hun for snart et år siden vant en knusende seier over forsikringsselskapet if, og ble tilkjent en erstatning på over 11 millioner. Penger som blant annet gjør at hun kan bo her, i en helt vanlig leilighet med utsikt til Vålerenga vertshus.

I den andre sitter Hans-Jurgen Dubielzyk (50), også han lam fra halsen og ned. Begge to manøvrerer sine klumpete doninger presist med munnen og kinnet, mens de diskuterer stolmodeller og tekniske finesser. Diskret i nærheten har begge hver sin personlige assistent som raskt er på pletten. Erstatning for kropper som ikke kan bevege seg.

Fra den hvite sofaen følger Inger Laila Eikeland (22) samtalen. Hun kan gå selv, og er tilsynelatende en frisk ung kvinne. Men som de to andre har hun overlevd en dramatisk bilulykke.

– Hjerneskode synes ikke det, vet du, sier hun og ser bort på sin mor, Vigdis Eikeland. Vil liksom sjekke at det hun sier er riktig.

– Men, hvilke plager har du egentlig?, spør Katrine fra rullestolen.

Inger Laila får et nikk fra sin mor, og svarer litt nølende.

– Nei, jeg klarer ikke å konsentrere meg. Husker ikke så godt. Mye hodepine.

I rommet er også en mørkkledd mann som både kan stå og gå, og ikke bærer på noen skjulte skader. Advokat Jan Gunnar Ness har i årevis representert trafikkofre som har sloss mot forsikringsselskapene. Alle de tre som er samlet

Høy pris for store erstatninger

i stuen, har vært klienter ved hans kontor.

De skulle ut i krigen, men det kunne ingen av dem ane da de våknet opp med store skader. De skulle ut i et minefelt av ansvarsfraskrivelse, finjus og mistro. At de og familiene skulle bli advokatmat i årevis, og få brettet ut sine mest intime hemmeligheter i rettssalene. Men heller ikke at de skulle ende med prinsipielt viktige seire som allerede har hatt betydning for trafikkofre som kommer etter dem.

– På hver sin måte har alle disse tre sakene bidratt til å flytte grenser for selskapenes ansvar, sier Ness.

– Spesielt etter Bråtane-saken merker vi at det er blitt langt lettere å oppnå forlik uten å måtte gå til retten først.

Statistikken viser også at utbetalingene fra selskapene øker. Bare fra i fjor til i år ligger en gjennomsnittlig erstatning an til å bli nesten 20 prosent høyere.

Slik sett er møtet i stuen på Vålerenga historisk. Blant jurister og forsikringsfolk er Bråtane-saken, Dubielzyk – saken og Eikeland – saken velkjente. Men her sitter tre lys levende mennesker og utgjør skjebnene bak dokumentstablene og de ukelange rundene i retten.

På vei fra mormorens 70-års lag på Karmøy, satte 14-åringen Inger Laila seg på fanget til en kamerat i forsetet. Uten sikkerhetsbelte. I 160 kilometer i timen traff den unge sjåføren et leskur i stein. Inger Laila for gjennom frontruten og ble funnet langt ute på et jorde.

Katrine var 11 år da hun og hesten hun red, ble påkjørt av en lastebil.

Trebarnsfarens Hans-Jurgen var en vital, fysisk aktiv anestesisykepleier på 37 den dagen bilen hans svedde utfor E6 ved Biri travbane.

– Ingen er forberedt på noe sånt. Livet er snudd opp ned, og alt er kaos. Men midt oppe i angsten og fortvilelsen raser regningene fra banken inn. Lenge før forsikringsselskapet har utbetalt fem øre, sukker Hans-Jurgen. Kona mi satt plutselig alene med tre barn. Hadde vi ikke fått forskudd på forsikring fra arbeidsgiveren min, Siemens, måtte vi gått fra huset.

Katrine lytter oppmerksomt. Kjenner seg igjen.

– Foreldrene mine bodde ikke sammen da jeg ble skadet, og begge to hadde dårlig økonomi. Bare det å tilrettelegge husene så jeg kunne være der, ble et voldsomt stress for begge. De måtte låne penger. Gjelden økte. Pappa holdt på å miste huset. Vi som er skadet, blir jo på en måte sett. De pårørende har det utrolig tøft.

Moren til Inger Laila retter seg opp i sofaen.

– Ja det er en utrolig ensom kamp. Alle legene, kommunen, forsikringsselskapet, var mot oss. Jeg tenkte ofte på å gi opp.

Nesten 8 millioner ble den rekordstore erstatningssummen Hans-Jurgen ble tilkjent etter flere runder i retten. Da ble det for aller første gang tatt hensyn til ulykken førte til skilsmisse, og utgiftene økte ved at begge foreldrene måtte bo i nærheten av barnas skole.

– Flere ganger under rettssakene fikk jeg følelsen av at det var jeg som hadde gjort noe galt. At jeg var urimelig og kravstor. Selskapet kjørte over meg som en bulldoser, sier Hans-Jurgen og får gjennkjennende nikk fra både rullestolen og sofaen.

Inger Lailas problem var at hun, ifølge forsikringsselskapet, burde være klar over risikoen hun tok ved å sette seg i forsetet på en bil uten å bruke sele. Tilbudet om erstatning var derfor null og niks.

– Vi kontaktet advokat, som rådet oss til å prøve saken for retten, forteller mor.

– Men en rettssak koster. Vi hadde verken rettshjelpsforsikring eller penger.

Til slutt gikk Inger Laila til bestemoren og fikk låne det som måtte til. I tillegg til rettssaken skulle pengene dekke nevrologiske utredninger. Det var nemlig familiens ansvar å bevise at 14-åringen faktisk var skadet.

I rettsapparatet vant Inger Laila ved hver korsvei, mens selskapet anket. Et par dager før selveste Høyesterett skulle si sitt, valgte if å hoppe av og utbetalte full erstatning.

– I praksis betyr det at unge mennesker som skader seg, ikke lenger vil få redusert erstatning selv om de, som Inger Laila, kan sies å ha medvirket

Statssekretær Kristin Ravnanger
Helsedepartementet
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo

Oslo, den 26. mai 2003

LANDSFORENINGEN FOR NAKKESLENGSKADDE KAN BIDRA SOM BRUKERMEDVIRKERE

Vi vil først benytte anledningen til å takke for konstruktivt møte den 12. mai d.å. Norges Handikapforbund (NHF) og Landsforeningen for Nakkeslengskadde (LFN) er fornøyd med at statssekretæren tok seg tid og anledning til å møte representanter for vår organisasjon.

Vi har merket oss statssekretærens målsetning om at man så fort som mulig ønsker å få opprettet kompetansesenter knyttet til nakkeslengskadde. Vi har også notert oss at slike kompetansesentre er tenkt knyttet opp mot kompetansesenter for rygg.

Norges Handikapforbund og Landsforeningen for Nakkeslengskadde vil minne om våre innspill i møtet den 12. mai, hvor vi understreket at organisasjoner av og for nakkeslengskadde kan bidra med verdifull erfaring som er nyttig i utviklingen av helsetilbud og virkemiddel. Landsforeningen for Nakkeslengskadde har 8 års erfaring med arbeid knyttet til nakkeslengskade. Vi ønsker med dette å tilby departementet å bidra med vår kunnskap i utviklingen av kompetansesenter for nakkeslengskadde. Vi ønsker samtidig å understreke at vi også i andre sammenhenger har mye å bidra med knyttet til områder der politiske myndigheter og/eller statlige etater/direktorater jobber med utvikling av helsetilbud, virkemidler eller politikk generelt når det gjelder denne gruppen.

Vi håper at departementet vil ta vår anmodning til etterretning. Vi vil også understreke at det er viktig at vi som brukergruppe kommer tidlig på banen. Verdien av brukermedvirkning reduseres parallelt med hvor mange føringer som legges i forkant av brukermedvirkningen. Vi vil derfor anmode om at brukermedvirkere hentes inn allerede tidlig i første planleggingsfase. Først da vil nytten av brukernes kunnskap kunne gi maksimal effekt på resultatet.

Vi håper på positiv tilbakemelding, og ser gjerne at tilbakemelding gis så raskt som mulig.

Med vennlig hilsen

Norges Handikapforbund(NHF) og Landsforeningen for Nakkeslengskadde (LFN)
Gunnar Buvik,
Forbundsleder i NHF

leder i LFN

«LFN kan bidra som bruker-medvirkere»

var henstillingen til Kristin Ravnanger i brev av 26.mai 2003.

Som dere ser av brevet ble det sagt i møtet at de – departementet – så raskt som mulig ønsket å få opprettet et kompetansesenter for rygg og nakke. Det er vel som de fleste har fått med seg tenkt/delvis gjennomført at dette skal legges til ST. Olavs Hospital i Trondheim.

LFN er alltid ute etter å holde seg oppdatert på de tilbud som gies til de skadde og ikke minst kunne være trygg på at det aktuelle tilbud tar vare på den enkelte skadde på en trygg, skikkelig og god måte.

I denne sammenhengen har vi et ønske til hver og en av dere som har vært til undersøkelse ved «kompetansesenteret» i Trondheim, om å gi oss en tilbakemelding på din opplevelse av å bli tatt på alvor og hvilken konklusjon de kom frem til. Da også i forhold til allerede eksisterende dokumentasjon. Du kan sende e.post. til livhage@frisurf.no hvis det er enklest for deg.

til skaden, fastslår Jan Gunnar Ness.

Men hvem har egentlig rett og hvem tar feil når det gjelder å sette pris på hva et menneskeliv er verdt? I loven heter det at den som blir skadet, har krav på «full erstatning». Hva dette vil si, har det i stor grad vært opp til forsikringsselskapene å tolke. Eller rettsvesenet å overprøve. Hvis mennesket i rullestolen har orket å kjempe den utmattende kampen som kreves.

– All statistikk viser at de fleste som går til domstolene med utmåling, oppnår langt høyere erstatning, fastslår advokat Ness.

– Men det er ingen tvil om de som har gått foran og tatt kampen, også brøytet vei for dem som nøyer seg med det selskapene tilbyr.

– Vi forholder oss til gjeldende rett. I de store sakene er nivået på utbetalingene

utvilsomt blitt hevet. Hvor mye er litt for tidlig å oppsummere, bekrefter personskadedirektør Kaare Schanke i if.

– Som en konsekvens av avklaringene tilbyr vi mer, og det blir lettere å finne en løsning.

Noe å tenke på for de tre i stuen på Vålerenga?

– Å ende som pensum i juridisk litteratur er jo forferdelig, fnyser Hans-Jurgen.

– Men ganske flott at flere får hjelp av at jeg ikke ga opp.

– Det har kostet sinnssykt mye energi og usikkerhet. Men jeg synes det er veldig bra å høre at if nå inngår stadig flere forlik.

Inger Laila har lyttet til de to andre. Ikke sagt så mye. Plutselig smiler hun. – Der har vært veldig fint å møte dere. Det hjelper å se at andre har vært i samme situasjon.

Inger Laila Eikeland (22), Haugesund

Skade: 14 – åringen satt på fanget til en kamerat i en bil uten sikkerhetsbelte. Bilen kolliderte i høy fart og ble kastet ut gjennom frontruten. Mindre hjerneskode, ryggproblemer. 100 prosent ufør.

Tilbud fra forsikringsselskapet: 0,- på grunn av medvirkning til skaden. Hun «burde visst» at hun utsatte seg for risiko.

Endelig erstatning: Ca. 2 millioner kroner, forlik etter to rettsinstanser.

Liv i dag: Har kjøpt generasjonsbolig for erstatningen. Bor vegg i vegg med sin mor.

*Sakset fra Aftenposten
søndag 19. oktober 2003
Journalist Hilde Lundgaard*

Gjensidige bestilte rapport for å redusere erstatningen

Trond Flesjå fikk en alvorlig skade i hodet etter en bilulykke i august 2000. Et avgjørende spørsmål i saken er hvor fort unggutten kjørte. I et brev Dagbladet har fått tilgang til, går det fram at forsikringsselskapet er villig til «å legge en god del» i en rapport som går i Deres favor.

Brevet er skrevet av Gjensidige Nor forsikring til ingeniørselskapet Rekon.

5. august 2000 mister Flesjå kontroll over bilen og kjører inn i et steingjerde. Fartsgrensen på stedet er 70 km. i timen. I ulykkesrapporten fra Statens Vegvesen blir farten beregnet til minst 82 kilometer i timen. Forsikringsselskapet bestrider rapporten. 8. novemner 2001 skriver for-

sikringsselskapet til ingeniørselskapet Rekon der de ber om en rapport om ulykken. I dette brevet går det fram at forsikringsselskapet mener at farten må ha vært betydelig høyere, og at de ønsker en rapport som støtter deres syn. De beskriver saken som en «kjempesak» og ber om å få beskjed dersom Rekon ikke kan si noe eksakt. Da vil resultatet være «fånytt», ifølge Gjensidige. 19. desember kommer rapporten fra Rekon som konkluderer med at farten var minst 112 km i timen. Forsikringsselskapet vil ha en avkortning på 30 prosent i erstatningen retten kommer fram til.

Flesjås advokat Christian Lunde mener denne saken illustrerer hvor tette

bånd det er mellom forsikringsselskapene og enkelte sakkyndige.

Gjensidige beklager formuleringen i brevet til Rekon, men de tror ikke at dette har hatt noen betydning på konklusjonen. Også ingeniør Henrik Nesmark i Rekon avviser kritikken. Formuleringen som er brukt i brevet er uheldig, men vi har selv sagt ikke levert noe bestillingsverk. Våre rapporter er lette å etterprøve, mener Nesmark. Forsikringsselskapene er ofte de som har midler til å betale for en slik utredning. Ofte gjøres det i samtykke med den skadde, sier Nesmark.

Sakset fra DAGBLADET

8. september 2003

journalist: Ole Bjørner Loe Welde

Dom i saken falt 21. oktober i Jæren Tingrett

Når det gjelder avkortning har Gjensidige anført to grunnlag for en avkortning i erstatningen etter bilansvarsloven § 7 første ledd. Det hevdes for det første at selve kjøringen har vært uaktsom, idet han dels har kjørt for fort og dels har kjørt uforsiktig og derved har kjørt av veien. For det andre hevdes det at han har opptrådt uaktsomt ved å kjøre uten bilbelte. Retten behandler først spørsmålet om Trond Flesjå har kjørt for fort eller på annen måte uforsiktig.

Retten referer til brevet fra forsikringsselskapet til Rekon, og Retten er enig i at formuleringen i brevet er lite skjønnsom. Det er nærliggende å tolke brevet som en oppfordring til Rekon om å presentere en rapport som kan redusere selskapets erstatningsutbetaling. Det gis i så fall uttrykk for en svært uheldig kultur innad i selskapet. Brevet er etter rettens mening uakseptabelt som et mandat til en uavhengig sakkyndig.

Videre sier retten, at retten ikke har funnet tilstrekkelig grunn til å tvile på at

Recon har utført beregningene faglig forsvarlig.

Recons beregninger er også trukket i tvil av den tredje sakkyndige, sivilingeniør Arvid Aakre ved NTU, Trondheim. Aakre har opplyst at han har forsøkt å beregne farten på ulike måter og med ulike verdier. Han har kommet til at farten kan anslås til 80-85 km/t.

Retten har funnet at farten med rimelig sannsynlighet kan anslås til minst 82 km/t. Fartsgrensen på stedet er 70 km/t. Trond Flesjå var godt kjent på stedet og må antas å ha vært fortrolig med veien og fartsbegrensningen. Svingen er i seg selv ikke svært krapp. Den er imidlertid uoversiktlig og har en veibredde på 5,7 meter uten oppmalt stripe. Kjøring gjennom svingen i 82 km/t innebærer under disse forhold en grad av uaktsomhet. Retten har ikke funnet grunnlag for å vurdere kjøringen forøvrig som uaktsom.

Det er erkjent at Trond Flesjå kjørte uten å bruke bilbelte. Bruk av bilbelte er påbudt etter forskrifter av 210979, jf vtrl. § 23a.

Retten legger til grunn at det i tilstrekkelig grad er sannsynliggjort årsaks-sammenheng mellom unnlatt bruk av bilbelte og Trond Flesjås invalidiserende hodeskade. Videre sier retten at bruken av bilbelte er over flere år innarbeidet som en selvfølgelig del av en fornuftig kjørekultur. Det er vel kjent at bruk av bilbelte effektivt reduserer skader.

Flesjå brukte ikke bilbelte og hadde ikke en bil som var utstyrt med airbag som eventuelt kunne ha erstattet noe av sikkerhetstapet. Han kjørte også med en hastighet på 12 km/t over fartsgrensen gjennom en uoversiktlig kurve. Retten har kommet till at han samlet sett utviste en uaktsomhet som er større enn at han «kan leggjast berre lite til last». Avkortningen settes til 25%.

Kommentar til dommen: Ankefristen er nå utløpt, og Trond Flesjå v/sin advokat har innlevert Tjæremål mot forsikringsselskapet når det gjelder saksomkostningene, men ut over dette er saken ikke anket. *Ref. Bjørg Schjølberg*

Lesernes side

Som medlem av LFN og leser av bladet, vil jeg først og fremst gi ros til et veldig informativt og fint blad

Som de fleste andre med langtids-skade etter ulykke med nakkesleng, har jeg mine plager, og sliter i likhet med veldig mange andre. Det er ikke store fremganger, og ting tar tid. Man prøver alt og hverdagen er en kamp mot smerter og motivasjon til å ha det så bra som man kan. Etter en lengre prosess blir man etter hvert nødt til å akseptere at «slik er det bare» og å gjøre det beste ut i fra det. Jeg velger ennå etter 5 år å se på det som en midlertidig situasjon, og gir ikke opp håpet om å bli bedre. I dag er jeg ennå ikke i stand til å jobbe. Har prøvd å jobbe med kroppen, i form av behandling, trening og øvelser til fysioterapi (de har for øvrig vært helt fantastiske). Egentrening gjør jeg også for resten av kroppen, der det er mulig. Nakken derimot stritter imot og er fortsatt like håpløs og gir kraftige signaler i form av smerter og alt det andre som vi kjenner så godt til.

Men dette er først og fremst den fysiske delen av det hele. Den psykiske biten er også viktig å jobbe med i en slik situasjon, når livet ditt «bråstopper» og alt blir snudd opp ned. Det er en prosess, og det er «opp og nedturer» i humøret. De fleste sliter med tunge «nedturer» men klare å karre seg opp igjen. Vi vet også at mange faktisk har tatt selvmord. Men vi som har støtte i familie eller andre, klarer oss bedre. Jeg vil påstå at dette klarer man ikke alene uten at plagene vil bli mye større. Regner med at mange kjenner seg igjen i det, og at dagene ofte er en kamp for å holde kroppen og motet oppe... Og det jobber vi med hele tiden, om og om igjen

Men sånn er det og mange klarer å henge med, selv om det er slitsomt. Men så har du alt det som har med den offentlige delen å gjøre. Trygdekontor, rehabilitering, attføring... møter her, møter der og nye møter, nye folk å forholde seg til. Du føler at du godt kunne hatt med deg

en båndopptaker.. etter hvert.. for det skjer jo ingenting. Så søker en eller vil søke om uføretrygd. For min del i perioden med rehabilitering (4 år) skjedde all kontakt fra min side. Det var jeg som måtte ta kontakt. Det har det for såvidt vært hele veien, man må selv ordne opp i ting. Jeg ble lei av å være den som ordet opp. Jeg var ikke i stand til å jobbe, var mye dårlig, også på møtene. Det jeg hadde tenkt å si «datt ut» og i svimmel og dårlig form ble senga plassen i noen timer etter at jeg kom hjem. Situasjonen er ikke så veldig annerledes nå enn da, uavhengig av hvilken etat jeg ble flyttet til. Jeg har prøvd og prøver å få søkt om uføretrygd for å få være i fred, bli bedre og komme tilbake når jeg er i stand til det.

Men det er ikke enkelt med det regelverket vi har i dag. Etter å ha blitt sendt over til yrkesrettet attføring (da har jeg hatt attføring i kommunen) som alle må igjennom for å kunne søke om uføretrygd, ble det flere nye info-møter som overhode ikke hadde noen ny informasjon til meg. Det var heller deprimerende å høre på hvilke muligheter jeg kunne hatt om jeg hadde vært frisk nok. Jeg holdt ikke i møtetiden engang.

Så var tiden endelig kommet til å ha en samtale med en konsulent fra Trygdekontoret. De var fullt klar over min tilstand, men vi må jo prøve likevel....?

Ja, så ble det tiltak. Var der en time og klarte ikke mer. Snakket med konsulenten der som syntes det var sykt å sende meg på tiltak i min situasjon, dessuten må man være 50% arbeidsfør for å begynne på arbeidstiltak! Ble sendt tilbake, og nye møter må til for å avgjøre min skjebne. Jeg har snart ikke tall på alle møter og telefoner og alt man må orde opp i for å komme frem til en enkel søknad. – Og det er heller ikke sikkert at det er ok å søke uføretrygd ennå. Jeg har jobbet mye i mitt liv som 47-åring, i arbeid med barn og som hovedtillitsvalgt i flere år, har jeg en bra erfaring på mange områder. Jeg var også så heldig å ha en jobb som jeg stortrivdes med. Masse utfordringer og mye nytt å lære. Klart at jeg savner dette og vil jobbe!

Hvem er det vel som ønsker seg uføretrygd? Ikke mange, men å flakse i systemet som en kasteball hit og dit. Forklare seg eller jeg må heller si forsvare seg over alt hvor du kommer. Ordne opp med papirarbeid, –

ja alt mulig. Telefonen brukes ofte.

Poenget mitt er at man er syk, og søker uføretrygd av den grunn. I dag er det faktisk mange som blir enda mer syk og gir opp i denne offentlige mølla medrigide regler og havner i sosialkøene eller blir forsørget av sin mann, for de som har det. Når man er syk koster det litt å bruke energien på alt dette. Men det verste er, at du selv bare blir mer og mer «syket ned». Du blir ikke trodd, du må bevise om og om igjen at du ikke kan jobbe. Privatlivet ditt blir gjerne blandet inn og etter hvert blir du «mindre og mindre» og føler deg ganske alene og trampa på. Mange gir opp i det menneske fiendtlige regelsystemet vi har og det er da fullt forståelig.

Vi starter så bra med å prøve å motivere oss til å akseptere situasjonen. Ta vare på de små nære ting. Prøver å gjøre mest mulig for å få til en hyggelig og god hverdag, for å skyve unna smerter og dårlig form. Men det offentlige systemet vi har i dag er med på å rive bort det lille vi har i dag «henge oss fast i». River ned det vi måtte ha av motivasjon til å kjempe videre for å bli friske. Ja, jeg vil si det så sterkt, at det gjør at du faktisk blir enda mer syk. Det må da kunne gå an og ikke ta alle over en kam, se individuelt på saken og tenke at ingen søker vel uføretrygd fordi de syns det er så ok å sitte hjemme med begrensede muligheter for hva de kan gjøre der også! Det er en myte at det er så festlig og greit.

Jeg ønsker å jobbe og har prøvd mange ganger etter ulykken, i små doser. Det skjærer seg hver gang. La meg få være i fred til jeg blir bra nok, så skal jeg da komme tilbake i jobb igjen, for det er ikke noe jeg heller vil. Men nå går altså ikke det... men å få uføretrygd... Nei det blir å vente å se. For det er faktisk noe i det at man skulle helst vært frisk for å kunne være syk, når en ser alt det man må ordne opp i. Jeg har heldigvis stor støtte på alle områder i min mann, og bruker han når hodet ikke er med meg og jeg bare «detter» ut og sikkert ser helt fjern ut. Men sånn er det.

Regelverket må forandres til det bedre for dem som trenger det, ikke for dem som lager det. Dette er en politisk sak... og det har jo vært forandringer over en lav sko hele tiden. Men det er virkelig på tide at noen tar fatt i dette og det er sikkert en sak for nakkeslengforeningen.

Gunn

Referat fra info-møtet LFN Nordland/Troms

Info-møtet ble avholdt 27 august 2003 i kantina ved Stadiontunet i Bodø

Ann-Mari Skavik, som fungerende kontakt for LFN i området og medlem i hovedstyret, ønsket velkommen til møtet. Hun presenterte seg selv og bakgrunnen for sitt engasjement i LFN, og presenterte deretter nestleder i LFN Einar Lohne og leder i NHF Bodø Randi Nesje.

Hun leste diktet «Våg å være» av Hans Olav Mørk, og gikk deretter raskt gjennom agenda for møtet som var følgende emner:

- Informasjon om LFN
- Erstatningsrett
- Dannelse av lokalavdeling og interimsstyre

Informasjon om LFN ble presentert av Einar på en flott og informativ måte. Han gikk gjennom foreningens historie, oppbygging og organisering, medlems-situasjonen, tilknytning til NHF og andre samarbeidspartnere, arbeidsoppgaver og aktiviteter. Av hovedområder for foreningens arbeid ble spesielt nevnt likemannsarbeid og diagnoseproblematikk, samt diverse kartleggingsoppgaver til hjelp for medlemmene.

Sekvensen om erstatningsrett ble en naturlig oppfølger. Lohne er advokat med skaderett som hovedområde, og denne delen av informasjonen fikk naturlig nok stor oppmerksomhet av de fremmøtte. Han gikk spesielt grundig inn på de viktigste områdene som nakkeslengskadde berøres av.

Dette begynner med problemene knyttet til diagnose, og viktigheten av lege-sjekk snarest mulig etter en hendelse som kan medføre denne type skade. Her ble blant annet vist til SMM-rapport nr. 5/2000 (*) om denne type skader. Denne kan være til god hjelp for oss som sliter med å få riktig diagnose fra vår lege. Han var innom tidsaspektet mellom hendelse og senere eventuell erstatning, og viktigheten av regelmessig legekontroll og riktig journalføring. Kom så inn på de krite-



Til venstr: Ann-Mari Skavik. Til høyre: Randi Nesje. Sittende: Einar Lohne

riene som må være tilstede for at en skade skal være grunnlag for erstatning. Vi gjentar disse her som en påminnelse:

- Det må være tilstrekkelige krefter til å påføre skade.
- Plager må merkes umiddelbart etter hendelsen.
- Det må være brosymptomer, det vil si at plager som oppstod i forbindelse med hendelsen må ha vedvart kontinuerlig over tid.
- Det må ikke være andre årsaker som har utløst plagene.

Dersom disse er oppfylt, kan det være grunnlag for erstatning. Lohne redegjorde for begrepene ervervsmessig og medisinsk invaliditet, begrep som ofte er forvirrende for oss. Det viktige her er at ervervsmessig invaliditet dreier seg om arbeidsevne og derfor er et rent økonomisk begrep, mens medisinsk invaliditet er knyttet til skaden og graden av den

medisinske invaliditet er klassifisert av departementet.

Einar sin presentasjon ble et fint samspill mellom ham og de øvrige, idet deltagerne kunne spørre og kommentere underveis, og en del av deltagerne konkrete situasjoner ble fint brukt for å illustrere flere viktige områder som Einar berørte. Det var derfor også naturlig at en kom inn på forskjellige typer forsikringer som kunne være aktuelle, både de lovbestemte gjennom arbeidsforhold, bilforsikringer og frivillige forsikringer en selv måtte ha.

Etter orienteringene var det kaffe og litt å bite i. Randi Nesje presenterte kort NHF og deres arbeidsområder, samt overrakte flotte blomster til Ann-Mari for hennes arbeid for å dra i gang lokalavdeling her oppe.

Som siste post på agendaen ble det av de fremmøtte besluttet å formelt danne lokalavdeling av LFN, og velge et interimsstyre til å drive avdelingen frem til ordinært årsmøte kan avholdes.

Avdelingen ble dermed dannet som LFN Nordland/Troms, med følgende styremedlemmer:

- Leder: Torhild Evertsen, Svarthammarvn. 3, 8015 Bodø, tlf. 75510428 91387458
- Sekretær: Ann-Mari Skavik, Skyttarvn. 16, 8020 Bodø, tlf. 75514362 95734369
- Styremedlem: Grete Ankill Dverset, Greisdalsvn. 93, 8028 Bodø, tlf. 75518915
- Styremedlem: Per-Terje Marthinsen, Skyttarvn. 16, 8020 Bodø, tlf. 75514362 95734369

Totalt kom 11 på møtet; 6 skadde, 4 pårørende samt Einar fra LFN

(*) SMM-rapport nr. 5/2000 – Senter for medisinsk metodevurdering, Sintef Unimed. Rapporten bestilles av det nye styret og sendes til de som bestilte den på møtet

Bodø 16. september 2003,
ref. Per-Terje

Referat fra SKUR's nettverkskonferanse 27.-29. aug. 03

Sett fra en brukers synspunkt.

SKUR's nettverkskonferanse er et ledd i å bidra til en landsdekkende møteplass for alle som er opptatt av og ønsker å drøfte ulike perspektiver på habilitering og rehabilitering på tvers av fag, funksjoner og nivå.

Utgangspunktet for temaet var forskriftens definisjons av habilitering og rehabilitering og utfordringer virksomheten står overfor som på en eller annen måte har sammenheng med kunnskap.

Selv om ordet kunnskap er enkelt å forstå og noe det umiddelbart legges en mening til, er det et komplisert og sammensatt fenomen, ikke bare teoretisk, men også i praktisk sammenheng. Søkelyset ble særlig rettet mot kunnskap som forutsetning for brukers opplevelse av habilitering og rehabilitering som en helhetlig og sammenhengende prosess med et tilfredsstillende resultat. Temaet ble belyst teoretisk, gjennom praksiserfaringer og FOU-prosjekter, både i plenum og i form

av gruppearbeider i ulike parallelle sesjoner med til sammen 16 timer.

Mange av temaene ble også diskutert under pausene og det alle kommer frem til er at det høres fint og flott ut alt det som blir planlagt og diskutert, men når det kommer til det punktet at det skal settes i verk forskjellige tiltak er man uten penger!

Den sosiale biten var derimot helt topp, Halvdan Sivertsen på sitt beste!!

Med hilsen Ann-Mari

PÅ OPPSLAGSTAVLEN:

Til pasienter med nakkesleng

Undersøkelser viser at det er en nær sammenheng med nakkeslengskader og kjeveleddsdisfunksjon. I en undersøkelse vi på begynnelsen på 90 tallet gjorde viste det seg at 70 % av de som ble undersøkt (150 pasienter) som var diagnostisert med nakkeslengskade hadde kjeveleddsdisfunksjon. 76% hadde knepping under gapebevegelser i kjeveleddene. Ved palpering over kjeveleddene viste 80% ømhet over leddene. Over 60% hadde involvering med ømhet ved palpasjon i tyggemuskulaturen. Vi fant også sammenfallende symptomer hos pasientene i 22% av tilfellene som var identisk med rapporterte bivirkninger for de medikamentene de tok.

Symptomer ved

kjeveleddsyndrom kan bestå av:

- Hodepine
- Ansikksmerter
- Kjeveledds smerter
- Nakke-/ Ryggsmarter
- Smerter i bihulene(uten funn hos spesialist i øre nese hals)
- Smerter i tennene (uten tannrelatert plager)
- Svimmelhet
- Øresus /Tinnitus
- Press bak øynene
- Stråling utover i armen
- Klump i halsen

Symptomene hos nakkeslengskade faller ofte inn i disse gruppene

Årsaken til dette ligger det dannes muskel knuter (triggerpunkter) i musklene som gir strålende smerter til andre områder enn der. triggerpunktet ligger. Triggerpunkter i en muskel kan også frembringe triggerpunkter i andre muskler. Hovedplagene man ser hos pasienten er hovedsaklig av muskulær karakter. Man vet idag feks at triggerpunkter i den store tyggemuskulaturen Masseter muskulaturen er en av årsakene til tinnitus. Likeledes så den skrå halsmuskelen Sternocleidomastoideus.

Uten å stabilisere bittforholdene blir det ikke mulig å behandle disse triggerpunktene effektivt da den skjeve bittstillingen irriterer musklene og gjør at triggerpunktene blir aktive. Stabilisering av bittet gjøres temporært med en bittskinne som må være meget nøyaktig tilpasset. Hvis ikke, vil den irritere triggerpunktet.

Etter at bittskinne har gjort bittforholdene stabile, kan behandlingen på triggerpunkter starte. Det er viktig å se på forhold som et kort ben eller et skjevt bekken. Begge forhold vil påvirke hvordan musklene i rygg og nakke fungerer og kan i seg selv gi triggerpunkter og funksjonell scoliose. Lockfoot kan også være et annet problem.

Ang sammenhengen mellom skjevt bitt se på [helsenytt.no / Skjevt tannstilling kan gi hodepine](http://helsenytt.no/Skjevt_tannstilling_kan_gi_hodepine).

Om ytterligere info ønskes ta kontakt resepsjon@tannatelieret.no

Tannlege Bjørn Hogstad

Vondt i nakken...

Forts. fra side 19

tror at en forsikringsbetalt studie er uavhengig?

Det var 24 foredragsholdere i løpet av to dager, og de fleste heldigvis nøkterne og meget bra, og ga tilhørerne en grundig vurdering av situasjonen fra eget ståsted. Dr. Svein Nilsson hadde et glimrende innlegg, der han også beskrev en meget grundig utredning, – både anamnese, klinisk undersøkelse, tilstanden umiddelbart etter ulykken, smertelokasjon og hvordan man ut fra stedet der smerten lokaliseres kan finne nivået hvor skaden befinner seg. Symptomer av forskjellig art indikerer også skadestedet. Som eksempel nevnes at om en muskel overfører smerten til hodet betyr det at smerten kommer fra et nivå i nakken som ligger over C5, mens smerte som lokaliseres til skulder og arm kommer fra et nivå under C5-nivået.

Dr. Nilsson var også den som avsluttet kongressen. Her konkluderte han med at det går som en rød tråd gjennom hele kongressen, at det gjøres et alt for dårlig arbeid for å utrede og behandle nakkeslengskadde personer, særlig i begynnelsen – etter påført skade. I den sammenheng fant han, at dr. Staffs kommentar – om at en 8-timers undersøkelse var alt for mye, var meget merkelig.

Dette innlegget er en smakebit på hva «de lærde» mener om oss (nakkeslengskadde) som kasus. Vi som har vært til stede skal få tilsendt referater fra kongressen, og vi skal skrive mer. Gled dere til neste nummer av «Nakkeslengen».

Med hilsen styret i LFN Oslo

Tverrfaglig kongress med nakkesleng som tema

Vondt i nakken etter skade i trafikken

NIMI, Oslo oktober 2003

En takk til LFN Hordaland og LFN Oslo for at dere deler informasjonen fra kongressen på NIMI i Oslo, med alle oss andre.

Dessverre måtte begge referatene forkortes noe for å få plass til dem begge, men vi håper at referatene allikevel gir deg mye god og nyttig informasjon.

Else Nicolaysen og Wendla Jensen fra LFN Hordaland deltok på denne kongressen, som var myntet på leger, fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer, psykologer, jurister og saksbehandlere. Vi fant oss til rette blant helsepersonellet, da vi syntes det var det mest aktuelle for vår gruppe som pasienter.

Whiplash som et motefenomen

*v/medisinsk fagsjef Peer H. Staff,
fra Vesta*

Han sier at fenomenet whiplash er et motefenomen som sprer seg som et virus og at vi må komme bort fra dette, og heller snakke om sykdomsforståelse. Whiplash var ment som en skademekanisme ikke en sykdom. Det skulle beskrive en tilstand etter skade.

Han mener at whiplash blir brukt i forbindelse med mange dumme ting. Og at folk bruker begrepet til å saksøke forsikringsselskaper ved mange ulike situasjoner som ikke har noe med nakkeskade å gjøre. Han mener at legen gir pasienten et situasjonsbilde som pasienten får tanker ut fra, og som gir pasienten tanker om hvordan skaden gir problemer i hverdagen. Dette utløser et psykisk sykdomsbilde som blir et problem for pasienten.

Det er her det bør komme inn psykologer og annet fagpersonell som kan hjelpe med traumene som disse pasientene lider av. Det er helt nødvendig at legen stiller riktig diagnose slik at pasienten ikke kommer inn under feil behandling, ellers er det helt umulig å få denne pasienten bra igjen. Når det gjelder skader i trafikken så er det ofte katastrofetenkningen som er det viktigste

og da blir tankene rundt skaden veldig feil.

Han viser til forskning og en rapport fra rundt 1945, hvor det viste seg at alle alvorlige nakkeskader hadde en tendens til å komme seg med tiden.

Konklusjonen er at folk blir mye sykere av diagnosen enn av selve skaden. Da snakket han ikke om de alvorlige nakkeskadene hvor ingen er i tvil om hva som skjer, men om de som er vanskelige å diagnostisere.

Nakkens funksjonelle anatomi

v/professor i anatomi Per Holck

Han fortalte at det er muskler i nakken som styrer hodets bevegelser sideveis og forover, men det er ingen muskler som hindrer hodet i å tippe bakover.

Etter at flere skjeletter av kvinner og menn var undersøkt, fant man at når disse ble hengt opp tippet kvinnenens hoder bakover mens mennenes hoder tippet fremover. Det de da fant ut, var at kvinner har et forholdsvis tungt bakhode og menn har et forholdsvis tungt ansikt.

Nakken er ikke stabil fordi muskulaturen som holder nakken er «dumt oppbygd». Han sammenlignet med en flaggstang som det skulle settes barduner på. Ingen ville finne på å sette dem parallelt med stangen, men slik er det med musklene i nakken. Ved stram og vond muskulatur ville trykket på virvlene mangedoble seg.

Vi har et ytre støtteapparat og innenfor har vi de tynne musklene, som har med bevegelsen av tungebenet å gjøre. Ved nakkeslengskader kunne man også tenke seg at det ble skader i den tynne muskulaturen.

Hodets stilling har noe å si på hvor stor skaden blir. Vi må heller ikke glemme at vi har skjoldbruskkjertelen på fremsiden av halsen, med et uhyre rikt karnett med retning både oppover og nedover, og hvor eventuelle skader kunne tenke seg å finne sted.

Mellomvirvelskivene er helt unike når det gjelder å styrke bløtdelene slik at

disse ikke presses ut. Mellomvirvelskivene forandres jo eldre man blir, den blir flattere med årene. Imellom virvlene i nakken ligger det små menisklignende skiver som meget vel kan skades ved stort trykk fra hodet. Mellomvirvelskivene har spalter, men kun ned til c5 – sjelden under det. Disse er ikke tilstede hos barn før ved 10 års alderen. Langsgående ligamenter er viktige når det gjelder nakkens stabilitet.

Han gjør oss også oppmerksom på alle lagene som vil legge seg som en 2 millimeter tykk film og som vanskelig lar seg se på røntgenbildet. Han viste og fortalte at det var gjort forsøk med lik i en hastighet av 22 km i timen, hvor de etterpå gikk inn for å se hva som hadde skjedd. De fant da blødninger mellom de små hinnen i halsen. Formålet med denne undersøkelsen var å vise at noe kan skje, men forsøket ble dessverre stoppet.

Skademekanismer

v/Professor Jim Taylor og

Dr. og forskningsjef Maria Kraft

Professor Jim Taylor som kommer fra Australia fortalte om deres forskning på dette området. Hvordan de hadde foretatt obduksjoner av mennesker som hadde omkommet i ulykker, hvor de kunne se hva som forårsaket nakkeskadene. Han fortalte om hvordan de undersøkte pasienter med MRI og hvordan de fant skader. Det er tydelig at de har bedre utstyr enn vi har her i landet med bedre maskiner som har bedre oppløsning.

Radiologi

v/overlege Jostein Kråkenes

Han viste oss MR bilder som var tatt ved Haukeland i Bergen. Vi kunne se hvordan membranen mellom de to øverste nakkevirvlene var skadet, og alvorlighetsgraden av dette.

Det de kan se det på, er at membranen som egentlig skal være sort, blir lys og grå på bildet. Det er da ikke mye igjen av membranen og dette er en grad 3 i alvorlighetsgrad. De kan også se om dette er

på den ene – eller begge sider. Alvorlighetsgraden kan være like stor, uavhengig av skade på en eller begge sider. Han fortalte at de hadde gjort et forsøk med pasienter som var skadet og noen som bare hadde vanlig nakkesmerter uten at de hadde vært utsatt for ulykke. Denne undersøkelsen viste at av 92 personer var 6 personer innen gruppe 3. Flere andre hadde skader men ikke så alvorlige. Av de som ikke var skadet var det ingen som hadde disse skadene. Han viste forskjellige MR-bilder av forskjellige metoder, og hvordan de fant forskjellige skader. Dette er skader som ikke tidligere har vært påvist på grunn av dårlig utstyr her i Norge, og fordi legene ikke har visst hva de skulle se etter.

Klinisk undersøkelse

v/Bertel Rune Kaale

Han informerte om hvordan han undersøkte pasientene manuelt. Han begynner med å ta grep bak ørene og vrir hodet i forskjellige stillinger, han palperer her ved overgangen mellom hodet og nakken. Bakgrunnen for disse kliniske undersøkelsene er at man kan finne de patologiske funksjonene som er skadet, for siden å sammenligne funnene med MR bildene.

Han viste en film-snutt, hvor han hadde plassert pasienten inne i en «monstermaskin» som han kaller nakketestmaskinen. Her blir et måleinstrument tilkoblet hodet, slik at hodets rotasjon og bevegelse kan leses av på en skala. Denne maskinen registrerer også anstrengelsen på bevegelsen, inn på en datamaskin som viser dette grafisk. Det er umulig å simulere anstrengelse, da denne maskinen er veldig følsom. Her regner maskinen automatisk ut styrke og bevegelighet i nakkefunksjonen. Dette forteller litt om skadeomfanget. Deretter blir pasienten med i en trenings/bevegelsestest som han styrer, for å se hvordan pasienten reagerer på lett belastning over tid.

Han bruker ca 8 timer på denne utredningen, det er helt nødvendig med en slik lang utredning for å få et bilde av pasientens funksjoner. Etter dette blir pasienten sendt videre til Haukeland Sykehus i Bergen, hvor dr. Kråkenes tar MR av pasienten. MR bildene blir studert av et team ved sykehuset og deretter sendt til Rune Kaale som sammenligner dette med sine kliniske funn. Basert på funnene får pasienten en utfyllende utredning,

og eventuelt et treningsopplegg som kan hjelpe pasienten videre.

Tre fra LFN Oslo deltok også ved denne kongressen.

Det flotte ved disse to referatene er at de utfyller hverandre, og at du som leser av «Nakkeslengen» kan få referat fra flere forelesninger med forskjellige forelesere.

Kvaliteten på foredragene varierte enormt; noen tok oss helt tydelig på alvor, mens det virket som om andre så på oss som en pasientgruppe som ga muligheter for inntekter. Forsikringsselskapenes rolle vil jeg ikke si mer om her, men enkelte uttalelser fra deltakere fra bransjen taler for seg selv.

Maria Kraft, forskningssjef i det svenske forsikringsselskapet Folksam viste til studier som Saab og Volvo har gjort for å finne frem til nye stoltyper i bilene sine, med målet å redusere skadeandelen ved ulykker. Hun sa bl.a. at hastighetsforandringen (G) i kollisjonsøyeblikket var avgjørende. En hastighetsforandring (G) på mer enn 5 ga skade i mer enn 60% av tilfellene, men at det også ble registrert skade helt ned til 1G. Det hun ikke sa – kanskje hun trodde at alle visste det – var at grunnen til disse studiene er, at det er registrert nesten tre ganger så høy risiko for nakkeproblemer etter påkjørsel i biler konstruerte rundt 1990 sammenliknet med tidligere årsmodeller og at man mener at hovedårsaken til dette ligger i sterkere konstruksjoner i forsetene i bilene fra denne perioden (kilde: «Nackskador efter bilolyckor» Åke Nygren (red), Maria Kraft mfl.)

Team – dr. Jostein Kråkenes, Haukeland Universitetssykehus, og manuell terapeut Bertel Rune Kaale – viste et spennende arbeid, der de på forskjellig vis innen egne erfaringsområder klarte å vise skade på øvre ligamenter – skade i området C0-C1. Kaale fant i sin 8 timer lange undersøkelse og utredning av pasienten frem til et skadekompleks, mens Kråkenes lette etter skade på MR-bilder.

Peer Staff provoserte her forsamlingen med en kommentar om at det var forferdelig at det skulle brukes så mange timer på utredning av hver pasient.

Nevrolog Dr. Nordal fortalte om nevrologiske testmetoder, hva man skulle lete etter og hva man kunne finne. Dr. Nordal mente at C5, C6, C7 og C8/T1 (de nedre nakkevirvlene ned til overgang

til ryggen) er strukturer som lett skades ved en ulykke. Klager pasienten f. eks over smerte i nakken med utstråling ned gjennom armen til langemann/pekefinger kan man regne med at skadestedet er C7. (mens Kråkenes/Kaale leter etter skader i C0/C1-C2!)

Hovedbudskapet er at klinisk nevrologisk undersøkelse gir helt unike funn, og at disse ikke kan finnes på andre måter. (eller sagt på en annen måte fra den skaddes ståsted: Det er forståelig hvorfor forsikringsselskapene starter med å sende en skadet til nevrolog. Pasienten er helt avhengig av nevrologens funn, – og om denne ønsker å finne noe).

I paneldebatten senere på dagen sa dr. Nordal at han ikke trodde man fikk varige skader ved en hastighetsendring på under 10-15 km/time og at man filosofisk sett burde sette opp en nedre grense for mulig skade. Kollisjoner ved hastighet på 6–8 km/time gir sannsynligvis ingen skade, sa han. (Dette står i sterk kontrast til en dom fra 2001 der en Bærumskvinne ble tildelt kr. 3.3 mill etter en kollisjon der hastighetsendringen ikke var mer enn 5–6 km/t. Saken ble anket av forsikringsselskapet, men ble avvist av Høyesterett).

Men dr. Monica Drottning provoserte mest. Hun viste til en studie, gjort i samarbeid med Peer Staff (Vesta). Ved en undersøkelse av skadde etter kollisjoner hadde man spesielt sett på posttraumatisk stressreaksjon.

Konklusjonene fra studien var:

- 1) at de som hadde hatt smerte akutt ved ulykken var de som hadde kroniske smerter etter et år og
- 2) at de som hadde hatt en stressreaksjon etter ulykken hadde flere fysiske problemer enn de som ikke hadde hatt en stressreaksjon og
- 3) og at hvis ulykken ga både fysisk smerte og psykisk smerte, da skal man behandle den emosjonelle (den psykiske) smerten først – og se hva man da står igjen med. Hennes tolkning var etter min mening klar; den fysiske smerten forsvant med den psykiske smerten.

Forskning er bra – når den er uavhengig, men det er neppe mange som

Forts. side 17

Direkte gjengitt fra referat gitt etter: Nakkekongressen på NIMI

Pathology of neck sprain and severe whiplash injuries.

Prof. Jim Taylor

Ref. ved:

Frode Hilde, Håvard Moksnes og Thomas T. Ødegaard

Forelesningen tok for seg skader i cervicalcolumna etter nakkesleng. Taylor har studert tynne snitt av cervicalcolumna på preparater fra personer som hadde hatt et nakke-traume. Han viste detaljerte bilder av snittene og gjennomgikk systematisk de forskjellige skadene han hadde observert. Han poengterte at mange av skadene var små, men at de sannsynligvis kan forklare en del av smertene pasienter har etter nakkesleng. Skadene som ble observert i mikroskopet ble ikke sett av en erfaren radiolog som gjennomgikk ordinære røntgen – og MR bilder av de samme pasientene.

Av skader som ble gjennomgått var:

- Ligament alare
- Cervicale skiveskader:
Rim lesions; horisontal rift i fremre del av skiven. Vanligst og oftest over flere nivåer.
Disc avulsions; separasjon av skiven fra corpus. Vanligst hos pasienter under 55 år.
Disc disruption; skade gjennom hele skiven. Middelaldrende og eldre personer.
Traumatic disc herniation; prolapsset kan trykke på ryggmarg og spinalnerver.
- Fasettleddskader
Skadet synovialfold, tip fractures av underliggende leddflate, leddbrusk-skader.
Skademekanisme; kraftig ekstensjon og ofte skader på flere nivåer. Sjelden synlig på røntgen eller MR

Taylor vektla at det eneste dobbelt blinde studien som er gjennomført har vist at

54% av nakkesmerter etter nakkesleng stammer fra fasettledd: Barnsley et.al (Spine 20:20, 1995).

Trening etter SET konseptet

Fysioterapeut, spes. manuellterap
Gitle Kirkesola

Gjennomgikk SET (Sling Exercise Therapy) konseptet utviklet av Nordisk Terapi. Konseptet vektlegger trening av dyp stabiliserende muskulatur i nakken ved hjelp av slynger.

Treningsprinsippene gir gode muligheter for lavdosert trening med spesifikk påvirkning av dypere strukturer i hals og nakke.

Fasettleddsblokader/ radiofrekvensbehandling

Overlege Leif Måwe

Konklusjon:

- Diagnostiske injeksjoner er et verdifullt hjelpemiddel for å lokalisere smertefokus
- Fasettleddet er en vanlig årsak til smerte ved whiplash (Chronic Cervical Zygapophysial Joint pain after Whiplash, Spine 1996; 21, 1737-45.)
- Radiofrekvens neurotomi av fasettleddsnerver:
Symptomatisk/lindrende behandling
Er en ufarlig behandling
Forbigående bivirkninger
Kan gi langvarig smertefrihet/lindring
Kan gjentas

Operativ stabilisering

Overlege Roald Baardsen

Den kirurgiske behandlingen av nakkeslengpasienter er meget omstridt, noe Baardsen ga uttrykk for. Likevel er det noen pasienter som må opereres, og av disse er ingen foreløpig rapportert forverret. Studier på dette feltet er usikre og

mangelfulle, og de omhandler for det meste ulike teknikker. Utvelgelsen for kirurgivurdering av disse pasienter er:

- Relevant skade, ikke symptomfrie perioder
- Ikke effekt av konservativ behandling
- MR funn, CT funn
- Kliniske funn forenelig med ligament skade/instabilitet
- Klinisk forenelig med påvirkning av medulla/nerverøtter
- Subjektive plager
Smerter cervicogen hodepine
Bevegelsesrelaterte smerter
Stillings avhengig neurologisk utfall

Det har vært utført kirurgi på mellomvirvelskader med 2 års oppfølging postoperativt.

Tallene viser at pasientene hadde skader 1–7 år før inngrepet og at de hadde hodesmerter, nakkesmerter, armsmerter og MR funn forenelig med skivedegenerasjon/prolaps.

Ingen har blitt verre

13 av 20 mistet nakke og hodesmerter
7 av 20 hadde reduksjon av parestesier og radikulære smerter.

Konklusjon:

En liten gruppe pasienter med nakkesleng skade har ligamentskader, diskskade, fasettleddskade som krever kirurgisk behandling.
Ved manglende effekt av ikke kirurgisk behandling, ny radiologisk utredning og funksjonell testing.

Medikamentell behandling

Overlege Jørn Bremnes

Konklusjon kroniske smerter:

Anbefalt medikament: Sarotex (kombinert ofte ved psykologiske tilnæringsmetoder, andre ikke-medikamentelle behandlingsmetoder, analgetika, epileptika).

Rett til individuell plan

Lovgrunnlag

Pasientrettighetsloven § 2–5 gir pasientene/brukerne rett til individuell plan ved behov «for langvarige og koordinerte helsetjenester».

Det er også utarbeidet en forskrift og en veileder om individuell plan. Offentlig institusjoner kan bestille publikasjonene fra:

Statens trykksaksekspedisjon:

e-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no.
Telefaks: 22 24 27 86

Målgruppen for retten til individuell plan

Målgruppen er personer som trenger tjenester over lengre tid, og som har behov for koordinerte tjenester fra flere etater.

Plikt til å utarbeide individuelle planer

Plikten til å utarbeide en individuell plan er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.» Det er tjenesteapparatet som har hovedansvaret for å utarbeide en individuell plan, men pasienten eller pårørende kan ta initiativet til planen. Alle tjenesteytere som er i kontakt med pasienter med langvarige og sammensatte

behov for tjenester, har et ansvar for å vurdere om det er behov for en individuell plan.

Målsettingen

Målsettingen med individuelle planer er at personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester, skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Retten til en individuell plan, gir ikke rett til de tiltakene som er nærmere definert i planen, selv om at det er dette som er det viktigste. For pasienten er det uansett viktig at planen følges opp i praksis, hvis ikke vil planen være uten betydning. I lovmerknadene presiseres at «Planen skal bidra til å klargjøre ansvarsforhold i behandlingen for pasienten. Således skal planen angi hva slags behandling pasienten kan forventes å få og til hvilken tid.»

Pasienten skal alltid samtykke og delta i utarbeidelsen av individuell plan

Pasienten skal alltid samtykke til en individuell plan. Pasienten skal alltid være med og delta i utarbeidelsen, gjennomføringen og oppfølgingen av en individuell plan. Man ønsker med dette å sikre reell brukermedvirkning.

Om ansvaret

Ansvaret for å utarbeide individuelle planer er ikke lagt til en enkel instans. Det betyr at både kommunen, helseforetak og institusjon for psykisk helsevern har plikt til å utarbeide individuell plan, pasienten skal alltid samtykke, men det er et forbe-

hold for pasienter under tvunget helsevern.

Selv om arbeidet med planen settes i gang på initiativ fra spesialisthelsetjenesten, er det viktig at planarbeidet skjer i nær dialog med kommunen. I veilederen om individuelle planer presiseres at «det er kommunen, eventuelt institusjonen (spesialisthelsetjenesten) mens personen oppholder seg der, som har ansvaret for å sikre et kvalitetsmessig godt tilbud, og dermed også at planleggingen blir igangsatt. Kommunen har ansvaret for å sikre koordineringen.» Det skal lages en overordnet plan for den enkelte pasient/bruker og det skal nevnes en koordinator som skal ha ansvaret for å lede hele planprosessen.

Spesielle regler for psykisk helsevern

Alle som er under psykisk helsevern har rett til en individuell plan. Frivillige innlagte skal samtykke. For pasienter under tvunget helsevern skal det utarbeides individuell plan.

Planen skal inneholde

1. Tiltak tjenester personen har behov for
2. De ulike tjenesters bidrag og tilpasning til den enkelte persons behov
3. Tjenesteytere, og hvordan tjenester skal organiseres
4. Tidspunkt og tidsperiode for tjenestene
5. Overordnet ansvar for tilbudet (hvem)
6. Rutiner for evaluering og revedering av tjenestenes omfang og utforming.
7. Koordinator (hvem) og rutiner for kommunikasjon.

Vennskap

Trofast vennskap er godt å eie.
Trofast vennskap er godt å gi.
Det skaper trygghet på tunge veier,
det gir livet en stor verdi.

Vennskap – vunnet i unge dager.
Vennskap – vunnet mens tiden går,
er som en blomst i en vakker hage:
Den bøyer seg litt, og den alt forstår.

Vennskap er smil i fra hjertes varme.
Vennskap er sannheten i din munn.
Det gir livet en edel charme.
Det er et smykke – det er et funn.

Sakset fra
Syndrom Nr 1 – 2003

BUSKERUD MUSKEL- OG LEDDKLINIKK

Naprapat
Morten Borgersen

Mjøndalen/Vikersund
Tlf. 32 23 07 00

Dagens historie

Legen sto og tok på seg frakken.
Han hadde nettopp fått en oppringing fra tre kollegaer som ventet ham til bridge.
Skal du ut nå igjen? Sa hans kone.
Er det noe alvorlig?
Alvorlig ja. Det skal si deg.
Det er tilkalt tre leger i forvegen.

Likemanns- utvalget i LFN 2003-2004

SKADDE:

Åse Branzell – leder

Skytterbråtveien 47b
1739 Borgenhaugen
tlf. 69 70 40 50
e.mail: branzell@spray.no

Gunnar Østland

Skogveien 130 A
1369 Stabekk
tlf. 67 12 11 01
e.mail: oestland@yahoo.no

Liv Hagen

Revefaret 26
1914 Ytre Enebakk
tlf. 64 92 45 05
e.mail: liv-hage@frisurf.no

Reidunn Waarhuus

Sørbyveien 968
3178 Våle
tlf. 33 06 32 13
e.mail: reidunwa@start.no

PÅRØRENDE:

Ragnar Branzell

Skytterbråtveien 47b
1739 Borgenhaugen
tlf. 69 70 40 50
e.mail: branzell@spray.no



LFN Landsforeningen For Nakkeslengskadde

Boks 9217 • Grønland • 0134 Oslo • Tlf.: 24 10 24 00 • Fax: 24 10 24 99

LOKALLAGSLEDERE OG KONTAKTPERSONER I LFN

adresseoversikt:

Sentralt:

Landsforeningen for
nakkeslengskadde (LFN)
Postboks 9217 Grønland
0134 Oslo
Tlf: 24 10 24 00
Fax: 24 10 24 99

LFN ØSTFOLD

Leder: Jane Martinussen
Tråklestinget 29
1537 Moss
Tlf: 69 25 95 75
e-post: j-anita@online.no

LFN AKERSHUS

Leder: Jorunn Bekkesletten
Myragutua
2022 Gjerdrum
Tlf: 63 99 05 73

LFN BUSKERUD

Leder: Bjørg Schjølberg
Hagatjernveien 2
3050 Mjøndalen
Tlf: 32 87 84 18
Mob: 48 09 85 47
e-post:
bjoerg15@hotmail.com

LFN HORDALAND

Leder: Else Nicolaysen
Pb. 32
5174 Mathopen
Tlf: (p) 55 93 12 42
e-post
tombergen@c2i.net

LFN TELEMARK

Leder: Jan Ove Olsen
Asbjørn Knudsensvei 4,
3681 Notodden
Tlf: 35 01 06 84
e-post: jov-o@online.no

LFN OSLO

Leder: Turid Monsen
Etterstadsletta 65 A,
0660 Oslo
Tlf: 22 68 20 52
e-post: turid.monsen@
chello.no

LFN VESTFOLD

Leder: Reidun Waarhuus
Sørbyveien 968,
3178 Våle
Tlf: 33 06 32 13
Mob: 93 83 65 28
e-post:
raidunwa@start.no

LFN AUST-AGDER

Leder: Kjell Larsen
Bergevn. 7,
4886 Grimstad
Tlf: 37 04 29 12
Tlf: 37 02 23 46
e-post:
kje-lar2@online.no

LFN ROGALAND

Leder: Astrid Midsund
Bulegveien 3A
4309 Sandnes
Tlf: 51 68 97 99

LFN SØR-TRØNDELAG

c/o NHF Sør-Trøndelag
Tempeveien 22
7037 Trondheim
Tlf: 73 82 08 30
e-post: nhfstr@nhf.no

OPPLAND/HEDMARK

Kontaktperson 1:
Bjørg Schjølberg
Hagatjernveien 2,
3050 Mjøndalen
Tlf: 32 85 16 59
e-post:
bjoerg15@hotmail.com

Kontaktperson 2:

Liv Hagen,
Revefaret 26
1914 Ytre Enebakk
Tlf: 64 92 45 05
e-post:
liv-hage@frisurf.no

MØRE OG ROMSDAL

Kontaktperson:
Tove Anita Gribbestad
Kometveien 4A
6419 Molde
Tlf: 71 21 08 99

SOGN OG FJORDANE/ MØRE & ROMSDAL

Kontaktperson:
Else Nicolaysen
Postboks 32
5174 Mathopen
Tlf: (p) 55 93 12 42
e-post:
tombergen@c2i.net

NORD-TRØNDELAG

NHF Nord-Trøndelag
Namdalsveien 30
7700 Steinkjer
Tlf: 74 16 78 20
e-post:
steinkje@online.no

NORDLAND/TROMS

Leder:
Torhild Evertsen
Svarthamarvn. 3
8015 Bodø
Tlf: 75 51 04 28
Mob: 913 87 458

FINNMARK

Kontaktperson:
Lill-Torill Andersen
Rustefjellbma
9845 Tana
Tlf: 95 11 87 35
e-post:
lilltorill@hotmail.com

LFN er tilsluttet Norges Handikapforbund (NHF). Som medlem av LFN er du også medlem av NHF. Vi arbeider for å opprette lokallag i alle landets fylker. I fylker uten egne lokallag eller kontaktpersoner, vil Norges Handikapforbunds fylkeslag ivareta våre medlemmers interesser.

ADVOKATFIRMAET

Ytterbøl & Co as

. SARPSBORG . MOSS . FREDRIKSTAD . HALDEN .

ERSTATNINGSRETT



- . Arve-/familierett
- . Barnerett/-vern
- . Arbeidsrett

SARPSBORG:
Sandesundsvn. 3
Postboks 404
1703 Sarpsborg
e-post:
sarpsborg@ytterbol.com
Tlf. 69 16 18 00

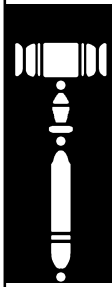
FREDRIKSTAD:
Sparebankgården
Postboks 273
1601 Fredrikstad
e-post:
fredrikstad@ytterbol.com
Tlf. 69 36 60 00

- . Personskade
- . Nakkeslengskade
- . Trafikkskade
- . Yrkesskade
- . Pasientskade
- . Trygderett
- . Helserett
- . Fast eiendom
- . Alminnelig praksis
- . Strafferett

MOSS:
Henrik Gerners gt. 14
Postboks 5063
1501 Moss
e-post:
yenmoss@online.no
Tlf. 69 20 69 50

HALDEN:
Storgaten 5
1767 Halden
e-post:
halden@ytterbol.com
Tlf. 69 19 69 50

ADVOKATENE



*Tengs-Pedersen, Ueland,
Sæther & Birkeland*
M.N.A.

Utvalgt samarbeidspartner for LFN:

Advokat **SVEIN UELAND** Møterett Høyesterett

ERSTATNING

TRAFIKKSKADER

ARBEIDSRETT

ALMINNELIG PRAKSIS

EKSPPROPRIASJON

Jernbaneveien 23, 4303 Sandnes
Tlf: 51 66 50 20. Fax: 51 66 76 12
e-post: svein-ueland@c2i.net

Støtt våre
annonsører
- de støtter
oss!

Utvalgt samarbeidspartner for LFN:



Advokat

PER BJØRGE

ERSTATNINGSRETT

- ◇ PERSONSKADE
- ◇ NAKKESLENGSKADE
- ◇ TRAFIKKSKADE
- ◇ YRKESSKADE
- ◇ PASIENTSKADE
- ◇ ARBEIDSRETT
- ◇ FAST EIENDOM
- ◇ BYGNINGSRETT
- ◇ ALMINNELIG PRAKSIS

Advokatfirmaet

BJØRGE OG SKAARAAS AS

Torvet 4, Postboks 444, 1703 Sarpsborg,
Tlf: 69 16 23 23 Fax: 69 16 23 20 Mob. 907 54 920
e-post: adv@bjoerge-skaaraas.no

B-blad

Returadresse: LFN - Landsforeningen for Nakkeslengskadde
Postboks 9217, Grønland, 0134 Oslo

Støtt våre annonsører - de støtter oss!

Ja, jeg vil gjerne bli medlem i LFN Landsforeningen for nakkeslengskadde

Medlemskapet inkluderer medlemsbladet
«Nakkeslengen» i posten samt aktuell informasjon fra Norges Handikapforbund.

Medlemmene får informasjon, hjelp og bistand om hvordan en går frem når skaden er skjedd, bl.a. til legekontakt, behandling, rehabilitering, hjelpemidler og advokathjelp, samt verdifull erfaring fra tidligere skadde i samme situasjon.

Medlemskapet koster p.t. kroner 270,- pr. år.

NAVN:

ADRESSE:

POSTNUMMER:

POSTSTED:

Kupongen sendes til:

Landsforeningen for Nakkeslengskadde,
Postboks 9217 Grønland,
0134 Oslo

ABONNEMENT PÅ NAKKESENGEN

NAVN:

ADRESSE:

POSTNUMMER:

POSTSTED:

Pris kr. 100,- pr. år

«Nakkeslengen» kan bestilles uavhengig av medlemskap.

Bestillingen sendes til:

Landsforeningen for Nakkeslengskadde,
Postboks 9217 Grønland,
0134 Oslo