



Nakkeslengen

Tidsskrift for Landsforeningen for Nakkeslengskadde • nr. 1 2005

11. årgang



**Nakkeoperasjon
Skal - skal ikke?**

Utvalgt samarbeidspartner for LFN

Advokatfirmaet Nidaros DA

MNA



*Vi har lang og bred erfaring med
behandling av personsaker,
trykkesaker samt forsikringsaker*

Kontaktpersoner:

Advokat Bjørn M. Brauti
brauti@nidarosda.no

Advokat/MBA Hasse Benberg
benberg@nidarosda.no

Advokat Ivar Chr. Andersskog
Advokat Robert Helberg
Advokat Solveig Moen

Advokat Knut Melting
Adv. flm. Magnhild Børsting Røe
Adv. flm. Morten Muus Falck

Advokatfirmaet Nidaros DA
Kjøpmannsgt. 19
7013 Trondheim
Norway

Telefon: +47 73 87 99 99
Faks: +47 73 87 99 98
e-post: post@nidarosda.no
www.nidarosda.no

Utvalgt samarbeidspartner for LFN

- Erstatning
- Trafikkskader
- Forsikring
- Arbeidsrett
- Trygd
- Fast eiendom
- Ekspropriasjon



Advokatene
**JØRGEN BUGGE &
JOHS. STRENGE NÆSS**
M.N.A. i kontorfellesskap

Postboks 34 - 1371 Asker
Telefon: 66 90 70 80 - Faks: 66 90 70 81

Adv. BUGGE

Adv.kontor Kristiansand v/Andøya Legesenter
Vøie 1 - 4623 Kristiansand
Timeavtale: 90 97 21 90 (mobil)
jb@askeradvokatene.no

Utvalgt samarbeidspartner for LFN

ADVOKATENE



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

Advokat **SVEIN UELAND** Moterett Høyesterett

ERSTATNING
TRAFIKKSKADER
ARBEIDSRETT
ALMINNELIG PRAKSIS
EKSPROPRIASJON

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

Utvalgt samarbeidspartner for LFN

ERSTATNINGSRETT

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

Advokatene
**Eva Drageset &
Siren Preto ANS**

Medlemmer av Den Norske Advokatforening

Kroepeliengården, Standgaten 18, 5013 Bergen
Telefon: 55 90 85 80 Faks: 55 90 85 81 post@drageset-preto.no
Advokatfullmektig Erik Johan Mjelde





Nakkeslengen

nr. 1 2005

Tidsskrift for
LANDSFORENINGEN FOR
NAKKELENGSKADDE (LFN)
P.b. 9217 Grønland, 0134 Oslo

Besøksadresse:

Galleri Oslo
Schweigaardsgate 12
Telefon sentralbord: 24 10 24 00
Kontaktperson: Ole F. Hynne
Telefon: 24 10 24 46
lfn@nhf.no
www.lfn.no

Redaktør:

Björg Schjølberg
Hagatjernveien 2
3050 Mjøndalen
Telefon: 32 87 84 18
Mobil: 93 85 36 94
tsilion@broadpark.no

Design og layout:

Hvarings as :: Anne Berit Ringen

Trykk:

Allservice as, Stavanger

Annonser:

Allservice as, Stavanger

Medlemskap og kontigent:

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



Tilsluttet
Norges Handikapforbund

LEDEREN	4
Nasjonalt senter for spinale lidelser	5
Hvordan kan en forklare at en skadet kan få syns- og hørsels-problemer	8
Sentral sensitivisering kan forklare kronisk smerte	9
LFN Vestfold	9
For lav IQ til å få erstatning	10
Bruk av krage	11
Risker relatert til kirurgisk behandling ved nakkeslengskader	12
ADVOKATENS SPALTE	
Viktig dom om gjenopptak av personskadesaker	14
Oversikt over kurbad	15
Synsproblemer og nakkeslengskade	16
Førstehjelp ved nakkeskader	18
IMS - Intra Muskulær Stimulering	19
Naprapati	19
Informasjon om forskjellige behandlingsformer	20
Nye grenser for frikort 1 og 2 – i 2005	21
Skader fra medisinsk hold generelt og nakkeskader spesielt	22

Hovedstyret i LFN 2004 - 2006

Leder:

Liv Hagen
Revefaret 26
1914 Ytre Enebakk
Tlf: 64 92 45 05
Mob: 90 07 45 65
Faks: 64 92 48 63
tj.hagen@online.no

Nestleder:

Einar I. Lohne
Postboks 1348, Vika
0113 Oslo
Tlf: 22 40 56 00
Mob: 90 19 20 59
Faks: 22 40 56 10
e.i.lohne@seim-haugen.no

Sekretær:

Björg Schjølberg
Hagatjernveien 2
3050 Mjøndalen
Tlf: 32 87 84 18
Mob: 93 85 36 94
tsilion@broadpark.no

Styremedlem:

Åse Branzell
Skytterbråtveien 47 b
1739 Borgenhaugen
Tlf/Faks: 69 70 40 50
branzell@spray.no

Styremedlem:

Ann-Mari Skavik
Skyttarveien 16
8020 Bodø
Tlf: 75 51 43 62
pertann@start.no

Styremedlem:

Jan Ove Olsen
Asbjørn Knutsensgt. 4
3681 Notodden
Tlf: 35 01 06 84
Mob: 99 15 73 31
Faks: 85 03 75 45
jov-o@online.no

Styremedlem:

Gunnar Østland
Skogveien 130 A
1369 Stabekk
Tlf: 67 12 11 01
Mob: 90 18 05 17
Faks: 67 53 38 80
oestland@yahoo.no

Når en engasjerer seg for noe har det en tendens til å ta av i perioder. Så har det også gjort i LFN.

Arbeidsgruppa som er nedsatt av Helse- og sosialdirektoratet, hadde sitt første møte den 16. desember, da med hele gruppa til stede.

LFN ble invitert til å delta, og da ble jeg valgt til å være med.

Det er et utrolig spennende arbeide, hvor en har som mandat blant annet å finne ut hvilke tilbud nakkeslengskadde har i forhold til diagnostisering- og behandling i Norge.

Det er et omfattende arbeide og en må forsøke å få alt opp på bordet. Som skadet kan jeg mye om det å leve som skadet. Kontakten med svært mange av LFNs medlemmer og prosjekter LFN har gjennomført, har også fortalt meg mye om virkelighetens verden for skadde i Norge. Min hovedoppgave er å synliggjøre dette og dokumentere mine uttalelser.

St. Olavs Hospital i Trondheim har blitt tildelt "Nasjonalt kompetansesenter for spinale lidelser". Dette må vi som skadde forholde oss til. Derfor inviterte LFN dr. Frode Kolstad til å fortelle oss om kompetansesenteret,

i et møte med LFNs tillitsvalgte den 29. april. LFN vil invitere til et oppfølgings-møte med andre forelesere til høsten. Dette vil også gjelde for et begrenset antall av LFNs medlemmer.

LFN har fått et sovende lokallag opp å gå igjen.

Vi vil ønske alle i LFN Vestfolds styre velkommen.

Det finnes alltid noen som ønsker å gjøre en jobb for andre skadde, det er bare å finne dem.

LFNs lokallag er så aktive som de klarer. De fleste tillitsvalgte er selv skadet og gjør en utrolig god jobb i kontakten med den enkelte skadde, som likemenn og innenfor råd og veiledning. Vi er ingen eksperter og skal ikke være det, men vi kan litt om mye. Men det å leve som skadet, er vi bortimot eksperter på!

For at LFN skal kunne fortsette sitt arbeide er vi avhengige av at dere som melder dere inn i foreningen, betaler kontingenten og støtter oss i vårt arbeide.

Alle tillitsvalgte gjør arbeidet på frivillig basis.

Så ønsker vi dere alle en fin sommer. Håper på mye godt vær og god varme. Det trenger vi alle.

Liv Hagen



GODE RÅD

Sakset fra KK : Kilder: Tidsskrift for Den norske Lægeforening, Science, Nature, Scentific American og The Lancet.

Vær åpen om smertene for din nærmeste familie og venner. Slik blir det lettere for andre å forstå at du kan ha det veldig vondt, selv om du ser frisk ut.

Oppsøk andre med samme problem, for eksempel gjennom Foreningen for kroniske smertepasienter.

Har du vondt selv om det ikke synes på røntgenbilder, må du ikke gi opp. Din opplevelse av smerten skal det tas hensyn til. Du skal bli hørt, uansett.

Ha en strukturert hverdag og gjør noe som interesserer deg. Smertene blir mindre hvis du ikke har tid til å kjenne etter.

Før dagbok. Slik kan du bli bedre kjent med hva som hjelper og hva som gjør ting verre.

Finn et treningsprogram. Uttøying og god kondisjon motvirker forverring og kan gjøre det lettere å mestre situasjonen.

Nasjonalt senter for spinale lidelser

AV ANN-MARI SKAVIK, PER TERJE MARTHINSEN OG LIV HAGEN

Møte mellom LFNs tillitsvalgte og dr. Frode Kolstad, St. Olavs Hospital Trondheim, på Scandic KNA hotellet i Oslo den 29.04.05.

Hele referatet finner du på www.lfn.no

Forhistorien

I august 2000 søkte St. Olavs Hospital om å få tildelt kompetansesenteret for ryggglidelser i Midt – og Nord-Norge. De ble da bedt om å ta en landsfunksjon innenfor dette feltet. I januar 2002 fikk de tildelt midler og startet sin aktivitet i juni samme år.

Grunnen til at de fikk denne tildelingen, var det tverrfaglige samarbeidet mellom ortopeder, nevrologer, nevrokirurger, fysikalskmedisinere, fysioterapeuter og billeddiagnostisk avdeling. Et faglig mangfold, samt forskning over tid.

I et brev av 15.01.01 fra Helse- og sosialdepartementet, ble det stilt et spørsmål til St. Olavs: Om de også hadde den samme medisinske tyngden med hensyn til diagnostikk og kirurgisk behandling på nakke, som de har på rygg.

Senteret tar hånd om ca. 100 kompliserte skader per år.

Etter gjennomgang vedrørende denne henvendelsen og flere andre henvendelser, med oppfordring om å ta denne tildelingen, bekreftet St. Olavs at det var aktuelt å ta

denne utfordringen. St. Olavs søkte i utgangspunktet ikke om å få dette "nasjonale senteret".

Landsfunksjonen ble anbefalt fra Sosial- og Helsedirektoratet den 22.11.02, men det var en uklar situasjon med hensyn til drift for St. Olavs Hospital. 16.04.2004 kom en delegasjon fra Helse Midt-Norge til St. Olavs for å få en grundig gjennomgang, med hensyn til alle aspekter ved drift av en slik funksjon. Den 17.06.2004 ble St. Olavs Hospital tildelt "Landsfunksjonen for Spinale Lidelser".

Senteret drives i dag av: Nevrokirurgisk avdeling, et lokalt styre og et sekretariat med 1 1/2 stilling. Administrasjonen ligger i Reumatisme sykehuset's lokaler.

St. Olavs er klar over at det tidligere har vært mye kritikk fra pasientorganisasjonen, men de som nå er involvert i Nasjonalt kompetansesenter for Spinale lidelser, har deltatt lite i "tidligere konflikter".

St. Olavs samarbeider med de andre miljøene ved de andre store sykehusene, som blant annet Haukeland sykehus, Sentralsykehuset i Rogaland

og Ullevål sykehus. Alle premisser legges i at behandlingen skal være pasientvennlig og at pasientens beste er i fokus. Dette skal IKKE gå på profesjon.

De vil ikke basere sin undersøkelse og behandling på tidligere vurderinger. De fin-leser ikke tidligere vurderinger - dette for ikke å bli påvirket i sin håndtering av den skadde. Dr. Nygaard mottar alle søknader. Han leser disse og forordner de tiltak som er nødvendige for akkurat denne pasienten. Ikke basert ensidig på henvisningen, men også på egne vurderinger. Hege – som er en faglig dyktig anestesi sykepleier, bestiller og tilrettelegger for den enkelte pasient. For pasienten kan det komme til flere undersøkelser underveis. Undersøkelses tiden kan vare fra 1-3 dager. Det hender også at St. Olavs må gå "flere runder" med pasienten.

Ser de at plagene og problemene kan ha sin hovedbase innenfor psykiatrien, er de ikke særlig dyktige på dette feltet. På bakgrunn av dette, har de en samarbeidspartner i Kompetanse- senteret for sammensatte lidelser.

Målet

Målet er å bygge opp kompetansen innenfor diagnostisering og behandling, klinisk og kirurgisk. Det jobbes målrettet med å kvalitetssikre disse tiltakene.

Samarbeidspartnere:

- Tverrfaglig smertesenter
- Spinalt laboratorie
- Kompetansesenteret for hodepine
- Kompetansesenteret for avansert lapraskopisk kirurgi
- Kompetansesenter for 3D – ultralyd
- Kompetansesenter for sammensatte lidelser. Nevropsykologi, psykologer, leger.

Minimal invasiv spinal kirurgi – mikroteknikk:

Leger ved St. Olavs var de første i Norge til å anvende mikrokirurgi. Dette skjedde i 1989.

De har utviklet en kompetanse innenfor dette feltet.

- Spinal navigasjon ved rygg og nakkeoperasjoner.
- Maksimal nytte av hver skrue en setter. Presisjon.
- Minimal skade.

Dette benyttes i dag i hovedsak ved tumorkirurgi – kreft, ved nakkebrudd og ved kompliserte rheumatiske lidelser.

Kompetanse i nakkekirurgi:

- Bur kirurgi. Startet som de første i Norge med denne teknikken for 8-9 år siden.
- Skiveproteser i nakken. Operasjonen planlegges i et biomekanisk studie.
- Nerverotavulasjon: Setter en nerve tilbake i funksjon i ryggmargen.
- Plexusskader

Kompetent opparbeidet diagnostisering:

- MR diagnostisering av øvre cervikalkolumna ved bruk av 3,0 Tesla. Tar da bort synsing, får fakta.

- Epidural ryggmarg stimulering (SCS). St. Olavs har 20 års erfaring med denne metoden, og har i dag den største virksomhet i Norge. 30-35 pasienter behandles per år.

Kvalitetssikring:

- Nasjonalt rygg kirurgisk register er i funksjon
- Samarbeider med Universitetssykehuset i Nord-Norge
- Nettbaserte løsninger

Midler til drift:

Så langt har ikke St. Olavs fått noen midler til å drifte og utvikle den delen av senteret som gjelder nakke og problematikken som følge av en nakkeskade. Politikerne sier at dette skal dekkes av Helse Midt-Norge, mens de sier at dette er et nasjonalt ansvar. Og der står saken i dag!

Prioriterte nakkeproblestillinger:

(forkortet gjengivelse)

- WAD - som går på ligament strukturer.
- Tumor kirurgi (kreft -) operative - bedre teknikker. Få til mer og skade mindre!
- Skive proteser i nakken. Opereres i dag bare opp til skive C3-C4. Riskene øker hvis en opererer på et høyere nivå.
- Nakkeproteser - nakkefiksasjon

Det opereres mellom 300 -350 per år. Flere menn enn kvinner.

Operasjonen foregår forfra, på halsen. Denne teknikken har de benyttet i 20-25 år.

Prolaps operasjonen: Fjerner skiven og/eller forkalkningene. Deretter avstives det over skiven.

Bur fiksasjon: Nå benyttes titanbur. Ben vokser gjennom dette buret. Istedenfor å avstive benytter en burprotese. Operasjonstiden reduseres vesentlig. Liggetiden reduseres også, med minst en dag.

“Adjacent Disc Disease” – slitasje på nabosegmentet etter avstivning med bein. Fulgte de samme pasientene over en periode på 10 år.

Cranie – cervical fiksasjon: Dr. Nygaard og Dr. Kolstad reiste til England og lærte seg teknikken ved denne type operasjoner. Den ble introdusert ved St. Olavs Hospital i 1997. Det blir årlig operert 5 – 10 pasienter. Metodikken er gammel, men materialene som benyttes har blitt mye bedre.

St. Olavs Hospital ser at det må åpnes for “Revisjonskirurgi” etter operasjoner. Det vil si ved komplikasjoner etter operasjoner foretatt i utlandet. Denne type operasjon bør foretas på ett sted.

Indikasjon for reoperasjon er:

- Der hvor det er brudd på stag
- Der hvor det ikke er lagt inn bentransplantat

Undersøkelser metode:

DCRA – digitaliserer hver virvel. Dette er en kraftig datapakke, som måler avstanden mellom virvlene og bevegeligheten. Når det gjelder bevegeligheten er nøyaktigheten et avvik på inntil 1 grad. Når det gjelder glidning er nøyaktigheten et avvik på 0,7 mm.

I den største studien som har pågått over flere år, har de målt 46 pasienter.

St. Olavs kan måle nøyaktigheten i nakken, men om de klarer å få påvist en instabilitet ved hjelp av dette målesettet, vet de enda ikke!

Skivesmerter:

Det kommer mer forskning på dette. Da med utredning, diskografi, behandling. Regner med at dette kommer som neste ledd i prosjektet.

Prosjekt som pågår: Instabilitet

Et prosjekt som går etter samme prinsipper som det Kråkenes benyttet. St. Olavs har tatt til seg mye av det dr. Kråkenes har gjort, men

benytter i sine undersøkelser mer sikker studiedesign. Samtidig benytter de seg av DCRA målingene. Det er lite som er publisert enda, fordi dette er forskning. Alt de kommer frem til må bevises. Her kan en ikke koble inn synsing eller tro. Det resultatet som presenteres må en stå for!

St. Olavs tar inn så mange skadde som de klarer. Ikke bare de som er med i prosjektene. MEN inntaket har med resurser å gjøre!

3D – ultralyd basert nevronavigasjon ved intraspinal tumor kirurgi

Det utstyret som benyttes i denne kirurgien er basert på tidligere ultralydforskning på hjerne. Til spinalt bruk er utstyret utviklet av Frode Kolstad og et team ved Sintef i Trondheim. Legen visste hva han ville ha og ingeniørene ved Sintef har den tekniske ekspertise for å kunne lage og utvikle teknikken. I april fikk dr. Frode Kolstad innovasjonsprisen fra Norsk Forening for Ryggforskning, for utviklingen av dette apparatet.

Prosjektet går over 3 år. Til nå er 10 pasienter operert etter denne metoden.

Diagnostikk av skader i craniocervical overgangen

PTN – studien har pågått i 2 år og har fokus på ligament strukturene. Studien har bakgrunn i Montazem/Volle og Kråkenes sine arbeider. Det første året ble benyttet til planlegging. Tanken var at de skulle operere 50 % av de pasientene som hadde denne skaden. De resterende 50 % skulle få annen behandling.

Gjennom diskusjoner frem og tilbake, innhenting av forskningsmateriell osv., falt hele den første planen i grus. Det var alt for mange diagnostiske elementer som ikke var belyst. Verdien av utredningsfunn må vurderes, før en eventuell operasjonsstudie kan planlegges.

Haukeland sykehus startet med operasjoner basert på den første tankegangen. De opererte fem personer. Alle slike operasjoner er nå innstilt, med begrunnelse i det samme som det St. Olavs kom frem til.

Et MRI prospekt som pågår nå

Kriteriene for de utvalgte til dette prosjektet er: Alder fra 20 – 67 år

WAD 1 - 2

Alle de skadde må ha vært utsatt for en påkjørsel bakfra, sjåfør eller passasjer.

Smerter i løpet av 48 timer

Ingen tilsvarende plager før ulykken

Varighet over 6 måneder

Ingen nærliggende sykdommer som "forvirrer" bildet.

Et av spørsmålene fra salen var:

Hvorfor begrense det til en trafikkulykke, hvor det har vært en påkjørsel bakfra?

- Forskningen må være basert på en lik pasientgruppe, for å kunne få et mest mulig entydig svar, og denne metoden er også internasjonalt akseptert.

Gjennom en lengre periode har de nå MR undersøkt fire "pasientgrupper".

Gruppe 1: Kroniske nakkesmerter etter en nakkeslengskade

Gruppe 2: Kroniske nakkesmerter uten nakkeslengskade

Gruppe 3: Friske frivillige

Gruppe 4: Akutt skade. (disse er også med i en prospektiv studie og vil bli fulgt opp videre)

Alle disse personene blir det tatt MR av. To radiologer avleser bildene, nummererer og anonymiserer dem. Deretter vil to andre radiologer avlese dem på nytt. De har ingen informasjon om hvor mange eller hvem som er skadet. Så skal disse resultatene til slutt sammenfattes. Er de sammenfallende eller er det avvik i avlesningen? Er det avvik. Må bildene tolkes på nytt!

Prosjektet er ikke ferdig skrevet enda, men de regner med at rapporten er

ferdig til høsten.

Spørsmålene vil da bli:

Er signalforstyrrelsen større hos nakkeslengskadde enn normal gruppen?

Har nakkeslengskadde mer forandringer i ligamentene enn normal gruppen?

Er signalforandringene knyttet til klinikk?

Er signalforandringene knyttet til traume?

MR klassifikasjon – den samme som Kråkenes benytter:

Grad 0: Lavt signal i hele ligamentet.

Grad 1: Høyt signal i 1/3 av tverr-snittet, eller mindre.

Grad 2: Høyt signal i 2/3 av tverr-snittet

Grad 3: Høyt signal i 2/3 av tverr-snittet, eller mer.

Det er fryktelig vanskelig å gradere. Hvor går forskjellen mellom grad to og tre for eksempel?

Det de bygger hele prosjektet på i oppsummeringen er:

- Anamnese
- DCRA
- MR med 3,0 tesla
- Ultralyd
- Kliniske tester
- Valderte spørreskjema for voksne. Det vil si tidligere godkjente skjema eksternt. Ingen er laget ved St. Olavs.

Så langt har de funnet eksempler på at:

Frisk frivillig: kan ha grad 3

Nakkeslengskadet: kan ha grad 3.

Nakkeslengskadet med invalidiserende plager: kan ha grad 0 begge sider.

Kroniske nakkesmerter, men ingen skade: kan ha grad 3 begge sider.

Hvis det viser seg at det ikke er vesentlige forskjeller på disse gruppene, kan konklusjonen bli at denne skaden ikke er årsaken til de sterke smertene hos nakkeslengskadde.

Da må en begynne å lete andre steder.

MEN: Er det vesentlige forskjeller, blir konklusjonen en annen.

Anatomien i nakken er svært komplisert. Det er et sant nettverk av nerver, blodkar, sener, muskler, bånd og skjellett. Det ble helt stille i salen, da de så hvor komplisert oppbygd nakken er.

Dr. Kolstad avsluttet med å si: Hver og en som vurderer en operasjon, uansett hvor den blir utført, bør tenke seg grundig om. Alle mulige andre årsaker bør være gjennomgått og eliminert vekk. At en er klar over alle risiker og har tatt et standpunkt til det. At en må få vite om operasjonen er reversibel eller ikke.

At reoperasjoner er meget risikable. Slike operasjoner må baseres på kroppseget benavstivning, hvor metall benavstivningen bare er en "forskaling" i en periode hvor biologisk ben kan gro sammen (fikseres). Alare ligamentene i seg selv kan ikke opereres.

Det er et alvorlig inngrep, men han har stor forståelse for at skadde tar sine valg når de er i en vanskelig livssituasjon. Med den forskningen som allerede er utført ved St. Olavs og i påvente av resultatene fra andre prosjekter, ser de ikke per i dag at funn av skader på alare ligamentene alene, gir svaret på at årsaken til smertene ligger akkurat her.

Da må det forskes på andre aktuelle områder i nakken, for å finne ut hvor problemet sitter!

At nakkesleng finnes er alle enige om, men hva skal og kan gjøres til det beste for denne gruppen pasienter, er det store spørsmålet.

Hvordan kan en forklare at en skadet kan få syns og hørsels problemer

AV MONICA DROTTNING

Det er påvist funksjonsforstyrrelser, men ikke skade på hjerne eller nervesystem.

De siste årene har det blitt gjort flere studier som har vist at pasienter med kroniske symptomer etter nakkesleng, reagerer annerledes enn andre. Undersøkelser som PET, SPECT og kvantitative MR analyse for å avdekke diffus axonal skade, viser ingen forskjell mellom kroniske whiplash pasienter med cognitive problemer og andre.

Noen av symptomene er forståelig utfra kjennskap til nervesystemet. Balanse, hørsel og syn samarbeider i et eget system. Derfor vil endring

eller skade i et av disse, kunne gi symptomer fra de andre. Hjernen mottar informasjon fra leddene våre når vi går og samtidig fra nakke, syn og hørsel. Alt settes sammen til et automatisk bevegelsessystem. Når nakkemusklene plutselig ikke reagerer fritt, vil dette kunne føre til svimmelhet/balanseproblemer, synsforstyrrelser og endret hørselsopplevelse.

Den beste behandlingen for disse symptomene vil være å gå i ulendt terreng og trene opp systemet igjen. Noen velger fysioterapi med vekt på koordinasjon, mens andre vil ha egne treningsprogrammer for øyenbevegelser osv. AP Verhagen fra Rotterdam har vurdert det som finnes av litteratur på konservativ behandling. Det er ikke gode

studier på hva som er den beste "mobilisering" selv om tendensen i studiene er at aktiv behandling er bedre enn passiv behandling.

Hukommelsesproblemer er et vanlig fenomen både hos smertepasienter og pasienter med posttraumatisk stress syndrom uten skade av nakken. Dette er også en typisk funksjonsforstyrrelse som art-er seg annerledes enn hos pasienter med hjerneskade hvor det er typisk at enkelte deler av hukommelsen ikke virker, mens andre er som før. Den sveitsiske forsker Bogdan Radanov har påvist sammenheng mellom cognitive problemer og smerteintensitet under testingen og angstnivået hos pasientene.

Sentral sensitivisering kan forklare kroniske smerter

AV MONICA DROTTNING

Whiplash pasienter har lavere smerteterskel enn kontrollpasienter. Det vil si at det skal mindre til før de opplever smerte. Stimulering som vanligvis ikke oppleves som smertefull, gir en smerteopplevelse. Den opprinnelige skade er leget, men hjernen har "lært seg" en reaksjon som den fortsetter med. Dette fenomenet kalles *sentral sensitivisering* og denne skjer i hjernen. Vi kjenner den for eksempel fra pasienter med migrene, som får sensitiv hodebunn og ikke tåler stramme klær når hodepinen

stiger. Den amerikanske forskeren Rami Burstein har vist at migrenemedisinene virker dårligere, hvis de tas etter at sentral sensitiviseringen har startet.

Lars Arendt-Nielsen fra Aalborg har påvist at pasienter med kroniske smerter fra muskel-skjellet systemet har signifikant (betydelig) større "referred pain" områder enn kontroller.

De har tegn på "muskel sensitivisering" og dramatiske endringer i motoriske kontrollstrategier.

Disse fenomenene forklares som sentral sensitivisering på samme måte som over.

Sentral sensitivisering hindres ved god smertelindring initialt.

Når den først er der, er den en komplisert oppgave for smertespesialister.

LFN Vestfold

Den 29.04.05 ble det nye styret i LFN Vestfold, en del av den stor gruppen av tillitsvalgte i LFN.

Vi vil ønske hver og en av dere hjertelig velkommen.

Da LFN sentralt arrangerte et åpent møte i Vestfold den 1.mars i år, meldte alle seg til å gjøre en jobb for andre skadde. Dere som er medlemmer av LFN Vestfold har igjen fått et kontaktnett. Det er alltid godt å ha lokalkjente å forholde seg til, ikke bare oss andre som er litt lengre unna.

Leder av det nye laget er:
Tor Henning Øberg fra Tolvsrød
Telefon 33 31 42 54
M: 418 02 493
eller e.post: tor-heoe@online.no

*Per Cato Meyer, Tor Henning Øberg, Rune Hogsnes
og sittende Gunn Torill Andersen*



For lav IQ til å få erstatning

AV ARNE INGMAR EGGEN. Sakset fra Agderposen 26. og 27. januar 2005

Den 32 år gamle kvinnen får ikke erstatning fordi hun har for lav IQ. Ifølge If skadeforsikring er kvinnens lave intelligens årsaken til at hun ikke kan jobbe etter en trafikkulykke i Arendal sentrum.

Etter ulykken måtte kvinnen uføretrygdes. – Det ville hun uansett ha blitt, hevder If skadeforsikring og viser til kvinnens ”små intellektuelle ressurser”.

1,8 millioner

I går startet rettssaken som kvinnen har anlagt mot forsikringsselskapet etter trafikkulykken for drøye åtte år siden. Gjennom sin advokat Einar I. Lohne, krever kvinnen 1,8 millioner kroner for whiplashskadene hun skal ha pådratt seg i ulykken. Det er ulykken som er årsak til de plagene hun i dag sliter med, hevder Lohne i retten. Hvis ulykken ikke hadde skjedd, ville hun likevel ha blitt uføretrygdet, lød svaret fra If-advokat Wenche Undli.

En desemberdag i 1996 ble bilen som kvinnen førte, påkjørt av en annen bil i Vestregate i Arendal. På legevakten ble det konstatert at kvinnen hadde fått en kul i hodet, men at hun hadde sluppet unna ulykken uten andre alvorlige skader. Først tre måneder senere ber kvinnen om en time hos sin faste lege i Arendal. Der klager hun over stiv nakke og smerter i hodet.

- De plagene hun har, er vanlige for folk som er blitt utsatt for en whiplash-skade, hevdet advokat Einar I. Lohne i retten i går.
- Dette er vanlige muskelsmerter som 14 prosent av befolkningen har, lød svaret fra If advokaten.

Karakter

En tid etter ulykken i desember 1996 ble kvinnen uføretrygdet. Nå krangler de to advokatene om hvorfor kvinnen ble uføretrygdet. Etter ulykken har flere undersøkelser konkludert med at kvinnen har et ”begrenset intellektuelt nivå”.

- Ulykken kan ha påført henne disse skadene, hevdet Einar I. Lohne.
- Allerede i grunnskolen hadde hun svært dårlige karakterer i matte, norsk og engelsk. Hun hadde aldri noen fast jobb etter at hun var ferdig med skolen, lød svaret fra If-advokaten.

If er tilfreds

- If er tilfreds med å ha inngått forlik i saken, heter det i en pressemelding fra If skadeforsikring. Advokat Einar I. Lohne ville i går ikke angi beløpet på erstatningen, men i pressemeldingen fra If blir dette oppgitt til 650.000 kroner.
- Forliket kom i stand etter at det i dag oppsto usikkerhet under rettens behandling av saken – blant annet i forbindelse med de sakkyndiges gjennomgang, heter det i en pressemeldingen fra If skadeforsikring.
- Opprinnelig krevde kvinnen 1,8 millioner kroner etter ulykken for åtte år siden. I går snudde selskapet og betaler nå kvinnen 650.000 kroner i erstatning.





Bruk av krage

AV LIV HAGEN

Gjennom flere år har det vært snakk om at en ikke skal bruke krage etter en nakkeslengskade. Det blir hevdet at en passiviserer muskulaturen og at nakken blir svakere, når en går med krage. Som en spesialist sa her for noen uker siden: Det finnes ingen god dokumentasjon på at dette stemmer!

Jeg har snakket med flere nevrologer gjennom årene, angående bruk av krage. Alle disse legene støtter faktisk min argumentasjon. Det er da snakk om å bruke den som et hjelpemiddel. Det er faktisk en av de få hjelpemidlene vi som skadde har. Bruk den med god samvittighet!

- Benytt den når du blir sliten i nakken og hodet kjennes som "bly" og det er vanskelig å holde hodet uten støtte av hendene. Begynner en å heve armene og belaster dem for å "holde hodet oppe", er dette enda en belastning i forhold til nakken.

- Når du kjører bil. Enten du er sjåfør eller passasjer. En feil belastning muskulaturen når en sitter og spenner seg. Ta heller på kragen som en støtte.
- TV-titting kan være slitsomt, men en vil jo gjerne følge litt med. Når du blir sliten, - ta på deg kragen.
- Ved statisk arbeide. Da spenner en muskulaturen, og den blir kort og stram. Dette gir igjen økt smerte.
- Hvis armene dovner bort når du sover. Ta på kragen og ha den på når du sover. Som en nevrolog sa: Du har ingen kontroll på nakkebevegelsene dine når du sover! Når du bruker kragen, hindrer den at du vrir eller belaster nakken feil.
- Når du går tur i skog og mark. Mange er redde for å falle eller

komme i ubalanse. Kragen hindrer da at du får en ny strekk eller vridning i forhold til de skadene du allerede har. En skadet møtte en Øre-Nese-Hals lege i påsken og de kom i snakk. Den skadde sier at han er så redd for å falle når han går på ski. Da sier legen: Hvorfor bruker du ikke krage?

- Hvis det er et aktivt arbeide du har lyst til å gjøre, men vet at dette kan medføre en ekstra belastning på nakken og armene. Ta på deg kragen og forsøk deg på arbeidet. Det gjør så godt å være så aktiv som mulig.

Risker relatert til kirurgisk behandling ved nakkeslengskader

AV DR. FRODE KOLSTAD. Spesialist i ortopedisk kirurgi/nevrokirurgi og seksjonsoverlege ved nevrokirurgisk avd. St. Olavs Hospital, Trondheim

Undertegnede tar utgangspunkt i operativ behandling i form av fiksasjon av de øvre nakkevirvlene til skallen. Teknikken representerer "standard operative prosedyre" som tilbys av dr. Abbas Montazem i Tyskland. Teknikken består i skruefeste i lateralmassivene på C3, transartikulære (gjennom bueledd) skruer fra C2 til C1 og skruefeste til bakhodet. Skruene kobles til to stag som går fra bakhodet til C3. Det anbefales autologt bentransplantat over ledene bilateralt. Det er noe uklart om dr. Montazem bruker dette rutinemessig.



Figur 1: Eksempel på fiksasjon av de øvre nakkevirvlene til skallen.

Mortalitet (dødelighet)

Fiksasjon av de øvre nakkevirvlene til skallen (Occipitocervical fiksasjon) er

forbundet med en operativ/postoperativ mortalitet. I større materialer varierer den fra 1-10 %. Alle større materialer består imidlertid av pasienter med underliggende alvorlig reumatisk sykdom, kreftsykdom eller kompliserte frakturer. Tilsvarende operativ behandling på ellers friske pasienter har en mortalitet, men denne ligger nok langt under rapportert mortalitet.

Narkoserelaterte risiker

Det er nødvendig med full intubasjonsnarkose. Operasjonstiden er vanligvis 2-4 timer med "normal" blødning 100-300 ml. Riskene relatert til narkose prosedyren er som en hver annen lengre operasjon, dvs. blodtrykksfall, postoperativ lungebetennelse etc. Dette representerer nok ingen stor risiko da de fleste pasientene er hjerte og lunge friske preoperativt. Risken for tromboemboliske komplikasjoner som for eksempel blodpropp til lungene er som ved et hvert annet større inngrep.

Infeksjonsrisik

De fleste større materialene oppgir infeksjonsrisiken ved nakkekirurgi til å ligge mellom 1-5 %. Bruk av fremmedlegemer som skruer og stag øker risiken noe. Behandlingen kompliseres også av fremmedlegemene. Durarifter med lekkasje av cerebrospinalveske øker risiken betydelig. Flere typer infeksjoner er registrert.

Overfladiske infeksjoner. Infeksjoner i hud og underhud er vanligst og representerer gir sjelden varig skade. Dype infeksjoner. Infeksjoner i muskulatur og skjelett er ikke så vanlige, men de gir ofte vedvarende plager. Fremmedlegemer som skruer og stag må ofte opereres ut før infeksjonen kan behandles adekvat.

Intraspinale abscesser. Pussansamlinger inne i ryggmargskanalen er uvanlig, men livstruende. Pasientene får ofte permanent nevrologisk skade i form av lammelser og pusteproblemer.

Intrakranielle abscesser. Pussansamlinger inne i hjernen er uvanlig, men livstruende. Permanent nevrologisk skade er vanlig. Denne type infeksjon kan utvikle seg dersom skruene penetrerer hinnen som dekker lillehjernen, eller etter sekundær hjernehinnebetennelse.

Meningitt. Hjernehinnebetennelse er uvanlig, men kan skje om skruene i bakhodet (eller i C1-2) penetrerer dura med påfølgende lekkasje av cerebrospinalveske.

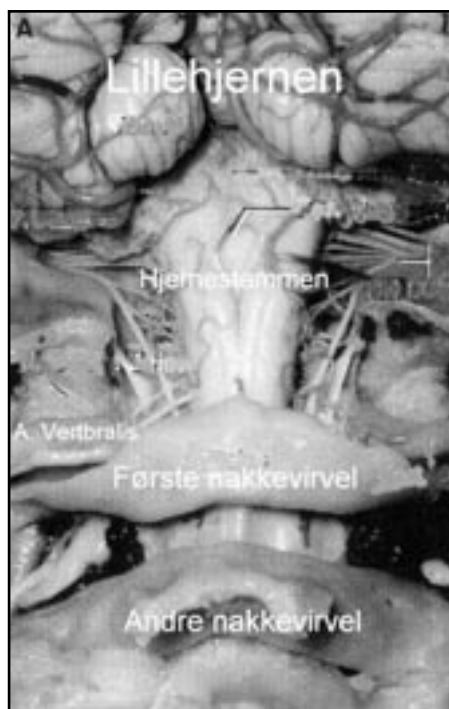
Infeksjon relatert til benhøsting. Dersom ben høstes fra for eksempel hoftekam er dette forbundet med en isolert infeksjonsrisiko på 1-3 %.

Duralekkasje (Hjernehinne-)

Feilplasserte skruer eller for lange skruer kan medføre penetrering av dura. Dette skjer oftest ved skruefestet til bakhodet. Lekkasje tetter seg ofte spontant, men det kan også lage en fistel ut til hud. Dette er forbundet med en betydelig infeksjonsrisik i form av meningitt eller abscess utvikling. Permanent neurologisk skade kan bli resultatet.

Nerveskade

Nerveskade med påfølgende lammelse kan ha flere årsaker. Infeksjon i form av intraspinale/kranielle abscesser eller meningitt kan gi permanent skade. Direkteskade fra feilplasserte skruer er mulig. Penetrering mot ryggmarg/hjernestamme vil gi betydelige lammelser. Respirasjonsproblemer kan også skje da skruene settes over C4 nivå. Blødning eller skade på arteria vertebralis kan også gi store neurologiske utfall. Dersom arteria vertebralis er anatomisk lokalisert lengre mot midtlinjen enn vanlig kan C2-1 skruen penetrere arterien med hjernestamme skade som resultat. Grundig preoperativ utredning med kartlegging av posisjonen til arteria vertebralis er viktig, liksom en operativ



Figur 2: Bildet illustrerer hva som befinner seg i operasjonsfeltet der skruene festes.

og narkosemessig beredskap for en blødnings katastrofe.

Brudd på skruer og stag

Det er relativt store krefter som påvirker skruene og stagene i overgangen mellom hodet og nakken. Risken for at det ikke dannes en biologisk ben-ben fiksasjon er tilstede. Brudd på osteosyntesmaterialene (skruer og stag) er relativt vanlig. Dette skjer oftere dersom bentransplantering utelates fra den operative prosedyren. Svake stag-materialer uten koblinger mellom stag og skruer øker risken for brudd.

Reoperasjon under mindre gunstige forhold kan bli resultatet.



Figur 3: Eksempel på brudd av stag og skruer. Bentransplantat er ikke brukt, og osteosyntesmaterialene er av dårlig kvalitet.

Funksjonssvikt

Fiksasjon av hodet til nakken medfører en betydelig redusert funksjon. Ca. 50% av rotasjonen i nakken utføres mellom C1 og C2. Aktiviteter som krever nakkebevegelse blir svært vanskelig etter en avstivning. (Rygging med bil er ikke mulig uten aktiv bruk av speil.) Dette er en tilstand som reduserer livskvaliteten i langt større grad enn pasientene kan forestille seg før operasjonen.

Slitasje under fiksert nivå

De siste årene har det kommet relativt sterke bevis for at avstivninger i nakken medfører en økt belastning på



Figur 4: Eksempel på osteosyntesmaterialer som brukes på de fleste universitetsklinikker.

nivåene under med påfølgende slitasjeutvikling. Etter noen år oppstår ny smerte på grunn av forkalkninger i områder som i utgangspunktet var normale. Ny avstivende behandling vil igjen øke problemet.

Konklusjon

Operativ behandling av WAD i form av fiksasjon av de øvre nakkevirvlene til skallen er en relativt komplisert behandling med betydelige komplikasjonsrisiker. Riskene er ikke kun operatør avhengig, men også relatert til størrelsen på inngrepet. Selv om skade under og etter operasjon ikke er vanlig kan følgene bli svære omfattende om de skjer.

Fiksasjon påvirker bevegeligheten i nakken og reduserer funksjonsnivået betydelig.

Pasienten må bevisstgjøres på komplikasjonsriskene og funksjonsinnskrenkningen før en eventuell operativ behandling tilbys.

Viktig dom om gjenopptak av personskadesaker

Jeg skrev i forrige utgave av Nakkeslengen om to tingrettsdommer hvor det ble gitt dom for gjenopptak av personskadesaker lenge etter at det var inngått avtale med forsikrings-selskapet om oppgjør. I begge sakene fikk skadelidte som var nakkeslengskadet en mer redusert arbeidsevne i tiden etter oppgjøret enn hva som ble lagt til grunn ved oppgjøret.

En av sakene ble påanket av If skadeforsikring. I en dom av 17.2.05 har Frostating lagmannsrett stadfestet adgangen til gjenopptakelse.

Partenes anførsel

Skadelidte anførte for lagmannsretten at det foreligger adgang til gjenopptak og ny behandling av en erstatningssak med hjemmel i avtaleloven § 36 selv om det ikke er tatt forbehold ved oppgjøret når det skjer en forverring i ettertid. If skadeforsikring på sin side anførte at dersom det er inngått en avtale om oppgjør så må partene forholde seg til den selv om det skjer en etterfølgende utvikling som er til ugunst for en av partene.

Frostating lagmannsrett

Lagmannsretten var helt enig med skadelidte og skriver i dommen følgende:

”Vilkårene for revisjon av inngåtte avtaler om erstatningsoppgjør etter trafikkuulykker kan formuleres slik:

1. Skaden må ha forandret seg



Advokat Einar Lohne

vesentlig til ugunst for skadelidte siden avtalen ble inngått, enten med hensyn til medisinsk eller ervervsmessig invaliditet.

2. Forandringen må ligge utenfor det begge parter regnet med da avtalen ble inngått.
3. Den inngåtte avtale må i ettertid fremstå som urimelig og ubalansert i forhold til et riktig oppgjør.”

If skadeforsikring er klar over de betydelige konsekvenser dommen vil ha for skadelidtes muligheter til å kunne kreve en ny behandling av saken. Selskapet har allikevel ikke anket avgjørelsen inn for Høyesterett. Jeg kan ikke tolke det annerledes enn at If skadeforsikring er av den oppfatning at dommen er riktig.

Vurdering

Dette er første gang lagmannsretten har akseptert et krav fra en skadelidte om avtalerevisjon uten at det er tatt forbehold om en slik mulighet. Dommen åpner for store muligheter for mange skadelidte som har fått et oppgjør som i ettertid viser seg å være for dårlig til å få ytterligere erstatning fra forsikrings-selskapet.

LÆR SMERTEMESTRING

Du kan lære å leve med smertene på smerteskoler ved sykehusenes smerteklinikker, på opptrenings sentre og i regi av de ulike pasientforeningene. Her er noen ekspertråd til deg som lever med kroniske smerter.

- Lær deg å tenke positivt om deg selv.
- Lær deg å akseptere smerten.
- Gjør avspenningsøvelser en gang daglig. Gå på kurs for å lære.
- Ikke bli tiltaksløs.
- Lag en kontrakt med deg selv om en ting du skal gjøre regelmessig som gjør deg godt. Følg kontrakten.
- Ikke ha for høye ambisjoner, men følg de små skrittets vei.
- Ikke isoler deg. Gå en liten spasertur hver dag. Du får mosjon og treffer andre mennesker. Finn treningsformer som du liker.
- Ikke overtren. Du skal føle deg bedre etter trening, ikke dårligere.
- Gjør lystbetonte ting. Da ”glemmer” du lettere smertene.
- Bruk smertelindrende medisiner riktig. Konsulter lege regelmessig.
- Ta gjerne kontakt med like-sinnede gjennom pasientforeninger.
- Du kan gjøre hverdagen enklere med riktige hjelpemidler. Søk hjelp hos kommunens ergoterapeut.
- Sørg for å delegere oppgaver i hjemmet. Du må ikke gjøre alt selv.
- Kjenn etter hva du har lyst til. Lær deg til å si nei uten å få dårlig samvittighet.
- Finn ut om det er enkelte matvarer du ikke tåler. Mange revmatikere blir dårligere av blant annet svinekjøtt. Spis generelt sunt.

Kilde: Nork Ukeblads ”Kropp og helse”-side.

Redaksjonen vil i bladene fremover, gi en liten introduksjon i hvor en finner kurbad med kompetanse på nakkeskader av forskjellig art. Har du egne erfaringer du vil dele med oss, vil vi sette pris på om du lar oss få høre fra deg.

Kurbad i Nord-Norge, Tromsø

Det som er enestående med kurbadet er den gode kompetansen på fysioterapi. Så vidt jeg vet er fysioterapeutene godt informert på både diagnostikk og behandling av nakkeskader som for eksempel instabilitet. Det som gjør det unikt er at mange av fysioterapeutene har gått på kurs i USA på akkurat dette, og er høyst oppdaterte på hva de driver med.

Det var mange pasienter som endelig fikk hjelp for sine nakkesmerter, da jeg var der. Her blir en tatt på alvor!

Kurbadet har to bassenger. Det ene har heis for de som skulle trenge det og rampe tilpasset rullestolbrukere. Vannet er til enhver tid over 30 grader varmt.

De har også boble/massasje bad. En kan benytte bassengene u-begrenset.

Senteret er vegetarisk. Maten er sunn og meget god.

Andre tilbud er: Senteret bidrar med lege hjelp ved andre behov. Her kan en bestille time.

Legene er trivelige og tar seg god tid med pasientene. Stopper opp og snakker med dem.

Det er kort vei til sykehuset, hvis en må til en spesialist undersøkelse.

Det blir lagt opp til tur hver uke til forskjellige steder i og utenfor byen for dem som har kan og har lyst til å være med på det. Senteret ligger på toppen av Troms øya i natur skønne omgivelser. Ti minutter med bil fra Tromsø sentrum.

Ref. Anne-Kristine

Internett: søk på rehabiliterings-senteret Nord-Norges kurbad

Meråker kurbad

Meråker Sanitetsforenings Kurbad ligger i Meråker, Nord-Trøndelag. 45 kilometer fra Værnes flyplass, 80 km fra Trondheim, 20 km fra sven-skegrensen.

All behandling er basert på individuell undersøkelse. Behandlingsopplegget settes opp av fysioterapeut og pasient i fellesskap og treningsopplegget utarbeides spesifikt for den enkelte pasient.

Trening minimum tre dager i uka, maksimum 2 ganger per dag. Dette vurdert ut fra behov og evne til egentrening og deltagelse i gruppe.

Har ingen spesialist på nakkesleng, men tre av fysioterapeutene har økt kompetanse gjennom flere kurs på dette området. Har også hatt mange nakkeslengskadde til behandling.

Aktuelle grupper kan være bassentrening, ryggskole, trim og avspenning, stoltrim og stavgang.

De har vanlig kost og dietter.

Aktivitør organiserer utflukter og underholdning av forskjellig slag. Ulike hobbyaktiviteter.

Ref. lh

For mer informasjon se www.meraker-kurbad.no

Jeløya kurbad

Jeløya kurbad ligger på Jeløya ved Moss. Det ligger fritt og fint oppe i en åsside med utsikt til byen og sjøen. Det er gode turmuligheter i området.

Opptreningscenteret Jeløya kurbad kan tilby et allsidig opptrenings- og rehabiliterings tilbud til et stort antall pasienter.

Den største gruppen utgjør pasienter med kroniske lidelser.

De tilbyr disse pasientgruppene opptrening med tanke på bedring av den daglige funksjon og reduksjon av smerter.

Hovedformålet med opptreningen vil alltid være å få pasienten raskest mulig rehabilitert til å kunne mestre hjemmesituasjonen og en eventuell arbeidssituasjon igjen.

Pasienten får individuell tilrettelagt trening og veiledning, aktivisering i grupper, også bassentrening i oppvarmet basseng, Etter behov gis bløtdelsbehandling og elektroterapi.

Kostholdet er vegetarisk og veltil-laget.

Et av LFNs medlemmer hadde et lengre opphold der sommeren 2004, og var svært godt fornøyd med de tilbud hun hadde fått.

Ref. lh

For mer informasjon se www.ojk.no

Synsproblemer og nakkeslengskade

AV SØLVI KNUDSEN, MSc - Bergen

Synet er en av våre viktigste sanser, og det er synet som dominerer når det gjelder vår oppfatning av verden.

Hele 70% av sansecellene i kroppen sitter i øynene. I likhet med et kamera har øyet et linsesystem som fokuserer lys fra ting i omgivelsene på netthinne bakerst i øyet, der sansecellene sitter. På denne måten dannes det et skarpt bilde av omgivelsene på netthinnen, og synsnerven sender informasjon om detaljer i bildet til hjernen. Ved at øyelinsen kan forandre form eller brytning, er vi i stand til å fokusere på forskjellige avstander. Når vi skal se på kort avstand, må linsens brytning økes. En muskelring rundt øyet strammes, og gjør oss i stand til å fokusere på forskjellige avstander. Dette kalles akkomodasjon. Når vi ser på avstand, er denne muskulaturen avslappet.

Vi har to øyne, og synsinntrykkene fra hver netthinne overlapper hverandre ganske betydelig. Ettersom øynene står litt fra hverandre blir bildene litt forskjellige i de to øynene, og hjernen er i stand til å tolke de to ulike bildene på en slik måte at vi får dybdesyn og evne til avstandsbedømmelse. Når begge øynene brukes sammen og riktig, har vi binokulært syn. Det er viktig at hvert øye har presis fiksering og fokusering for at dette skal skje automatisk og uten problemer. Vi har da et godt samsyn.

Hvert øye har 6 ytre øyemuskler som gjør oss i stand til å bevege øynene i alle retninger, og til å samle blikket i et fokuseringspunkt når vi skal lese. Innover bevegelsen vi da gjør med øynene kalles konvergens.

Hurtige saccade bevegelser brukes når øynene flyttes raskt fra et objekt til neste, og jevne følgebevegelser når vi følger et objekt som er i bevegelse. Det er et komplisert system av nervebaner som koordinerer netthinnebilder, nøyaktig fiksering, akkomodasjon og ikke minst hvilke øyebevegelser som skal utføres i forhold til tingen vi ser på, og i forhold til kroppens og hodets bevegelser. Ørets balanseorgan sitter også i forbindelse med øynenes nervebaner. Alle disse forskjellige bevegelsene som øynene kan foreta, styres av forskjellige sentre i sentralnervesystemet. En del av disse nervebanene koordineres og påvirkes via kontroll sentre som ligger i nakken. (det posturale kontrollsystam).

Personer som får en nakkeslengskade forteller ofte om synsforstyrrelser umiddelbart etter ulykken. Disse synsforstyrrelsene kan oppleves som tåkesyn, dobbeltsyn, anstrengthet og lysømfindtlighet. Noen kan ha dette bare i en akutt fase, mens enkelte kan få kroniske synsplager.

Det mest hyppige er da problemer med å lese, og å klare å være konsentrert over lengre tid. Teksten blir uklar, flyter, bokstavene hopper og det er vanskelig å finne linjen. Resultatet er da ofte hodepine, og en vil etter hvert vegre seg for å lese. Noen får problemer med sakkade- og følgebevegelser, med kvalme og svimmelhet som resultat. Dette kan

blant annet resultere i vansker og ubehag ved bilkjøring.

En grundig undersøkelse vil avdekke hvilke feilfunksjoner som ligger til grunn for synsplagene. Hos pasienter med synsproblemer etter en nakkeslengskade er det ikke uvanlig å måle redusert akkomodasjon og redusert konvergens evne som vanskeliggjør fokusering. Noen har dårlig evne til å holde blikket samlet over lengre tid; en får en uttrøtting som etter hvert gir dårlig konsentrasjon og uklart syn. Dette er forhold som det er viktig å være klar over i en undersøkelsessituasjon, og gi seg tid nok slik at evnen til utholdenhet blir tatt med i vurderingen. Dette kan også gjøres med såkalte reservemålinger.

Hva kan så gjøres for å hjelpe pasienter med disse synsplagene? Etter en grundig optometrisk undersøkelse som innbefatter en totalvurdering av øynenes samsynsfunksjon, er det som regel en del som kan gjøres.

Først og fremst går tiltakene ut på å avlaste de synsfunksjonene som er blitt for svake, ved hjelp av brillekorreksjoner. I første rekke er det viktig å korrigere eventuelle brytningsfeil i øyet. (nærsynthet, langsynthet, astigmatisme), da selv små verdier her kan bety en ekstra belastning. Brytningsfeil kan i tillegg påvirke samsynet. Forhold ved øynene, enten brytnings-

feil eller samsyn som en tidligere ikke har hatt problemer med, kan begynne å gi symptomer og plager. Der som det oppstår alvorlige helsemessige belastninger, kan latente samsyns tilstander bli dekompenerte, og tiltak kan bli nødvendig. I noen tilfelle kan også synstrening gi god bedring med problematisk samsyn, eventuelt i tillegg til brille. Lysskyhet som enkelte plages med, kan avhjelpes med filterbriller.

En del undersøkelser har vært gjort hos pasienter med nakkeslengskader for å kartlegge hvilke subjektive synsproblemer de opplever, og finne mulige årsaker til symptomer og problemer. I et hovedprosjekt som omhandler synsproblemer og nakkeslengskade foretatt av avgangstudenter ved HIBU, Institutt for Optometri 98/99, ble det foretatt en spørreundersøkelse blant nakkeslengskadde, hvor 94,6 % svarte at de har eller har hatt et eller flere synsproblem etter ulykken. Etter 6 måneder har 35,1 % fortsatt synsproblemer. De mest vanlige symptomer hos disse er lesevanter, smerter i/bak øynene, lysskyhet og dårlig mørkesyn. Redusert akkomodasjon måles hos 40,9 %, og konvergens var dårligere enn gjennomsnittlig, hos 42,5 %. Syns-

relaterte problemer ved bilkjøring, enten umiddelbart eller etter en tids kjøring, var tilstede hos 95,4 %.

Fite JD – 70, rapporterer om hodepine, svimmelhet og problemer med å konsentrere seg som de mest hyppige problemene. Med tåkesyn og problemer med å fokusere øynene som de mest vanlige øyeplager. Bruke el at – 92, rapporterer om konvergens og akkomodasjonsproblemer, og også hyppig feilfunksjon i sakkade – og følgebevegelsesmønsteret, samt redusert evne til dybdesyn. Gimse et al – 96, fant hos en gruppe på 26 nakkeslengskadde forstyrrelser i sakkade – og følgebevegelser sammenlignet med en kontrollgruppe, og konkluderte gjennom sine undersøkelser med feilinformasjon i det posturale kontrollsystem som årsak.

Nervesystemet er et komplekst system med mange automatiske funksjoner, dette gjør det samtidig svært sårbart. Når deler av dette systemet svikter, påvirker det tilværelsen for de som har synsplagene. Det er også viktig med oppfølging for å kunne gi en så optimal synskomfort som mulig, for den enkelte.

Er du medlem og ønsker aktuell info?

**Send din
e-podt-adresse til
lfn@nhf.no og motta info direkte...**

Hvordan velge advokat?

Mange skadde bytter advokat opptil flere ganger. Dette er unødvendig dersom man tar noen enkle forhåndsregler. Ikke velg advokat ut fra "gule sider".

Sjekk om advokaten har spesiell kunnskap om erstatningsoppgjør ved personskader. Gjelder saken en nakkeslengskade, er det nødvendig at advokaten har erfaring konkret fra behandling av slike saker.

Advokaten må ha gode medisinske kunnskaper.

Han/hun må også ha kunnskap om trygd.

- Få referanser fra andre skadde som har brukt advokaten tidligere.
- Spør advokaten konkret om hans/hennes erfaring med denne typen saker.
- Hvor lenge har han/hun arbeidet med dette.
- Hvor stor del av porteføljen utgjør personskadeerstatning.
- Hvor mange saker er ført for domstolene og resultatet av disse.
- Har han/hun ført slike saker i lagmannsrett, eventuelt høyesterett?
- Sjekk dommer i tidligere saker, hvis du har anledning til det.

Det er svært viktig at du føler at kommunikasjonen er god mellom deg og advokaten. Slike saker tar gjerne flere år, og du skal føle at du blir tatt vare på.

Kom med spørsmål til advokaten om det er noe du er usikker på, eller hvis du ikke har hørt fra advokaten på en stund. Det er godt å føle seg oppdatert på hvor saken står i øyeblikket. Husk at advokaten skal jobbe FOR deg!

Konferer gjerne med LFN før du bestemmer deg.

Björg Schjølberg

Førstehjelp ved nakkeskader

Nakkeskader oppstår ofte ved trafikkulykker, fall og stuping. Hvis en av virvlene er skadet, søker kroppen å avhjelpe det ved å stramme bestemte muskler for å holde hodet i en hensiktsmessig stilling. Ved bilulykker finner vi ofte sjåføren sittende bevisstløs ved rattet, med hodet bøyd framover. Også eventuelle passasjerer kan ha fått nakkeskader. Nakkesleng oppstår gjerne ved påkjørsel bakfra eller fra siden, og det gir smerter i nakken.

Nakkeskader må håndteres med forsiktighet, så det ikke oppstår press mot ryggmargen. Det kan føre til lammelser og i verste fall døden. Hvis hodet til en pasient som har nakkeskade, bøyes lenge bakover enn til normal stilling, kan ryggmargen komme i klem og bli skadet. På den annen side må vi få gjenopprettet frie luftveier hos en bevisstløs person som ikke puster, og som sitter med hodet fremoverbøyd, selv om han eller hun kan ha en nakkeskade. Det er derfor helt avgjørende at nakken rettes opp til NORMAL stilling.

En pasient som er bevisst vil

- ha smerter i nakken
- ha nedsatt følelse og gjerne lammelser fra naken og nedover kroppen
- ønske å holde hodet i en unaturlig, fiksert stilling.

Vi må alltid gå ut fra at det kan ha skjedd en nakkeskade ved trafikkulykker, større fall og stupulykker. En bevisstløs person med hodeskade eller som har vært utsatt for en trafikkulykke, en stupulykke eller et større fall, har sannsynligvis også en nakkeskade.

Hvis pasienten er bevisstløs, ikke puster og sitter foroverbøyd:

- rett hodet forsiktig opp i normal stilling - ikke lenger bakover. Ikke bruk makt hvis du merker motstand
- hvis pasienten fortsatt ikke puster - trekk kjeven fram inntil han eller hun får frie luftveier
- hvis ikke det hjelper - løft pasienten varsomt ut av bilen eller der han eller hun satt foroverbøyd

Sett i gang hjerte-lunge-redning.

Hvis pasienten er ved bevissthet, vet vi at vedkommende puster tilstrekkelig

- forhør deg om han/hun har smerter, nedsatt følelse eller lammelser i nakken eller nedover kroppen
- se om pasienten sitter med hodet i en naturlig stilling.

Kan det ut fra hendelsen være mistanke om nakkeskade, enten pasienten er ved bevissthet eller bevisstløs, må vi behandle skaden som om det er en nakkeskade.

Undersøk først bevissthet og pust. Hvis bevisstløs pasient ikke puster, må du skaffe frie luftveier. Har du mistanke om nakkeskade, må du gjøre det på en slik måte at det ikke senere oppstår skader eller lammelser.

Hvis pasienten er ved bevissthet og holder hodet i en fiksert stilling, forsøk aldri å rette ut en skjev stilling i nakken hos en våken pasient!

Alltid ved mistanke om nakkeskade: RING MEDISINSK NØDSENTRAL (1-1-3)

Hentet fra Norsk Førstehjelsråds bok om FørsteHJELP.

GULLKORN FRA TRYGDEETATEN

Disse er klippet fra intranett til Trygdeetaten

“Pasienten har ikke vært gift, forlovet eller på en annen måte straffet fra før.”

“Pasienten har tidligere vært aktiv, men har nå gått over til rollen som husmor.”

“Pasientens største problem er impotens, så han søkes til Jeløy Kurbad for opptrening.”

“Pasienten har en protese i overkjeven og en hjemme.”

“Etter at pasienten sluttet å røyke har hans lukt kommet tilbake.”

“Har hodepine i hodet.”

“Pasienten skal avholde seg fra alle former for seksuell aktivitet til jeg kan ta imot henne.”

Sakset fra Patetra nr. 1 - 2005

IMS – Intra Muskulær Stimulering

Sakset fra nettsidene til IMS Norge.

IMS kan løst bli beskrevet som en meget avansert form for akupunktur, men i realiteten er det mye mer komplisert. IMS involverer bruk av akupunktur nåler spesifikt mot den skadede muskelen, som har blitt forkortet på grunn av stress. Disse forkortede musklene forårsaker smerter, ikke bare i den berørte muskelen, men også i omkringliggende sener og ledd på grunn

av den ekstra belastning disse får. IMS behandlingen får muskelen til å "gripe" nålen, som igjen tvinger den forkortede muskelen til å slappe av, og som et resultat av dette vil smertene avta.

Man kan ikke operere hypersensivitet eller muskelforkortninger. Smerte- stillende medikamenter "skjuler" bare smertene. Målet for behand-

lingen er å "slippe" muskelsammen- trekningen som presser på og irriterer nerven. Hyperfølsomme områder vil bli reduserte og det konstante drag i den korte muskelen vil avta.

For mer informasjon se www.imsnorge.no

Naprapati

Naprapati er en behandlingsform innen manuell ortopedisk medisin og kan brukes ved problemer i hele bevegelsesapparatet i ryggraden, bekkenet, leddene og musklene. Muskler og ledd påvirker hverandre.

Naprapatien bygger på en helhetstenkning, hvor man forsøker å finne årsaken til problemet. Pasientens problem sees derfor i forhold til livssituasjonen, arbeidsforhold, mosjonsvaner og sykdomshistorie. For å senke muskelspenninger og normalisere sirkulasjonen, anvender naprapatene massasje, tøyninger og triggerpunktpressur. Videre brukes manipulasjon for å få tilbake bevegelighet og funksjon i ledd og skjelett.

All behandling begynner med en grundig undersøkelse og fastsettelse av diagnose.

Utdannelsen skjer ved Naprapathøgskolan i Stockholm og er en fireårig heltidsutdanning.



**AKTIV HELSE
BERGEN**

AHB NAPRAPATEN

ODD IVERSEN

Spesialist innen muskel- og skjelett plager

- Egen treningssal for S-E-T trening (terapimaster)
- Individuell behandling og gruppetrening
- Kort ventetid
- Tverrfaglig medisinsk samarbeid med spesialist i arbeidsmedisin

Aktiv Helse Bergen AS leverer fleksible HMS og bedriftshelsetjenester.

Tidlig behandling – Tidlig restitusjon – Tidlig tilbake i arbeid

Tlf. 5554 4080

www.ahb.as



“Nakkeslengen” har gjennom årene hatt innlegg om forskjellige behandlingsformer. Her kommer det en liten info om noen mer ukjente behandlingsformer. Disse foretas som oftest i sykehus eller ved smerteklinikker.

Radiofrekvent denerverende behandling - RF behandling

Smerteseksjonen ved anestesivdelingen på Rikshospitalet, har de siste to år tilbudt pasienter med kroniske nakkesmerter denne behandlingen, blant annet etter tidligere nakkeslengskader. RF behandling har vært utført ved flere private klinikker gjennom flere år.

Forundersøkelse og diagnostisering
Ved hjelp av avansert røntgen - gjennomlysningsutstyr, bedøves ulike strukturer. Forsøket må kanskje

gjentas noen ganger, dette for å få en mest mulig sikker diagnose.

RF behandlingen: Det er en terapeutisk prosedyre der en metallisk elektrode føres inn mot den perifere nerve som gir smertene. Når høyfrekvent, elektrisk strøm sendes gjennom elektroden, konsentreres et elektrisk felt omkring den ubeskyttede elektrodetuppen og varmer (koagulerer) det omliggende vev.

Radiofrekvens behandling består i at man destruerer ved å varme opp til alt fra + 45 grader til 75 (90) grader. Behandlingen retter seg sjelden mot et fokus. De fleste retter behandlingen mot flere nivåer og ofte flere strukturer som fasettledd, sensoriske nerverøtter, skiver.

RF behandling kan gi lindring ved nakkesmerter i kortere eller lengre perioder.

Ref. Liv Hagen

Botulinum Roxin - Botox behandling

Botulinum Toxin A er et fokalt (avgrenset) virkende nevrotoksin som først og fremst brukes på dystonier (nervelidelser) og spastiske tilstander. Effekten kommer i løpet av de første 14 dagene etter behandlingen. Bivirkningene er dose relaterte og forbigående. Lammelser av tilgrensende muskulatur er først og fremst et problem ved behandling av torticollis (skjev halsstilling) hvor enkelte pasienter får svelglammelser etter injeksjoner av musculus sterno-

cleidomastoideus (den store skrå halsmuskel). Behandlingen bør ikke gjentas oftere enn hver 3 måned pga fare for allergiutvikling.

Pasienter med Cervicogen (nakke) hodepine etter nakkesleng, kan ha nytte av denne behandlingen, spesielt hvis den kombineres med tøyingsøvelser. Det er også mulig å forsøke på andre pasienter med nakkesmerter og innskrenket nakke-

bevegelighet. De fleste pasientene har effekt første gang og vil etter hvert kunne øke intervallene mellom injeksjonene. Det er få studier og liten erfaring med denne behandlingen. Den bør derfor hovedsakelig brukes et fåtall ganger for å bryte en smertesirkel inntil mer erfaring med langtidsbruk på denne pasientgruppen foreligger.

Ref. Liv Hagen

Kryoanalgesi

Hodepine er et av våre vanligste helseproblem, og desidert vanligste årsak til bruk av smertestillende legemidler.

Cervicogen (nakke) hodepine forekommer hyppig etter forskjellige direkte og indirekte nakketraumer, som for eksempel ved nakkesleng, men også ved ideopatisk (selvstendig lidelse) muskelsmerte og fibromyalgi.

Symptomene preges først og fremst av ensidig, eller overveiende ensi-

dig, "av og på" smerte. Senere mer eller mindre kronisk tilstedeværende smerte, utløst fra nakke og bakhode, med projeksjon til øyehulen/tinnin-region, av og til også til kjeveledd/øregang på samme side. Hodepinene er ofte ledsaget av lys – og lyd overfølsomhet, synsproblemer og balanseforstyrrelser, dårlig hukommelse, konsentrasjonsevne og andre kognitive forstyrrelser.

Kryoanalgesi: Teknikken er kjent siden 60-tallet og i klinisk bruk siden

midten av 70-tallet. Den består i korthet av komprimert lystgass som ledes via en tynn kanal til spissen av en sonde, der den ekspanderer i et kammer. Trykkfallet medfører ett kraftig temperatur fall til ca. minus 70 grader C i spissen.

Kryoanalgesi er i prinsippet reversibel, da nerven begynner å fungere som før etter noen måneder.

Ref. Liv Hagen

Nye grenser for frikort 1 og 2 - for 2005

Sakset fra Regionsnytt nr. 1 - 2005

Egenandelstakene justeres hvert år av Stortinget. For 2005 er egenandelstak 1 - kr. 1585,- og egenandelstak 2 - kr. 3500,-. Når du har fått frikort, slipper du å betale egenandeler for de tjenestene som omfattes av frikortet for resten av kalenderåret.

Egenandelstak 1

Ordningen gjelder egenandeler ved:

- undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk og i røntgeninstitutt
- reise i forbindelse med undersøkelser og behandling
- viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr på blå resept

Egenandelstak 2

Ordningen gjelder egenandeler ved:

- undersøkelse og behandling hos fysioterapeut
- enkelte former for tannlegehjelp opphold ved offentlig godkjent treningsinstitusjon hvor trygden yter stønad

- behandlingsreiser til utlandet i regi av Rikshospitalet.

Hvordan søker jeg om frikort?

Du må betale egenandeler inntil du når egenandelstaket. Da kan du søke om frikort.

Du kan legge egenandelskortet eller kvitteringene i en konvolutt og sende dem i posten, eller levere dem direkte til ditt trygdekonto. Husk å oppgi navn, fødselsnummer og kontonummer.

Hvis du har betalt egenandeler utover egenandelstaket, vil det overskytende beløpet bli utbetalt til din konto, Trygdekontoen sender samtidig frikort hjem til deg i posten.

Trygdekontoen kan ikke utbetale småbeløp under 50 kroner, men hvis du har flere slike småbeløp som skal refunderes, kan du samle opp disse og få dem utbetalt.

Det er bare godkjente egenandeler som kan tas med i beregningsgrunnlaget for å få frikort. Hva som

er godkjente egenandeler, finner du på trygdeetatens nettsider, www.trygdeetaten.no.

Frist for å levere inn frikort

Før du har nådd egenandelstaket, kan du samle opp kvitteringer fra hele året, uanhengig av når utgiftene påløp. Etter at du har nådd egenandelstaket, har du en frist på 6 måneder til å sette fram krav dersom du skal ha penger igjen. Fristen regnes fra det tidspunktet behandlingen eller tjenesten som utløste egenandelen ble gitt. Det er derfor viktig at du ikke venter for lenge med å henvende deg til trygdekontoen.

Husk frikort når du er til behandling! Du må alltid ha med frikortet hvis du skal slippe å betale egenandel. Hvis du ikke har med frikortet, må du betale egenandel på vanlig måte og deretter få beløpet refundert på trygdekontoen.

Foreleser: Spesialist i fysikalskmedisin dr. Svein Nilsson

Skader fra medisinsk hold generelt og nakkeskader spesielt

Ref. Liv Hagen. Hentet fra forelesning i regi av TULF, 27. mai 2005.

Et meget enkelt referat fra forelesningen. Kanskje kan du finne noe av interesse?

Hevelse i kneledd, som oppstår innen 2 timer etter skade, er en blødning og tegn på en alvorlig kneskade. Som oftest en korsbåndskade. Dette kan "overføres" til andre ledd.

Taes det røntgen vil en ikke se blødningen, fordi blødninger ikke vises på røntgen bilder.

Bløtdelsskader gir:

- Vevsskade
- Blødninger
- Inflamasjon – betennelse
- Funksjons nedsettelse

Smerteterskelen hos den enkelte person er ganske lik!
Forskjellen ligger i hvordan vi opplever smerten. Hva vi gjør for å overse smerten.

Smerten avgjøres ofte av:

- Toleranse
- Kulturell bakgrunn
- Omgivelser
- Etnisk opprinnelse

Oksygenmangel er den sterkeste smerten en kan ha, som for eksempel ved hjerteinfarkt hvor en del av hjertemusklene får oksygen mangel.

Gjentatt eller langvarig smertestimulering gir sensitivisering. Står smerten lenge nok, vil smertene øke fordi smerten brer seg. Får mer overført smerte!

Cervikogen hodepine – en invalidiserende hodepine – som trenger behandling.
C2 nerveroten.

Akutt behandling:

- Dempe smertene!
- Gi betennelsesdempende medisiner – 3 tabletter IBUX (til sammen 600mg) 2 –3 ganger daglig de første dagene.
- Gi hurtigvirkende cortison intramuskulært
- Stanse blødning
- Myk krage!

NIMI har nå ansvaret for hovedutdannelsen av fysikalskmedisinere i Norge.

Allmen-praktiserende leger får nå godkjent tjenestetiden ved NIMI.

Det er ortopeder og fysikalskmedisinere som er spesialister på bløtdelsskader!!

Quebeck Task Force rapporten – er et bestillingsverk fra et stort kanadisk forsikringssselskap. Da de "ansvarlige" gikk igjennom det materiale som hadde med nakkesleng og forskning på dette å gjøre, i tiden 1994 – 1995, fant de 12382 arbeidere.
Av disse ble 1204 arbeidere gjennomgått.

Av disse igjen ble 294 arbeidere finlest
Av disse igjen ble 62 arbeidere godkjent

De gjorde noe som var bra – det var å gruppere skaden i WAD 0 – 4.
0 – ingen plager, ingen symptomer
1 – nakkeplager: smerte, stivhet, ømhet, men ingen kliniske funn.
2 – nakkeplager og kliniske funn
3 – nakkeplager og nevrologiske funn
4 – nakkeplager og fraktur (brudd)/dislokasjon

Dokumentasjon på behandling

Krage – ingen dokumentasjon
Hvile - "
Aktivitet - "
Manipulasjon – ett forsøk – kortvarig effekt
Mobilisering – ingen dokumentasjon
Fysioterapi - "
Medikament – ett forsøk med voltaren – litt smertedempende
Injeksjoner – to forsøk – ett med cortison og ett med sterilt vann
Sammenheng med psykisk belastning ved kroniske whiplash plager – ikke noen sammenheng påvist!

Kliniske anbefalinger som ble lagt frem

Sykehistorien – til 20 personer – alle forkastet
Klinisk undersøkelse – 18 personer – alle forkastet
Røntgen undersøkelse – 61 – alle forkastet

Andre røntgen undersøkelser – 20
– alle forkastet. Andre undersøkelser
– 18 – alle forkastet

Bogduk (forsker) sier: Konsensus` s
anbefalinger er mer eller mindre
ukvalifisert gjetting!

SMM rapporten

Sier at det årlig er ca. 2000 personer
som utvikler nakkeslengsymptomer.
Av disse er det ca. 10 % som får
kroniske plager og ca. 5 % som får
sterke symptomer.

Hvor kommer smerten fra?

- Muskulatur
- Ledd – leddkapsler
- "Minisker"
- Ligamenter – leddbånd

Av de kroniske smertepasientene er
det ca 60 % som har plager fra
fasettledd. Ca 50 % av disse har
skade i C2 – C3. Resten har skade i
C5 – C6

Fasettleddskade:

Ved å sette injeksjoner med smerte-
dempende midler inn i fasettledd,
vil den skadde bli symptomfri/mye
bedre så lenge bedøvelsen virker.

Alareligamentene:

De er ca. 10 millimeter lange og
3-4 millimeter tykke og tåler ca. 20
kilo` s belastning. Alareligamentene
begrenser sidebevegelsene og er
mest utsatt for skade ved rotasjon av
hodet.

Transversum:

Transversum begrenser bevegelsene
forover og bakover og tåler en be-
lastning på ca. 240 kilo.

Eythor Kristjansson:

Er fra Island – fysioterapeut og spe-
sialist i manuell terapi. Han har tatt
doktorgraden på kronisk WAD – dys-
funksjon av de dype halsmusklene.
Denne studien er grunnlaget for
S-E-T- behandlingen.

NIMI behandler ikke med Radio-
frekvens, før den dype muskulaturen
er behandlet.

I en studie ble 100 kroniske whiplash
pasienter undersøkt.

Resultatet av denne undersøkelsen
var:

60 skadde hadde fasettleddskader
10 – 15? hadde ligamentskade
Noen mistet muskelkontrollen
Noen hadde skiveskader
Noen hadde skade på muskelfestet
Noen med kombinasjon av skader

Dr. Bogduk sier i 2005: *"Etter min
mening er den nest hyppigste årsak til
kroniske nakkesmerter ved whiplash
--- skiveskader"!*

Fra salen: Ved intubering i forbind-
else med operasjon, må anesthesi-per-
sonellet være svært oppmerksomme
på at intubering av nakkelsengskadde
kan være problematisk.

Mange har fått en trangere "kanal".
Det må her benyttes fiberoptik ved
intuberingen.

Det ble stilt spørsmål med hensyn til
kompetansen i Norge

Det skjer ting, svarte dr. Nilsson.

"Jamen, det norske helsemiljøet skal
jo finne opp hjulet på nytt" – utbrøt
en deltager!

Det er nok så, men la dem bare gjøre
det!

Det går fremover!

Avstivningsoperasjoner:

"Jeg har selv vært med på å sende
skadde til Tyskland for operasjon.
Disse var så dårlige at det ikke var
noe alternativ utenom avstivning.
Denne avgjørelsen ble gjort etter
grundige forundersøkelser og en hel-
hetsvurdering av den enkelte skadde.
Avgjørelsen ble også tatt i samråd
med den enkelte", sier dr. Nilsson

Ei i salen bekreftet dette. Hun var selv
en av dem dr. Nilsson hadde sendt til
Tyskland. Dr. Nilsson har fulgt henne
opp etter hjemkomst. Hun sier også
at det er den skadde selv som må ta
avgjørelsen om operasjon eller ikke.
Det er ikke legen som skal ta den. En
må være forberedt på hva som kom-
mer etterpå.

"Det er, for eksempel, slettes ikke

noe behagelig å kaste opp med stiv
nakke", sier hun.

Han følger også opp to som er oper-
ert av dr. Baardsen.

Det er mange som aldri burde ha
vært operert, sier dr. Nilsson.

Skade på alareligamentene, er den
ene diagnostiske begrunnelsen for å
foreta en avstivningsoperasjon i
Tyskland, i tillegg til instabilitet
mellom hode og nakke.

Altså de eneste kriterier som legges
til grunn, for å anbefale avstivning.

Det blir ikke sett på hva slags bev-
egelse den enkelte pasient har i de
andre leddene i kroppen. Mange er
instabile av natur som følge av arv og
gener, og dette må det taes hensyn
til.

Hvis det er en fasettleddskade og
det avstives til C3 – blir den skadde
selvfølgelig bedre.

Men dette er jo en dramatisk behan-
dling for fasettledd-skader.

Skade i C4 kan gi sterk hodepine.

Et eksempel på at enkelte ikke burde
ha vært operert er:

Ei dame som hadde en invalidi-ser-
ende hodepine. Som følge av dette
dro til Tyskland og ble operert. Hun
ble helt symptomfri etter opera-
sjonen.

Dr. Nilsson ble bedt om å skrive spe-
sialisterklæringen hennes.

"Konklusjon":

Med sin beste vilje klarte han ikke
å finne årsakssammenheng mellom
symptomene hun hadde, dokumen-
tasjonen og skadebildet.

NIMI har nå fått sykehusstatus på
diagnostisering av ryggplager/vur-
dering for operasjon og operasjoner
av menisk og korsbånd.



Likemanns- utvalget i LFN 2005

SKADDE

Åse Branzell

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

Jan Ove Olsen

Asbjørn Knudsensvei 4
3681 Notodden
tlf: 35 01 06 84
jov-o@online.no

Liv Hagen

Revefaret 26
1914 Ytre Enebakk
tlf: 64 92 45 05
tj.hagen@online.no

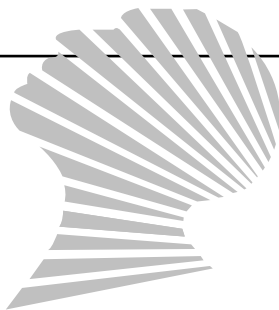
Björg Schølberg

Hagatjernveien 2
3050 Mjøndalen
tlf: 32 87 84 18
tsilion@broadpark.no

PÅRØRENDE

Ragnar Branzell

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



LOKALLAGSLEDERE OG KONTAKTPERSONER I LFN

LFN ØSTFOLD

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

LFN AKERSHUS

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

LFN BUSKERUD

Leder: Björg Schjølberg
Hagatjernveien 2
3050 Mjøndalen
tlf: 32 87 84 18/mob: 93853694
tsilion@broadpark.no

LFN HORDALAND

Leder: Randi Bøkevoll
Postboks 59, Kokstad
5863 Bergen
tlf: 55 34 66 36
randibok@start.no

LFN TELEMARK

Leder: Jan Ove Olsen
Asbjørn Knudsensvei 4
3681 Notodden
tlf: 35 01 06 84/mob: 99157331
jov-o@online.no

LFN OSLO

Leder: Turid Monsen
Etterstadsletta 65A
0660 Oslo
tlf: 22 68 20 52
turid.monsen@chello.no

LFN VESTFOLD

Leder: Tor Henning Øberg
Åsgårdstrandveien 247
3153 Tolvsrød
tlf: 33 31 42 54/mob: 41802493
tor-heoe@online.no

LFN AUST-AGDER

Leder: Kjell Larsen
Bergeveien 7
4886 Grimstad
tlf: 37 04 29 12/mob: 90724520
kje-lar2@online.no

LFN ROGALAND

Leder: Rune Fauskanger
p.b. 20,
4054 Tjelta
tlf: 51 65 44 26/mob: 48109586
rune.fauskanger@lyse.net

LFN TRØNDELAG

Leder: Kjell Lian
Heimtrøa 19
7054 Ranheim
tlf: 73 96 84 02
kjelian@frisurf.no

OPPLAND/HEDMARK

Kontaktperson 1: Björg Schjølberg
Hagatjernveien 2
3050 Mjøndalen
tlf: 32 87 84 18/mob: 93853694
tsilion@broadpark.no

Kontaktperson 2: Liv Hagen

Revefaret 26
1914 Ytre Enebakk
tlf: 64 92 45 05/mob: 90074565
tj.hagen@online.no

MØRE OG ROMSDAL

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

SOGN OG FJORDANE

Kontaktperson: Jon Birger Eldevik
Olaibøen 42
6993 Høyanger
jon.eldevik@hoyanger.kommune.no

LFN NORD-NORGE

Leder: Torhild Evertsen
Svarthammaren 3
8015 Bodø
tlf: 75 51 04 28/mob: 91387 458
info@bobilutleie.com

Rehabilitering ved diabetes

Opptreningscenteret Jeløy Kurbad er en opptreningsinstitusjon med 77 sengeplasser, godkjent av helseilsynet i gruppe I. Vi mottar pasienter fra hele landet med varierte opptreningsbehov. Senteret ligger i nær tilknytning til variert og vakker natur. Opphold etter forutgående søknad fra lege. Stedet har fast ansatt indremedisiner, revmatolog og fysikalsk medisiner.



**Kontakt oss i dag
for mer informasjon!**

Opptreningscenteret Jeløy Kurbad tilbyr et 4 ukers tverrfaglig rehabiliteringsprogram for personer med diabetes. Dokumentasjon av rehabiliteringsresultater ved avreise.

- Variert fysisk aktivitet
- Mestringsskole ledet av indremedisiner, fysikalskmedisiner, psykolog og fysioterapeuter.
- Praktisk matdemonstrasjon /-laging

Målet er:

- å gi trygghet og motivasjon.
- å gi kunnskap om mestring.
- å bedre arbeidskapasiteten.
- å oppnå bedre blodsukkerkontroll.
- Tilbud om oppfølgingsuke etter 6 måneder.

Opptreningscenteret Jeløy Kurbad
Bråtengaten 94, 1515 Moss Tlf. 69 24 58 00




Muskel- og skjelettplager?

- Naprapaten hjelper deg

- Akutt lumbago, isjias, kroniske ryggsmarter, nedsatt bevegelighet.
- Tennis / golf albue, musearm
- Kneskader og muskelstrekk
- Idrettsskader
- Akilles-problemer og leddbåndskader
- Muskelspenninger
- Nakke- og skuldsmarter
- Hodepine og svimmelhet

NAPRAPAT KATHRINE BRUSLETT ERIKSEN
Sandsli Sportssenter • Sandslihaugen 10 Tlf. 95 06 58 83

TØNSBERG & HORTEN NAPRAPATKLINIKK

Akut, forebyggende og rehabiliterende muskel og leddbehandling

Tønsberg Naprapat- linikk Nedre Langate 37, 4 etg 3126 Tønsberg Tlf:33316867 Fax:33332844 www.tonsberg-naprapat.no	Horten Naprapatlinikk Sentrum Legekontor Holtanløkka 1 3188 Horten Tlf:33041155 Fax:33332844 www.horten-naprapat.no
--	--

Muskel og leddplager?

NAPRAPATEN behandler bl.a.

- Idrettsskader
- Hodepine/svimmelhet
- Nakke-/skuldsmarter
- Akutt lumbago/kroniske ryggsmarter

Aud Røste Ødegård
Tlf. 35 55 50 80



Grenland
Muskel og Leddlinikk
Storgt. 88, 3921 Porsgrunn
Medlem av Norges naprapatforbund



*Sentral beliggenhet i Midt-Norge
nær Værnes flyplass.*

Vi tar imot pasienter med ulike slags lidelser med behov for opptrening og behandling. Pasienter med revmatiske og nevrologiske lidelser, og pasienter som legges inn direkte fra sykehus etter større operasjoner i hofte, rygg, kne, hjerte o.l.

Vi har døgnbemannet sykepleietjeneste, fysioterapeuter, ergoterapeut, logoped v. behov. Basseng 35 grader.

Velkommen med søknad gjennom din lege.

Meråker Sanitetsforenings Kurbad AS
Opptreningsinstitusjon gruppe
7530 Meråker
Tlf. 74 81 24 00 faks 74 81 24 95
www.meraker-kurbad.no



smertelindring
akuttbehandling
bevegelighet

Frogner Kiropraktorklinikk

Carl Christian O. Ashton Johnsen, MNKF

Frognerv. 52 0266 Oslo

Telefon: 24 11 80 11

Faks: 24 11 80 12

firmapost@frognerkiopraktorklinikk.no

www.frognerkiopraktorklinikk.no

- Fysioterapi
- Kiropraktor
- Akkupunktur
- Massasje

Rehabilitering ved nakkeslengskader

Opptreningscenteret Jeløy Kurbad er en opptreningsinstitusjon med 77 sengeplasser, godkjent av helsetilsynet i gruppe I. Vi mottar pasienter fra hele landet med varierte opptreningsbehov. Senteret ligger i nær tilknytning til variert og vakker natur. Opphold etter forutgående søknad fra lege. Stedet har fast ansatt indremedisiner, revmatolog og fysikalsk medisiner.



**Kontakt oss i dag
for mer informasjon!**

Opptreningscenteret Jeløy Kurbad har spisskompetanse på behandling av kronisk muskelsmerte og lang erfaring på området.

Mestringsskole - internasjonalt anerkjente behandlingsmetoder - bedring av arbeidskapasitet - egenmestring
- bevissthet om vedlikeholdende faktorer
Bedre livskvalitet - håp og ny innsikt

Opptreningscenteret Jeløy Kurbad
Bråtengaten 94, 1515 Moss Tlf. 69 24 58 00

**Fysioterapeut/
Akupunktør
Tom Wernersen**
Tlf: 32 83 10 39

**Advokatfirmaet
Unneland&co**
Klingenberggt 7a
0161 Oslo
Tlf: 23 23 94 94
Spesialist innen personsaker

**Buskerud Muskel og
Leddlinikk**
Hagatjernveien 19, Mjøndalshallen
3050 Mjøndalen
Tlf: 32 23 07 00
www.muskelogleddklinikken

Oslo Advokatene AS
Torggata 10
0181 Oslo
Tlf: 22 82 84 40
Fax: 22 82 84 45

Birger.P. Refsnes
Tlf: 51 64 77 75

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

Thorøya Helsepark

Thorøyaveien 4
3209 Sandefjord
Tlf: 33 44 82 03
Fax: 33 42 30 11
Mob: 90 91 33 89

Naprapatklubben i Hønefoss

Fossveien 5
3510 Hønefoss
Tlf: 32 12 19 71
bstrind@online.no

Lysaker Fysioterapi og Akupunktur

Anette Sørensen
Akupunktør NAFO og sykepleier

Lysaker Torg 2, 1366 Lysaker
Telefon: 67 83 95 85 Faks: 67 83 95 89
E-post: ane-soer@frisurf.no

Jeløy Fysioterapi

Thor Kvamsdal

- Fysioterapeut
- Manuell terapeut MNFF
- Akupunktør NFKA

Helgerud gt 36, 1515 Moss
Telefon: 69 27 31 41
E-post: jfys@online.no

ADVOKATFIRMAET
KROGSTAD
ANS



Vi spesialiserer oss innen
personskadesaker, trygdesaker
og forsikringsaker

MNA

Advokat Harald Krogstad
Advokat Tore Sveen
Advokat Geir Morten Løkken
Advokat Olav Kuvås
Advokat Morten Fossum
Advokatfirm. Ola Kvernes
Advokatfirm. Erik Widerøe

Besøksadresse:
Schreinergården,
Olav Trygvassonsgate 30,
Trondheim

Postadresse:
Postboks 746, 7407 Trondheim

Epost: post@krogstad.no
Web: www.krogstad.no

Telefon: 73 51 22 66 Telefaks: 73 52 67 30
Kontonr. 9051.05.01720 Foretaksnummer: 971 592 656

Returadresse:
Landsforeningen for nakkeslengskadde
Postboks 9217, Grønland
0134 Oslo

B

Utvalgt samarbeidspartner for LFN

Advokatfirmaet Pedersen, Reier & Co as

Advokat Ronald Pedersen • Advokat Stein Olsvik
Advokat Espen Seeberg
Advokatfullmektig Tommy Dilling

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 • espen.seeberg@apj.no • tommy.dilling@apj.no



JA, jeg vil gjerne bli medlem i Landsforeningen for Nakkeslengskadde

Medlemskapet inkluderer medlemsbladet
"Nakkeslengen" i posten, samt aktuell infor-
masjon fra Norges Handikapforbund.

Medlemmene våre får informasjon, hjelp
og bistand om hvordan en går fram når
skaden er skjedd. Blant annet til legekontak-
ter, behandling, rehabilitering, hjelpemidler
og advokathjelp. Samt verdifull erfaring fra
tidligere skadde i samme situasjon.

Medlemskapet koster kr. 270,- pr år

Navn

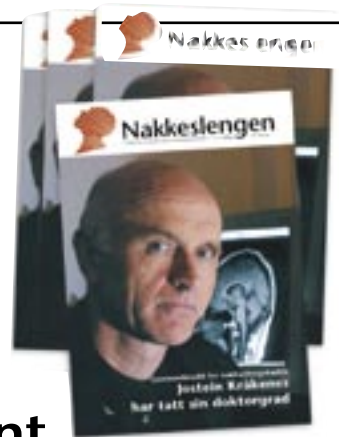
Adresse

Post nr. Sted

Fødselsår

E-post

Sendes til: Landsforeningen for Nakkeslengskadde
Postboks 9217, Grønland
0134 Oslo



Abonnement på Nakkeslengen

**Nakkeslengen koster kr. 100,- pr år
og kan bestilles uavhengig av
medlemskap**

Ditt navn

Adresse

Post nr. Sted

Telefon nr.

Sendes til: Landsforeningen for Nakkeslengskadde
Postboks 9217, Grønland
0134 Oslo