

LOR

LOV OG RETT
NORSK JURIDISK TIDSSKRIFT
NR 9 • 2003 • 42. ÅRGANG

Innhold

- | | |
|-----|--|
| 513 | Professor dr. juris Dag Michalsen og
cand. jur. Sverre Blandhol
Francis Hagerup 150 år |
| 515 | Professor jur. dr. Thomas Wilhelmsson
Behøvs en obligationsrett? |
| 538 | H.r. advokat Pål Mitsem
Kriteriene i Quebec Task Force for nakkeslengskader |
| 557 | Universitetslektor Einar Bergsholm
Trær på naboelendom – forholdet mellom
naboloven § 3 og § 2 |
| 569 | Seniorforsker dr. philos Erik Nord
Muligheter for røyking på serveringssteder etter
1. juni 2004 |
| 576 | Nye bøker |



UNIVERSITETSFORLAGET

Kriteriene i Quebec Task Force for nakkeslengskader

Av h.r.advokat Pål Miltsem

Norske domstoler, velleddet av medisinsk sakkyndige, har i mange saker vist til den såkalte Quebec Task Force som uttrykk for «allment akseptert medisinsk viten». Quebec Task Force fortjener ikke denne status. Dessuten er kriterier som det stadig vises til i norske domstoler, uten grunnlag i Quebec Task Force. Det er uttrykk for personlige oppfatninger av en type som Quebec Task Force uttrykkelig advarer mot.

PÅL MILTSEM, er født i 1942, tok juridisk embetseksamen i Oslo i 1967 og har vært privatpraktiserende advokat i Stavanger fra 1979. Flere bøker og artikler, blant annet i «Lov og Rett», jfr. www.miltsem.no/biografi.htm.

QUEBEC TASK FORCE – ET BESTILLINGSARBEID

I april 1995 publiserte det høyt ansette amerikanske medisinske tidsskrift *Spine* et resymé av konklusjonene til den såkalte Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders (WAD). Den norske lægeforenings tvistenemnd for nakkeskader ga i Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr. 17, 1995, et relativt fylldig referat av konklusjonene til Quebec Task Force, under titelen «Internasjonal konsensus om lidelser assosiert med nakkeslengskader».

Den kunnskap som Quebec Task Force samlet inn, er pretendert formidlet til norske domstoler av flere medisinsk sakkyndige. Kriteriene som er formulert av professor Helge J. Nordal i den såkalte Anne-Lene Lie-dommen, Rt. 1998 s. 1565, har festsatt seg som uttrykk for «allment akseptert medisinsk viten», slik dette ble oppfattet i følge av Quebec Task Force. Dommenes vota i Anne-Lene Lie-dommen viser ikke til noen andre rettsavgjørelser om personskaadeerstatning. Det er vist til Anne-Lene Lie-dommen i ni senere avgjørelser av Høyesterett og 65 avgjørelser av lagmannstretene. Ofte blir kriteriene for nakkeslengskader, slik de er formulert av professor Helge J. Nordal i Anne-Lene Lie-dommen, anvendt uten at det er stillet noen spørsmål ved disse.

Det er imidlertid ikke dekkende å si at Quebec Task Force er uttrykk for «allment akseptert medisinsk viten». Quebec Task Force er et arbeid initiert av og finansiert av forsikringsselskapene i delstaten Quebec, og utgangspunktet var det problem erstat-

ning for nakkeslengskader ble oppfattet å representere. For så vidt er det dekkende å si at Quebec Task Force er et bestillingsarbeid for forsikringsbransjen. Det glemte man å si da Tidsskrift for Den norske Lægeforening presenterte rapporten som en allment akseptert «international consensus». Så vidt jeg kan se, har Tidsskrift for Den norske Lægeforening aldri referert noe fra den substansielle kritikk som har vært rettet mot Quebec Task Force, også i *Spine*.

Det er grunn til å rette kritikk på dette punkt også mot de medisinske sakkyndige, som må forusettes å kjenne til sammenhengen, og mot forsikringsselskapene i Norge, som har latt Quebec Task Force seile gjennom tallrike norske rettsavgjørelser under et flagg det ikke fortjener.

Enda mer alvorlig er at de medisinske kriteriene som er blitt utviklet i Anne-Lene Lie-dommen og senere rettsavgjørelser, som av domstolene er blitt oppfattet som uttrykk for den allment aksepterte viten som er presentert av Quebec Task Force, slett ikke kan begrunnes på denne måten. Det er tvert i mot uttrykk for nettopp det Quebec Task Force advarer mot: Personlige oppfatninger som savner allmenn vitenskapelig begrunnelse.

FAGLIG KRITIKK AV QUEBEC TASK FORCE

Det faktum at det er forsikringsbransjen i Quebec som har finansiert arbeidet til Quebec Task Force, behøver naturligvis ikke bety at arbeidet er mangelfullt. Situasjonen er her som med forskning finansiert av legemiddelindustrien. Man må være på vakt for muligheten for at oppdragsgivers interesser har slått igjennom; at oppdraget har hatt en suggestiv karakter.

Et viktig spørsmål er om arbeidet til Quebec Task Force har fått alminnelig anerkjennelse i det medisinske vitenskapelige miljø.

Til det er å si at arbeidet av flere har vært utsatt for sterk kritikk da det kom, og at arbeidet i dag oppfattes som forbigått av nyere forskning.

Når det gjelder kritikken mot Quebec Task Force da rapporten ble presentert, viser jeg til to artikler som er tilgjengelige på internett.¹⁾ Den første artikkelen er publisert i *Spine* 1998; 23 (9) s. 1043–1049.

Kritikken kan summeres opp slik:

Quebec Task Force har samlet 10 382 vitenskapelige artikler og verker, som er silt i flere ledd, der bare 62 artikler blir akseptert som relevante og med tilstrekkelig viten-

1) www.whiplash.pp.se/whiplash/forskning_o_publicationer/redefining_whiplash.htm

www.icdc.com/library/recovery/volume10/Number2/articles/caution.htm

skapelig kvalitet. Kritikkerne hevder at det ikke foreligger objektive kriterier for denne sliingsprosess, og at den er preget av oppdragsgivers interesser.

Quebec Task Force har foretatt en oppfølging av skadelidte i et grunnlagsmateriale av trafikkulykker som i utgangspunktet omfatter 4 766 personer. Av disse ble 1 743, eller 36,6 %, utelukket fra videre studium fordi politiet ikke hadde rykket ut til ulykken. Slik polititrykking forusetter materiell skade som oversliger kr 3 000, eller at umiddelbar legehjelp er nødvendig. Derved har Quebec Task Force utelukket fra nærmere vurdering et meget stort antall personer som har vært utsatt for nakkesleng, fordi de ikke trengte legehjelp på ulykkesstedet, eller fordi ulykken ikke medførte vesentlig materiell skade på bilene. En hel kategori av lavenergiskskader er utelukket, uten at dette har vitenskapelig grunnlag.

Endelig setter Quebec Task Force likhetstegn mellom det medisinske begrep «tilheler», og den rettslige omstendighet at økonomiske krav ikke ble fremmet eller fulgt opp! Det skulle ikke trenge noen nærmere påvisning at det i sistnevnte gruppe vil være mange som fortsatt sliter med problemer, og som slitt ikke er blitt helt friske, slik de er klassifisert i studien.

Selv om Quebec Task Force er preget av oppdragsgivers interesser i sterkere grad enn man skulle vente, er det klart at studien representerer en viktig oppsummering av viten om nakkeslengskader slik den var kjent på et visst tidspunkt – som nu er ca. ti år tilbake i tid.

KRITERIER SOM ER FORMULERT – QTF ELLER PERSONLIGE OPPFATNINGER

Det kan være betenkelig i seg selv at Quebec Task Force har fått en spesiell og ufortjent status blant norske medisinere og domstoler.

Verre er det likevel at de medisinske sakkyndige i mange saker har fremmet personlige oppfatninger som om det var noe som skulle følge av Quebec Task Force.

Det dreier seg om kriterier som mange dommere har oppfattet å skulle følge av Quebec Task Force, uten at dette er riktig. Det dreier seg til dels om kriterier som står i strid med Quebec Task Force, eller som i alle fall ikke følger av denne.

Arbeidet til norske sakkyndige i disse saker er i mange tilfelle uttrykt for akkurat det som det advares mot i Quebec Task Force. I en «Editorial» vises det til de mange vitenskapelige verker som ble utelukket fra videre vurdering på grunn av svakhet av forskjellig art.

«This reflects how the literature has been polluted by the fashion to publish biographical papers – 'what I do in my practice' – that offer no proof of either the reliability, validity, or true efficacy of that practice.»

Norske sakkyndige har formulert kriterier nettopp på grunnlag av «slik jeg gjør det på mitt legekontor», og uten at det er tilbudt noe som helst bevis for at de erfaringer dette representerer, er pålitelige, gyldige eller effektive. Disse kriterier, basert på en personlig oppfatning uten vitenskapelig holdbar bakgrunn, har dessuten fått lov å bli oppfattet som uttrykk for «allment akseptert medisinsk viten», slik den kommer til uttrykk i Quebec Task Force!

Det er overfor vist til den betydning som Anne-Lene Lie-dommen, Rt. 1998 s. 1565, har fått. Denne saken gjaldt et så spesielt tilfelle at dette i seg selv skulle ha begrenset betydningen av avgjørelsen for andre saker. Saken gjaldt Anne-Lene Lies krav om erstatning etter en ulykke 1988, hun hadde også vært utsatt for to andre ulykker. Ifølge de sakkyndige utviser hun en samlet medisinsk invaliditet på 20 %, som de fordelte på de tre ulykker, og psykogene faktorer! Forsikringselskapet gjorde gjeldende at symptomene etter den ulykke det ble søkt om erstatning for, ikke var vesentlig anderledes enn de symptomene som skadelidte hadde før ulykken. Høyesterett fant enstemmig at hun ville ha utviklet plagene uavhengig av ulykken.

Likevel har Anne-Lene Lie-saken fått prege avgjørelser i andre saker, også der det er tale om friske personer som blir utsatt for en enkelstående ulykke med skadefølger.

Førstvoterende, dommer Schei, viser bl.a. til:

«Vi er her på et område hvor det kanskje er særlig viktig at domstolene har for øye at årsaksforhold, skadefomfang m.v. så langt som mulig må bedømmes i lys av mer allment akseptert medisinsk viten. Jeg peker spesielt på rapporten fra den såkalte Quebec Task Force, en tverrfaglig internasjonal gruppe som har samlet materiale om årsaksforhold, forebyggging og behandling av tilstander utløst av nakkesleng. Dens arbeid har resultert i det som er betegnet som en internasjonal konsensus om lidelser assosiert med nakkeslengskader.»

Efter det som er sagt ovenfor, må det være lov å hevde at dette er å gi Quebec Task Force en status den ikke fortjener.

Førstvoterende kommer senere til de mer konkrete betingelser for at nakkesleng skal kunne foreligge. Han sier:

«Den rettsoppnevnte sakkyndige professor Nordal har mer generelt skissert visse betingelser som må være til stede for at skader og symptomer årsaksmessig kan føres tilbake til traume forårsaket av nakkeslengskade.»

Disse betingelser er, kort sitert fra referatet av dr. Helge J. Nordals erklæring:

«1. For det første må det foreligge et adekvat traume, d.v.s. det må ha virket mekaniske krefter tilstrekkelig til å skade biologisk vev. ... Etter min erfaring vil kollisjoner hvor en stille-

HOLMBOE 2.15.01.15.10

stående bil blir påkjørt bakfra av en annen bil med en hastighet under 10–15 km/t bare helt uinntagelsesvis resultater i forbligende helseplager, og nesten aldri varige.

2. Det må foreligge akutte symptomer fra nakke eller hode innenfor maksimalt et par døgn. ...
3. Det må foreligge 'brosymptomer' fra akuttfasen frem til en kronisk senfase ...
4. Sykdomsbilder må være forenlig med det man vet om skader påført ved nakkesleng. ...

Når det som er gjengitt leses i sammenheng, skaper det inntrykk av at kriteriene som er oppstillet av dr. Helge J. Nordal, er noe som følger av Quebec Task Force, og således representerer «allment akseptert medisinsk vitenskap» som det er internasjonal enighet om.

Det faktiske forhold er dette:

Quebec Task Force inneholder et kriterium for adekvat traume (hastighet ved sammenstøt), *men det er et helt annet kriterium enn det dr. Helge J. Nordal anvender!*

Quebec Task Force har ikke noen konklusjon om tidspunktet for inntrreden av akuttsymptomer.

Quebec Task Force har ikke noen konklusjon om karakteren av brosymptomer som skadelide må ha frem til et varig skadebilde.

Om det siste kriteriet bemerkes: Nakkesleng er en skademekanisme, og ikke en diagnose. Det er utvilsomt at skademekanismen kan utløse en rekke forskjellige tilstander. Disse kan i noen utstrekning også utløses av andre forhold. Der hvor de sakkyndige og retten har vært i tvil om de øvrige kriterier for nakkeslengskade er oppfylt, har det vært utvist stor oppfinnsomhet i forhold til andre utløsende årsaker. Jeg går ikke nærmere inn på dette.

Selv om de kriterier som er etablert i Anne-Lene Lie-dommen har en meget tvilsom bakgrunn, har domstolene i en rekke tilfelle tatt utgangspunkt nettopp i disse. Høyesterett har egentlig ikke behandlet problemstillingene siden den såkalte Thelle-dommen, Rt. 2000 s. 418. Fra førstvoterendes uttalelse klipper jeg:

«Etter min mening må det på grunnlag av de foreliggende sakkyndige beregninger være deknig for å si at hastighetsendringen i As bil var klart under 10 km pr. time». ²⁾

«Der neste vilkår for å konstatere faktisk årsakssammenheng er at det må foreligge akutte symptomer på skade i det biologiske vev i nakken i løpet av 2–3 døgn etter traumer.»

- 2) Det har åpenbart vært ukjent for retten at hastighetsendringene for fører og passasjer kan være opp til 50 % høyere enn hastighetsendringen for selve bilen, jfr. min artikkel om «Sakkyndig bevis i nakkeslengsaker» i Lov og Rett 2003 s. 468.

«Det vil videre være en forutsetning for å konstatere faktisk årsakssammenheng at det foreligger kontinuerlige plager i nakken fra akuttfasen til den kroniske senfasen – såkalte brosymptomer.»

Det er utvilsomt at disse oppfatninger har preget avgjørelsene i en rekke saker.

KRITERIUM NR. 1 – ADEKVAT TRAUME

Konklusjonene til Quebec Task Force dreier seg først og fremst om klassifiseringen av nakkeslengsymptomer, herunder diagnosen og hva legene bør råde til, osv. Man lurer forøvrig etter klare kriterier av den typen som Helge J. Nordal har formulert i Anne-Lene Lie-saken. Unntaket gjelder nettopp terskelverdien for at en kollisjon skal kunne volde skade. På dette punkt har Quebec Task Force en klar konklusjon. Det sies om dette i de såkalte «Consensus Findings» (Spine, s. 21S):

«For the purposes of this report, the Task Force recommends the study by McConnell et al for its description of the kinematic response of human test subjects to low-velocity, rear-end impacts. This study suggests that a 6 to 8 km/h impact, which subjects the cervical spine to as much as 4,5 G, constitutes the threshold for mild cervical strain injury.»

Dr. Helge J. Nordal opererer med en helt annen grense, sammenstøt i 10–15 km/t, eller 180 % av kravet til Quebec Task Force.

Det er i og for seg klart at dr. Helge J. Nordal kan sies å ha sitt på det tørre når han viser til «etter min erfaring». Det kan jo også sies at den erfaring som en enkeltstående lege har, ikke har noen som helst vitenskapelig vekt, hvis man ikke samtidig vet hvor representativ denne erfaring er, hvor godt den er analysert, osv. Quebec Task Force hadde et utvalgsmateriale som utgangspunktet omfattet 4 766 personer, selv om inn til en drøyt tredjedel – lavenergisksadene – ble fjernet. Selv med en meget travel praksis, kan ikke en enkeltstående sakkyndig ha særlig mange kasus, og bare en brøkdel av disse kan ligge i grenseområdet for skade (de fleste vil være høyenergisksader eller plager som ikke er relatert til traumer). Det kan derfor ikke være noe *vitenskapelig* grunnlag for uttalelsen til dr. Helge J. Nordal. Det fremstår som en mavefølelse.

Selv om dr. Helge J. Nordal uttrykkelig viser til sin egen erfaring, er det grunnlag for kritikk ved at han ikke sammenholder denne erfaring med det kriterium som på dette punkt faktisk er formulert av Quebec Task Force. Da dette ikke er gjort, kan han oppfattes slik at hans egen erfaring er i samsvar med den rapport han ellers har vist til. At han er blitt oppfattet slik av Høyesterett, og at mange andre dommere har oppfattet det på samme måte, er utvilsomt.

I mange saker er det, uten kvalifikasjoner, vist til et basant kriterium om at adekvat traume ikke kan foreligge med hastighetsendring som er mindre enn 10–15 km/t, og ofte slik at dette følger av «allment akseptert medisinsk viten», eller endog Quebec Task Force!³⁾

HASTIGHET – AKSELERASJON

Det som er viktig, som en motvekt mot dette, er å fremholde hva man i dag vet, på vitenskapelig grunnlag, slik dette avregner seg i tilgjengelig materiale, om hvilken hastighetsendring som må til for å forårsake skade.

Det er viktig først å stille spørsmålet riktig. Det er ikke hastighet i seg selv som har skadevoldende egenskaper; det er akselerasjon (hvormed innbefattes, uten at det sies uttrykkelig, negativ akselerasjon). Akselerasjon måles i G, der $1\text{ G} = 10\text{ m/s}^2$.

Hastigheten til bilen er en viktig faktor, fordi den selvsagt legger grunnlaget for de hastighetsendringer som fører/passasjerer utsettes for. Det er imidlertid ikke noe direkte forhold mellom bilens hastighet og akselerasjonen for fører/passasjer.⁴⁾ Akselerasjonen er uttrykk for hvilken *tid* hastighetsendringen har tatt. Dersom kollisjonen skjer på elastisk måte (som når en golfball kastes mot en vegg, og spretter tilbake), kan akselerasjonen bli betydelig, også om sammenstøtet skjer i lav hastighet, fordi man får et skarpt og hurtig støt. Dersom kollisjonen skjer på plastisk måte (som når en pappeske kastes mot en vegg), kan akselerasjonen være beskjeden, også om sammenstøtet skjer ved høy hastighet, fordi deformeringen tar tid og demper støtet.

I praksis vil man sjelden ha eksakt måling av akselerasjonen, og beregninger av denne må baseres på usikre premisser. Det er derfor ikke uvanlig at man tar utgangspunkt i hastighetsendringen som man observerer eller måler, dvs. forskjellen i hastighet inn i en kollisjon og ut av en kollisjon, uttrykt i km/t. Hvis man kjører mot en vegg, blir hastighetsendringen den samme som hastigheten inn i kollisjonen. Det gir grunnlag for sluttninger av typen «selv med hastighetsendring på f.eks. 5 km/t kan en skade observeres», når skade faktisk blir observert. Det gir *ikke* grunnlag for en påstand om at en hastighetsendring på

- 3) Det forekommer unntak. Oslo tingrett har anvendt direkte kriteriet fra Quebec Task Force, 6–8 km/t, i TOSLO-2001-10948, dom av 18. november 2002. Noe mønster kan ikke observeres i TOSLO-2000-07641, dom av 19. mai 2003, er ikke 10–14 km/t ansett tilstrekkelig til å forårsake varige skader.
- 4) Mange sakkyndige, og mange dommer, har uttalelser som tyder på at de legger til grunn en direkte forholdsmessighet, og metoden som legges til grunn av et ingenlærbyrå som forsikringsselskapene benytter, er basert på dette, jfr. artikkelen om «sakkyndig bevis i nakketslengsaker» i lov og rett 2003 s. 468.

5 km/t alltid vil medføre skade, eller aldri vil medføre skade. Når det dreier seg om hastigheter over terskelnivået, er det andre faktorer enn selve hastigheten som avgjør om en skade vil skje eller ikke, og da først og fremst karakteren av sammenstøtet/den tid der tar. Her begrenser jeg problemstillingen til hva man i dag vet, på vitenskapelig grunnlag, om terskelnivået for at en skade kan skje, eller mer presist, hvilken akselerasjon og/eller hastighetsendring som må foreligge for at varig skade skal være en mulighet.

HVA VET MAN I DAG OM KRAVET TIL HASTIGHET/-AKSELERASJON

Quebec Task Force konkluderer altså med, som angitt ovenfor, at en hastighetsendring på 4,5 G, hvilket (i følge rapporten) forutsetter en inngangshastighet på 6 til 8 km/t, er en nedre grense for at skader kan oppstå.

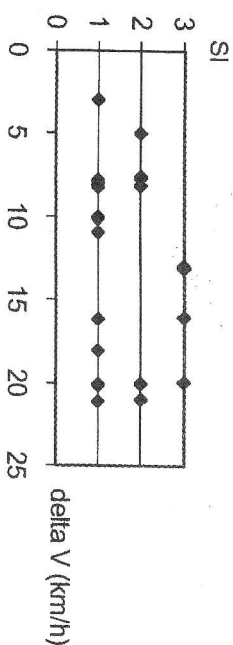
Det er imidlertid solid dokumentasjon i dag på at skader kan inntre ved lavere hastighetsendringer enn 6 til 8 km/t, eller lavere akselerasjon enn 4,5 G.

Jeg tar utgangspunkt i et forsøk med frivillige som satt i en bil uten nakkestøtte, som ble påkjørt bakfra av en idetisk bil. Selv om hastigheten til den påkjørende bil bare var 2,5 km/t, ble det av videobilder konstatert at nakken til forsøkspersonene ble utsatt for en bøyning på nesten 60°. Det er konkludert med at dette «er nær den menneskelige grense for normal bøyning».⁵⁾

Det er ingen studier som jeg kjenner til som angir at skade kan inntre ved lavere hastighetsendring. Det er imidlertid flere studier som indikerer at skader kan inntre ved hastighetsendringer fra 2,5 km/t til 5 km/t, og akselerasjon som ligger under 4,5 G.

Volvo Car Corporation har sammen med Sahlgrenska Universitetssykehus gjort grunnleggende undersøkelser av mange bilulykker. I en rapport fremlagt ved IRCOBI (International Research Council on the Biomechanics of Impact) i 2002, som gjelder sammenstøt forfra, konkluderes det med at moderat intense symptomer på nakketslengskader kan observeres i hele hastighetsendringsintervallet fra 5 km/t til 20 km/t.⁶⁾ Lettete symptomer kan observeres også ved lavere hastighetsendringer. Resultatet er visualisert i en tabell.

- 5) RI Emori m.fl., Whiplash in low speed vehicle collisions, referert i «Motor Vehicle Collision Injuries», Lawrence S. Nordhoff, Jr. m.fl., Gaithersburg, Maryland 1996.
- 6) Lotta Jakobsson m.fl., «In-Depth Study of Whiplash Associated Disorders in Frontal Impacts», 2002 Ircobi Conference on the Biomechanics of Impact, München.



Figur 1. Delta V (km/h) versus initial symptom intensity (SI).

Den horisontale linjen angir hastighetsendringen, og den vertikale linjen angir intensiteten i nakkeslengsymptomene. Prikkene representerer faktisk undersøkte kollisjoner.

Det har vært utført forsøk med menneskelig, som har blitt festet til en slede som har blitt utsatt for en kraftig bevegelse bakfra.⁷⁾ Tre lik ble brakt til en akselerasjon av 4,5 G, og ett lik til en akselerasjon av 3,3 G. Alle lik ble undersøkt med mikroskop av frosset vev, og det ble funnet patologiske skader i bløtvev og nerver i alle tilfelle.⁸⁾

En akselerasjon på 3,3 G kan utvilsomt oppstå ved en hastighetsendring på 5 km/t, jf. at en hastighetsendring på 6–8 km/t forårsaker en akselerasjon på 4,5 i følge Quebec Task Force.

DAGENS KRITERIUM – 5 KM/T ELLER 3,3 G

Så langt som jeg kan se, må konklusjonen være at nakkesleng kan utløse skader ved hastighetsendring på 5 km/t, eller akselerasjon på 3,3 G. Det foreligger ikke noe vitenskapelig grunnlag som jeg kjenner til som gir foranledning til å sette terskelnivået lavere. På den annen side er det heller ikke vitenskapelig grunnlag for å stille kravet høyere enn en hastighetsendring 5 km/t (akselerasjon på 3,3 G).

Dette er 1/2 til 1/3 av det nivået mange norske dommer opererer med.

Ut fra en alminnelig betraktning kan man selvsagt si at en hastighetsendring på 5 km/t er en «svært liten hastighetsendring», som kan sammenlignes med hva kroppen utsettes for i dagliglivet.

- 7) De etiske spørsmål som dette reiser, lar jeg ligge. Andre undersøkelser er gjort på trafikkoffer, men da er det ofte tale om høyere hastigheter.
- 8) Narayan Yogandan m.fl., «Whiplash Injury Determination With Conventional Spine Imaging and Cryomicrotomy», Spine, 2001 nr. 22 s. 2443–2448.

Det bemerkes i denne forbindelse at forskningen ikke har klart å trenge til bunns i hva nakkeslengskader egentlig representerer, klinisk sett. I noen tilfelle kan man konstatere skader på nakkevirvel/nakkesøylen, men det er langt fra tilfelle i alle saker. Gjennom MR-undersøkelser, og særlig MR-undersøkelser under bevegelse av nakken, kan man avdekke visse skader i muskler og sener (ligamentskader). Undersøkelser av øyets bevegelsesmønster kan avdekke skader av patologisk karakter som ikke ellers kan diagnostiseres. At det dreier seg om genuine patologiske skader, er i utvilsomt, jf. forsøkene som er utført på lik, omtalt ovenfor ved note 7.

Man må sannsynligvis bare konstatere at nakken har en følsomhet som man ikke har kommet til bunns i. Mange nakkeslengskader blir klassifisert i kategorien liten skade, som AIS 1, i den såkalte «Abbreviated Injury Scale». Til tross for den lave AIS-klassifiseringen, leder disse skader til varig invaliditet (invaliditetsgrad $\geq 10\%$) i 10 % av tilfellene. Dette kan sammenlignes med andre AIS 1-skader der risikoen for varig invaliditet er 0,1 %.⁹⁾

Risikoen for varig invaliditet ved nakkeskader er m.a.o. 100 ganger større enn ved andre skader i samme skadegruppe!

Man kommer neppe lenger, selv i dag, enn det dr. Trygve Lundar og dr. Knut Nestvold ga uttrykk for for nesten 20 år siden:¹⁰⁾

«Det er mulig at skademekanismen i seg selv er en uheldig faktor hos disse pasienter. ... Det er derfor mulig at disse pasientene rammes på en måte som er spesielt uheldig samtidig som de kliniske symptomer avviker fra andre typer hodeskader, og at skadegraden ofte blir bagatellisert.»

KRITERIUM NR. 2 – AKUTTSYMPTOMER. HVA SIER QUEBEC TASK FORCE

Som ovenfor angitt, har Anne-Lene Lie-dommen gitt grunnlag for en oppfatning om at Quebec Task Force har formulert et kriterium om at akutt-symptomer fra nakke eller hode må foreligge innenfor maksimalt et par døgn.

Til dette bemerkes:

Quebec Task Force har ikke noen konklusjon om tidspunktet for inntrreden av akutsymptomer!

- 9) Per Lövsund m.fl., «Suitability of the available mechanical neck models in low velocity», Chalmers University of Technology, fra en internasjonal konferanse på Capri i 1996. Tilgjengelig på internett.
- 10) Gulmedaljebevarelsen «Bare en lettere hjernestøtelse», Oslo/Lørenskog, 1986 s. 99.

I et avsnitt som vesentlig dreier seg om tilheling og prognose, sies det riktignok:¹¹⁾

«Apart from anatomic studies, much of the scientific understanding of soft-tissue injury and healing is derived from animal models, and there is little information on the normal recuperation period. In the animal model of soft-tissue healing, there is a brief period (less than 72 hours) of acute inflammation and reaction, followed by a period of repair and regeneration (approximately 72 hours up to 6 weeks), and finally by a period of remodelling and maturation that can last up to 1 year. Starting from this model, it is reasonable to estimate that a healing period of between 4 and 6 weeks in cases of WAD¹²⁾ with partial tear of soft tissues. Many cases are mild and will heal in a much shorter time. The model may not apply to WAD with neurologic signs or symptoms because nerve injury could prolong recovery.»

Det pekes her på dyreforsøk om hvordan betennelse og annen reaksjon viser seg etter bløtdelsskader (muskler/sener). Det er i og for seg urvilligst at bløtvev har en reaksjon/tilhelingssyklus. Quebec Task Force inneholder dog ingen påstand om at dyreforsøkene er direkte anvendelige for mennesker, eller at reaksjon/tilhelingssyklusen for bløtvev gir verdifull informasjon om akutsymptomer ved nakkeslengskader.

Derre ligger utenfor fokus i arbeidet til Quebec Task Force. Konklusjonene til Quebec Task Force dreier seg først og fremst om *klassifisering* av nakkeslengsymptomer, herunder *diagnosen* og hva legene bør råde til, osv. Her er ingen konklusjoner av typen: «Hvis man ikke får akutsymptomer av en bestemt type, dreier det seg ikke om nakkeslengskade», eller «Hvis man ikke har brosymptomer av en bestemt type, dreier det seg ikke om en nakkeslengskade». Denne tilnærmingen, som kanskje har et spesielt norsk preg, finner man overhodet ikke i rapporten.

Rapporten til Quebec Task Force gir dog flere eksempler på at man er helt avslappet i forhold til tidspunktet for fremtiden av symptomer.

Quebec Task Force etablerer et flertvekt for pasientene, der alvorligheten av symptomer er en faktor, og en tidsakse en annen faktor. Om det siste sier rapporten:

«Turning to the time axis, patients are classified within each grade as those less than 4 days from the time of the injury, those 4–21 days from the date of the injury....»

Det norske kriterium, 72 timer, eller 3 dager fra ulykken, finner man ikke spor av, i alle fall ikke i det som fremstår som felles anbefalinger. Det legges vekt på den diagnostiske

11) Stient fra Spine, nr. 20/85, 1995 s. 225.

12) Whiplash Associated Disorders.

undersøkelse av pasientene, der en grundig undersøkelse 4 dager etter ulykken er sentral, men der også underøkelser senere nevnes. Quebec Task Force har utarbeidet et detaljert skjema til hjelp for diagnostiseringen av nakkeslengsymptomer: Appendix I. Man har her en lang liste over forskjellige symptomer som nakkeslengskade kan gi, fra nakke/skuldersmerter til smerte i den nedre del av ryggen. For samtlige symptomer blir pasienten bedt om å angi når symptomene satte inn; med avmerkingsbokser for «Day of the collision», «Day after to fourth day» og «Later than fourth day». I Appendix III, under «Summary of evidence and recommendations», står det bl.a.:

«Data on symptoms and signs present at time of the first visit should be recorded.... These signs should be recorded on a standard form (see form in Appendix I.)»

HVA VET VITENSKAPEN OM AKUTT SKADER

Det ligger ikke i det som er sagt at akutsymptom er uten betydning ved diagnostiseringen av nakkeslengskader. Det skal heller ikke påstås fra min side at man kan ha nakkesleng med fravær av symptomer som opptrer etter relativt kort tid (akutsymptomer).

Mitt første poeng er at et eventuelt kriterium om akutsymptomer som nødvendig kriterium for diagnostisering av en nakkeslengskade, ikke kan baseres på Quebec Task Force. Det må basere på noe annet. Og, når et eventuelt kriterium skal utpenses, bør det foreligge et faglig medisinsk grunnlag, og ikke bare et mer eller mindre velbegrunnet postulat fra en sakkyndig. Den sakkyndige må være forberedt på å redegjøre for hva som er grunnlaget for et kriterium som eventuelt gir grunnlag for en påstand om at en konkret skade ikke kan være en nakkeslengskade.

Når det gjelder tidspunktet for fremtiden av akutsymptomer, synes det klart at medisinsk vitenskap i dag ikke utelukker at akutsymptomer kan fremtre så lenge som en uke etter ulykken.

En avgjørelse i Svea Hovrätt av 15. mai 2001 i sak T 4037-00, gjelder en kvinne født i 1969, som 17. juli 1993 var utsatt for en trafikkulykke. Hun var hos lege 20. juli 1993, og ble undersøkt for bl.a. nakkeskade, med negativ resultat. Selv kjente hun ikke problemer i nakken før på høsten 1993. Hun ble tilkjent erstattning, fordi det ved en «sammenværing» av samtlige omstendigheter fremstår som klart mer sannolikt at Carola Åkerlunds besvær hærthor från trafikulyckan den 17 juli 1993 an att de har en annan orsak.

En av de sakkyndige, dr. Tomas Timander, uttalte bl.a., i følge dommen:

«Kunskapen om whiplash-skador går ständig framåt och många doktorer accepterar i dag ett s.k. symptomfritt intervall på några veckor upp till tre–sex månader efter ulyckan – jämfört med till 12 månader – innan näste fas med kroniska smärtor inträder (utvärkning tillag).»

Der var han som fikk støtte i dommen. Ytterpunktet i den annen retning var dr. Gustaf Neander, som i følge dommen uttalte:

«Man bruker, i vitenskapelige sammenhang, tale om en gräns på 72 timmar inom vilken symtomen skal uppträda. Man kan naturligtvis inte säkra någon knivskarp tidsgräns men helt klart är att symtomen i vart fall uppträda *innan en vecka* vid whiplash-skador. Det kan förekomma symtomfartiga intervaller hos patienter som drabbats av whiplash-skador men de tidliga symtomen finns alltid» (uthevingning tillegg).

Diskusjonen i saken gikk på om akutsymptomene ville oppstå innen en uke, eller om perioden kunne være lenger.

Støtte for at akutsymptomer kan inntre i løpet av en uke, finnes i søk og kav på internett.

University of Maryland Medicine skriver på sin hjemmeside, www.umm.edu/imagepages/9853.htm:

«The pain of whiplash may not appear right away after an accident, but sometimes may take hours to weeks to develop.»

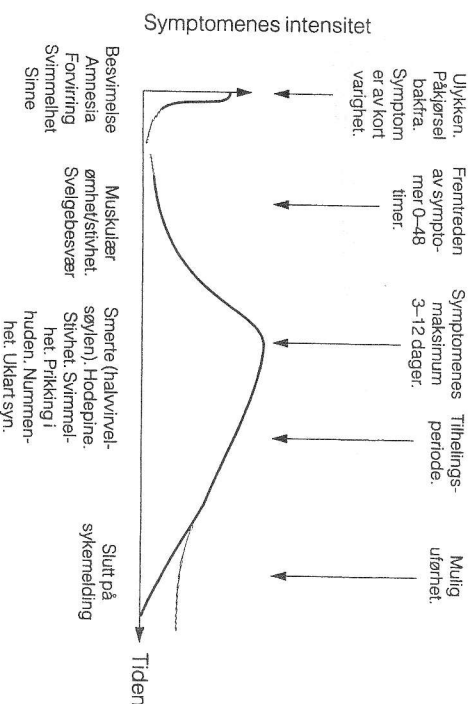
National Institute of Neurological Disorders and Stroke i USA sier det slik, i www.ninds.nih.gov/health_and_medical/disorders/whiplash.htm:

«Symptoms such as neck pain may be present directly after the injury or may be delayed for several days.»

En medisinsk forklaring for forsinkede reaksjoner tilskrives gitt av dr. Robert Parks i www.autolash.com/whiplash_seminar.htm, som bl.a. sier:

«Certain injuries such as disc herniations and TMJ injuries might lay dormant for months before flaring up. Subluxations, subtle joint injuries, which change the biomechanics of spinal joints, may smolder for months gradually causing more and more dysfunction and then finally pain, as the body can no longer compensate.»

Så langt som jeg er i stand til å bedømme det, har Per Lövsund m.fl., Chalmers University of Technology kommet så langt det er mulig i å illustrere den tidsmessige sammenheng i nedestående illustrasjon, hentet fra «Suitability of the Available Mechanical Neck Models in Low Velocity», Capri, 1996 (med oversettelse av teksten).



Figur 2. Studiene i nakkeskadesymptomer forårsaket av påkjørsel bakfra.

Det er et betydelig spenn mellom den fleksible tilnæringsmåte som illustrasjonen representerer, og det firkantede seleksjonskriterium på 72 timer for akutsymptomer som man ofte ser hevdet i norsk rettspraksis.

Norsk rettspraksis har også en alvorlig skjevhet, ved at det ikke er skadelidtes symptomer slik skadelidte forklarer disse, men snarere hvordan disse symptomer er beskrevet i legejournaler, som tillegges vekt. Der forutsettes at det foreligger legejournaler om dette innen 72 timer etter ulykken.

For ordens skyld presiseres at det ikke er noen støtte i Quebec Task Force for å oppstille et krav om at akuttskader er beskrevet i en legejournal innen 72 timer etter ulykken. Quebec Task Force lar undersøkelsen omfatte pasienter som har oppsøkt akuttmedisinske avdelinger *innen syv dager* etter ulykken, hvorav 59 % av pasientene hadde symptomer på nakkeslengskader i kategoriene 2 og 3 (på en skala fra 0 til 4). En tanke

om at man egentlig bare behøver å ta hensyn til de som er registrert i en legejournal innen 3 dager, synes helt fremmed.

Jeg viser på dette punkt til til Sheriff Principal Edward F. Bowen i sak SC1152/00, www.scotcourts.gov.uk/opinions/sc1152_00.html:

«A stiff neck can be a most painful and debilitating condition even if it lasts for only a few days. Some individuals are able to bear this stoically without resort to medical treatment in the hope that the symptoms will clear up as they often do. Others may be more prone to have resort to medical advice. There seems to me no reason why those in the first category should necessarily be penalised for bearing the pain without complaint.»

Slik må det selvsagt være også i norsk rett.

KRITERIUM NR. 3 – BROSYPPTOMER. HVA SIER QUEBEC TASK FORCE

Som ovenfor angitt, har Anne-Lene Lie-dommen gitt grunnlag for en oppfatning om at Quebec Task Force har formulert et kriterium om at det må foreligge brosymptomer fra ulykken og frem til en kronisk senfase.

Til dette bemerkes:

Quebec Task Force har ikke noen konklusjon om brosymptomer fra akutfasen til en kronisk senfase som kriterium for å skille mellom nakkeslengskader og andre skader.

Jeg merker meg at når Den norske lægeforenings tvistenemnd for nakkeskader gir et relativt fylldig referat av rapporten fra Quebec Task Force i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 17, 1995, er ikke begrepet brosymptomer nevnt, og heller ikke noen påstander om at symptomene ikke kan endre seg over tid.

Det faktiske forhold er at arbeidet til Quebec Task Force har blitt sterkt kritisert for bl.a. sin mangel på informasjon om hvordan det egentlig går med nakkeslengskadde, over tid.

Quebec Task Force gir sin støtte til flere studier som indikerer at visse skader kan utvikle seg med tiden. Quebec Task Force viser blant annet til en tabell som viser akutt-symptomer og senere symptomutvikling for tre forskjellige gruppestudier, med henholdsvis 27, 24 og 10 skadelidte i gruppen.

Percent prevalence of symptoms initially and at final follow-up
(adapted from Norris and Watt³)

	Group 1 (n=27)		Group 2 (n=24)		Group 3 (n=10)	
	Initial	F/U	Initial	F/U	Initial	F/U
Neck pain	100	44	100	81	100	90
Headache	48	37	78	37	80	70
Dysphagia	19	0	10	0	30	0
Paresthesias	33	37	43	29	100	60
Weakness	15	0	10	0	50	0
Visual symptoms	8	19	0	10	30	10
Auditory symptoms	8	11	0	14	30	20
Dizziness	0	0	5	0	10	0

Adapted from Norris and Watt.*

F/U = follow-up.

Tabellen viser nedgang i forekomsten av nakkesmerter og hodepine fra første undersøkelse og til en etterundersøkelse, så vidt forstås fra seks måneder til to år etter ulykken. Symptomer på vanskeligheter med svelgefunksjonen (dysphagia) marthet (weakness) og svimmelhet (dizziness) er, i følge undersøkelsen, blitt helt borte i denne tiden. At symptomer på nummenhet (paresthesias) er øket i skadegruppe 1, de som er minst skadet, betyr kanskje ikke så meget. Det er imidlertid påfallende at problemer med hørsel og syn har øket betydelig i skadegrupper 1 og 2. Det indikerer en svekkelse av hjernelaterte sanser som også har sammenheng med allmennfunksjon, konsentrasjon, og – for mange – hodepine.

Quebec Task Force viser også til følgende:

«In the study by Radanov et al, there was no statistically significant association of life history, personality traits and 'current psychosocial stress' with persistence of symptoms at six months. Self-report of cognitive impairment, on the other hand, was associated with symptom persistence. However, this study included only 78 patients and therefore had limited statistical power.»

Det sies altså her at flere skadelidte, ved kontroll etter seks måneder, rapporterer om svekkelse i kognitive funksjoner (gjennomnet, osv.).

HVA SIER VITENSKAPEN OM BROSYMPTOMER?

Det kan etter dette konstateres at et krav om sammenhengende symptomer fra akutfasen til senfasen, d.v.s. brosymptomer, ikke har støtte i rapporten til Quebec Task Force, men snarere står i strid med denne.

Det står også i strid med det andre undersøkelser har kommet til.

Ved en undersøkelse av 38 pasienter gjennomsnittlig 17 måneder etter ulykken, «Extracervical symptoms after whiplash trauma», T. Magnusson, Cephalalgia 1994; 14:223–227, anga de fleste at de hadde vedvarende, pressende og dels bankende hodepine. Hos 11 pasienter opptrådte anfallsvis *forverring*.¹³⁾

Opfølgningsstudier av pasienter har også vist at symptomene kan forverres over tid. A. Watkinson, MF Cargan og GC Bannister, «Prognostic factors in soft tissue injuries of the cervical spine», Injury, 1991;22:307–309, konkluderte med at 21 % av de undersøkte hadde forverring av symptomene.

Der vises også til sitatet ovenfor fra dr. Robert Parks, som begrunner hvorfor symptomene kan forverre seg etter som månedene går. Det gjelder bl.a. følger av skader i kjelveledet, som slett ikke er uvanlige ved nakkeseleingskader, jfr. dr. Gerhald Wexler i www.drgeraldwexler.com/cmj_injuries.htm.

Det er også utvilsomt at degenerative forandringer, og de problemer som følger med dette, har en overpopulasjon blant pasienter med nakketraume i forhold til den alminnelige befolkning. Studien til A. Watkinson m.fl. konkluderte med at 68 % av de skadelidte hadde degenerative forandringer, hvilket er betydelig mer enn for befolkningen generelt!¹⁴⁾ Hvis det fremstår som sannsynlig at en degenerativ forandring er satt i gang av en nakkeseleingskade, er det vel ikke ureklukt at det kan knytte seg erstatningsrettslig ansvar til dette?

BROSYMPTOMER – HVILKE KRAV MÅ STILLES?

Det ligger ikke i det som er nevnt en påstand om at brosymptomer ikke er et vanlig forekommende fenomen ved nakkeseleingskader som utvirket seg i kronisk retning. Det er

13) Referert fra Sintef Rapport 78 40 70, Nakkeseleing, av 11. oktober 2000.

14) Ved helseundersøkelsen 1985 utført av Statistisk Sentralbyrå med over 10 000 nordmenn anga 13,5 % av de hadde vært ganske mye plaget eller sterkt plaget av vondt i skulder, nakke, armer eller ben de siste par ukene.

snarere tale om en påstand om at man må utvise betydelig forsikting hvis man skal utelukke en nakkeseleingskade fra erstatningsrettslig dekning fordi det har vært en utvikling i symptomene.

Det er også forskjellige måter å uttrykke kravet på fra sakkyndige i slike saker. Noen sakkyndige uttaler seg som om brosymptomene i det vesentlige svarer til akutsymptomene og sensymptomene. Det må i så fall være helt galt. De fleste sakkyndige vil akseptere at kriteriet til brosymptomer vil være tilfredsstillende, også der hvor det er betydelige forskjeller i mengde og intensitet av symptomene fra akutfasen frem til den kroniske fase.

Egentlig er det ikke så meget å innvende mot den nærmere preisering som dr. Helge J. Nordal gir av kriteriet brosymptomer i Rt. 1998 s. 1565, jfr. s. 1577:

«De fleste vil mene at traumatisk betingede besvær som blir kroniske, særlig når det dreier seg om mindre skader uten brudd eller skade av nervevev, sjelden blir helt borte for så å komme igjen.»

Særlig hjelpeordet «sjelden» gjør at man vanskelig kan innvende noe mot denne formulering. Dessverre er kriteriet i rettspraksis, og i praksis blant sakkyndige, forstrått uten den stiplede reservasjon (med eller uten hjelpeordet «sjelden»).

I svensk rett er man, så vidt jeg kan se, meget skeptisk med hensyn til å avskjære noen fra erstatning på grunn av en såkalt symptomfattig periode frem til den kroniske fasen. I Svea Hovrätts dom av 12. januar 1996 i sak T 1550/94 fremgår det at skadelidte hadde en i alle fall *symptomfattig periode på 5 år* før symptomene ble manifeste. Forsikringselskapet hevdet at det egentlig var en symptomfri periode, hvilket hadde en viss støtte i de legejournaler som forelå, og i uttalelser som skadelidte ga på et tidlig tidspunkt. Skadelidte ble likevel tilkjent erstatning. Retten la til grunn at hun hele tiden hadde opplevet «småverk», som hun dog ikke hadde satt i sammenheng med trafikkulykken. Ut fra en helhetlig bedømmelse av situasjonen fant retten at det var mer sannsynlig at det var ulykken enn noe annet som var årsak til de kroniske symptomer.

Også når det gjelder kriteriet til brosymptomer, opplever man at enkelte norske dommer ikke tar skadelidte på alvor. Det kan synes fra noen dommer som om det bare er brosymptomene, *slik de fremgår av legejournaler*, som er av betydning.

Det kan være grunn til at brosymptomer kan være underrepresentert i legejournaler i fasen mellom akutfasen og den kroniske fasen. Det fremgår at Quebec Task Force, og er sterkt understreket ved omtalen i Tidsskrift for Den norske lægeforening, at pasientene må foreholdes av legene at de må leve mest mulig normalt, og at de vil bli bra igjen. Dette medfører en viss undertrykking av symptomene i forholdet mellom legen

og en pasient, som nødvendig vil si legen i mot, og som direkte oppfordres til å sublimere sine symptomer. Dette medfører også en viss motstand fra legens side med å referere ting som er i strid med prognosen som pasienten har fått.

Dersom man oppstiller et krav om at brosymptomer skal kunne dokumenteres i form av legejournal, vil de fleste sakkynndige være enige om at man utelukket mange rett skadelidte fra erstatning. En sakkynndig nevrolog, dr. med. Håkon Hofstad, sier det slik i et brev:

«De spør om kravet til dokumentasjon for vedvarende brosymptomer er absolutt. Mitt medisinske svar på dette, er at det må foreligge brosymptomer for å kunne konkludere med årsakssammenheng, men at det åpenbart ikke bør stilles noe absolutt krav om at dette skal kunne dokumenteres. Det er svært mange gode grunner til at skadelidte ikke oppsøker lege i perioder, og til dels lengre perioder, etter en skade.

Min helt enrydelige erfaring er da også at en god del skadelidte ikke vil være i stand til å dokumentere vedvarende symptomer. Å kreve det er naturligvis et valg man kan gjøre rent juridisk, men dersom man gjør det, vil mange rett skadde utelukkes.»

Jeg tviler på om det er noen sakkynndig som vil si ham i mot på dette punkt.

Det er jo også en helt uakseptabel situasjon at rett skadelidte nektes erstatning på grunnlag av et krav som ikke foreligger i lov, og som står i strid med vanlige regler om bevisbedømmelse.

Trær på naboeiendom – forholdet mellom naboloven § 3 og § 2

Av universitetslektor Einar Bergsholm

Twister om trær er vanlig i mange naboforhold. Artikkelen tar sikte på å beskrive bakgrunnen for at regelen om trær i naboloven § 3 ble inntatt som en egen bestemmelse i naboloven, og å vise at de vurderinger som skal foretas etter naboloven § 3 – slik den til slutt ble formulert – avviker fra det som følger av den alminnelige bestemmelsen om tålegrensen i naboforhold. Hovedregelen i § 2 er fraveket til ugunst for naboen, til tross for at det opprinnelige formålet med loven var å verne naboen. I tillegg reises det spørsmål om det er behov for en egen bestemmelse om trær i naboloven § 3, ved siden av den alminnelige regelen i naboloven § 2.

EINAR BERGSHOLM er født i 1966, cand. jur. 1994. Han er nå universitetslektor ved Norges landbrukskøleskole.

1 PROBLEMSTILLINGEN

Et stort og gammelt tre kan være noe av det fineste som finnes, og gjør av og til treieierens eiendom ekstra verdifull. Også andre enn treieieren kan ha glede av et pent tre. Ved siden av å skape trivsel og skjønnhet, vil trær i mange tilfeller ha andre funksjoner, de kan f.eks. gi lunere uterom eller skjerm mot innsyn. I tillegg gir trær i enkelte tilfeller et nødvendig livsgrunnlag for både planter og dyr. Sett med treieiers øyne kan derfor et tre være av vesentlig betydning for hans eiendom.

Men det er ikke alltid naboen ser det på samme måte. For ham er kanskje treet eller trærne mest til besvær. Nedfall av løv og kvister, dårlig utsikt og lite sollys kan gå på nerverne, og resultere i et sterkt ønske om å få fjernet trær på treieiers eiendom. En klassisk nabostrid kan oppstå, og spørsmålet blir: Når kan naboen kreve at treet eller trærne skal fjernes?

Naboloven har tre bestemmelser om det som ofte omtales som problemet «trær på naboeiendom»:

I naboloven § 12 har vi en spesialregel beregnet på de tilfeller hvor røtter, greiner eller trær *stikker inn* på naboeiendommen. Denne bestemmelsen gir naboen rett til å