

Den norske lægeforenings retningslinjer for vurdering av nakkeskader

I 2. utgave av retningslinjene er det foretatt endel språklige endringer og justeringer. Ervervsmessig- og yrkesmessig invaliditet er endret til henholdsvis ervervsmessig- og yrkesmessig uførhet. Forøvrig er det foretatt en oppmyking av teksten under ervervsmessig uførhet hvor det nå presiseres at vanligvis ligger den ervervsmessige uførhet inntil 20 % over den medisinske invaliditet.

Nakkeskader

Terminologi, utredning, behandling og medisinsk invaliditet.

Innledning:

Massemedia har i de siste år ved gjentatte anledninger fokusert på enkelte relativt store sprik i vurdering av medisinsk invaliditet ved nakkeskader.

Den norske lægeforening har engasjert seg i disse problemene, og har hatt møter både med relevante spesialforeninger og har deltatt på møter i flere fora hvor disse problemer har vært drøftet.

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

Legeforeningen har nedenfor forsøkt å lage et kortfattet sammendrag av dette problemfeltet, hvor også andre lands grunnlag for erstatningsutmåling ved nakke- og hodeskader er vurdert.

Terminologi

Ofte blir nakkeskader feilaktig omtalt synonymt med whiplash-skade. Whiplash-skade (på norsk gjerne kalt piskesnert- eller nakkeslengskade) er i medisinsk sammenheng en uheldig og upresis betegnelse. Man har fått inntrykk av at dette er et syndrom med et helt spesifikt og ensartet sykdomsbilde som oppstår ved ethvert traume mot nakke og hode. Whiplash er imidlertid ingen diagnose, men beskrivelse av en skademekanisme. Opprinnelig kom definisjonen fra et typisk skadebilde med nakkeskader på grunn av påkjørsel av bil bakfra, som derigjennom forårsaket akutt hvnerekstension i nakken etterfulgt av fleksjon.

For å være mest mulig presis bør betegnelsen "nakkeskade med whiplash-mekanisme" benyttes dersom man ønsker å bruke begrepet "whiplash" i sin fremstilling.

De fleste nakkedistorsjoner ved trafikkulykker skyldes påkjørsel av bil bakfra, som medfører hurtige aksellerasjons- og decellerasjonskrefter. Mindre hyppig er front-til-front kollisjon med akutt fleksjon etterfulgt av ekstensjon. Akutt sidefleksjon og rotasjon kan imidlertid også forårsake skade i nakken. Ved disse skadene opptrer det oftest akutte symptomer med uttalte nakkesmerter initialt, men dette kan også komme etter en viss latenstid, dog sjelden mer enn ett til to døgn etter skaden. Som oftest dreier det seg om en bløtdelsskade, eventuelt ligamentskade. (Nakkedistorsjon = neck sprain).

Diagnostikk

Alle som blir påført et nakketraume og som får lokale smerter i nakke, bakhode eller utstråling ut i armene, bør oppsøke lege. Det er ved denne undersøkelse viktig å få fastslått omfanget av skaden, og spesielt eventuelle nevrologiske utfall. Det bør tas røntgen av cervicalcolumna for å påvise eventuell skjelettskade inklusive sublaksasjoner. Skulle røntgenoversiktsbilder ikke vise noen skader bør eventuelt undersøkelsen suppleres med funksjonsbilder.

Behandling

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

Obs:

I de to – tre første uker bør det ikke gis hverken kiropraktorbehandling eller annen manipulasjonsbehandling. Forsiktig fysikalsk-medisinsk behandling og egenøvelser kan vurderes.

Prognose

Det er viktig å informere pasienten om at de fleste blir bra uten senfølger. Hos en del pasienter persisterer imidlertid de initiale nakkeplagene med overgang (brosymptomer) i en kronisk fase, med plager fra nakke, bakhode og armene, samt eventuelle symptomer slik man ser ved såkalte postcommotionelle syndrom (hodepine, konsentrasjons- og hukommelsesvansker, svimmelhet o.l.)

Hos slike pasienter er det viktig å få undersøkt om det kan

påvises tegn til hjerneorganisk skade (posttraumatisk encephalopati).

Hos enkelte pasienter med akutte traumatiske nakkesmerter oppleves det restitusjon, men utvikler senere nye nakkesmerter etter måneder eller år. Det er hos disse ofte vanskelig å fastslå årsakssammenhengen mellom den opprinnelige skade og senplagene. Jo lengre tid det går før nakkesmertene igjen melder seg etter initial restitusjonen, desto vanskeligere blir det å sannsynliggjøre årsakssammenheng på faglig grunnlag. Degenerative aldersforandringer og holdningsforandringer i cervicalcolumna vanskeliggjør ofte vurderingen av slike pasienter. Til en viss grad kan man imidlertid støtte seg til sammenligning med røntgenundersøkelser foretatt umiddelbart etter skaden.

Noen pasienter oppsøker lege måneder og år etter at de har pådratt seg et nakketraume hvor plagene ikke var så uttalte initialt at de fant grunn til å oppsøke lege. Hos disse pasientene er det legen stilles overfor helt spesielle problemstillinger, da kanskje legen alene ut fra pasientens fremstilling skal vurdere hvorvidt ulykken kan ha medført en nakkeskade eller ikke.

Invaliditetsvurdering:

Når kan en invaliditetsvurdering avgjøres?

Endelig invaliditetsvurdering bør i allminnelighet først skje ca. to år etter at skaden inntrådte. Vurderingen må bygge på objektive funn, angivelse av subjektive symptomer og av sammenhengen mellom disse og ulykken.

Hva bør erklæringen inneholde?

Den sakkyndiges erklæring må inneholde en fullstendig og detaljert anamnese, spesielt når det gjelder traumet og skadelidtes senere plager. Hvis mulig bør det også angis hvor dette nærmere kan dokumenteres. Kartlegging av hvilke og når subjektive symptomer oppsto, er svært viktig. Konsentrasjons- og hukommelsessymptomer kan være symptomer på hjerneorganisk skade, men kan også være en subjektiv reaksjon på skaden og dens følge. Dette må vurderes nøye av den sakkyndige, eventuelt med supplerende neuropsykologisk testing. Det bør skilles svært klart mellom objektive funn ved klinisk neurologisk – og supplerende undersøkelse, og subjektive opplevelser.

Når det gjelder skjønsmessig vurdering er det viktig å presisere om det er rimelig årsakssammenheng mellom skadens art og grad på den ene siden, og skadelidtes

subjektive plager og de objektive funn på den annen side. Grad av sannsynlighet bør angis. Dette bør angis som overveiende sannsynlig, sannsynlig, mindre sannsynlig eller lite sannsynlig. Andre formuleringer bør unngås.

Med overveiende sannsynlig forstås at sannsynligheten for årsakssammenheng er 75 % eller mer. Med sannsynlig forstås en årsakssammenheng som er mer enn 50 % sannsynlig. Med mindre sannsynlig forstås en årsakssammenheng hvor sannsynligheten vurderes å være mellom 25 og 50 %. Med lite sannsynlig forstås en årsakssammenheng mindre enn 25 % sannsynlig.

Medisinsk invaliditet

Ved fastsettelse av medisinsk invaliditet i sivile erstatningssøksmål skal det vanligvis ikke tas hensyn til skadelidtes yrke, individuelle anlegg, annen sykkelig tilstand eller sosiale stilling.

Retningslinjer for vurderingen:

I allminnelighet vil det være aktuelt å fastslå medisinsk invaliditet med bakgrunn i Sosialdepartementets invaliditetstabell, dvs. forskrifter om yrkesskadeerstatning av 5. mai 1972. Når det gjelder nakke- og hodeskader er imidlertid denne svært grovt inndelt. I slike typer skader må man som ellers når ikke tabellen er helt presis, vurdere tabellen ut fra sammenlignbare skader. Det nærmeste man kommer senfølger etter nakkeskader uten påvisbare tegn til hjerneorganisk skade, er ankylose av hele columna cervicalis med dårlig stilling og funksjon. Dette betinger en medisinsk invaliditet på 30 %.

I tillegg har RTV i mai 1990 utgitt veiledende normer for vurdering av varig medisinsk invaliditet ved skader i nakke og rygg, som er vedlagt denne utredning. (Vedlegg nr. 1).

Det kan videre være nyttig å vurdere den danske mentabell fra 1985, som angir følgende når det gjelder nakkeskader:

Noe bevegelsesinnskrenkning og/eller smerter lokalt 8 %

Ved anvendelse av støtteanordning (halskrage) inntil 15 %

Utstrålende smerter av rotirritasjonskarakter 12 – 15 %

Brudd av virvellegemer uten ryggmargs- eller nerveutfall 5 – 25 %

I den svenske invaliditetstabellen fra 1981 fastsettes det post-

traumatiske cervicalsyndrom etter såkalt "whiplash-traume" med inntil 15 % medisinsk invaliditet. I samme tabell kvalifiserer fullstendig opphevet bevegelighet i cervicalcolumna til 25 %. Ut fra informasjon som er gitt i forbindelse med revisjon av de svenske retningslinjene er det grunn til å anta at den medisinske invaliditet etter nakkedistorsjoner bare vil bli foreslått ubetydelig endret. Herunder er det tatt hensyn til ubehag, smerter, frustrasjon, symptomer fra det autonome nervesystem o.l. som skaden kan ha medført.

Konklusjon:

Ut fra både norsk og andre nordiske invaliditetstabeller blir vurderingen at pasienter med nakkedistorsjon og varige plager i form av nakke- og armsmerter, hodepine, bevegelsesinnskrenkning i nakke o.l., men uten tegn til hjerneorganisk skade, kvalifiserer for en medisinsk invaliditet med inntil 30 %. Ved påvist fraktur vil vanligvis den medisinske invaliditet bli vurdert noe høyere.

Varig hjerneorganisk skade

Hos noen få pasienter med nakke- og hodeskade vil det kunne påvises tegn til varig hjerneorganisk skade i form av såkalt post-traumatisk encephalopathia. Som regel vil dette være en lett til moderat hjerneorganisk skade. Dette vil naturlig betinge en høyere medisinsk invaliditet enn en ren nakkeskade alene.

Her vil Sosialdepartementets forskrifter av 1972 være til svært liten hjelp. Den danske mentabellen fra 1985 er noe mer detaljert på dette punkt. Her angis at lettere demens medfører en invaliditet på 15 – 25 %, lett til middels svær demens 25 – 40 %, middels svær demens 40 – 65 % og ved svær demens angis en medisinsk invaliditet på 65 – 100 %. Det såkalte postcommotionelle syndrom er her vurdert fra 8 – 10 %.

Den svenske invaliditetstabellen fra 1981 gir også lite konkret veiledning hva angår post-traumatisk encefalopati. Ved hjerneorganisk skade vil den medisinske invaliditet bli omlag som i den danske mentabellen.

Konklusjon:

Selv om man ikke uten videre kan sette likhetstegn mellom demens og post-traumatisk encephalopathia er Den norske lægeforening av den oppfatning at invaliditetsfastsettelse ved traumatisk hjerneorganisk skade vurderes mest korrekt og hensiktsmessig ved bruk av den danske mentabell. Dette

synes også å være i overensstemmelse med RTVs interne retningslinjer for invaliditetsfastsettelse ved diffuse encefalopater, og med de amerikanske tabeller fra 1988.

Samordning av medisinsk invaliditet

Når en pasient med nakke- og hodeskade påføres varig medisinsk invaliditet, med både nakke- og armsmerter, hodepine, bevegelsesinnskrenkning i nakken o.l. samt hjerneorganisk skade i form av post-traumatisk encephalopathia, samordnes invaliditetsfastsettelsen etter RTVs prinsipper for samordning av slike ulike typer medisinsk invaliditet. I de tilfeller det dreier seg om en lettere post-traumatisk encefalopati, vurderes den totale medisinske invaliditet i slike tilfeller å være mellom 25 og 45 %. Ved mer uttalte hjerneorganiske forandringer blir invaliditeten tilsvarende høyere.

Ervervsmessig uførhet

Den ervervsmessige uførhet er langt vanskeligere å fastsette enn den medisinske. Her skal det vurderes generell nedsatt arbeidsevne, dvs. nedsatt evne til å utføre arbeid uavhengig av tidligere yrke.

Å vurdere ervervsmessig uførhet er en sak som sjelden legen kan avgjøre alene. Det må derfor være legenes oppgave å redegjøre for de medisinske forhold som må legges til grunn for invaliditetsfastsettelsen. Dette innebærer å avgjøre hvilken type arbeid som skadelidte ikke kan påregnes å utføre i fremtiden, eventuelt hvilke type arbeidsoppgaver som man kan utøve uten hensynstagen til sine plager.

Til tross for at leger ikke synes å være fullt ut kvalifiserte til å kunne vurdere dette, blir likevel leger ofte spurt om å vurdere ervervsmessig uførhet. Det kan derfor være til hjelp å vite at erfaringsmessig er den ervervsmessige uførhet vanligvis inntil 20 % over den medisinske invaliditet.

Yrkesmessig uførhet

Med dette begrep forstås den nedsatte evne den skadelidte har til å utføre arbeid i det yrke vedkommende hadde på skadetidspunktet. Ved utfylling av legeerklæring bør man derfor så langt som mulig forsøke å beskrive helt konkret de plager skadelidte har ved utøvelsen av sitt tidligere yrke/arbeid.

Legeforeningen vil for øvrig vise til Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell av 21.04.1997 og veiledning utarbeidet av Rikstrygdeverket juni 2000.

3.10.2001