



NOTAT TIL MØTE MED DIREKTORATET

2. MARS 2009

Diagnostikk og behandling av instabile nakkeskader

Innhold:

Instabilitet	2
Foreman & Croft 1987	2
Dvorak 1987	2
Lærebok i Radiologi 1993	2
Quebec Task Force 1995	3
SMM- rapport 2000 - Nakkeslengskade	4
SMM-utvalgets anbefaling av skadegrader og diagnoser	4
Helseminister Tønne- 2001	6
Kråkenes sitt doktorgradsarbeid 2002- 2004	6
Aarsethutvalget 2004	7
Whiplashkommisjonen/Socialstyrelsen – Sverige 2003-2007	13
Muskel-skjelett- tiåret, Spine mars 2008	14
Spørsmål/interpellasjoner i stortinget 2008-2009	14

Instabilitet

Instabilitet er et vanlig begrep i medisinsk litteratur - også når det gjelder nakken. Tidligere brukte man begrepet hypermobilitet.

Søk på Google på søkeordene *cervical instability* gir ca. 74 000 treff.

Søk på ordene *instabilitet nakke* gir 680 treff og *hypermobilitet nakke* gir 600 treff. Begrepet bør derfor være godt kjent - også i Helsedirektoratet

Foreman & Croft 1987

Førsteutgave av læreboken til Foreman & Croft ble utgitt i 1987:

”Whiplash injuries -The Cervical Acceleration/deceleration Syndrome”

Boken beskriver en rekke viktige forhold knyttet til **instabilitet** og bruk av myelografi og funksjonsbilder. Helt uavhengig av nevrologiske utfall blir **instabilitet** beskrevet som en alvorlig tilstand som ”kan kreve **kirurgisk stabilisering** (avstiving)”.

Foreman & Croft skriver at **forsinket instabilitet** er svært vanlig. Til å begynne med vil muskelkramper beskytte og stabilisere skadete strukturer og først senere vil instabilitet, som følge av leddbåndskader, bli tydelig. Slik instabilitet, eller hypermobilitet, er en vanlig komplikasjon etter hyperfleksjonsskader hvor det bakre ligamentkomplekset er blitt overstrukket:

*”Selv etter rigid stabilisering etter slike skader ble resultatet ofte alvorlig kyfotisk deformitet, som gjør **kirurgisk stabilisering** (avstiving) nødvendig.”*

Bokens omtale av instabile skader gjelder for de midtre og nedre delene av nakken, altså fra C2 og lavere

Dvorak 1987

Samme år som boken til Foreman & Croft kom ut, skrev Dvorak m.fl den første internasjonalt forskningsrapporten om instabile skader i den øvre del av nakken. Rapporten ble publisert i *Spine*, og var den første av flere artikler fra den samme forskergruppen om ligamentskader og instabilitet i CCJ. Rapporten bygget på studier av en gruppe på 43 nakkeskade og en normalgruppe på 9 personer og konklusjonen var at skadegruppen hadde markert større rotasjonsutslag.

Dvorak brukte funksjonell CT for å påvise skadene og den første artikkelen konkluderte slik:

*”Surgical stabilization of rotatory **instability** could be considered as a possible therapeutic procedure”*

Lærebok i Radiologi 1993

Radiologer har lenge vært klar over viktigheten av å avdekke instabile skader I 1993 ble det utgitt en Nordisk lærebok i Radiologi. Her heter det:



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

*”Provokasjonsundersøkelser i fleksjon/ekstensjon etter **traume** bør først utføres etter 10 -14 dager, idet resultatet kan bli falsk negativ, hvis det utføres tidligere, da muskelforsvaret på grunn av smerte kan forhindre **dislokasjon**. Etter større traume mot halscolumna skal denne **funksjonsundersøkelsen alltid utføres**” (mine uthevninger)*

Quebec Task Force 1995

Rapporten fra QTF, finansiert av forsikringsbransjen, var et forsøk på å få til konsensus om hvordan whiplashskader skulle klassifiseres og behandles. Rapporten bygget på en litteraturgjennomgang og en kohortstudie. 99,4 % av tidligere litteratur ble forkastet, enten på grunn av påstått dårlig kvalitet, eller fordi kriteriene for inklusjon kun var lette skader. I kohortstudien var også inklusjon og eksklusjonskriteriene slik at bare lette skader ble vurdert. Et av inklusjonskriteriene var at den skadde hadde fått diagnosen **code 847.0** etter **ICD-9** :

”cervical sprains and strains, including whiplash injury”

Rapporten anbefalte en femdelte skala fra ingen/lette skader -WAD 0 og I til de alvorligste - WAD IV. Rapporten ga kun beskrivelse om vurdering og behandling av gradene I – III. Disse gradene fikk betegnelsen **whiplash** eller **nakkesleng**. Grad I og II gjaldt skader **uten nevrologiske eller radiologiske funn**. Grad III gjaldt skader som kunne påvises ved **nevrologiske metoder**.

Instability eller **hypermobility** blir overhodet ikke nevnt i beskrivelsene av skadegradene I – III. Alvorlige instabilitet er operasjons-indikasjon og **radiologisk bekreftet instabilitet er derfor grad IV av WAD**

Grad IV blir helt utelatt fra vurdering. Det eneste som står om denne skadegraden er at den gjelder:

*”Neck complaint and fracture or **dislocation**”(se sitat fra læreboken i radiologi over)*

Grad IV kan altså påvises ved **radiologiske metoder**

På tross av åpenbare svakheter ble det internasjonal konsensus om å legge denne rapporten til grunn for vurdering /behandling av nakkeskader. Også norsk helsevesen har gitt sin tilslutning til dette. Jeg gjør oppmerksom på at forordet til QTF er skrevet av Nicolai Bogduk. I 2006 skriver Bogduk en redaksjonell kommentar i tidsskriftet **Pain Research and clinical Management**. Dette er etter mitt skjønn den faglig sett tyngste uttalelsen til støtte for at instabile skader i CCJ best kan diagnostiseres ved hjelp av fMRI, og at kirurgisk avstiving i alvorlige tilfeller kan/bør anbefales.

SMM- rapport 2000 - Nakkeslengskade

Den første norske utredningen om nakkeskader ble ferdig i 2000. Denne rapporten gir en rimelig god beskrivelse av de laveste skadegradene WAD I og II. Rapporten er også nyttig fordi den innordner diagnoser fra ICD-10 til de enkelte skadegradene. Det er **svært** viktig å merke seg at SMM-utvalget bruker betegnelsen **nakkeslengskade**, kun på WAD av grad I og II. Den tilhørende diagnosen er **S13.4** Dette betyr at man bryter med QTF som mente at både grad I, II og III skulle betegnes som whiplash. I klartekst betyr dette at de ansvarlige helsemyndighetene i Norge mener at begrepene **whiplash** og **nakkesleng** kun dreier seg om lette nakkeskader. Når det gjelder S13.4 så er ordlyden i ICD-10 følgende:

”Forstuvning og forstrekking i:

- *Cervicalcolumna*
- *Atlantoaxialledd*
- *Atlanto-oksipitalledd*
- *Fremre longitudinale ligament*
- *Cervicaldel*
- *Nakkeslengskade INA*”

Jeg mener derfor at vi må akseptere at grad I og II har noe med ledd og leddbånd å gjøre. Slike skader lar seg imidlertid **ikke** avbilde radiologisk, og forstuvning/ forstrekking av ligamenter leges vanligvis av seg selv - i nakken som andre steder i kroppen. Jeg har tidligere laget et forslag til LFN om hvordan instabilitetsproblematikken bør tilpasses SMM utvalgets oversikt over skadegrader og diagnoser. Dette går i korthet ut på å klassifisere **instabilitet** under grad IV og at man bruker de diagnosene fra ICD-10 som beskriver dette best, nemlig:
M53.21 spinal instabilitet (gjelder den øverste delen av nakken eller CCJ)
M53.22 spinal instabilitet (gjelder C3 til og med C7)
M53.2 instabilitet etter gammel ligamentskade

Skader som **ikke** leges av seg selv er rupterte, delvis rupterte eller varig overstruktete ligamenter, noe som kan medføre **instabilitet**. Dette er skader som kan avbildes ved Kråkenes sin protokoll, og instabiliteten kan synliggjøres ved funksjonsradiologi som fCT (Dvorak) eller best ved fMRI (Volle)

Slike skader er derfor pr. definisjon skader av grad IV av WAD

SMM-utvalgets anbefaling av skadegrader og diagnoser

Skadegrad	Kliniske tegn	ICD-10 Diagnoser		Ansvarlig lege
Grad 0	Ingen plager.		Ingen funn ved undersøkelsen.	Ingen/allmennlege
Grad I	Smerter/stivhet eller ømhet i en. Ingen funn ved undersøkelse.	S.13.4	Forstuvning og forstrekning i cervicalcolumna. <u>Nakkeslengskade</u> AINA	Allmennlege

Grad II	Som grad 1, men innskrenket bevegelse. Ømhet ved palpasjon.	S.13.4	Forstuvning og forstrekning i cervicalkolumna. <u>Nakkeslengskade</u> AINA	Allmennlege
Grad III	Nakkeplager og tegn til funksjonsforstyrrelser fra nervesystemet (refleksforandringer, pareser eller sensibilitetstap)	S.14 M.50 M.53.0 M.53.1 M 54.2	Skade på nervevev og ryggmarg i halsregionen. Lidelser i cervikalskive. Cervikokranialt syndrom. Cervikobrakialt syndrom. Nakkesmerte	Allmennlege/spesialist
Grad IV	Nakkesmerter, innskrenket bevegelse, og/eller akseavvik, evt. andre tegn til nakkebrudd, dislokasjon	S.12 S.13.1	Brudd i halsregionen. Dislokasjon av cervikalvirvel.	Spesialist

At norsk helsevesen vurderer alle **nakkeslengskader** som grad I og II, ble Landsforeningen For **Nakkeslengskadde** først klar over etter at Aasrseth-utvalget la fram sin innstilling i 2006. Til årsmøtet i 2009 vil det derfor bli fremmet forslag om navneendring til Landsforeningen For **Nakkeskadde**.

Helhetsinntrykket av SMM- rapporten er negativt. Det har vært umulig å finne mandatet til SMM-utvalget, men jeg går ut fra som en selvfølge at man etter debatten i stortinget i 1997 ønsket en grundig gjennomgang av diagnostikk/ behandling av alle grader av nakkeskader - også av de alvorligste skadene. Dette har utvalget åpenbart ikke tatt til følge. Man unnlot å behandle grad III og IV av WAD med en begrunnelse som er helt uholdbar:

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

Instabilitetsproblematikken blir ikke drøftet i SMM-Rapport 2000 – Nakkeslengskader – diagnostikk og behandling. Det betyr at utvalget **ikke** betraktet instabilitet som grad I og II problematikk.

Ordet hypermobilitet forekommer imidlertid på side 40 i denne sammenheng:

*"I en studie påvises hypomobilitet med kroniske smerter pga. degenerative forandringer eller nerverot(radikulære) symptomer, mens de med kronisk smertesyndrom etter nakkesleng har en **hypermobilitet** i øvre cervicalavsnitt"*

Helseminister Tønne- 2001

Det ble etter hvert åpenbart for mange at SMM-utvalget ikke hadde gjort den viktigste delen av jobben. I 2001 tok Helseminister Tore Tønne tak i problemene og innkalte alle faglig ansvarlige til møter i departementet. Konklusjonen fra disse møtene var at norsk helsevesen sto på bar bakke når det gjaldt kunnskap og forskning på alvorlige nakkeskader. Fordi det ble lovet midler til forskning kom mange på banen med prosjekter. Det viktigste for oss er prosjektet som ble fremmet av Wester/Kråkenes på Haukeland universitetsklinikk. Wester/Kråkenes henviser til en artikkel av Volle og Montazem i "Ear Nose Throat Journal" fra 2001 og søker om midler til å gjennomføre vitenskapelig kontrollerte avstivingsoperasjoner i nakken. Begrunnelsen var følgende:

*"Når ligamentstrukturen mellom hode og nakke ryker, oppstår slark i leddfunksjonen. Endret leddfunksjon pga instabilitet er en kjent årsak til smerte både i ryggstøylen, kne- og ankelledd. Hensikten med studien er å undersøke om kraniocervikal fiksasjon kan hjelpe pasienter som alvorlig invalidisert av et kronisk nakkeslengsyndrom. Vi presiserer at operasjonsmetoden allerede er velkjent og velprøvd på et stort antall pasienter (med andre former for instabilitet i nakke – frakturer/lukksasjoer etc) i Nevrokirurgisk avd. Haukeland sykehus. Det nye er altså at operasjonsmetoden tilbys og prøves på en ny pasientkategori, hvor man tidligere **ikke** har vært klar over at det faktisk foreligger ligamentskade og instabilitet."*

I en ellers svært god beskrivelse gjør Wester/Kråkenes etter min mening to feil. Det ene er en kategorifeil. De skriver at pasientgruppen er invalidisert av et kronisk **nakkeslengsyndrom**. Slik nakkesleng blir forstått i norsk helsevesen dreier det seg altså om nakkeslengskader av grad I og II av WAD. Den andre feilen er at det ikke blir redegjort for den eller de diagnostiske metodene som vil bli brukt for å dokumentere at det faktisk foreligger en instabilitet. Som Wester skriver er det helt rett at operasjonsmetoden er velkjent og velprøvd. At andre har beskrevet operasjonen som svært farlig og risikofylt endrer ikke på dette. Det nye er at man har forstått at instabilitet kan ha andre årsaker enn f.eks instabile bruddskader eller luksasjoner/subluksasjoner. Problemet er å dokumentere at instabiliteten i disse tilfellene skyldes varig overstruktete eller delvis eller helt rupterte ligamenter. Så vidt jeg vet har ikke Wester/Kråkenes annen dokumentasjon på instabiliteten enn det som måtte framgå av Kråkenes sine bilder. Problemet med dette er at bildene er å oppfatte som stillbilder av skade. De er i seg selv ikke egnet til å påvise en klar funksjonsfeil. Søknaden ble avslått.

Kråkenes sitt doktorgradsarbeid 2002- 2004

Da Kråkenes la fram sitt doktorgradsarbeid beskrev han de nakkeskadde deltakerne som grad I og II. Han skrev ingenting om instabilitet. Det samme gjelder for arbeidene til Kaale. Det dreier seg om pasienter med saker av grad I og II og det sies ikke noe om instabilitet. Det var oppmuntrende at rapporten "Plager flest – koster mest – muskel-skjelettsykdommer i Norge" utgitt av Forskningsenheten/Formidlingsenheten, Nasjonalt ryggnettverk skrev følgende om nakkeskader i en rapport fra 2003:

*"For grad IV kan man identifisere strukturelle endringer , f.eks ved hjelp av MRI"
(Kråkenes et. al 2002)*

Det samme skrev Muskel Skjelett Tiåret 2000- 2010 på sine nettsider. Dette betyr at **påviste leddbåndskader i nakken skal vurderes som grad IV.**

Dette vil jo i enda større grad gjelde for leddbåndskader som **i tillegg** medfører **instabilitet**. Som kjent ble Kråkenes sitt doktorgradsarbeid møtt med massiv motstand fra miljøer ved Rikshospitalet og St. Olavs hospital. Påstandene derfra var at normalgruppen til Kråkenes ikke var representativ for normalbefolkningen når det gjaldt skader på **alareligamentene**.

Både Rikshospitalet og St. Olavs hospital mener i ettertid å ha "forsket" seg fram til at de funnene som Kråkenes mente var spesifikke for de nakkeskadde finnes i store deler av befolkningen. Rikshospitalet kom til at 1/3 av de friske forsøkspersonene hadde skader av grad 2 eller 3 på alareligamentene. St. Olavs hospital har gjennomført en større undersøkelse med til sammen 173 deltakere fordelt på tre grupper med en gruppe på 59 nakkeskadde med grad I og II grad av WAD, en gruppe på 57 med kroniske nakkesmerter men uten skade, og en gruppe på 57 uten skade og uten smerte.

Resultatet ble funn av høysignaler (grad 2-3) hos 49% av de med WAD grad I og II, hos 33% av de med kroniske ikke traumatisk smerter og hos 33% av de som ikke hadde skade eller smerte. Konklusjonen ble derfor at den kliniske verdien av denne type bilder var **diskutabel**

Problemet med disse forskningsresultatene er at man **kun** har vurdert alareligamentene, og at man ikke kan redegjøre for hva man faktisk ser. Hvis det ikke er skader- hva er det da? LFN har henvendt seg til St.Olavs hospital for å få rede på dette, men har ikke fått svar. I realiteten har miljøene ved Rikshospitalet og St.Olavs hospital gjort funnene til Kråkenes ubrukelige i norske rettssaler, og tvilsomme i klinisk sammenheng. Da har man vel oppnådd det man ønsket.

Aarsethutvalget 2004

Våren 2004 hadde TV2 en rekke innslag om nakkeskadde som alle var blitt avvist av norsk helsevesen, og som deretter hadde søkt hjelp i utlandet. Den viktigste fellesnevner for denne gruppen var ligamentskader med instabilitet, som **først** ble påvist i utlandet (Tyskland) På bakgrunn av det mediapresset som oppsto uttalte helseminister Høybråthen til TV2: "*slik kan vi ikke ha det*"

Løsningen ble å nedsette et nytt utvalg for å vurdere disse skadene på nytt. Oppdraget ble gitt til direktoratet ved Hans Petter Aarseth. For å forstå hvorfor resultatet av Aarsethutvalget ble så det begreidelig, må man se på brevvekslingen mellom departementet og direktoratet før mandatet ble fastlagt. I 2004 ber Helsedepartementet/Helseministeren om at Helsedirektoratet redegjør for behandling av de alvorligste nakkeskadene

26-02 2004

Brev fra Departementet til **spesialisthelsetjenesten** i direktoratet (SHdir):

"Vi viser til kritikk av behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige nakkeskader i Norge...vi ber om at Shdir utarbeider faglige retningslinjer for kompliserte nakkelidelser i Norge."

16-03 2004

Departementet får svar fra spesialisthelsetjenesten i SHdir:

*"Det som medieoppslag har fokusert på den senere tid, er skader etter **nakkesleng**. Sosial- og helsedirektoratet ønsker bekreftelse på at det er denne pasientkategorien departementet ønsker en gjennomgang av..."*

*"Når det gjelder Departementets ønske om å utarbeide retningslinjer for **kompliserte nakkelidelser** vil direktoratet **måtte komme tilbake til det**... Det vil da måtte vurderes **om det finnes tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag** for å lage slike retningslinjer."*

Spesialisthelsetjenesten kunne eller ville ikke lage de retningslinjene som ble etterlyst, og ba derfor om å få utrede nøyaktig samme problemstilling som SMM-utvalget utredet i 2000. Man uttrykker tvil om det i det hele tatt finnes tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å besvare spørsmålet om **kompliserte nakkelidelser**. Man vil komme tilbake til saken "etter at arbeidsgruppen (Aarsethutvalget) har fullført sitt arbeid."

30 -03 2004

Departementet svarer på direktoratets "bønn" om å slippe unna de kompliserte nakkelidelsene:

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

Dette var altså mandatet som direktoratet fikk. Man skulle komme tilbake med en utredning av de alvorligste skadene. Da jeg ble kjent med denne brevvekslingen i 2006, tok jeg gjentatte ganger kontakt med saksbehandler Ragnar Skjöld i departementet for å få vite når dette viktige arbeidet ville starte opp, og når man kunne vente et svar.

14.05 2007

I svarbrev fra departementet til meg, undertegnet av Ragnar Skjöld og avdelingsdirektør Gunnar Follesø, står følgende:

"WAD grad IV er gjennomgått i rapporten "Nakkeslengassosierte nakkeskader". I avsnitt 2.2 "Arbeidsmåte" uttaler arbeidsgruppen at:

*"det er liten uenighet i fagmiljøet om hvordan alvorlige de alvorlige nakkeskadene WAD grad 4 skal behandles. Dette er skader som primært tas hånd om ved nevrokirurgiske avdelinger. Arbeidsgruppen har derfor **ikke sett det som formålstjenlig å omhandle denne pasientgruppen nærmere i rapporten**."*

Departementet svarer altså at WAD grad IV er gjennomgått med henvisning til en Aarsethutvalgets begrunnelse for hvorfor man **ikke** hadde funnet det formålstjenlig å omtale WAD grad IV nærmere. Dette er en åpenbar **logisk kortslutning**. Det ender imidlertid ikke med dette: Senere i samme skriv står følgende:

”Direktoratet finner det vanskelig å lage retningslinjer for diagnostikk og behandling innen et fagområde der det er så lite kunnskap.. rapporten er et bidrag til å øke kunnskapsnivået hos helsepersonell på området. På basis av dette har departementet ikke funnet grunnlag for på nytt å be direktoratet om å utarbeide faglige retningslinjer.”

Kort oppsummert. Departementet ønsket å få **faglige retningslinjer** for behandling av **kompliserte nakkelidelser** i Norge. Man henvendte seg derfor til **avdeling for spesialisthelsetjenester i direktoratet**.

Dette ønsket eller maktet ikke spesialisthelsetjenesten å bidra med. Man ønsket heller å utrede de samme problemstillingene som ble godt nok drøftet i SMM-rapporten fra 2000. Dessverre gikk departementet med på dette, men forutsatte at direktoratet vil lage de faglige retningslinjene for **kompliserte lidelser** etter at man for andre gang på 4 år har utredet problemene knyttet til de laveste skadegradene av WAD. Svarene fra direktoratet viser helt klart at direktoratet ikke hadde noen planer om å utrede situasjonen for nakkeskadde med de alvorligste og mest invalidiserende lidelsene.

Med svaret til meg av 14.05 2007, er det åpenbart at heller ikke departementet finner det ”formålstjenlig” å forfølge det opprinnelige kravet. Det er ikke tvil om at avdeling for **spesialisthelsetjenester** i direktoratet med dette har unnlatt å gjøre jobben sin, og manipulert hele saken til å bli et problem for **primærhelsetjenesten**. Dette vil selvsagt måtte innebære en forsert innsats for å skolere primærlegene.

LFN har forfulgt denne problemstillingen overfor Den norske legeforening og direktoratet. Tre år etter at innstillingen ble lagt fram forligger det ikke noe skoleringsopplegg. At et slikt kurs ikke for lengst er laget, og gjort obligatorisk for primærhelsetjenesten, ser ikke ut til å bekymre spesialisthelsetjenesten. Argumentet derfra er at skoling av primærhelsetjenestene ikke er spesialisthelsetjenesten sitt ansvar. Formelt sett er jo dette riktig, men i realiteten er det en **total ansvarsfraskrivelse**.

Jeg tror at den viktigste grunnen til at spesialisthelsetjenesten ikke vil engasjere seg i dette, har sammenheng med at kurslederne nødvendigvis må ha kunnskap om **alle typer nakkeskader**. Hvor i Norge skulle spesialisthelsetjenesten finne slik ekspertise? Blant nevrologene? Kanskje blant psykiaterne?

Det var tragisk at departementet og den politiske ledelsen lot seg manipulere/villede av direktoratet på denne måten. Heldigvis har vi en fri presse i Norge. Fire måneder etter at saken ble gravlagt i departementet hadde VG to dager på rad store oppslag om nakkeskadde Jean Wiig:

06. 09. 2007

VG hadde denne dagen **fire helsiders oppslag** om nakkeskadde Jean Wiig ”**Hvor lenge vil politikerne ignorere at trafikkkofre pines til døde**”. Jell Arnljot Wiig spør på vegne av sin nakkeskadde datter.

07.09. 2007

VG skriver følgende:

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

07. 09. 2007

VG skriver følgende:

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

VG klarte med dette å få helseminister og departement til å ta opp igjen en sak som nettopp var henlagt. En sak som politikere i 10 år forgjeves hadde prøvd å sette på dagsorden, men som spesialisthelsetjenesten i direktoratet åpenbart verken ville eller kunne utrede.

Hva som kommer ut av en ny henvendelse til spesialistene i direktoratet gjenstår å se. Det blir en viktig oppgave for LFN å avkreve direktoratet et svar. Det har liten hensikt å gå i detalj med Aarsethrapporten. Den er faglig sett mye dårligere enn SMM-rapporten. Det er imidlertid viktig å se nærmere på kildene og de faglige vurderingene som utvalget bygget på. Det dreier seg i hovedsak om referanser til Nasjonal kunnskapscenter for norsk helsevesen (tidligere SMM), og to artikler i legeföreningens tidsskrift. Etter at direktoratet fikk oppdraget fra departementet gjorde man en henvendelse til Kunnskapscenteret. I rapporten ”Diagnostisering og behandling av nakkeslengskader” som Kunnskapscenteret laget, ble oppdraget beskrevet slik:

*”Den foreliggende rapporten er **en oppdatering av litteraturgrunnlaget for diagnostisering og evaluering av nakkeslengskader som Senter for Medisinsk Metodevurdering (nå Kunnskapscenteret) gjorde i 2000 (Rø et. Al. 2000)**”*

Oppdraget var altså å vurdere om det var tilkommet ny kunnskap i perioden 2000 til 2004. Rapporten som er på **76 sider** er i liten grad et svar på dette. Dels har man tatt med litteratur som allerede ble vurdert av SMM-utvalget, og dels har man tatt med andre kilder fra før 2000 som derfor var kjent for SMM- utvalget, men utelatt fra vurderingen da. Dette har man antakelig gjort for å få leseren til tro at kvantitet til slutt blir kvalitet. Samtidig som Kunnskapscenteret fikk oppdraget fra direktoratet, fikk man et nesten identisk oppdrag fra **Odd Søreide** ved Helse Bergen. Det framgår av rapporten at den har vært til **ekstern fagfelleevaluering** hos fagdirektør **Odd Søreide**. Det betyr at en av **oppdragsgiverne** også har vært med på å vurdere **rapportens faglige innhold**.

Det kan da være nyttig å vite at Odd Søreide var en svært viktig premissleverandør for SMM-rapporten. Da satt nemlig Søreide (da Rikshospitalet) som Forskningsrådets representant i Styringsgruppen som var oppnevnt av Sosial – og helsedepartementet for å gi **faglige innspill** og **lede virksomheten**. Odd Søreide var da professor i kirurgi, og hadde bakgrunn som forsker på indre organer hos mus.

I SMMs sekretariat satt dr. philos. **Inger Norderhaug** som året før hadde fått sin doktorgrad på forskning på kreft i tarmene hos mus. Både Norderhaug og Søreide gikk siden over til Kunnskapscenteret hvor Odd Søreide ble **strartegidirektør**, før han gikk over til Helse Bergen. Norderhaug ble **forsker og forskningsleder**, og fikk i forbindelse med oppdraget fra

Søreide og direktoratet i oppdrag å utrede nakkeslengskader sammen med rådgiver Ida Kristin Ørjaseter.

Elvsaa som har hovedfag i miljøfag fra HiA. Søk i databaser ble som vanlig overlatt til bibliotekarer. Hva som kommer ut av slike søk er avhengig av hva man bruker som søkeord. Her gjelder regelen om skitt inn – skitt ut 100 %. Det er vel ingen overraskelse at begrepene **cervical instability** eller andre et ord som gjelder alvorlige skader ikke var med i søket. Hvis man i tillegg tar med at saksbehandler Torgeir Løvig i direktoratet har vært leder for Spesialistkomiteen for generell kirurgi i **Norsk kirurgisk forening** og at Odd Søreide har vært **leder i samme forening**, så er det vel ganske åpenbart at det er tette bånd mellom disse personene og at de har en klar egeninteresse av å **ikke** avdekke den skandalen som behandlingen av alvorlig nakkeskadde vitterlig er.

I tillegg til rapporten fra Kunnskapssenteret støttet Aarsethutvalget seg på to artikler i Tidsskriftet. Det dreier seg om en artikkel av Rolf Hanoa med tittelen:

”**Kronisk nakkeslengsyndrom**”, og en større artikkel med tittelen:

”**Kronisk nakkeslengsyndrom er ingen indikasjon for kraniocervical fiksasjon**”.

Den siste artikkelen er forfattet av bla. Øystein P. Nygård ved St. Olavs hospital i Trondheim. Den første siden av artikkelen er lagt som vedlegg til Aarsethrapporten.

Man kan få inntrykk av at begge artiklene er bestillingsverk fra direktoratet. Dette understøttes av kildehenvisningene til Rolf Hanoa. Det viser seg nemlig at Hanoa sin artikkel – som ble publisert først – oppgir Aarsethrapporten som kilde og daterer denne til 2005. Det betyr at Aarsethrapporten var ferdig høsten 2005, men ble først offentliggjort våren 2006, dvs. etter at Hanoa og Nygaard m.fl. hadde kommet med sine bidrag.

Begge artiklene dreier seg altså om **kronisk nakkeslengsyndrom** og dette er utvetydig tolket som symptomer etter skade av **grad I og II av WAD**.

Utfra definisjonen av grad I og II av WAD skal disse skadene ikke kunne påvises ved **nevrologiske eller radiologiske metoder**. I klartekst betyr dette at skaden/skadene **ikke kan bestemmes til ett bestemt nivå eller til en bestemt type vev**.

Det er vel åpenbart for de fleste at en operasjon nettopp må ta utgangspunkt i hva som er skadd og hvor skaden sitter.

Mangler dette skal man selvsagt heller ikke utføre noen **kraniocervikal fiksasjon**.

Hovedkonklusjonen er derfor at både Hanoa og Nygård m.fl. bruker stor plass på å argumentere mot noe som ingen vettuge folk vil gå inn for. Jeg kjenner ingen som er blitt operert med kraniocervical fiksasjon uten klar indikasjon på både skadens art og skadens nivå.

Artikkelen til Nygård m.fl. er ment som et angrep på operasjonene i Tyskland. Det som er fellesnevner for alle disse operasjonene er indikasjonen instabilitet lokalisert til ett eller flere nivåer. Dette kommer ikke Nygård m.fl. utenom. Det er disse operasjonen det er strid om, og de norske ”spesialistene” må på en eller annen måte angripe dette. Det gjør de med et rent prokuratorknep. De hevder nemlig at operasjonene i Tyskland ble utført på ”**antatt instabilitet**” eller noe man i Tyskland ”**kaller instabilitet**”.

Man sår altså tvil om disse pasientene faktisk hadde instabilitet som følge av ligamentskader. Dette argumentet kunne hatt noe for seg dersom det var slik at pasientene først var undersøkt for instabilitet ved norske spesialstavelinger – med negativt resultat. Men slik er det jo ikke.

Disse pasientene hadde reist til Tyskland nettopp fordi norsk helsevesen ikke gjør noe for å avdekke instabilitet. I suveren likegyldighet for denne pasientgruppen tyr altså norske spesialister til rent juks i beskrivelsen av fakta.

Det er enda et poeng knyttet til denne artikkelen, og det gjelder indikasjonen for denne type operasjon. Her skriver Nygaard mfl. Følgende:

*”Denne type kirurgi drives ved alle nevrokirurgiske avdelinger i Norge.
Indikasjonen for kraniocervical fiksasjon er meget alvorlige tilstander som
revmatoid artritt, svulster og frakturer der det foreligger fare for nervesystemet.”*

Disse operasjonene, som Nygård m.fl tidligere har kalt ”eksperimentelle”, ”farlige” og ”risikofylte” utføres altså ved alle nevrokirurgiske avdelinger i Norge. Men hva er operasjonsindikasjonen? Operasjonsindikasjonen er i alle disse tilfellene **INSTABILITET** som er en mulig **følgetilstand** av sykdommer eller skade.

Når det gjelder frakturer blir dette greit beskrevet i læreboken ”Nevrologi og nevrokirurgi” hvor både Nygaard, Kolstad og Helseth er medforfattere. Under headingen ”Klassifisering av spinale skader” står følgende:

*”Man skiller vanligvis mellom skader med og uten nevrologiske utfall og mellom **stabile og instabile skader**. .. instabilitet er et relativt begrep og det er derfor nødvendig å vurdere skjønnsmessig om en skade er instabil og i så fall i hvor stor grad... Frakturer i nakken er ofte **instabile**. **Instabile skader i den kraniocervivcale er spesielt farlige..**”*

Nygård m. fl. avslutter artikkelen i Tidsskriftet på denne måten:

*”Det norske fagmiljøet har allerede bidratt med forskning innen dette området og **ligger langt fremme internasjonalt** med hensyn til bidrag for å øke vår kunnskap på dette feltet.”*

I en annen artikkel i Tidsskriften: ”Ryggpasienten inn fra kulden” fra 2003, oppsummerte den samme Nygård situasjonen for nakkeskadde slik:

*”Nakken må oppfattes som en del av ryggen. Pasienter med nakkesmerter står i dag i samme situasjon som pasienter med smerter i lenderyggen for 10 år siden. Utredning og behandling av nakkesmerter foretas i dag fragmentert av mange ulike spesialister. Diskusjonen om avstivingskirurgi i nakken er i dag på samme nivå som diskusjonene om avstivingskirurgi i lumbalcolumna for flere år siden. Det drives **lite forskning på nakkesmerter..**”*

Gro Harlem Brundtland sa en gang at det typisk norsk å være god. Jeg mener at det er typisk for norske ”nakkespesialister” å framstille seg selv som mye bedre enn det de er.

Norsk medisinsk forskning ble evaluert i 2004. De generelle konklusjonene var bl.a

- *mangel på syntese*
- *mangel på strategisk planlegging*

- *isolasjonisme og mangel på internasjonal eksponering*

Når det gjelder nakkeforskning er det to miljøer som har markert seg internasjonalt. Det ene er miljøet rundt Kråkenes/Wester/Kaale på Haukeland. Deres bidrag er positivt og viktig. Det andre er det biopsykososiale miljøet rundt nevrologene Schrader/Stovner ved St. Olavs hospital. Deres "Litauen-studie" – hvor de hevdet at nakkeskader ikke forekom i Litauen fordi skadene ikke ble dekket av forsikring – har fått det man kan kalle en herostratisk berømmelse – også internasjonalt.

Aarsethrapporten har med et tillegg med ordforklaringer. Under bokstaven i har man fått med følgende: interobserver, intraobserver, intrusjon, invasiv og iontoforese. Ordet **instabil** eller **instabilitet** har man ikke tatt med. Det er jo unektelig litt rart siden seniorrådgiver Torgeir Løvig hevder at instabilitetsproblematikken hører inn under WAD av grad I og II.

Vedlegg 3 til rapporten angår "Fasettleddblokkade og radiofrekvent denervering". Dette vedlegget har 19 referanser, hvorav 9 gjelder arbeider av **Nikolai Bogduk**. Dette gjenspeiler Bogduks posisjon som en av verdens fremste eksperter på smertebehandling i forbindelse med nakkeskader. Som kjent skrev Bogduk også forordet til QTF. Bogduks redaksjonelle kommentar i "**Pain Research and clinical Management**" i 2006, bør derfor ha stor faglig tyngde både i Norge og internasjonalt.

Whiplashkommisjonen/Socialstyrelsen – Sverige 2003-2007

Den svenske Whiplashkommisjonen har laget en svært omfattende rapport om whiplashskader. Også Whiplashkommisjonen tar selvsagt utgangspunkt i QTF, men foreslår endringer i bruken av skadegrader. I stedet for den femdelte inndeling fra QTF, forslår man en tredelt skala som omfatter WAD av grad I- III. Man tar altså bort grad 0 hvilket er fornuftig, og man tar grad IV ut av WAD- vurderingen og velger i stedet å bruke konkrete diagnoser på de alvorligste skadene. Dessverre oppgir man ikke hvilke diagnoser man da vil bruke. Whiplashkommisjonen gjør imidlertid en svært viktig endring når det gjelder hvilke skader som skal høre inn under den gamle WAD grad IV. Her fører man faktisk opp **LIGAMENTRUPTUR** under den **alvorligste skadekategorien**.

Jeg har ingen prinsipielle motforestillinger til at man tar grad IV ut WAD-klassiferingen. Whiplashbegrepet har i det store og hele bare skapt forvirring. Det er selvsagt irrelevant om en påviselig alvorlig skade har framkommet av den ene eller andre skademekanismen. Instabile brudd, eller instabilitet som følge av ligamentskader i nakken skal behandles på samme måte – uavhengig av hvilken skademekanisme som har forårsaket skaden.

I notatet "Alvorlig nakkeskadde holdes for narr" har LFN gitt en litt for negativ framstilling av Whiplashkommisjonen og Socialstyrelsen. Det viser seg nemlig i ettertid at Whiplashkommisjonens arbeid ble fulgt opp med en oppfordring fra den svenske regjering til Socialstyrelsen om å utrede:

"Forutsetningene for en svensk vurdering av mulighetene for kirurgisk behandling i forbindelse med langvarige plager etter whiplashvold"

Denne innstillingen ble avlevert i februar 2007. I juni samme år besluttet så den svenske regjeringen å bevilge SEK 3 millioner til **vitenskapelig kontrollerte kirurgiske avstivingsoperasjoner** av denne type, og henstilte så til Socialstyrelsen om å vurdere innkomne søknader, og fordele midlene til de beste prosjektene.

Allerede i innstillingen, som ble levert i feb. 2007, ble to institusjoner trukket fram. Det gjaldt nevrokirurgisk avdeling i Lund og Stockholm Spine Center. Det var også disse to institusjonene som ble tildelt de bevilgete midlene. Dette betyr at man i Sverige nå forbereder **samme type operasjoner** som det Wester/Kråkenes v/Haukeland søkte om midler til i 2001. Den søknaden ble som kjent avslått.

Det er imidlertid en vesentlig forskjell når det gjelder diagnostikken for slike operasjoner. I Sverige ønsker man å benytte Kråkenes sine bilder, men for å få avdekket evt. **instabilitet** vil man også bruke **funksjonell MRI eller fMRI**. I Sverige kaller man dette for MR med provokasjon.

fMRI utføres verken i Sverige eller Norge. I den svenske utredningen vurderes resultatene av fMRI fra Volle (Tyskland) og fra Mikkonen (Finland) og man ender opp med å anbefale Mikkonen.

Uansett er dette et gjennombrudd for LFN sitt beskjedne krav om pasienter med nakkeskader, og mulig instabilitet, har et legitimt krav på å få avklart graden av instabilitet. Det er nettopp metoden med bruk av fMRI som LFN har bedt om støtte til second opinion for i utlandet.

Muskel-skjelett- tiåret, Spine mars 2008

I regi av det internasjonale Muskel -skjelett-tiåret har det i lengre tid vært arbeidet med revurdering av nakkeslengskader. Dette arbeidet ble avsluttet med et spesialnummer av Spine mars 2008. Dessverre omhandler rapporten bare WAD av gradene I –III. Instabilitetsproblematikken blir ikke nevnt i det hele tatt. Det indikerer klart at heller ikke denne rapporten regner disse skadene som WAD av grad I –III.

Spørsmål/interpellasjoner i stortinget 2008-2009

Jeg har skrevet et lengre notat om spørsmål /interpellasjoner i Stortinget. Det framgår av dette at Frp har vært svært aktive i å fremme våre saker. Etter en rekke mer eller mindre presise spørsmål, ender dette opp med en helt relevant interpellasjon 8. januar 2009.

Jeg skal kort kommentere noen av de svarene som helseministrene Sylvia Brustad og Bjarne Håkon Hansen har kommet med. Det sier seg selv at helseministerne må lytte til sine fagfolk når det stilles faglige spørsmål. Det som har skjedd kan kort beskrives slik. Direktoratet har fått seg forlagt spørsmål/interpellasjoner, og har gitt svar på disse til helseministrene. Helseministrene har så lest opp disse svarene i Stortinget. Problemet i disse sakene er at svarene fra direktoratet er direkte feile, eller klart villedende. Saken er altså at direktoratet feilinformerer stasrådene som i sin tur feilinformerer Stortinget. Slik sett mener jeg at dette er en alvorlig sak.

19.06.2008

Brustad svarer på spørsmål framsatt av Fredriksen 12.06.2008. Fredriksen spør bl.a om diagnostikk av **instabile skader** i nakken. Brustad sitt svar inneholder **ikke noe om instabilitet**. Brustad surrer sammen undersøkelsene med fMRI i Tyskland og Kråkenes sin protokoll med MRI. Det er åpenbart at hun tror at dette er det samme. Hun tolker også forskningen ved St. Oalvs, for å imøtegå konklusjonene til Kråkenes, dit hen at:

*”forandringene dr. Volle og Kråkenes finner i ligamentene i nakken **ikke** representerer båndskade som kan relateres til skade i nakken.”*

*”Helsedirektoratet opplyser videre at det **ikke er noen undersøkelse**, verken i Norge eller i utlandet som kan være til hjelp ved diagnostisering av disse pasientene.”*

Tilslutt sier hun noe som er interessant:

”Til orientering har helsedirektoratet blitt bedt om å gjennomgå behandlingstilbudet til pasientene med kroniske nakkeskader i Norge.”

Som nevnt tidligere måtte helseministeren uttale seg i forbindelse med oppslagene i VG i september 2007. Hun sa da at man nå ville få utredet situasjonen for de alvorligste nakkeskadene. Kanskje er dette hun mener.

20.11 2008

Helseminister Hansen svarer på spørsmål fra Fredriksen Frp 14.11 2008. Fredriksen har lagt fram de tallene for nakkeskadde som LFN har framskaffet. Hansen svarer at det i fjor var 12 082 trafikkulykker med personskade i Norge. Hansen kan umulig være klar over at disse tallene dreier seg om saker meldt til politiet. Han harselerer også med at Fredriksen skal ha hevdet at tallet på nakkeskadde ”**bør være 28000**”. Ut fra det tallet han selv operer med kommer han til at ”*det ville si at 1,5 person per trafikkulykke med personskade får en nakkeslengassosiert skade.*”

Han hevder videre at man har vært i kontakt med Norsk pasientregister for å få tall på nakkeskader pr. år i Norge, men han har ikke fått ut dette. Det finnes heller ikke tall på skadde i skadegruppene WAD III og IV. For å få svar på dette må man ha konkrete diagnoser. Det må vi derfor etterspørre i møtet 2. mars.

Hvilke diagnoser er aktuelle? Hva med diagnoser for instabilitet. Brukes disse?

Hvor mange pasienter dreier det seg om og hvilken behandling får disse?

Fredriksen mener at siden norsk helsevesen har gitt sin tilsutning til den internasjonale konsensusen om å bruke WAD gradene fra QTF så burde vi også være forpliktet til å føre statistikk. Til dette svarer Hansen: ”*denne forpliktelsen er ukjent for Helsedirektoratet og verken direktoratet eller Norsk pasientregister har slik statistikk.*”

8.01.2009

Hansen svarer på interpellasjon fra Fredriksen Frp framført samme dag.

Interpellasjonsdebatten viser at Hansen er på vikende front og at han gang på gang forklarer at han må stole på de svarene han har fått fra direktoratet. Han sier bl.a.:



”Så kan man selvfølgelig da i denne saken fritt mene at Helsedirektoratet ikke skjønner hva de snakker om.”

Her er han jo ved kjernen i spørsmålet. Skyldes svarene fra Helsedirektoratet at man faktisk ikke vet bedre. Da er det snakk om inkompetanse på høyt plan, med svært alvorlige følger for de pasientene det gjelder. Det bør få konsekvenser.

For min del tror jeg ikke at dette bare dreier seg om inkompetanse. Jeg mener bestemt at vanlig oppegående mennesker- uten topp-posisjoner i helsevesenet- for lengst har forstått hva dette dreier seg om. Presumtivt intelligente personer kan ikke være så på jordet som det uttalelsene fra direktoratet tyder på. Det betyr at vi står over for **bevisste forsøk** på å manipulere helseministeren og Stortinget. Det bør også få konsekvenser.

I debatten ga både Krf og H er uttrykk for skepsis til ”ekspertene” og at de setter sin lit til at møtet med LFN vil avklare viktige spørsmål. Det får vi prøve å leve opp til. Jeg forstår det slik at vi skal møtes 27. februar. Jeg vil ta med meg skriftlig dokumentasjon på innholdet i dette notatet. Jeg ber om at alle tenker gjennom hvilke punkter vi skal ta opp og kreve svar på.

Bergen fredag 6. februar 2009
Thorleif Næss