

Instabile nakkeskader er ikke nakkeslengskader

KOMMENTAR-ARTIKKEL

Av Thorleif Næss



Artikkelforfatteren er født i 1940, har arbeidet som realist, kroppsøvingslærer og rådgiver i skoleverket. Han har også skrevet boken «Helseløs og rettsløs. Om å være nakkeskadd i Norge», Commentum forlag, 2006.

Rundt 90% av alle nakkeskader er lette forstuinger, skader som ikke lar seg påvise med radiologisk eller nevrologisk diagnostikk, og som leger seg selv. I Norge har slike nakkeslengskader vært utredet av to offentlige utvalg, og norsk nakkeforskning har nesten utelukkende dreid seg om de samme lette skadene. Det er et paradoks at man så ensidig har fokusert på lette skader med god prognose, og ignorert de alvorligste skadene som ofte fører til invalidiserende kroniske smertetilstander. I denne artikkelen vil jeg prøve å rydde i terminologien, og sette søkelyset på instabile nakkeskader som en følge av rupterte eller delvis rupterte leddbånd.

Leddbåndskade – vanlig forstuung eller alvorlig instabil skade?

Mange har opplevd forstuinger av ankel-, kne- eller håndledd. Selv om slike skader umiddelbart kan medføre intense smerter og hevelse, har de fleste opplevd at slike skader over tid leger seg selv. Det samme gjelder for forstuinger i nakken. Svært få får kroniske lidelser på grunn av dette.

Leddbåndenes hovedfunksjon er å stabilisere leddene. Hvis leddbånd blir strukket ut over grensen for hva som kan lege seg selv, oppstår en langt mer alvorlig situasjon. Da blir leddet hypermobilt, ustabilisert eller **instabilt**.

I norsk helsevesen er cervikal instabilitet operasjonsindikasjon dersom instabiliteten er en følge av sykdommer som revmatoid artritt eller skade som brudd/fraktur.

Dette gjelder imidlertid ikke for pasienter med instabilitet som følge av leddbåndskade.

De alvorligste nakkeskadene blir fortiet

De fleste forventer at helsevesenet har kompetanse til å stille riktige diagnoser og god behandling ved alvorlig sykdom og skade, og det forventes at pasienter med alvorlige skader blir prioritert først.

For pasienter med alvorlige leddbåndskader og instabilitet i nakken er slike forventninger en illusjon. Disse pasientene får ingen adekvat diagnose, og heller ingen behandling i norsk helsevesen. Selv om instabilitet er operasjonsindikasjon, hevder norske «nakkespesialister» at slik instabilitet ikke lar seg påvise. Det er ikke sant.

Instabilitet kan påvises ved **funksjonsbilder**. Tidligere var dette begrenset til funksjonsrøntgen.

Senere har vi fått funksjons-CT og deretter funksjons-MR/MRI eller fMRI.

Tidlig på 90-tallet var man klar over at instabilitet i rygg og nakke var tegn på alvorlig skade. I «Nordisk Lærebok i Radiologi» fra 1993, som var pensumbok for legestudenter ved UiO så sent som i 2004, står følgende:

*«Ved mistanke om **instabilitet** i columna f.eks. etter ligamentskade bør man anvende dynamisk røntgenundersøkelse... Etter større traume mot **halscolumna** skal denne funksjonsundersøkelse alltid utføres» (mine uthevinger)*

I dag overser/fortier norsk helsevesen denne problemstillingen. At det er slik framgår av en artikkel i legetidsskriftet fra 2010, skrevet av to radiologer ved St. Olavs Hospital (Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:2256-9). Den som leter etter informasjon om instabile ligamentskader eller funksjonsradiologi i denne artikkelen vil lete forgjeves.

Det samme framgår av Dagens Medisin 25. februar 2011 som omtaler doktorgradsarbeidet til Rigmor Myran ved St. Olavs Hospital. Her sies det at «ny forskning har slått fast at whiplashpasienter ikke har skade på leddbånd i nakken».

Denne konklusjonen er trukket på grunnlag av MR-diagnostikk som har påvist de samme signalforandringer i alareligamentene i normalbefolkningen som hos whiplashskadde. Det er selvsagt meningsløst å påstå at nakkeskadde ikke har skade på leddbånd i nakken på grunnlag av diagnostikk av et enkelt leddbånd. Det er også en tvilsom logikk at ingen har skade fordi mange har de samme signalforandringene. Dersom dette dreier seg om lette forstuinger, så er det ikke urimelig å tro at man vil finne dette hos mange personer i normalbefolkningen – uten at de kan relatere dette til en bestemt skadesituasjon. Det viktigste ankepunktet mot denne MR-forskningen er at det dreier seg om stillbilder som ikke kan avdekke funksjonsfeil, altså instabilitet. Det betyr at mange av pasientene i whiplashgruppen kan ha hatt instabile skader, eller andre alvorlige skader på andre nivåer i nakken, uten at dette er blitt avdekket gjennom forskningen ved St. Olavs.

Dette ville vært en fullgod forklaring på at mange i denne gruppen har omfattende smerteplager,

dårligere funksjonsevne, dårligere livskvalitet og mer psykiske plager enn normalbefolkningen. I studien kommer Myran imidlertid til en annen konklusjon. Fordi man ikke klarte å skille nakkeskadde fra normalbefolkningen i denne undersøkelsen, så må man nå jobbe ut fra en biopsykososial forklaringsmodell. Det er ingen nyhet fra St. Olavs.

I en artikkel i Tidsskriftet fra 2002 foreslo nevrologene Schrader og Stovner fra St. Olavs nettopp en biopsykososial modell for tilstanden:

«... der det viktigste elementet er at det i befolkningen er et stort reservoar av spontant opptredende symptomer, deriblant hode- og nakkesmerter. Gjennom mekanismer som henføring, negativ forventning (nocebo) og forsterkning vil disse vanlige symptomene kunne oppleves som utelukkende forårsaket av et lite til moderat traume, og gjennom uhensiktsmessig atferd og behandling kan plagene forverres og forlenges».

(Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:1296-9)

Etter min mening medvirker «nakkespesialister» med en slik virkelighetsforståelse til å forsterke pasientens problemer. Hvis man ikke gjennom tilgjengelig diagnostikk har utelukket underliggende skade eller patologi, er kvakksalveri en rimelig betegnelse på dette.

Dette er bare de siste av en lang rekke eksempler på utredninger/artikler hvor helsevesenet utelater vesentlig informasjon om nakkeskader. Før man tar tak disse problemene, vil nakkeskadde forbli kasteballer i et system av fortieelse og inkompetanse.

At instabilitet er vel kjent i internasjonal medisinsk litteratur kan man konstatere via enkelt Google-søk: Cervical instability ligament injury gir 71 000 treff. Cervical instability ligament injury functional MRI gir 11 000 treff

Nevrologenes rolle

I Norge har nevrologene hatt tilnærmet monopol på diagnostikk og vurdering av alle typer nakkeskader. Problemet er at de alvorligste nakkeskadene ikke gjelder nervesystemet, men muskel-/skjelettsystemet. Alvorlige leddbåndskader i nakken ligger derfor utenfor nevrologenes spesialfelt.

I tillegg har faget nevrologi historisk vært nært knyttet til psykiatri. Fram til 2002 var seks måneders opplæring i psykiatri obligatorisk for nevrologer. Som en konsekvens av dette har nevrologene betraktet omfattende smertesyntomer, uten nevrologiske funn, som psykiatri. Henvising til psykiatri eller psykologisk personlighetstesting har derfor vært standard prosedyre ved nevrologiske avdelinger.

Norsk nevrologisk forening har oppsummert foreningens oppgaver i såkalte generalplaner, den siste fra 2006. Se Norsk Nevrologisk Forening: Generalplan for nevrologi, 1999 og 2006. Planene viser at nakkeskader aldri har vært et prioritert område.

Hvorfor nevrologene da fortsatt har hovedansvaret for diagnostikk, og for spesialistuttalelser i forbindelse med forsikringssaker i norsk rett, er nærmest uforståelig.

Dette har også ført til at norsk statistikk om omfang, skadegrad og diagnoser er mangelfull og til dels sterkt misvisende (1).

Forsikringsbransjen

I en ideell verden skulle det vært helsemyndighetenes oppgave å initiere forskning og lage prosedyrer for diagnostikk og behandling av en så stor skadegruppe som det her er snakk om. Slik er det ikke. De viktigste styringsdokumentene er blitt utarbeidet etter sponning og styring fra forsikringsbransjen. Fordi så mye som 50-60 % av nakkeskadene oppstår i forbindelse med trafikkulykker, har bransjen interesse av at nakkeskader generelt framstilles som lette og forbigående.

At bransjen har fått en så dominerende innflytelse, både på helsevesenets og rettsvesenets vurdering av nakkeskader, skyldes i første rekke faglig og etisk svikt hos de «spesialistene» som har hatt ansvar for vurdering/diagnostikk.

1990-2000 Quebec Task Force, whiplash, nakkesleng og WAD

Allerede på slutten av 1980-tallet forelå det store læreverker på engelsk og tysk om de fleste typer nakkeskader. I perioden fra 1987-1989 ble det på grunnlag av funksjons-CT framlagt dokumentasjon også på de alvorlige instabile skadene i overgangen mellom nakke og hode. Denne kunnskapen ble aldri implementert i norsk helsevesen.

Legeforeningen behandlet disse spørsmålene tre ganger på 90-tallet.

I 1991 gjaldt det forsikringssaker hvor professor/avdelingsoverleger, godt lønnet av forsikringsbransjen, hadde avgitt spesialisterklæringer i forsikringsbransjens favør. Uttalelser fra den skaddes lege ble tillagt liten vekt. Legeforeningen hadde altså et internt problem hvor medlemmer avga helt forskjellige erklæringer om skadene.

For å «løse» problemet inngikk Legeforeningen en avtale med Norges Forsikringsforbund om å opprette en «Tvistenemnd for nakkeskader». Nemnda fikk en sterk vinkling mot psykiatri ved at to av de fem medlemmene var psykiatere, hvorav en ble leder for nemnda. Resultatet ble deretter. Nemndas arbeid ble betalt av Finansnæringens Hovedorganisasjon, og nemndas konklusjoner ble i hovedsak støtte til forsikringsselskapenes nevrospesialister fra Rikshospitalet og Ullevål. Nemnda ble i løpet av kort tid det man kan kalle et «supperåd». Nemndas arbeid blir for øvrig omtalt av Dag Bruusgaard i en artikkel i legetidsskriftet i 1997 (2).

Samrøret mellom forsikringsbransjen og nevrospesialister ved universitetsklinikkene er dessverre like aktuelt i dag. Tidligere hentet bransjen

«spesialister» fra Rikshospitalet og Ullevål. Etter at landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser ble lagt til St. Olavs Hospital, er nevrologer herfra mer etterspurt (3).

I 1994 vedtok Legeforeningen retningslinjer for vurdering av nakkeskader. Her sies det fornuftige ting om terminologi:

«Ofte blir nakkeskader feilaktig omtalt synonymt med whiplashskade. Whiplashskade (nakkeslengskade) er i medisinsk sammenheng en uheldig og upresis betegnelse. Whiplash er ingen diagnose, men beskrivelse av en skademekanisme».

Om diagnostikk:

«Det bør tas røntgen av cervicalcolumna for å påvise eventuell skjelettskade inklusive subluksasjoner. Skulle røntgenoversiktsbilder ikke vise noen skader bør undersøkelsen suppleres med funksjonsbilder».. "Som oftest dreier det seg om en bløddelsskade, eventuelt ligamentskade" (mine uthevninger)».

Om behandling:

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

Ved revisjon i 2001 forble ordlyden under «Behandling» uendret. Vi skriver nå 2011. Fortsatt mangler det omtalte vedlegget, og Legeforeningen har heller ikke i dag noen formening om hvordan alvorlige nakkeskader skal diagnostiseres/behandles.

I 1995 ble rapporten fra *Quebec Task Force on WAD* publisert som et særnummer av tidsskriftet *Spine*. Arbeidet var sponset av forsikringsbransjen i Canada. Tross faglig kritikk ble det raskt internasjonal konsensus om å bruke skadegrader, kriterier og terminologi som rapporten foreslo. Også Legeforeningen og norsk helsevesen sluttet seg til dette. De fornuftige vurderingene av terminologi som Legeforeningen kom med i 1994, ble nå «glemt». Etter 1995 er WAD- begrepet eller «nakkesleng-assosierte-nakkeskader», som er den norske termen, blitt brukt om alle typer og grader av nakkeskader. Gjennom WAD-graderingene blir alle skader oppfattet som nakkeslengskader selv om skadeårsaken ikke på noen måte er forårsaket av en «nakkeslengmekanisme». Hovedkonklusjonen fra QTF var at whiplashskader var godartede, og at initiale smerter og symptomer ville gå over av seg selv. Oppfordringen fra QTF var at helsepersonell skulle bringe dette glade budskapet videre til alle nakkeskadde. Det har da også norsk helsevesen fulgt opp i snart 15 år. Forvirringen rundt nakkeskader, og bruken av begrepet nakkesleng, har vært en sterkt medvirkende årsak til det rådende kaos i norsk helsevesen.

Vi kommer derfor ikke utenom en gjennomgang av hva som faktisk ble beskrevet i QTF. Rapporten inneholder informasjon fra to hovedkilder. Det gjelder en studie av personer med lette skader etter trafikkuhell i Quebec i Canada. For å få en homogen gruppe, med kun lette skader, brukte man en rekke ekskluderings-/inkluderingskriterier. Alle som ble inkludert hadde samme ICD-9 diagnose: 847.0 -forstuving/forstrekning inkludert whiplash injury.

Den andre informasjonskilden var litteraturgjennomgang. Nesten all tidligere forskningslitteratur ble ekskludert. Det ble samlet inn i alt 10 382 arbeider. Av disse ble 294 plukket ut for videre vurdering. Av disse ble 232 avvist, og de resterende 62 dannet så grunnlaget for rapportens konklusjoner. Dette betyr at 16 «eksperter» fra QTF ekskluderte 99,5 % av den litteraturen som var blitt innsamlet. Ingen rapporter om alvorlige skader ble inkludert. Kliniske klassifikasjoner fra QTF. WAD-gradene fra 0-IV:

Grad	Klinisk presentasjon
0	ingen nakkeplager, ingen tegn til fysisk skade
I	nakkeplager med smerte, stivhet og ømhet ingen tegn til fysisk skade
II	nakkeplager med signaler fra muskel-skjelettsystemet nedsatt bevegelse og ømme punkter
III	nakkeplager med signaler fra nervesystemet, svekkelse av reflekser, svakhet og sensorisk svekkelse
IV	nakkeplager og fraktur eller dislokasjon

De prikkete linjene indikerer grenser for referansetermene til QTF. Det betyr at QTF kun omhandlet WAD-gradene fra I til III. Disse skadegradene ble konkret betegnet som whiplashskader eller nakkeslengskader.

De alvorligste skadene av grad IV ble ikke vurdert eller nærmere beskrevet i QTF. Det eneste som står om dette er det som er gjengitt i den kliniske presentasjonen over. Frakturer og dislokasjoner er tatt med som eksempler på alvorlige skader i muskel-/skjelettsystemet.

Konkrete skader kan avdekkes ved hjelp av nevrologiske eller radiologiske metoder.

Skader av grad III dreier seg om **nervesystemet**, og kan avdekkes ved nevrologiske metoder. Ved indirekte skader, som f.eks. trykk av prolaps på nerverot, bestemmes skadenivået også radiologisk.

Skader av grad IV dreier seg om skader i **muskel-/skjelettsystemet** og bestemmes ved hjelp av radiologi eller funksjonsradiologi.

De letteste skadegradene, WAD I-II er skader som **ikke** lar seg påvise, verken ved nevrologiske eller radiologiske metoder. Fordi det i mange tilfeller blir nødvendig med kirurgisk avstiving, f.eks. ved prolapsproblematikk med trykk/skade på ner-

verøtter eller ryggmarg, er det etter min mening forvirrende å kalle slike skader whiplash- eller nakkeslengskader som pr. definisjon var lette skader som ville lege seg selv.

Etter min mening skapte QTF uklarhet ved å beskrive WAD av grad III som whiplashskade.

1997-2000 SMM-rapport Nr. 5/2000

– Nakkeslengskade

Nakkeskader/nakkeslengskader ble et svært omdiskutert tema på 90-tallet. I 1997 førte en interpellasjonsdebatt på Stortinget til at det ble nedsatt et utvalg for å utrede problemene. Rapporten ble ferdig i 2000 (4).

Jeg vil først peke på en formulering i forordet om hva utvalget så som sin oppgave:

«Fokuserer på dokumentasjonssiden, ved å arbeide ut fra det som finnes innenfor medisinsk-faglig litteratur og se bort fra evt. retningslinjer som er etablert ved rettspraksis» (min utheving).

Det burde være selvsagt at utvalget la medisinsk-faglig litteratur til grunn. Når man finner å måtte distansere seg fra retningslinjer etablert ved

rettspraksis på 90-tallet, så viser det at nevrologenes «spesialistuttalelser» – til fordel for forsikringsbransjen – neppe var basert på medisinsk-faglig kunnskap.

Først om det positive i rapporten. Det gjelder at skadegradene fra QTF ble satt i sammenheng med relevante diagnoser fra ICD-10. I Norge ble ICD-9 erstattet med ICD-10 i 1997.

Det negative var at utvalget kun fokuserte på de letteste skadegradene. De alvorligste skadegradene ble utelatt med følgende helt uholdbare begrunnelse:

«Gruppen har valgt å avgrense nakkeslengskadene til WAD gruppe I og II, da de øvrige skadene (skader på nervevev og brudd luksasjoner, gruppe III-IV) er sjeldne, har et etablert behandlingsopplegg, og er lettere å diagnostisere» (min utheving).

Dette er delvis riktig for pasienter med skader av grad III, fordi dette er symptomer fra nervesystemet, altså nevrologenes fagfelt. Slike pasienter får derfor en rimelig korrekt spesialistvurdering og behandling i Norge.

Tabell fra SMM-rapport 2000, skadegrader og diagnoser

WAD grad	Kliniske tegn	ICD-	Diagnoser	Ansvarlig lege
Grad 0	Ingen plager. Ingen funn ved undersøkelsen			ingen/allmennlege
Grad I	Smerter stivhet eller ømhet i nakken. Ingen funn ved undersøkelsen	S.13.4	Forstuvning og forstrekning i Cervicalkolumna Nakkeslengskade	allmennlege
Grad II	Som grad I, men innskrenket bevegelse og ømhet ved palpasjon.	S.13.4	Forstuvning og forstrekning i cervicalkolumna Nakkeslengskade	allmennlege
Grad III	Nakkeplager og tegn til funksjonsutfall fra nervesystemet (refleksforandringer pareser eller sensibilitetstap).	S.14	Skade på nervevev og ryggmarg i halsregionen	allmennlege/ spesialist
		M.53.0	Cervikokranialt syndrom.	allmennlege/ spesialist
		M.53.1	Cervikobrakialt syndrom.	allmennlege/ spesialist
		M..50	Lidelse i cervikalskive	allmennlege/ spesialist
Grad IV	Nakkesmerter, innskrenket bevegelse og/eller akseavvik , evt. andre tegn til nakkebrudd, dislokasjon .	S 12	Brudd i halsregionen	spesialist
		S 13.1	Dislokasjon av cervikalvirvel	spesialist

Påstanden om at de alvorligste skadene av grad IV er lette å diagnostisere, og har et etablert behandlingsopplegg, er imidlertid usann.

Bortsett fra påstandene om skader av grad IV, er rapporten grei nok. Som nevnt brukte QTF whiplash, eller nakkeslengbegrepet, på alle skadegradene fra I til III. SMM-utvalget begrenser bruken til kun å gjelde grad I og II med samme ICD-10 diagnose: S.13.4 - *Nakkeslengskade*. Diagnosen gjelder forstuvning, forstrekning i halsryggraden. Denne diagnosen er identisk med den diagnosen fra ICD-9 som ble brukt i kohortstudien fra QTF.

Nå omhandlet SMM-rapporten kun grad I og II, og her står det ikke noe om instabilitet eller instabilitetsdiagnoser. Instabile nakkeskader hører derfor ikke inn under grad I og II og skal heller ikke betegnes som nakkeslengskade.

Grad III dreier seg om skader med nevrologiske utfall. Slike skader kan diagnostiseres med nevrologiske/nevrofysiologiske metoder. Mange alvorlige leddbåndskader lar seg imidlertid ikke påvise ved slike metoder. Det betyr at instabile nakkeskader er grad IV.

Som nevnt over er det leddbåndenes hovedoppgave å holde leddene på plass, eller **lokalisert**. Dersom det foreligger en **dislokasjon** er leddbånd skadet. Det samme gjelder akseavvik. Man får ikke et slikt **akseavvik** uten skade på leddbånd.

2001-2002 Både Haukeland og St. Olavs visste hva som var problemet

Helseminister Tore Tønne ble raskt klar over at SMM-rapportens påstand om at helsevesenet hadde et etablert behandlingstilbud for de alvorligste skadene, var helt uten dekning. For å få oversikt over situasjonen, og for å foreslå tiltak, innkalte helseminister Tønne de personene/institusjonene som var faglig og administrativt ansvarlige til møter i departementet.

For første gang på 10 år så det da ut til at helsemyndighetene ville ut av en håpløs situasjon, og at man var villige til å bevilge ressurser for å bedre diagnostikk og behandlingstilbud.

2001 Westers søknad til departementet

Den første konkrete reaksjonen på dette var en søknad til departementet fra avdelingsoverlege Knut Wester ved Nevrokirurgisk avdeling ved Haukeland universitetsklinikk.

Under kontrollerte betingelser ønsket Knut Wester å utføre de samme operasjonene som norske pasienter med alvorlige instabile skader hadde fått utført i Tyskland. I søknaden skrev han bl.a.:

«Når ligamentstrukturene mellom hode og nakken ryker, oppstår det slark i leddfunksjonen. Endret leddfunksjon pga. instabilitet er en kjent årsak til smerte både i ryggstøylene, kne- og ankelledd. Vi presiserer at operasjonsmetoden allerede er velkjent på et stort

antall pasienter (med andre former for instabilitet i nakke-/-frakturer/luksasjoner etc.)

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» (min utheving).

Beskrivelsen er etter min mening svært god. Instabilitet er en kjent smerteårsak, instabilitet er operasjonsindikasjon og operasjonsmetoden er velkjent. Han kunne med fordel ha utvidet problemstillingen til ikke bare å dreie seg om nakke/hode-overgangen. Problemet med instabilitet gjelder selvsagt på alle nivåer i nakken, og for så vidt ryggen forøvrig.

Innrømmelsen av at «man tidligere ikke har vært klar over at det faktisk foreligger ligamentskade og instabilitet» hos en gruppe nakkeskadede er svært viktig. Det betyr jo i klartekst at mange pasienter tidligere var blitt grovt feilvurdert ved nevrologiske avdelinger i hele landet. Det betyr også at de spesialistuttalelsene som ble skrevet forbindelse med alle forsikringssakene på 90-tallet, og som danner grunnlaget for dagens rettspraksis, ble skrevet uten at man hadde kunnskap om denne type skader. I realiteten var det faktisk verre. I mange av rettssakene ble spørsmålene om leddbåndskader og instabilitet et viktig tema, men slike synspunkter nådde ikke fram. Retten stolte på at de «fremste ekspertene» fra landets største universitetsklinikker – Rikshospitalet og Ullevål – hadde faglig dekning for å benekte eksistensen av denne type skade.

Dessverre fikk Wester avslag på søknaden, og senere har Haukeland universitetsklinikk fortiet alt som dreier seg om instabile nakkeskader.

2002 PTN- studien fra St. Olavs Hospital

Helseminister Tønnes offensive tilnærming førte også til aktivitet ved St. Olavs i Trondheim. Her ble det i 2002 utarbeidet en «Protokoll for behandling av strukturell skade etter nakketraume» (5). Man ønsket å utrede pasientene med fokus på strukturelle forandringer i nakken, og undersøke den smertelindrende effekten av stabiliserende kirurgi kontra konservativ behandling. Det blir henvist til at mange pasienter har måttet reise til Tyskland for å få slik behandling, og tilbudet til pasientgruppen i Norge blir beskrevet slik:

«Pasienter med kronisk nakkesmerte etter en nakkeskade er ofte i en fortvilet situasjon. Mange har betydelig nedsatt livskvalitet da dagens behandlingstilbud ofte ikke gir det ønskede resultat».

Instabilitet er et helt sentralt tema i studieprotokollen. Derfor skulle alle få dette påvist ved følgende undersøkelser:

- MR-cervikalkolumna (rettet undersøkelse mot ligamentskade)

- Røntgen cervikalkolumna med funksjonsundersøkelse (DCRA-målinger)
- Instabilitetstesting av øvre cervikalkolumna i gjennomlysning

Protokollen til PTN-studien skrev følgende om operativ behandling:

«Dersom strukturell skade blir diagnostisert i øvre del av cervikalkolumna blir pasienten tilbudt en fiksasjon mellom occiput (bakhodet), og de øverste to virvlene».

Studieprotokollen er interessant av flere grunner. For det første fordi man ventet å finne pasienter med instabile skader i gruppen WAD I og II. Det var jo en riktig antagelse, men dersom man påviser slik instabilitet, og anbefaler operasjon, så er det klart at disse pasientene har vært klassifisert i feil. Det dreier seg da ikke om lette nakkeslengskader, men om alvorlige nakkeskader av WAD grad IV. Dette skulle særlig overlege Magne Rø, som var med i studiegruppen vite, fordi han hadde vært leder for utredningsgruppen som var ansvarlig for SMM-rapporten fra 2000. Denne rapporten omhandler som nevnt kun WAD av grad I og II, men den inneholder ikke et ord om at man kan finne instabilitet i disse gruppene. Det ville jo i så fall vært den mest åpenbare forklaringen på de kroniske og uforståelige symptomene som SMM-rapporten beskriver. Kanskje er forklaringen at Rø, på samme måte som Wester, ikke var klar over denne problemstillingen før i 2001.

Det er også interessant at overlege Øystein P. Nygård ved Nevrokirurgisk avd. var med i studiegruppen, fordi Nygård i forbindelse med SMM-utvalgets arbeid hadde frontet norske «nakkespesialisters» massive motstand mot den «eksperimentelle kirurgi» som ble utført i Tyskland. To år senere var altså Nygård med i en gruppe som ville gjøre nøyaktig samme operasjoner som i Tyskland, og på nøyaktig samme indikasjon – nemlig cervical instabilitet.

Nå ble det heller aldri noe av denne studien, men vi kan slå fast at i 2002 var både Haukeland universitetsklinikk og St. Olavs Hospital i Trondheim helt innforstått med at cervical instabilitet var operasjonsindikasjon, og at operasjon i mange tilfeller var nødvendig.

I dag i er situasjonen langt verre fordi det ikke på noe nivå finnes evne eller vilje til å gi denne pasientgruppen et adekvat medisinsk tilbud. På Haukeland nekter nevrologisk og nevrokirurgisk avdeling å redegjøre for diagnostikk og behandling av instabile nakkeskader.

Ved St. Olavs fikk man i 2004 landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser med Øystein P. Nygård som leder. I denne posisjonen har han gjenopptatt sitt korstog mot de operasjonene som han i 2002 mente kunne være riktige. Jeg har innlednings-

vis vist til artikkelen om «Bildedagnostikk ved nakke - og rygg smerter» fra St.Olavs Hospital. Jeg viser også til en senere artikkel i legetidsskriftet, også denne fra St. Olavs fra 2010, skrevet av bl.a. Magne Rø og Øystein P. Nygård. (Nygaard ØP, Rø M, Andersen TI, J Zwart: Nakkesmerter med og uten nerverotaffeksjon, Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:2252-5)

Ut fra PTN-studien er det helt klart at begge kjenner instabilitetsproblematikken og at de er kjent med at kirurgisk avstiving i mange tilfeller kan være nødvendig. Man skulle tro at dette ville komme til uttrykk i denne artikkelen. Slik er det ikke. Pasientgruppen med skadeutløst nakkesmerte blir ikke omtalt. Artikkelen har imidlertid en interessant oppsummering om status for norsk nakkeforskning. Her heter det:

«Den norske nakkeforskningen er beskjeden, med unntak av forskning på kronisk nakkeslengsyndrom. Den drives i små og sårbare miljøer, og det finnes ingen koordinerende plan.»

Det foreligger heller ikke noe nasjonalt register for å evaluere effekten av ulike typer behandling, men et nasjonalt nakkeregister er under planlegging. I lys av de samfunnsmessige problem som denne gruppen pasienter representerer, har forskningsmidlene vært meget små.

Utfordringene ligger i å koordinere de eksisterende miljøene, etablere kliniske registre, kartlegge prediktorer og grunnlag for subklassifisering og evaluere effekten av målrettede intervensjoner».

Dette er en rimelig god oppsummering av en håpløs situasjon, men det er også en beskrivelse av en situasjon som er blitt enda verre etter at hovedansvaret ble lagt til St. Olavs. I år er det åtte år siden direktoratet anbefalte at nasjonalt senter for kompliserte nakkelidelser skulle legges til St. Olavs. Etter min mening er det på høy tid å revurdere denne beslutningen.

2004 Aarseth-rapporten: Nakkeslengassosierte nakkeskader

Som nevnt ble det raskt klart at SMM-rapporten ikke ga noe svar på de alvorligste problemene. Helseminister Tore Tønne fikk dessverre ikke fullført det han hadde påbegynt. Etter at TV2 i 2003/2004 hadde vist en rekke innslag om manglende tilbud til nakkeskadde besluttet den nye helseministeren, Dagfinn Høybråten, at det skulle nedsettes et nytt utvalg for å få vurdert situasjonen for pasienter med alvorlige skader.

Leder for utvalget ble Hans Petter Aarseth, tidligere president i Legeforeningen, nå leder for spesialisthelsetjenestene i Helsedirektoratet. Utvalget

fikk et klart mandat om å utrede «faglige retningslinjer for *alvorlige nakkelidelser* i Norge». Dette ønsket eller ville ikke direktoratet gjøre. Gjennom en lang prosess med skriv mellom departement og direktorat fikk Aarseth gjøre det han ville/kunne, nemlig å utrede de lette skadegradene av WAD nok en gang (6).

Rapporten fra Aarsethutvalget er svært svak og uten faglig verdi. På det viktigste punktet, nemlig om instabilitet, bringer rapporten videre ren desinformasjon. Rapporten hviler tungt på et innlegg i Tidsskriftet fra 2005, skrevet av en rekke av landets «nakkeeksperter» med Ø.P. Nygaard i spissen (7).

Nakkeslengsyndrom betyr at pasienten har skader av WAD grad I eller II, med omfattende symptomer (syndrom), men uten at det foreligger nevrologisk eller radiologisk bekreftelse på skade. Det er selvsagt ikke mulig eller forsvarlig å forta et alvorlig kirurgisk inngrep, uten at man har bestemt hva skaden består i, og hvor skaden nøyaktig er lokalisert. Hvorfor i all verden skulle det være nødvendig for landets fremste «nakkeeksperter» å argumentere mot noe som ingen er for? Forklaringen er enkel. Innlegget er et angrep på operasjoner utført i utlandet. Det var først i utlandet at disse pasientene fikk påvist instabilitet, klart lokalisert til nivå gjennom funksjonsradiologi.

Operasjonsindikasjonen har derfor aldri vært et «kronisk nakkeslengsyndrom» men radiologisk bekreftet instabilitet. Som beskrevet tidligere vet selvsagt de norske spesialistene dette, men når hovedhensikten er å framstille seg selv som dyktige og ansvarlige, ved å trekke andres faglighet og hederlighet i tvil, skriver de at operasjonene i Tyskland ble utført på noe som de i Tyskland *kaller instabilitet*. Det er lett komisk at norske spesialister i ettertid hevder at disse pasientene ikke har hatt en reell instabilitet. Det kan de selvsagt ikke vite noe om, fordi det ikke har vært gjort noe forsøk på å avdekke slike skader i Norge. Artikkelen er etter mitt skjønn et bevisst forsøk på å føre leserne bak lyset. Et forsøk som ikke bare ble applaudert av Aarsethutvalget, men som utgjør hovedbudskapet i rapporten.

2006 Whiplashkommissionen i Sverige

For ryggpasienter er det velkjent at Sverige har ligget foran oss når det gjelder diagnostikk og kirurgi. Pasientorganisasjonen «Ryggbroen til Sverige» ble i sin tid etablert nettopp for at norske ryggpasienter skulle få et bedre tilbud. Det mest kontroversielle var den gang at pasienter med instabilitet i korsryggen ble operert i Sverige, men ikke i Norge.

På initiativ og gjennom finansiering fra de store svenske forsikringsselskapene, If Folksam, Länsförsäkringar og Trygg Hansa ble *Whiplashkommissionen* etablert i 2002. Både begrepet kommisjon, som vanligvis bare brukes om offentlig oppnevnte utvalg, og valget av tidligere statsminister Ingvar

Carlsson som formann, var et forsøk på å gi arbeidet ekstra stor troverdighet (8). Arbeidet ble avsluttet i 2006. Med utgangspunkt i QTF-graderingene, foreslo man to endringer. Man fjernet WAD grad 0, hvilket var svært fornuftig. Hvorfor QTF i utgangspunktet tok med en gruppe hvor det verken forekom plager eller tegn til fysisk skade er vanskelig å forstå. Den andre endringen er svært viktig. Man foreslo nemlig å ta den alvorligste skadegraden, altså grad IV, ut av WAD-klassifiseringen. Dette innebærer at man ikke lenger skal kalle disse skadene for whiplash eller nakkeslengskader. I tillegg utvidet de den alvorligste klassifiseringen til fraktur, luxasjon og **ligamentruptur**. Det betyr at man har innsett at **leddbåndskader med ruptur er alvorligste skadegrad**. Det er godt nytt. Kommisjonens anbefaling er videre at WAD-skadene skal inndeles i tre grader, WAD I – III, og at alle disse skadene skal ha diagnosen S13.4. Dette innebærer et klart tilbakeskritt til QTF, som jo på samme måte brukte whiplash eller nakkeslengskade på alle skadegradene fra I til III. Fornuften i å sette samme diagnose på en pasient med lette skader av grad I, skader som altså går over av seg selv, og en pasient med operasjonsindikasjon på grunn av alvorlig prolapskade med trykk/skade på nerverot, altså grad III, er etter mitt skjønn svært begrenset. For de alvorligste skadene, som ble tatt ut av WAD klassifiseringen, foreslo man å bruke konkrete diagnoser fra ICD-10, hvilket er bra. Problemet er at kommisjonen, bortsett fra å ta inn ligamentskader, ikke redegjør for diagnostikk eller behandling av alvorligste skadene – og den foreslår heller ingen diagnoser! (9)

Også en dansk lærebok i «Traumatologi» (2008) kommer til samme konklusjon som Whiplashkommissionen når det gjelder begrepsbruk på de alvorligste skadene:

*«Man bør undgå at anvende betegnelsen whiplash og WAD hos patienter med fraktur, luksation eller **spesifik ligamentær skade**» (min utheving).*

Dette betyr at man både i Sverige og i Danmark har innsett at påviste, eller spesifikke, ligamentskader i nakken er svært alvorlige, og at man ikke skal bruke betegnelsene whiplash eller nakkesleng på disse skadene.

2007 «Nevrologi og nevrokirurgi»

Læreboken «Nevrologi og nevrokirurgi» er den eneste norske medisinske læreboken som omtaler nakkeskader. I markedsføringen av siste utgave la man særlig vekt på at boken ville legge stor vekt på diagnoser og skader. Når det gjelder vårt tema inneholder boken noen fakta av interesse. Det gjelder f.eks. beskrivelsen av klassifikasjon av spinale skader (spinale skader gjelder hele ryggen, inkludert nakken):

«Man skiller vanligvis mellom skader med og uten nevrologiske utfall og mellom og stabile og **instabile skader** ... **Instabilitet** kan føre til at skaden ubehandlet tilheler med uakseptabel feilstilling.»

«Hvis man har klinisk mistanke om **instabilitet** i nakken til tross for normale skjelettbilder, kan undersøkelsen suppleres med **funksjonsbilder**.»

«Instabile skader i den kraniocervikale overgangen er spesielt farlige ...»

Av dette kan vi slutte at instabilitet er et kjent begrep – også for nevrologer. For nevrologene kan slik instabilitet oppstå som følge av bruddskader og ved sykdommer som revmatoid artritt. Operasjonsindikasjonen er ikke selve bruddet, eller sykdommen, men **instabiliteten** som sykdommen / bruddet forårsaker. Som Knut Wester skrev i 2001 er operasjonsmetodene som benyttes velkjent og velprøvd.

I «Nevrologi og nevrokirurgi» ser skadeinndelingen slik ut, se tabellen til høyre.

Fram til og med skadegrad 3 opererer denne læreboken med de samme skadeinndelingene som QTF og SMM- rapporten, men utelater skadegrad 4. Boken, som skulle legge spesiell vekt på skader og diagnoser, utelater altså den alvorligste skadegraden 4, og beskriver ikke en eneste diagnose når det gjelder nakkeskader. At dette kan skyldes en forglemmelse er nok ikke tilfelle. 2003-utgaven beskriver forholdene på samme måte. Det er bare en konklusjon å trekke av dette. De alvorligste skadene er ikke nevrologenes bord.

Nå omhandler boken også leddbåndskader under overskriften «Lette nakkeskader» og det beskrives et «kronisk nakkeslengsyndrom». For nevrologene hører derfor leddbåndskader inn under de lette skadene av grad 1 og grad 2, og skal i følge klassifiseringen behandles/vurderes av allmennlege.

At leddbåndskader kan forårsake alvorlig instabilitet blir totalt neglisjert. Hvis man først erkjenner at instabilitet som følge av ligamentskade er et faktum, innser man at dette ikke er skader av grad 1 eller 2, men av grad 4. En slik erkjennelse betyr imidlertid samtidig en innrømmelse av at nevrologene i alle år har feilvurdert denne pasientgruppen. I denne boken garderer nevrospesialistene seg mot å ta ansvar for de lette ligamentskadene (forstuingerne), ved å overlate ansvaret til allmennlegene, og man garderer seg også mot de alvorligste skadene ved å utelate hele grad 4. Hvorfor disse spesialistene fortsatt har hovedansvar for diagnostikk og behandling av alvorlige nakkeskader er en gåte for meg.

Boken er skrevet av en rekke av landets fremste nevrospesialister. Den er derfor representativ for

Tabell fra «Nevrologi og nevrokirurgi»

Skadegrad	Kliniske tegn	Ansvarlig lege	Røntgen
Grad 0	Ingen plager Ingen funn ved u.s	Ingen/ allmennlege	Nei
Grad 1	Smerter, stivhet eller ømheth i nakken	Allmennlege	Skjeletttrøntgen hvis høyenergetisk traume
Grad 2	Som grad 1, men inn- skrenket bevegelse ømheth ved palpasjon	Allmennlege	Skjeletttrøntgen
Grad 3	Nakkeplager og tegn til funksjonsutfall fra nervesystemet (refleks- forandringer, pareser, eller sensibilitetstap	Allmennlege/ spesialist	Eventuelt MR etter vurdering hos spesialist

forståelse/kunnskap og holdninger hos denne faggruppen. Da direktoratet i 2004 fikk i oppdrag å utrede diagnostikk og behandling av kompliserte/alvorlige nakkeskader, var det denne gruppen direktoratet v/Torgeir Løvig og Hans Petter Aarseth henvendte seg til. Dette er nok den viktigste forklaringen på at rapporten om «Nakkeslengassosierte nakkeskader» ikke på noen måte ga svar på de spørsmålene departementet i utgangspunktet ville ha belyst.

Møter med direktoratet i 2009

Etter ønske fra departementet ble Landsforeningen for nakkeskadde (LFN) invitert til to møter med direktoratet i 2009. Departementet ønsket at de problemstillingene som LFN hadde tatt opp omkring instabilitet skulle bli diskutert direkte med ledelsen for spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet. Som styremedlem i LFN deltok jeg på to møter og skal kort gjengi hva som skjedde.

På det første møtet i mars, framholdt LFN at instabile ligamentskader i nakken var skadegrad IV av WAD. Dette ble benektet av saksbehandler Torgeir Løvig, som også hadde representert direktoratet i Aarsethutvalget. Etter hans mening hørte alle leddbåndsskader, inkludert instabile skader, inn under grad II av WAD. Dette resulterte i en halv times krangel. Situasjonen ble til slutt så pinlig at møteleder valgte å hente hans overordnede, Hans Petter Aarseth. Etter å ha blitt orientert om uenigheten, sa han seg enig i at ligamentskade kan medføre instabilitet, og at instabilitet i nakken var grad IV av WAD. Det var en svært viktig innrømmelse.

Diskusjonen fortsatte på et nytt møte i september. Foreningen hevdet at nakkeskadde i Norge ikke ble diagnostisert for mulig instabilitet som følge av ligamentskader, og at mange hardt skadde

derfor ble feilklassifisert som lett skadde. Fra direktoratets side sa man seg enig i at det nok dessverre var riktig at en gruppe nakkeskadde var i en slik situasjon. Det skulle direktoratet gjerne ha gjort noe med, men dessverre var det slik at denne type skade ikke lot seg diagnostisere noe sted i verden. Fra foreningens side gjentok vi at denne type skade selvsagt lar seg diagnostisere med funksjonsradiologi, og vi mente at fMRI var den mest nærliggende metoden fordi man i Sverige nå opererer denne skadegruppen på grunnlag av nettopp fMRI. Direktoratet henviste på sin side til det norske fagmiljøet, som mente at denne type diagnostikk ikke holdt vitenskapelige mål.

2007-2009 Ny norsk forskning

Nakke- og ryggglidelser, generelle muskellidelser og bekkensmerter hører til de hyppigste årsakene til sykefravær og uføretrygd. Forskere innen feltet hevder at disse lidelsene koster samfunnet mest, men at det er forskning på disse områdene som får minst. Det burde derfor være gledelig at NSG (Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning) har besluttet å gjøre rygg-/muskel-/skjelettlidelser til et prioritert område.

I et programnotat fra Helse Bergen fra en oppnevnt skrivergruppe fra 2009 blir situasjonen for disse pasientgruppene beskrevet. Om nakkepasienter skriver man følgende:

«Her mangler kunnskaper om risikofaktorer, behandlingstiltak, forløp og prognose samt undersøkelsesmetoder for å skille de alvorlige fra de ikke alvorlige tilstandene.»

Dette er en bekreftelse på at min framstilling av helsevesenets behandling av nakkeskadde er riktig. Beskrivelsen av at man mangler undersøkelsesmetoder for å skille mellom lette og alvorlige skader er imidlertid upresis. Som påpekt finnes det et stort spekter av funksjonsradiologiske metoder, men disse brukes ikke Norge. Man mangler altså ikke undersøkelsesmetoder, men vilje å ta slike metoder i bruk. Resultatet er at alvorlige skader ikke blir avdekket, og at pasienter blir feilvurdert både i helsevesenet, trygdevesenet og rettsvesenet.

Ut fra beskrivelsen i notatet skulle man forvente at ressurser ville bli satt inn på det viktigste punktet, som burde være å skille ut pasientene med de alvorligste skadene, og etablere et behandlingsopplegg for disse.

Den etterfølgende setningen i sitatet over viser at dette er en fjern tanke:

«Det er nødvendig å teste ut validerte spørreskjema og tester i studier med god design for å kunne gi mer målrette behandling og si noe om prognose.»

I notatet står det også at man vil avgrense det kliniske feltet til såkalte uspesifikke muskel-/skjelettlidelser,

dvs. smertetilstander i nakke/rygg/bekken eller muskler som ikke har en sikker dokumentert organisk årsak. «Pasienter med smerter i nakke (...) forårsaket av skade (...) er ikke inkludert» (min utheving).

Dette betyr at den foreslåtte forskningen på rygg/nakke skal fortsette med den samme biopsykososiale tilnærming som har preget Ryggnettverket. Man kan spørre hvem som trenger forskningsmidler til slike prosjekter – pasientene eller forskerne?

Professor Per Holck 2010

I legetidsskriftet nr. 1/2010 har Per Holck, professor i anatomi ved UiO, en viktig artikkel om «Cervical columnas anatomi» (10). Holck deltok for øvrig på møtet med direktoratet i mars 2009. Holck skriver at nakken er en relativt svak og utsatt del av kroppen. Stabiliteten blir i hovedsak ivaretatt av bløtdeler som leddbånd og mellomvirvelskiver. Bløtdelsskader kan føre til **instabilitet** og **periostal reaksjon** med senere nydanning av bein. Leddbånd tåler jevnt strekk, men ikke rykk, dvs. raske og uventede hastighetsforandringer. I slike tilfeller kan leddbånd rykke, på samme måte som når man rykker over en hyssing. Leddbåndene har liten elastisitet, og strekk utover 5-8% fører til irreversible forandringer.

Det Holck skriver om periostal reaksjon er svært viktig, fordi det resulterer i såkalte degenerative forandringer. Forandringer som i norsk helsevesen oftest blir forklart som aldersbetingede endringer. Periost er det samme som beinhinne, og ligamentene som binder sammen virvlene i et ledd, er fast forbundet med periost. Skade på leddbandsstrukturene vil derfor kunne føre til reaksjon i beinhinnen med gradvis nydanning av bein. Noen annen kilde til slik osteogenese, eller nydanning av bein, finnes ikke, skriver Holck. Han konkluderer med at lokale, avgrensede nydannelser, med samtidig skivereduksjon kun innen et segment, må vurderes som tegn på reell skade. Holck avslutter slik:

«Siden man neppe "eldes" lokalt i halsvirvelsøylen er "aldersbetinget slitasje" sjelden en god forklaring på slike røntgenfunn».

For egen del vil jeg bemerke at denne innsikten er helt nødvendig for å forstå bl.a. stenoseforandringer i ryggmargskanalen. Slike forandringer kommer ofte av midtstilte prolaps med såkalt impresjon mot medulla. Dette betyr at prolapsen går bakover mot ryggmargskanalen. Siden innsiden av ryggmargskanalen er dekket av langsgående leddbånd vil prolapsen kunne presse leddbåndet ut av stilling. Det oppstår altså en leddbåndsskade som i sin tur kan forårsake osteogenese i beinhinnen der leddbåndet er festet. For meg er Holck sitt innlegg et stort lyspunkt i en ellers traurig norsk helsedebatt.

Oppsummering

Jeg mener å ha dokumentert at instabilitet i nakken er skader av alvorligste grad, altså grad IV. Slike skader skal ikke betegnes som nakkeslengskader. Hvorvidt man bør ta disse skadene ut av WAD-graderingen, eller om man bare skal presisere at dette er grad IV-skader, er ikke det sentrale. Det viktigste er at de ICD-10 diagnosene, som dekker disse skadene, blir tatt i bruk i norsk helsevesen. Det gjelder i første rekke diagnosene: **M53.21 som gjelder øverste del av nakken** og **M53.22 som gjelder nakken for øvrig**.

I SMM-rapporten fra 2000 om instabile nakkeskader finnes et utkast til revisjon/supplering av klassifiseringen på s.15. Når det gjelder bruk av diagnoser, har Stortinget faktisk fattet vedtak om at helsevesenet skal bruke ICD-10 diagnoser på nakkeskader. Bakgrunnen er at helse- og omsorgskomiteen over flere år er blitt orientert om de problemene som denne artikkelen prøver å belyse. Med bl.a. dette som bakgrunn har det de siste årene vært reist en rekke interpellasjoner/spørsmål om behandlingen av nakkeskader. Det er særlig Jan Henrik Fredriksen (Frp) som utrettelig har fulgt opp uholdbare svar fra helseministerne Brustad og Hanssen, svar som de hadde fått av direktoratet. Jeg mener det er grunnlag for å si at direktoratet har ført helseministerne bak lyset, og at ministerne – ved kun å referere til direktoratet – i sin tur har medvirket til å føre Stortinget bak lyset. Fredriksen skal ha stor takk for ikke å la seg bløffe. Det er i første rekke Fredriksen sin fortjeneste at Stortingets fattet vedtaket om bruk av ICD-10 på nakkeskader.

Det er viktig å understreke at selv om påvisning av instabilitet er operasjonsindikasjon, betyr ikke dette at operasjon skal eller bør anbefales. Operasjon er kun aktuelt i de tilfeller hvor pasienten er, eller står i fare for å bli, kronisk invalidisert. For pasienten er det imidlertid viktig å vite at man har en slik skade, fordi det innebærer en alvorlig svekkelse av nakken. Som kjent er ingen kjede sterkere

enn det svakeste ledd. Dette gjelder helt bokstavelig ved instabilitet i nakken. Det er også slik at instabilitet er kontraindisert f.eks. ved manipulasjon. Det er dessverre slik at nakkeskadeproblematikken er vanskelig.

Jeg har beskrevet det jeg oppfatter som hovedproblemet, nemlig manglende instabilitetsdiagnostikk. Med den massive motstanden i norsk helsebyråkrati og blant «nakkeekspertene», tror jeg at en politisk løsning er enklere og mer sannsynlig. Jeg tror det vil være forståelse for at pasienter, i tilfeller med mistanke om instabilitet, må ha krav på å få dette avklart. Om nødvendig ved hjelp av diagnostikk i utlandet.

Noter

- (1) Landsforeningen for nakkeskadde: Misvisende og mangelfull statistikk om nakkeskader, <http://www.lfn.no/Pdf/Politikk/MISVISENDE.pdf>
- (2) Bruusgaard D: Sykdommer vi ikke riktig forstår, Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 13-4
- (3) Dagbladet 24.06.2008: Legene som trafikkofre frykter
- (4) SMM-rapport Nr. 5/2000: Nakkeslengskade. Diagnostikk og evaluering
- (5) Magne Rø m.fl.: Posttraumatisk nakke/hodepine studie (PTN-Studien), Protokollen fins her: www.nakkeoperert.com/images/STUDIENAKKESKADERS-TOLAVS.pdf
- (6) Hvordan direktoratet fikk omgjort mandatet er beskrevet i «Om instabile nakkeskader», www.lfn.no/Pdf/Politikk/2009-06_LFN_OmInstabileNakkeskader.pdf Se sidene 6-13.
- (7) Kronisk nakkeslengsyndrom er ingen indikasjon for kraniocervikal fiksasjon, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:2939-41
- (8) Les mer om Whiplashkommissionen på www.whiplashkommissionen.se.
- (9) Whiplashkommissionens sluttrapport, 2005
- (10) Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130:29-32

Synspunkter? Skriv din mening til tidsskrift@manuellterapi.no