

Til:

Helseminister
Sylvia Brustad
Pb 8011 Dep., 0030
Oslo

Justisminister
Knut Storberget
Postboks 8005 Dep.,
0030 Oslo

Helse- og
omsorgskomiteen
Stortinget, 0026 Oslo

Justiskomiteen
Stortinget, 0026
Oslo

Fra:

Landsforeningen for Nakkeslengskadde (LFN)
v/Leder Turid Monsen
Etterstadstletta 65A, 0660 Oslo

ALVORLIG NAKKESKADDE HOLDES FOR NARR

Norske pasienter forventer at helsevesenet har kompetanse til å gi adekvate diagnoser og behandling ved alvorlig sykdom og skade. I de fleste tilfeller oppfylles forventningene. Dersom noe likevel skulle gå galt, så oppfattes dette som uforutsette komplikasjoner eller hendelige uhell. De fleste vegrer seg for å tro at manglende diagnose og behandling faktisk skyldes kunnskapsmangel.

Dette er imidlertid situasjonen for alvorlig nakkeskadde. Vi i LFN vil vise at kunnskapsmangelen er helt reell. Nevrologene, som har spesialistansvar ved nakkeskader, kan lite eller ingenting om alvorlige leddbåndskader i overgangen mellom hode og nakke.

Ingen kjede er sterkere enn det svakeste leddet. Dette gjelder helt bokstavelig for instabile ledd i rygggraden. Instabilitet er derfor en alvorlig tilstand, og i Norge er instabilitet operasjonsindikasjon for avstiving ved en rekke sykdommer.

For nakkeskadde, som har fått instabilitet etter uhell/ulykke, gjelder helt andre regler. I 2001 forklarte dr. Wester v/Haukeland sykehus hvorfor nakkeskadde ikke er blitt undersøkt for instabilitet. Årsaken var at man: *"tidligere ikke har vært klar over at det faktisk foreligger ligamentskade og instabilitet"*. Nå vet man imidlertid dette, men fortsatt er det slik at nakkeskadde ikke blir undersøkt for instabilitet i det hele tatt.

For å få en adekvat diagnose må norske nakkeskadde selv bekoste undersøkelse i utlandet. I løpet av 5 år har to offentlige utvalg hatt som mandat å utrede helsetilbudet til nakkeskadde. Begge utvalgene har utelatt den pasientgruppen det her er snakk om. Vi finner dette helt uakseptabelt, og ber om at politikerne sørger for at disse pasientene umiddelbart får et tilbud om diagnostikk.

Nå vet man imidlertid dette, men fortsatt er det slik at nakkeskadde ikke blir undersøkt for instabilitet i det hele tatt, ved norske sykehus

Vi håper på tilbakemelding på vår henvendelse, og er gjerne tilgjengelig dersom ytterligere informasjon og/eller frammøte av vår representanter skulle være ønskelig.

Oslo 24. april 2007

På vegne av styret i LFN
Leder Turid Monsen

SAMMENDRAG

Rapporten om whiplashskader fra Quebec Taks Force i 1995 dreiet seg i hovedsak om lette skader, altså WAD grad I og II. I den skjematisk oversikten tok man også med alvorlige skader WAD grad IV, men disse skadene ble ikke omtalt i rapporten. Rapportens konklusjon var derfor bagatelliserende og optimistisk, en konklusjon som både helsevesen og forsikringsbransjen senere har brukt helt systematisk på alle typer nakkeskader. Fordi hovedkonklusjonen stemte overens med det som inntil da hadde vært praksis i de medisinske miljøene, fikk rapporten en internasjonal status og prestisje som den ikke fortjente. Bagatelliseringen og uklarhetene rundt whiplash, eller nakkesleng, har vært svært uheldig for alle nakkeskadde, fordi fokuset er blitt rettet mot en skademekanisme og ikke mot de konkrete skadene.

I den norske SMM-rapporten fra 2000 ble det gjort et hederlig forsøk på å knytte sammen skadegradene fra QTF, med konkrete diagnoser fra spesialisthelsetjenesten (ICD-10) Rapporten omhandler imidlertid bare de lettere skadegradene med følgende begrunnelse (s. 9 i SMM-rapporten):

”I praksis brukes begrepet nakkeslengskade om WAD gruppe I og II, og denne rapporten omhandler primært denne gruppen”

En slik innsnevring er ikke i samsvar med QTF. Argumentene for å unnlate å utrede de alvorligste skadegradene var følgende:

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

Begrunnelsen er helt uten troverdighet, og det er en gåte at departementet som oppdragsgiver aksepterte en utredning som til de grader gikk utenom sitt mandat.

I 2001 søkte nevrokirurgen Knut Wester ved Haukeland sykehus om midler fra departementet for å utføre avstivingsoperasjoner i nakke/hodeovergangen. Søknaden hadde overskriften ”Operativ behandling ved kronisk nakkeslengsyndrom”. Det ble presisert at operasjonsmetoden var kjent og velprøvd på andre pasientgrupper med instabilitet i nakken. Det nye var at norske spesialister først i 2001, gjennom tyske forskningsrapporter, var blitt klar over at alvorlig instabilitet også kunne være følge av nakkeskader.

Læreboken ”Nevrologi og nevrokirurgi” fra 2003 er helt blottet for denne type innsikt. Boken er skrevet av mer enn 80 av landets ”fremste” nevrospesialister. Man refererer til at pasienter med lette skader er blitt operert i Tyskland med omfattende avstivingsoperasjoner, uten at nytte av slik behandling er dokumentert. Dette står i direkte motstrid til dr. Wester sitt utgangspunkt. Man ønsket å begynne med operasjonene fordi operasjonsmetodene var velkjente, og fordi den foreliggende dokumentasjonen viste at operasjonene hadde vært svært vellykkete. I denne læreboken, som spesielt skulle fokusere på traumatologi, altså skader, blir nakkeskadene beskrevet på 1 side. Boken har en ekstrem vinkling mot psykiatri. Psykiateren Malt får bruke 16 sider på å utdype sine stigmatiserende feiloppfatninger av nakkeskadde.

Den svenske Whiplashkommissionen, som la fram sin innstilling i 2005, ble i sin helhet finansiert av de fire store forsikringsselskapene: If, Folksam, Trygg Hansa og

Länsförsäkringar. Kommissjonen konkluderte med å ta ut WAD grad IV fra QTF-klassifikasjonen og erstatte denne med konkrete diagnoser. Kommissjonen oppgir imidlertid ikke hvilke somatiske diagnoser fra ICD-10 som kan være aktuelle. Derimot lister man opp en rekke psykiatriske diagnoser. Kommissjonen finner det altså helt uproblematisk å stemple alvorlig nakkeskadde med stigmatiserende diagnoser fra psykiatri. Dette er helt i tråd med ønskene til forsikringsbransjen. Siden man ikke angir noen diagnoser, så blir problemstillingen enten overlatt de svenske nakkespesialistene, eller skjøvet ut i tid. Etter vår mening er dette bekreftelse på de alvorligste nakkeskadene hittil ikke har vært tatt på alvor - verken i Norge eller i Sverige.

Aarseth-rapporten er trist lesning. Den er ustrukturert og inneholder mange feil og selvmotsigelser. Det mest alvorlige er at man i beskrivelsen av oppdragsbrevet fra departementet (s. 5 i rapporten) underslår at man ikke har sett seg i stand til å gi svar på diagnostikk og behandling av de alvorligste skadene. I rapporten påstår man imidlertid at WAD grad IV ikke blir omtalt, fordi pasienter med slike skader ”blir tatt hånd om ved nevrokirurgiske avdelinger”. Dette er andre gang på 5 år at et offentlig utvalg har fått i oppdrag å utrede diagnostikk og behandling av alvorlige nakkeskader, og for andre gang prøver et slikt utvalg å vri seg unna mandatet. Sannheten er at norsk helsevesen mangler kompetanse både på diagnostikk og behandling. Dette bruker ekspertene tid og krefter på å skjule for politikerne og for offentligheten.

I Sverige har den profilerte og skriveføre legen dr. Bengt H. Johansson valgt å stå på pasientenes side. Han har tatt konsekvensene av kaoset rundt whiplash/nakkesleng og skriver i stedet om ligamentskader og instabilitet i CCJ, som er en forkortelse for Cranio Cervical Junction, altså hode- nakke overgangen. Et av hans siste bidrag er en artikkel fra tidsskriftet Pain Research & Management (vol 11 No 3 Autumn 2006), med tittelen: ”Whiplash injuries can be visible by functional Magnetic Resonance Imaging¹”. Dette er en pasientstudie hvor tre pasienter fikk diagnostisert alvorlige instabile ligamentskader i CCJ hos dr. Volle i Tyskland, og deretter operert av dr. Montazem. Forfatteren av forordet til QTF-rapporten, Nikolai Bogduk, var optimist når det gjaldt troen på framtidig forskning. I en lederartikkel² til samme tidsskrift og utgave hvor Johanssons artikkel ble publisert, gir Bogduk full støtte til Johanssons artikkel, full støtte til dr. Volle sin fMRI - diagnostikk, og full støtte til dr. Montazems operasjoner. Bogduk avslutter artikkelen sin slik:

”Spørsmålene som Johanssons rapport reiser er hvor mange pasienter i det forgangne og hvor mange nåværende pasienter med WAD som har skader/sykdom som det ikke er blitt gjort noe med. Hvor mange er blitt urettferdig fordømt med en psykologisk merkelapp på grunn av ren synsing?”

Vi sender spørsmålene videre til de ansvarlige norske helsemyndighetene.

¹ Johanssons artikkel:

http://www.lfn-oslo.org/pdf/PainResManage_2006_WhiplashInjuriesCanBeVisibleByFunctionalMagneticResonanceImaging_Johansson.pdf

² Bogduks artikkel:

http://www.lfn-oslo.org/pdf/PainResManage_2006_WhiplashCanHaveLesions_Bogduk.pdf

SOCIALSTYRELSENS UTREDNING 2007

I august 2006 besluttet den svenske regjeringen å gi Sosialstyrelsen og SBU i oppdrag å beskrive forutsetningene for studier av kirurgisk behandling av denne type nakkeskader i Sverige. Rapporten ble framlagt i februar 2007. Sosialstyrelsen konkluderer med at det finnes kompetanse i Sverige for å gjennomføre ”*vetenskapelige studier av stabiliserende kirurgi ved diagnostiserad instabilitet*”.

En forutsetning for slike operasjoner er at instabilitet er blitt påvist ved en pålitelig radiologisk metode. Både nevrokirurgisk avdeling i Lund og Stockhom Spine Center har skissert opplegg for å gjennomføre slike operasjoner.

I følge denne rapporten kan instabilitet påvises ved hjelp av de radiologiske metodene til dr. Kråkenes (MRI) og Mikkonen m.fl. (fMRI).

Vi mener at dette er en riktig vurdering. Ved hjelp av dr. Kråkenes sin metode kan man påvise konkrete skader, og ved funksjonell MRI kan man påvise om skadene har medført instabilitet. Sosialstyrelsen har nå sendt rapporten videre til den svenske regjeringen, og det er derfor opp til svenske politikere å avgjøre hva som skal skje videre.

Uansett utfall av dette, så er det nå udiskutabelt at instabilitet kan oppstå etter nakkeskade, og at dette er en så alvorlig tilstand at operasjon kan være aktuelt. Radiologisk kan instabiliteten påvises ved funksjonell MRI.

KONKLUSJON

Vi mener å ha dokumentert at pasienter med alvorlig instabilitet i nakken etter leddbåndskader ikke har fått adekvat diagnostikk eller behandling i norsk helsevesen.

To offentlige utvalg har unngått mandatet om å utrede slike skader, på en måte som etter vår mening er forkastelig - både faglig og etisk.

LFN krever at alvorlig nakkeskadde snarest får den medisinskfaglige hjelpen de trenger. I første rekke gjelder dette diagnostikk. Kravet gjelder både pasienter som nylig er skadd, og det gjelder ikke minst en stor gruppe pasienter som gjennom mange år er blitt avvist av helsevesenet og invalidisert av sine skader.

Norsk helsevesen har verken kompetanse, kapasitet eller til nå vist vilje til å ta seg av dette. Disse pasientene må derfor få rett til second opinion og evt. operasjon i utlandet.

På sikt må det bygges opp kompetanse og kapasitet i Norge. Den monopolstillingen som nevrofagene har hatt må av faglige grunner brytes. Allerede i 1995 anbefalte QTF bredt sammensatte fagteam for å hjelpe nakkeskadde med vurdering behandling og rehabilitering. QTF nevner bl.a. følgende fag: fysioterapi, kiropraktikk, fysikalsk medisin, ortopedi, attføringsterapi, ergonomi, radiologi, revmatologi.

Kompetanseoppbygging må skje rundt institusjoner/personer som har vært engasjert i å bedre nakkeskaddes situasjon gjennom behandling og forskning på nakkeskader. Vi vil gjerne komme tilbake med en presisering av hvilke personer/institusjoner vi tenker på. Listen blir kort.

Men et steg i riktig retning tok helsemyndighetene da de i 2006 tok tak i problematikken ved å vurdere igangsetting av forskningsprosjekt ved Firda Fysikalsk Medisinsk Senter på Sandane.

DIAGNOSESYSTEMENE

Riktig behandling av sykdom/skade forutsetter riktig forståelse av hvilke organer/vev som er sykt/skadd. Derfor har utvikling/oppdatering av gode diagnosesystemer vært svært viktig. ICD, eller International Classification of Diseases er et slikt system. Da Verdens Helseorganisasjon (WHO) ble etablert i 1945, overtok organisasjonen ansvaret for å utvikle/forbedre systemet, som på dette tidspunktet hadde betegnelsen ICD-6. I dag brukes ICD-10 i spesialisthelsetjenesten over hele verden.

I 1978 ble det opprettet et eget diagnosesystem for primærhelsetjenesten. Dette systemet heter ICPC (International Classification of Primary Care). I dag brukes en oppdatert utgave - ICPC2 (diagnosesystemene ligger på internett, søk: ICD-10 og ICPC2).

NAKKEKADENE

Nakkeskader har forekommet til alle tider, men diagnostikken har alltid vært mangelfull, og symptomene er svært ofte blitt feiltolket. Det var først fra midten av 1980 tallet - da de nyeste radiologiske undersøkelsesmetodene som CT³, MR⁴ o.s.v. ble tatt i bruk - at man kunne påvise skader på strukturer som tidligere hadde vært skjult. Fra 1987 foreligger det forskning som påviser instabilitet⁵ i nakke/hodeovergangen som følge av ligament-/leddbåndskader⁶, og disse skadene ble antatt å være hovedårsak til de invalidiserende symptomene, som mange nakkeskadde hadde beskrevet (Dvorak 1987). I 1988 ble det utgitt et større læreverk om nakkeskader, og det ble utviklet systemer for å bestemme skadegrader og prognoser (Foreman & Croft; "Whiplash injuries – The Cervical Acceleration/deceleration Syndrome").

Samtidig skjedde det en markert økning i trafikkulykker, og en enda større økning i tallet på nakkeskadde bl.a. på grunn av påbud om sikkerhetsbelte. Man skulle trodd at dette ville ført til en offentlig satsing - både på forskning/behandling og forebygging av slike skader. Det skjedde ikke. For det første hadde helsevesenet hatt tradisjon for å klassifisere omfattende symptomer etter nakkeskade - uten objektive funn - som psykiatri. De nye radiologiske funnene førte derfor til strid mellom legespesialistene, en strid som i Norge har vært dominert av nevrologer med støttespillere i psykologi og psykiatri. De folkevalgte har oppfattet dette som en medisinskfaglig strid, som de ikke har hatt faglige forutsetninger for å ta stilling til. I en tid med stadig større press på helsebudsjettene, har det i tillegg vært bekvemt å forholde seg til flertallet av spesialister som foreskrev den billigste løsningen: fortsatt fokus på psykososiale forhold.

FORSIKRINGSBRANSJEN

Det økende tallet på alvorlige nakkeskader ble ikke bare et problem for et stresset helsevesen. Det ble også et problem for forsikringsbransjen. Bransjen så seg tjent med å støtte den tradisjonelle oppfatningen om at symptomene var uttrykk for psykisk lidelse. Siden dette hadde vært den rådende oppfatningen, var det lett for forsikringsselskapene å knytte til seg professorer og avdelingsledere på de mest prestisjetunge universitetsklinikkene som sine sakkyndige. En rekke saker havnet i rettsapparatet. Dommerne skal i slike saker legge avgjørende vekt på de konklusjonene som medisinsk sakkyndige kommer fram til. Dette ble derfor lett match for forsikringsselskapene, som kunne henvise til at landets fremste nevrologer ikke kunne finne noen skader, og heller ikke kunne finne noen sammenheng mellom ulykken og den skaddes symptomer. Når dette først var blitt etablert som medisinsk

³ CT: Computertomografi – Røntgenstråleundersøkelse.

⁴ MR: Magnetisk resonans – Radiøølgeundersøkelse.

⁵ Instabilitet: Unormal bevegelse i ledd- ustabil ledd.

⁶ Ligament: Leddbånd – Bånd av bindevev som holder sammen skjelltdeler i et ledd.

”sannhet” gjennom dommer i Høyesterett, så var det selvsagt vanskelig for de samme spesialistene å forandre mening senere.

Fordi spesialistene var ledende innenfor de medisinske miljøene, kom de også til å fungere som effektive bremsere når det gjaldt å bringe inn ny kunnskap og ny forskning, for eksempel i legestudiet. I Norge har Lægeforeningen spilt en svært negativ rolle når det gjelder vurdering av nakkeskader. Fordi det var stor uenighet og strid, både i ”spesialist” -miljøene, og i norske rettssaler, tok Lægeforeningen i 1992 initiativ til å opprette en ”Tvistenemnd for nakkeskader”. Man skulle trodd at en slik nemnd ville bestrebe seg på å være objektiv, og at nemnden ville være særlig opptatt av å være à jour med ny forskning. Nemndens sammensetning viser at dette neppe var formålet. To av nemndens fem medlemmer var psykiatere, og arbeidet ble betalt av Norges forsikringsforbund. Konklusjonene ble deretter (Se Dag Bruusgaard: ”Sykdommer vi ikke riktig forstår”, Tidsskrift for den norske lægeforening 1997/01 117: 13-4).

QUEBEC TASK FORCE

Også internasjonalt tok forsikringsbransjen føringen for å styre forståelsen av nakkeskader i en retning som bransjen så seg tjent med. Dette ble gjort ved at Quebec Automobile Insurance Society - så tidlig som i 1989 - tok initiativ for å få til en internasjonal consensus (enighet) om hvordan Whiplash Associated Disorders (WAD-skader), eller nakkeslengskader, skulle klassifiseres og vurderes.

Rapporten fra gruppen som ble oppnevnt (Quebec Task Force) ble offentliggjort i et spesialnummer av tidsskriftet Spine, 15. april 1995. Arbeidet bygget på to hovedpilarer:

- Den ene var gjennomgang og evaluering av tilgjengelig forskningslitteratur. 10382 artikler ble vurdert og 10 320 artikler ble forkastet. Det vil si at man med et pennestrøk ekskluderte 99,4 % av tidligere forskning, og erklærte disse arbeidene som mangelfulle, eller ikke tilfredsstillende m.h.t. krav om vitenskapelighet. Dette ble gjort uten klare kriterier for inklusjon eller eksklusjon.
- Den andre pilaren var en undersøkelse av 4766 personer som hadde reist krav om erstatning mot Quebec Automobile Insurance Society i 1987. Utvelgelsen av de personene som til slutt ble med i studien var svært spesiell, og har vært gjenstand for svært skarp kritikk, av bl.a. Michael Freeman, Arthur Croft og Anette Rossignol. Deres kritikk ble inntatt i tidsskriftet Spine i 1997.

Vi vil påpeke at alle som ble inkludert i studien hadde fått en og samme diagnose etter ICD-9, nemlig: ”Kode 847.0 - forstuving/forstrekning inkludert whiplash injury”. Denne ICD-utgaven ble tatt i bruk i 1979, og hadde derfor ikke fanget opp resultatene av de radiologiske framskrittene på 1980-tallet. Diagnoseapparatet, som QTF måtte forholde seg til, var derfor helt utilstrekkelig, og den diagnosen de brukte må kunne betegnes som en ”sekkediagnose” hvor whiplash var det viktigste ordet. Fokus ble altså satt på skademekanismen, og ikke på skadene. QTF-rapporten ble utsatt for skarp og saklig kritikk, men fikk likevel status som en internasjonal consensusrapport.

Det bør nevnes at Nikolai Bogduk, som skrev forordet i Spine, tok en rekke forbehold når det gjaldt innholdet, og han forutsatte at internasjonal forskning raskt vil kunne frambringe ny kunnskap om de alvorligste skadene, skader som rapporten ikke tok opp. Det mest synlige resultatet av arbeidet til QTF er inndelingen av skadene i 5 skadegrader:

Tabell 1: QTF sin inndeling av de fem skadegradene WAD 0 – IV (Fra Spine, april 1995):

Skadegrad:	Klinisk bilde:
Grad 0	Ingen plager fra nakke, ingen fysiske funn.
Grad I	Plager med smerte, stivhet og ømhet ingen fysiske funn.
Grad II	Nakkeplager og tegn fra muskel- skjelettsystemet (innskrenket bevegelse og ømme punkter).
Grad III	Nakkeplager og nevrologiske tegn/utfall (svakkete reflekser, muskelsvakhet og følelsesutfall).
Grad IV	Nakkeplager og frakturer eller dislokasjon .

Både når det gjelder litteraturutvalg, og de personene som var med i studien, så dreier det seg i hovedsak om skader av WAD grad I og II, altså skader som kan være plagsomme, men som ikke kunne bekreftes med nevrologiske eller radiologiske metoder.

Hovedkonklusjonen er da også bagatelliserende og optimistisk. Whiplashskader, eller nakkeslengskader, er godartede og smerter og stivhet vil forvinne av seg selv. WAD grad III gjelder pasienter med nevrologiske utfall. Slike utfall er vanligvis forårsaket av trykk på nerverot/nerverøtter som følge av skade på mellomvirvelskive, altså prolaps⁷. Disse skadene kan diagnostiseres av nevrologer, og fjerning av mellomvirvelskive, og innsetting av implantat av bein eller metall, har vært ordinære operasjoner ved nevrokirurgiske avdelinger i mer enn 50 år. Når det gjelder WAD grad IV, så blir denne skadegruppen ikke beskrevet i det hele tatt. QTF omhandler derfor bare gradene fra 0 - III. Grad IV er tatt med i den skjematisk oversikten, for å vise at det finnes alvorligere nakkeskader, og disse er antydning ved stikkordene fraktur⁸, og dislokasjon⁹. Det dreier seg om skader i muskel- og skjelettsystemet. Alvorlige skader av denne type vil kunne påvises ved hjelp av radiologiske metoder.

SMM-RAPPORT NR. 5/2000 - NAKKESLENGSKADE

Nakkeskader har vært et svært omstridt tema i norsk helsevesen. Utover på 90-tallet ble det også et viktig tema i helsepolitikken. Etter en rekke interpellasjoner i Stortinget, ble det i 1997 bestemt å nedsette et utvalg for å få en faglig vurdering av diagnostikk og behandling. Oppdraget ble gitt til Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM), og rapporten¹⁰ ble framlagt i 2000. Rapporten gjorde et hederlig forsøk på å kombinere skadegradene fra QTF med de riktige diagnosene fra ICD-10, som ble tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten i 1998.

⁷ Prolaps: I forbindelse m/nakken, trykk av skivesubstans mot nerverøtter.

⁸ Fraktur: Brudd/brist.

⁹ Dislokasjon: Ute av normal stilling.

¹⁰ SMM-rapporten: Last ned fra LFN-Oslo nettsider: http://www.lfn-oslo.org/pdf/smm_rapport2000-5.pdf.

Tabell 2: Skadegrad og diagnoser etter SMM-rapport Nr. 5/2000

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 nakken. Ingen funn ved undersøkelsen.	S.13.4	Forstuvning og forstrekning i cervicalkolumna ¹¹ . Nakkeslengskade.	allmennlege
Grad II	Som grad I, men innskrenket bevegelighet 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 ¹² syndrom ¹³ .	
		M.53.1	Cervikobrakialt ¹⁴ syndrom.	
		M.50	Lidelse i cervikalskive ¹⁵ .	
Grad IV	Nakkesmerter, innskrenket bevegelighet og/eller akseavvik , evt. andre tegn til nakkebrudd, dislokasjon .	S 12	Brudd i halsregionen.	spesialist
		S 13.1	Dislokasjon av cervikalvirvel ¹⁶ .	

Som nevnt ble QTF-rapporten basert på en enkelt diagnose fra ICD-9. Innføringen av ICD-10 innebar en oppdatering av nyere forskning på nakkeskader, og dermed også en mye bedre differensiering av diagnosene. ICD-10 er bygget opp med kapitler etter bl.a. vevstyper, og hvert kapittel har en forbokstav. Oppstillingen fra SMM dreier seg om to kapitler med forbokstavene M og S.

- Kapittel XIII: Sykdommer i muskel- skjelettsystemet – forbokstav M.
- Kapittel XIX: Skade på hals – forbokstav S.

Nevrologene har hatt tilnærmet monopol på diagnostikk av nakkeskader i norsk helse- og rettsvesen. I følge ICD-10 hører sykdom/skade på nervesystemet inn under:

- Kapittel VI: Sykdommer i nervesystemet – forbokstav G.

Som man ser hører ingen av SMM-diagnosene direkte inn under denne spesialistgruppen. Nevrologiske utfall blir nevnt under WAD grad III, og det blir oppgitt 3 diagnoser som har relevans for nevrologi. Det gjelder:

- S.14: Skade på nervevev og ryggmarg i halsregionen.
- M. 53.1: Cervicobrakialt syndrom
- M.50: Lidelse i cervikalskive.

¹¹ Cervicalkolumna: Halsvirvelsøylen.

¹² Cervikokranialt: Nakke/hode.

¹³ Syndrom: Mange symptomer som opptrer sammen, og som gir et typisk sykdoms-/skadebilde.

¹⁴ Cervikobrakialt: Nakke/arm.

¹⁵ Cervikalskive: Bruskskive/mellomvirvelskive

¹⁶ Cervikalvirvel: Halsvirvel.

Henvisning til nevrolog er relevant for WAD grad III, fordi dette dreier seg nevrologiske utfall/funn. Utover dette er ikke nevrologer spesialister på å vurdere nakkeskader! Dette framgår av Norsk nevrologisk forening sine generalplaner¹⁷ fra 1999, revidert i 2006.

Framstillingen fra SMM er mangelfull når det gjelder diagnosen S.13.4. I ICD-10 blir diagnosen spesifisert i forhold til Atlantoaxialledd¹⁸, Atlantoaksipitalledd¹⁹ og fremre longitudinale ligament²⁰. Det er mer enn påfallende at ledd- og ligamentskader, knyttet til kroppens mest sårbare ledd i hode/nakkeovergangen, blir utelatt i denne framstillingen. For øvrig er det viktig å merke seg at både grad I og II blir beskrevet som nakkeslengskade. I Norge er dette blitt tolket slik at begrepet nakkeslengskade bare gjelder skader av WAD grad I og II²¹. En slik tolking har skapt mye forvirring, men har passet godt inn i forsikringsbransjens og helsevesenets bevisste forsøk på å bagatellisere nakkeslengskader. En slik tolkning er imidlertid ikke i overensstemmelse med QTF, hvor nakkeslengskadene også skal omfatte skader av WAD grad III og IV.

Mandatet til SMM var å utrede alle typer nakkeskader – også de alvorligste og mest invalidiserende. Dette unngikk SMM-gruppen med følgende uttalelse (s.11 i rapporten):

”Gruppen har valgt å avgrense nakkeslengskadene til WAD grad I og II, da de øvrige skadene (skader på nervevev og brudd og luksasjoner, gruppe III og IV) er sjeldne, har et etablert behandlingsopplegg, og er enklere å diagnostisere. De bør derfor behandles særskilt. Et vesentlig formål med de diagnostiske testene som kan brukes, er derfor å utelukke disse øvrige skadene.”

Når det gjelder WAD grad III, så er det riktig at diagnostikken av nerverotsaffeksjon på nivå C5 og lavere er rimelig enkel, men å hevde at de alvorligste skadene, altså WAD grad IV, er enkle å diagnostisere, og at det finnes et etablert behandlingsopplegg, er direkte usant. Dersom dette var riktig, så hadde vi selvsagt ikke hatt 20 års debatt om disse problemene.

Det er vanskelig å unngå den konklusjon at gruppen bak SMM-rapporten bløffet seg fra å vurdere de kontroversielle og alvorlige skadene av grad IV.

NEVROKIRURG WESTER - 2001

I 2001 ble det en opphetet debatt om leddbåndskader, instabilitet og om operasjoner i Tyskland. SMM ble bedt om å kommentere dette, og kom med et fornuftig svar. Vurderingen av operasjonene i Tyskland burde skje etter ”site visit”, altså ved at norske spesialister reiste til Tyskland for å vurdere diagnostikk og operasjoner på stedet. Dette var de norske spesialistene ikke interessert i. Man konsentrerte seg i stedet om å mistenkeliggjøre både behandlerne og behandlingen i Tyskland. Behandlingen ble beskrevet som useriøs, og operasjonene ble beskrevet som eksperimentelle.

Det fantes imidlertid også mer balanserte uttalelser, bl.a. fra dr. Wester, avdelingsoverlege på nevrokirurgisk avdeling, Haukeland sykehus. I 2001 sendte han en søknad til departement om støtte til å gjennomføre de samme operasjonene som var blitt utført i Tyskland.

¹⁷ Generalplaner 2006: http://www.lfn-oslo.org/pdf/NorskNevrologiskForening_GeneralplanINevrologi2006.pdf.

¹⁸ Atlantoaxialledd: Leddet mellom C1(Atlas) og C2 (Axis).

¹⁹ Atlantoaksipitalledd: Øverste leddet mellom hodet og nakken.

²⁰ Fremre longitudinale ligament: Leddbånd som går på forsiden av virvlene langs hele ryggraden.

²¹ Tidsskriftet: http://www.lfn-oslo.org/pdf/Tidsskriftet_2005-125-2939-41_KroniskNakkeslengsyndromErIngenIndikasjonForKraniocervikalFiksasjon.pdf

I søknaden skrev han:

”Ingen har greid å dokumentere sikker effekt av noen form for behandling ved nakkesleng inntil et senter i Tyskland publiserte sine resultater av operativ avstiving av kraniocervicalovergangen²² hos 42 pasienter (Volle E., Montazem A., MRI video diagnosis and surgical therapy of soft tissue trauma to the craniocervical junction. Ear Nose Throat J 2001 Jan;80 (1): 41-4, 46-8²³). Deres resultater er svært gode. 80 % av pasientene var fortsatt fornøyde ett år etter, og 60 % kom tilbake til arbeid.”

”Når ligamentstrukturen mellom hode og nakke ryker, oppstår det slark i leddfunksjonen. Endret leddfunksjon pga instabilitet er en kjent årsak til smerte både i ryggstøylene, kne – og ankelledd. Hensikten med studien er å undersøke om kraniocervical fiksasjon kan hjelpe pasienter som er 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 nakkefrakturer/luksasjoner etc.) Det nye er altså at operasjonsmetoden tilbys og prøves på en ny pasientgruppe, hvor man tidligere ikke har vært klar over at det faktisk foreligger ligamentskade og instabilitet.”

Dr. Wester fokuserer her på alvorlige ligamentskader med instabilitet. Han beskriver selve operasjonen som tradisjonell, altså ikke eksperimentell, og han vedgår at man i norsk helsevesen ikke har vært klar over disse skadene før i år 2001. Det er oppsiktsvekkende at norske nakkespesialister ikke har visst om den internasjonale forskningen, som allerede i 1987 hadde dokumentert hvor alvorlige disse skadene kunne være. Wester sin uttalelse forklarer imidlertid hvorfor pasienter med slike skader aldri har fått adekvate diagnoser eller adekvat behandling i norsk helsevesen.

NAKKESKADENE I NORSK RETT

Dr. Wester sin uttalelse forklarer også hvorfor det er blitt etablert rettspraksis at nakkeskadde taper sine saker mot forsikringselskapene. Forklaringen er at landets fremste nakkespesialister har avgitt sakkyndighetsvurderinger uten å ha vært klar over at det faktisk kan ha foreligget ligamentskade og instabilitet. Både Lægeforeningen og norsk helsevesen har sluttet seg til den internasjonale konsensusen fra QTF om WAD-skadene, men har i stor grad ignorert de alvorligste skadegradene. Man har også tillagt QTF-rapporten meninger og standpunkter som det ikke finnes dekning for. Norske forsikringsleger hevder at følgende krav til sammenheng mellom ulykke og skade framgår av QTF:

1. Traumatet må ha vært adekvat - hastigheten må ha vært minimum 10-15 km/t.
2. Det må foreligge akutt symptomer - symptomene må opptre innen 3 døgn.
3. Det må foreligge brosymptomer- symptomene må ha vært tilstede hele tiden.

Når det gjelder det første kravet så sier QTF at skader kan oppstå ved hastigheter ned til 6-8 km/t. QTF har ingen konklusjon om tidspunkt for når akutt symptomene må ha oppstått, og det kan heller ikke utledes noen krav om brosymptomene med henvisning til QTF.

Norske forsikringsleger har prøvd å gi legitimitet til sine private synspunkter ved å framstille disse som konklusjoner fra QTF. Dette har dommerne i liten grad hatt forutsetninger for å gjennomskue. Ser vi dette i sammenheng med den udiskutable kunnskapsmangelen angående

²² Kraniocervicalovergangen: Overgangen mellom kraniet og halsvirvelstøylene.

²³ Ear Nose Throat: http://www.lfn-oslo.org/pdf/EarNoseThroatJournal_2001-Jan_MRIVideoDiagnosisAndSurgical....pdf.

alvorlige ligamentskader og instabilitet, så er det grunnlag for å hevde at nakkespesialistene over tid har skapt rettsløse tilstander for nakkeskadde.

Det mest graverende er at forsikringsselskapenes sakkyndige - også i dag - benekter eksistensen av disse skadene, og at norske dommere fortsatt tror at dette er uttrykk for anerkjent medisinsk viten.

LÆREBOKEN ”NEVROLOGI OG NEVROKIRURGI”

Hvordan det faktisk står til med kunnskapsnivået hos de norske nakkespesialistene framgår av boken ”Nevrologi og nevrokirurgi” som ble utgitt i 2003. Dette er en lærebok for medisinerere og framtidige nevrologer, og har undertittelen: ”Undersøkelse – diagnostikk og behandling”. Boken består av 56 essaylignende kapitler, skrevet av nevrologer/nevrokirurger fra landets universitetsklinikker/sykehus. Boken er derfor representativ for kunnskapsnivået innen nevrofagene.

I markedsføringen ble det lagt vekt på at denne utgaven særlig skulle fokusere på traumatologi, altså skader. I boken blir nakkeskadene beskrevet på 1 side. Her hevdes det at lette nakkeskader kan føre til langvarige plager på grunn av psykososiale faktorer. Det hevdes også at en rekke norske pasienter, med lette nakkeskader, er blitt operert med ”*omfattende avstivingsoperasjoner*” i Tyskland, ”uten at nytte av slik behandling er dokumentert”. Boken har også med en inndeling av nakkeskader (s.269):

Tabell 3: Inndeling av nakkeskader – fra boken ”Nevrologi og nevrokirurgi”.

Skadegrad	Kliniske tegn	Ansvarlig lege	Røntgen
Grad 0	Ingen plager.	Ingen/allmennlege.	Nei
Grad I	Smerter i nakken, stivhet, ømhet. Ingen funn ved undersøkelsen.	Allmennlege.	Skjelettrøntgen hvis høyenergetisk traume
Grad II	Som Grad I, men innskrenket bevegelse og ømhet ved palpasjon.	Allmennlege.	Skjelettrøntgen.
Grad III	Nakkeplager og tegn til funksjonsutfall.	Allmennlege/spesialist.	Eventuell MR etter vurdering hos spesialist.

Det mest påfallende er at WAD grad IV ikke blir tatt med i vurderingen. Man later helt enkelt som om WAD grad IV ikke eksisterer. Som nevnt har denne læreboken undertittelen: ”Undersøkelse – diagnostikk og behandling”. Da er det nesten uforståelig at boken ikke har med noe om diagnoser, og heller ikke beskriver noen form for behandling.

Bokens forståelse av nakkeskader og nakkeskadde, kommer imidlertid helt klart til uttrykk i en artikkel av psykiateren Ulrik F. Malt (psykosomatisk avdeling ved Rikshospitalet) Under overskriften ”Psykosomatiske aspekter ved nevrologiske sykdommer” bruker psykiateren Malt 16 sider på å utdype sine stigmatiserende feiloppfatninger av nakkeskadde (s. 569 til 586)

Bokens beskrivelser av nakkeskader gjør det enklere å forstå hvorfor alvorlig nakkeskadde ikke har fått adekvate diagnoser eller adekvat behandling i norsk spesialisthelsetjeneste. Boken bekrefter at nevrologene ikke har kunnskap om alvorlige skader i muskel- og skjelettsystemet. Med den vekt som nevrologene legger på psykososiale forhold, er det ganske logisk at pasienter med vedvarende plager, svært systematisk er blitt pådyttet en psykologisk merkelapp/psykiatrisk diagnose.

WHIPLASHKOMMISSIONEN - SVERIGE 2005

Situasjonen for alvorlig nakkeskadde har vært like katastrofal i alle de nordiske landene, med Island som et svært hederlig unntak. Sverige var en gang et foregangsland når det gjaldt behandling av rygglidelser. Pasientorganisasjonen "Ryggbroen til Sverige", som ble etablert på 80-tallet, er et uttrykk for dette. Når det gjelder forståelsen og behandlingen av nakkeskader, er situasjonen påfallende dårlig, og påfallende lik - både i Norge, Sverige og Danmark.

I 2005 ble det framlagt en rapport²⁴ fra den svenske "Whiplashkommissionen". Dette er en interessant rapport, ikke på grunn av det faglige innholdet, men på grunn av det samrøret mellom forsikringsbransjen og offentlige myndigheter som rapporten avdekker. Bakgrunnen for rapporten var et initiativ fra fire store forsikringsselskapene i Sverige: If, Folksam, Trygg Hansa og Länsförsäkringar i 2002. Man ønsket å få til en svensk konsensus om de omstridte nakkeskadene, og stilte 16 millioner kroner til disposisjon for en "kommission". Det var selvsagt avgjørende viktig for forsikringsbransjen at utredningen ikke måtte framstå som et partsinnlegg, kjøpt og betalt av forsikringskapitalen. Dette oppnådde man ved å utnevne tidligere statsminister, og tidligere leder for Socialdemokratene, Ingvar Carlsson som leder, eller ordfører, for "kommissionen". I markedsføringen av rapporten framsto Ingvar Carlsson som garantist for rapportens seriøsitet. Ved å bruke ordet "kommission", som til vanlig bare brukes om offentlige utredninger, fikk rapporten også et preg av seriøsitet som den ikke fortjener.

Det viktigste grepet som ble gjort var at man fjernet WAD grad 0 og WAD grad IV fra klassifikasjonen etter QTF. Man stod da igjen med en definisjon av whiplashskade eller nakkeslengskade som omfattet WAD gradene I, II og III. Kommissionen skrev at man ikke vil bruke whiplash eller nakkesleng om WAD grad IV. Dermed unngikk man å skrive noe om de alvorligste skadene i denne whiplashrapporten. For WAD grad IV-skader ville man i stedet bruke "spesifika diagnoser", men det ble ikke sagt noe om hvilke diagnoser man tenkte på. Vi ser ikke bort fra at det kan være fornuftig å skille de alvorligste skadene fra det kaoset som whiplashbegrepet har ført til, men Whiplashkommissionen ender altså opp med å fraskrive seg ansvaret for utredningen av de alvorligste skadene. Dette må kunne tolkes som en bekreftelse på at man i Sverige aldri har tatt WAD grad IV skadene på alvor.

Fra før vet vi at WAD grad IV skader etter QTF dreide seg om frakturer og dislokasjoner. Nå skriver kommisjonen, antakelig ved en glipp, at også "ligamentruptur"²⁵ hører inn under denne skadegraden (s.16). I kommisjonens gjennomgang av radiologiske metoder måtte man selvsagt ta stilling til metodene til dr. Kråkenes og dr. Volle. Det er jo funnene som er gjort med deres metoder som har dominert debatten om nakkeskader, både i Sverige og her hjemme. Ikke uventet er kommisjonens konklusjon at disse metodene "i høy grad er tveksam og ifrågesatt".

"SLIK KAN VI IKKE HA DET" – AARSETHUTVALGET

Etter at TV2 vinteren 2004 hadde laget en rekke nyhetsoppslag om nakkeskadde, ble helseminister Høybråten bedt om en kommentar. Svaret hans var enkelt og greit: "Slik kan vi ikke ha det". Det var jo kloke ord, og en klar bekreftelse på at SMM-rapporten fra 2000 ikke

²⁴ Whiplashkommissionens rapport: http://www.lfn-oslo.org/pdf/WhiplashkommissionensSlutrapport_2005.pdf.

²⁵ Ligamentruptur: Hel eller delvis avrivning av ligamenter/leddbånd.

hadde gitt svar på de spørsmålene som var stilt. Høybråten sin løsning ble å nedsette nok et utvalg. Oppdraget ble gitt til spesialisthelsetjenesten i Helse- og omsorgsdepartementet ved Hans Petter Aarseth, tidligere leder i Lægeforeningen fra 1995. Innstillingen forelå våren 2006. Spørsmålet er om vi med dette er kommet nærmere en avklaring på diagnostikk og behandling av de alvorligste nakkeskadene. Svaret må bli et ubetinget nei. Norsk helsevesen mangler både vilje og kompetanse når det gjelder disse spørsmålene. Det er dessverre nærliggende å tro at norske nakkespesialister, med vitende og vilje, motarbeider alle forsøk på å avdekke den reelle situasjonen, og at man helt bevisst utelater svært viktig informasjon.

Begrunnelsen for denne påstanden er at Departementet ba Direktoratet om å utarbeide ”faglige retningslinjer for kompliserte nakkelidelser”, og om å utrede ”behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige nakkeskader”. Direktoratet svarte at det neppe var mulig å lage en oversikt over slik behandling (Brev fra Direktoratet til Departementet av 16.03.2004²⁶). Direktoratet ba i stedet om å få utrede situasjonen for pasienter med nakkesleng, eller whiplash. Dessverre gikk Departementet med på dette, men man forutsatte at Direktoratet skulle lage faglige retningslinjer for kompliserte nakkelidelser, etter at arbeidsgruppen (Aarsethutvalget²⁷) hadde avgitt sin innstilling (Brev fra Departementet til Direktoratet av 30.03.2004²⁸).

Som nevnt unngikk SMM-utvalget hele denne problemstillingen ved å hevde at de alvorligste skadegradene var lette å diagnostisere, og at de hadde et etablert behandlingsopplegg. Det var åpenbart usant. Hva kan være årsaken til at Hans P. Aarseth, lederen for spesialisthelsetjenesten, ba om å slippe å utrede diagnostikk og behandling av de alvorligste skadene?

Muligvis ligger forklaringen i den omtalte læreboken ”Neurologi og nevrokirurgi”. Direktoratet er ansvarlig for spesialisthelsetjenesten, men har ikke selv kompetanse på nakkeskader. For å kunne besvare spørsmål om alvorlige nakkeskader, må Direktoratet derfor henvende seg til de fagmiljøene som har det daglige spesialistansvaret for disse pasientene, altså nevrologene og nevrokirurgene. I læreboken utelot man som kjent WAD grad IV, og man unnlot å si noe som helst om diagnoser. Fordi spesialistmiljøet ikke kunne si noe fornuftig om dette, var heller ikke Hans Petter Aarseth, eller de personene som han fikk med seg i utvalget, i stand til å besvare de problemstillingene som Departementet ønsket svar på. Direktoratet/Aarseth ba derfor om å få utredet nakkeslengskadene/whiplashskadene i stedet. Når det gjelder WAD grad I og II så ble disse gjennomgått i SMM-rapporten. Dersom man med sikkerhet kan si at det ikke foreligger instabilitet etter ligamentskader, og at det heller ikke foreligger radiologiske eller nevrologiske funn, så er prognosen god, og det er grunn til å innta en optimistisk holdning. Det var derfor unødvendig å utrede disse skadene en gang til. Nå har Aarsethutvalget også tatt med WAD grad III. Siden dette dreier seg om nevrologiske funn/skader, så er dette vanligvis uproblematisk, fordi det ligger innenfor norske nakkespesialisters fagområde – nemlig nevrologi.

Spørsmålet er hvorfor Departementet gikk med på dette.

²⁶ Brev fra Direktoratet til Departementet:

http://www.lfn-oslo.org/pdf/Helsedirektoratet_2004-03-16_GjennomgangAvBehandlingstilbudetTilNakkeskadde.pdf.

²⁷ Aarsethutvalgets rapport: http://www.lfn-oslo.org/pdf/aarsethutvalget_rapport.pdf.

²⁸ Brev fra Departementet til Direktoratet:

http://www.lfn-oslo.org/pdf/Helsedepartementet_2004-03-30_GjennomgangAvBehandlingstilbudetTilNakkeskadde.pdf.

Går så denne svært viktige begrensningen av mandatet fram av den innstillingen som er laget? Nei, det gjør ikke det. Mandatet, eller oppdragsbrev, som er gjengitt på side 5 i rapporten, er en ren omskriving av den brevvekslingen man henviser til. Den sentrale opplysningen om at utvalget har fått tillatelse til bare å utrede de laveste gradene av WAD, framgår ikke noe sted. Men utvalget skriver likevel noe om WAD grad IV på side 18 i rapporten:

”Når det gjelder de mest alvorlige nakkeskadene (som inkluderer grad 3 og grad 4) er både valg av billedmetode og tolkingen av billedfunnene ukontroversielt, og blir ikke nærmere drøftet i dette dokumentet”

Dette er en meningsløs påstand. Hvis det er noe som har preget de siste årenes kontroverser om nakkeskader, så er det nettopp uenighet om diagnostikk av nakkeskader ved radiologiske metoder. Det gjelder de bildene som blir tatt etter dr. Kråkenes sin metode, og det gjelder bildene som er tatt av dr. Volle i Tyskland med fMRI²⁹. På side 6 står følgende:

”Det er liten uenighet i fagmiljøet om hvordan de alvorlige nakkeskadene WAD-grad 4 skal behandles. Dette er skader som primært blir tatt hånd om ved nevrokirurgiske avdelinger. Arbeidsgruppen har derfor ikke sett det formålstjenlig å omhandle denne pasientgruppen nærmere i rapporten bortsett fra at de kort er nevnt under avsnittet om kirurgisk behandling.”

Her påstår man - på samme måte som SMM-rapporten - at det er liten uenighet om behandling av de alvorlige nakkeskadene - WAD grad IV. Dette er tidligere beskrevet som en bløff fra SMM-utvalget, og det er en like opplagt bløff fra Aarsethutvalget. Man hevder videre at gruppen ikke har funnet det formålstjenlig å omhandle denne pasientgruppen. Det er en merkelig formulering når man vet at direktoratet helt konkret ba departementet om å bli fritatt for dette arbeidet, med denne begrunnelsen:

”Det er neppe mulig for direktoratet å lage en oversikt over dokumentert medisinsk behandling eller å angi aktuelle behandlingstilbud på hele fagområdet i Norge.”
(brevet av 16.03.07)

KRANIOCERVICAL FIKSASJON³⁰

Dersom man leser avsnittet om kirurgisk behandling så står det ikke noe om WAD grad IV der (rapporten s. 27). Det står imidlertid noe om indikasjon for kirurgisk avstiving:

”Craniocervikal fiksasjonskirurgi utføres ved alle nevrokirurgiske avdelinger i Norge. Indikasjonene er tilstander som leddgikt, svulster og frakturer der det foreligger alvorlig fare for skade av nervesystemet.”

Dette er skrevet mot bedre vitende. Verken leddgikt eller svulster er i seg selv indikasjon for operasjon. Operasjonsindikasjon i alle disse tilfellene er cervikal instabilitet (se uttalelsen fra dr. Wester 2001 tilbake på side 9 i brevet her). Som konklusjon skriver man:

”Det er i dag ikke indikasjon for å tilby operativ behandling i form av kraniocervikal fiksasjon på indikasjonen ”Kronisk nakkeslengsyndrom”, da det ikke foreligger en sikker sammenheng mellom nakkeslengtraumet og eventuell strukturell skade.”

²⁹ Forklaring på fMRI: Funksjons MR-undersøkelse – bilder som kan vise feil i bevegelsesmønstre.

³⁰ Kraniocervikal fiksasjon: Avstiving av overgangen hode/nakke.

Bakgrunnen for disse formuleringene finnes i vedlegg 4, som er en artikkel fra Tidsskrift for Den norske lægeforening (nr. 21 - 2005). Merkelig nok har man bare lagt ved første side av en artikkel på 6 sider. Overskriften lyder slik:

"Kronisk nakkeslengsyndrom er ingen indikasjon for kraniocervikal fiksasjon".

Artikkelen er undertegnet av en rekke personer fra det nevrologiske/nevrokirurgiske spesialistmiljøet. Vi vil betegne artikkelen som et forsøk på å føre leserne bak lyset.

Artikkelen dreier seg om "kronisk nakkeslengsyndrom". Syndrom betyr at flere symptomer er til stede samtidig, og dette dreier seg altså om de symptomene som kan følge etter en nakkeslengskade. Spørsmålet er hvilken skadegrad av WAD det dreier seg om? Svaret finner man på side 2 (som altså ikke er tatt med i vedlegget):

"Kronisk nakkeslengsyndrom tilsvarende grad 1 og 2 på WAD-skalaen, det vil si pasienter med nakkesmerter med eller uten tegn fra muskel- og skjelettapparatet, men uten nevrologiske funn eller brudd/dislokasjoner." (altså heller ingen radiologiske funn)

Artikkelens budskap er altså at man ikke skal operere pasienter med WAD grad II. Pasienter som altså ikke har fått påvist verken nevrologisk skader eller muskel- skjelettskader, og kanskje heller ikke har tegn fra muskel- skjelettsystemet!! Selvsagt skal man ikke det. Det er jo ganske meningsløst å operere uten å ha lokalisert skadens art, og uten å ha påvist hvor skaden er. Hvorfor skrive en artikkel på seks sider for å argumentere mot slike operasjoner, når ingen er uenig? Forklaringen er at spesialistene prøver å jukse med hva som er operasjonsindikasjon.

Vi gjentar derfor at operasjonsindikasjon er radiologisk påvist instabilitet. Kjernen i dette er at pasienter, som har fått påvist instabilitet ved radiologiske metoder ikke hører til WAD grad II, men til WAD grad IV. De har ikke bare nakkeslengsymptomer, de har også fått påvist en konkret årsak til problemene.

Artikkelen til de norske spesialistene er en pinlig affære og et ufint forsøk på å få leserne til å tro at nakkeslengskadde, med WAD grad I og II, altså pasienter uten noen nevrologiske eller radiologiske funn, blir operert i Tyskland.

Sannheten er at pasientene som har reist til Tyskland, aldri er blitt vurdert for instabilitet i Norge. Dr. Wester har forklart hvorfor: Man har ikke vært klar over at slike skader eksisterte!! Først når pasientene har kommet til Tyskland, har mange fått rede på at de har instabilitet som følge av alvorlige skader på leddbånd/ligamenter. Det er heller ikke slik at alle pasienter med instabilitet blir anbefalt operasjon i Tyskland. Dette framgår også av de sidene til vedlegg 4 som Aarseth utvalget har glemt å legge ved rapporten.

Videre i Aarseth-rapporten refereres det til den samme rapporten som dr. Wester refererte til i 2001, hvor dr. Volle og dr. Montazem hadde undersøkt 420 pasienter med antatte skader i overgangen mellom hodet og nakken. Av disse fikk 72 påvist instabilitet - som følge av hel eller delvis ruptur på ligamenter - og 42 ble operert. Det er altså ikke noe eksperimentelt med disse operasjonene, og de gjøres på den internasjonale indikasjonen som er instabilitet.

DIAGNOSENE SOM BLE "GLEMT"

Den klareste indikasjonen på at spesialistene/Aarsethutvalget fortegner virkeligheten - og underslår viktig informasjon - gjelder beskrivelsen av diagnoser. Disse er listet opp på s. 8 i rapporten. På samme måte som SMM-rapporten, unnlater utvalget å gjengi diagnosen S.13.4 slik den står i ICD-10. Man beskriver diagnosen kun med betegnelsen Nakkeslengskade. Men i ICD-10 omhandler diagnosen som tidligere nevnt også: "Forstuvning og forstrekning i cervicalcolumna" spesifisert til "Atlantoaxialledd" (leddet mellom første og annen virvel), "Atlantookspitalledd"³¹, "Fremre longitudinale ligament".

Skader i dette området som påvises ved den metoden som Dr. Kråkenes har beskrevet i sin doktorgrad fra 2004, og de ligamentene som dr. Kråkenes har undersøkt, er nettopp de ligamentene som holder sammen skallen, Atlas³² og Axis³³. Hvorfor glemmer man å nevne dette, når det nettopp er ledd- og leddbåndskader i denne delen av nakken, som har stått i fokus siden SMM-rapporten ble framlagt?

Dersom ligamentskadene medfører instabilitet, slik dr. Wester har beskrevet, så kan slik instabilitet best påvises ved den metoden som Dr. Volle har utviklet i Tyskland. Rapporten fra Aarsethutvalget glemmer helt at begrepet instabilitet eksisterer, og man glemmer derfor også å ta det med i den vedlagte ordlisten. Det peker mot bevisst utelatelse av svært sentral informasjon. Dette framgår kanskje klart ved å vise til to sentrale diagnoser som utvalget har utelatt. Dette gjelder:

- M 24.2 Ligamentskade. Instabilitet etter gammel ligamentskade
- M 53.2 Spinal instabilitet

Ordet spinal i M 53.2 betyr ryggstøyle, og ved å føye til et siffer kan man entydig beskrive hvor instabiliteten er. Diagnosen M 53.21, spinal instabilitet, forteller at instabiliteten ligger øverst i nakken, altså i den kranio-cervikale overgangen.

Det er vanskelig å forstå hvordan det er mulig at norske nakkespesialister kan glemme å ta med disse diagnosene, som jo forteller at ligamentskader og instabilitet er helt vanlige begreper i internasjonal medisin, og har vært det fra ICD-10 kom ut i 1998. Forskningen på slike skader var allerede på det tidspunktet kommet så langt at WHO kunne ta disse diagnosene med i ICD-10. Søk på internett på ordene cervical instability gir 56 000 treff. Instabilitet er altså et velkjent begrep, og internasjonalt er instabilitet den viktigste operasjonsindikasjonen i denne delen av nakken.

Den systematiske utelatelsen av opplysninger som dreier seg om ligamentskader og instabilitet, peker sterkt i retning av at Aarsethutvalget bevisst har prøvd å tåkelegge fakta.

SOCIALSTYRELSEN RAPPORT 2007

Socialstyrelsen i Sverige er en statlig myndighet under Socialdepartementet. I 2006 besluttet den svenske regjering å gi Socialstyrelsen og Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i oppdrag å utrede/beskrive forutsetningene for studier av kirurgisk behandling av instabilitetskader i Sverige. Rapporten ble framlagt i februar 2007.

³¹ Atlantookspitalledd: Ledd mellom kraniet og halssøylens første virvel.

³² Atlas: Halssøylens første (øverste) virvel (C1).

³³ Axis: Halssøylens andre virvel (C2).

Socialstyrelsen konkluderer med at det finnes kompetanse i Sverige for å gjennomføre ”vetenskapelige studier av stabiliserende kirurgi ved diagnostisert instabilitet”. En forutsetning for slike operasjoner er at instabilitet er blitt påvist ved pålitelige radiologiske metode. Både nevrokirurgisk avdeling i Lund og Stockhom Spine Center har skissert opplegg for å gjennomføre slike operasjoner.

I følge rapporten kan instabilitet påvises ved hjelp av de radiologiske metodene til dr. Kråkenes (MRI) og Mikkonen m.fl (fMRI). Det er svært påfallende at man henviser til Mikkonen og ikke til dr. Volle, når metodene er så å si identiske. At man velger å henvise til en artikkel av Mikkonen fra 2006, og ikke til Volle, som har mer enn 10 års erfaringskompetanse med fMRI, kan forklares på to måter. For det første gjelder dette svenske legers og helsemyndigheters frykt for å tape prestisje. Etter at man i alle år har betegnet Volle sin diagnostikk som useriøs, er det selvsagt vanskelig å innrømme at Volle faktisk har hatt rett hele tiden. Et annet og like viktig poeng er at når man først tvinges til å innrømme problemet, så er det viktig å framstille saken som et resultat av helt ny erkjennelse. Da slipper man å ta ansvar for de grove forsømmelsene som er gjort i mellomtiden.

Vi mener imidlertid at kombinasjonen av dr. Kråkens sin metode og funksjonell MRI er svært god. Ved hjelp av dr. Kråkenes sine bilder (MRI) kan man påvise konkrete skader, og ved funksjonell MRI kan man påvise om skadene har medført instabilitet.

Socialstyrelsen har nå sendt rapporten videre til den svenske regjeringen, og det er derfor opp til svenske politikere å avgjøre hva som skal skje videre.

Uansett utfall av dette, så er det nå udiskutabelt at instabilitet kan oppstå etter nakkeskade, og at dette er en så alvorlig tilstand at operasjon kan være aktuelt. Radiologisk kan instabiliteten påvises ved funksjonell MRI.

Hvis det er mistanke om instabilitet etter nakkeskade er det vårt krav at alle pasienter - uavhengig av økonomisk evne - skal ha tilbud om denne type undersøkelse.³⁴

³⁴ Boken ”Helseløs og rettsløs” av Thorleif Næss, Commentum forlag 2006, gir en god innføring i nakkens anatomi og nakkeskader. Boken omhandler både medisinske, helse- og trygdepolitiske og juridiske sider ved nakkeskadeproblematikken.