

## DEN NEUROLOGISKE BLINDGATEN

Årlig blir mellom 25-30 000 personer i Norge utsatt for uhell/ulykke som medfører skade i nakken. Mange blir skadd i trafikkulykker, men like mange blir skadd i arbeidsulykker eller i forbindelse med idrett eller fritidsaktiviteter.

Omfanget av slike skader blir omtalt i to norske rapporter, SMM-rapport nr. 5/2000 : "Nakkeslengskade" og i helsedirektoratets rapport : "Nakkeslengassosierte nakkeskader" fra 2006. Begge rapportene hevder at tallet på slike skader er 2000 pr. år.

Av notatet "Misvisende og mangelfull statistikk om nakkeskader" framgår det klart det offisielle tallet er sterkt misvisende. Notatet bygger på tall fra den svenske Whiplashkommissionen, og fra Task Force on Neck Pain , gjengitt i det medisinske tidsskriftet Spine . Tallet på skadde i Norge ligger derfor på mellom 25- og 30 000 pr. år

90% av skadene gjelder bløtdeler i muskel- og skjelettsystemet som forstuing av leddbånd og/eller forstrekking av muskulatur. Slike skader lar seg ikke påvise ved neurologisk eller radiologisk diagnostikk, og skadene leger seg selv i løpet av noen uker - i nakken som i kroppen for øvrig. Dette er skader av grad I og II og betegnes som **nakkeslengskader**.

Ca. 10 % er mer alvorlige **nakkeskader** som medfører kroniske problemer. Grad III angår **nervesystemet** og grad IV angår **muskel-skjelettsystemet**.

- Grad III . Skade/trykk på **nervesystemet** (nerverøtter /ryggmarg) med **neurologiske utfall** . Som det framgår av den skjematiske oversikten kommer personer med slike skader før eller siden til spesialistvurdering hos nevrolog, og får i de fleste tilfeller en forsvarlig vurdering/behandling.
- Grad IV. Skader **i muskel-skjelettsystemet** som brudd i virvler, eller leddbåndskader hvor leddbånd er mer enn forstuet, dvs. helt eller delvis avrevet. Slike skader kan medføre **instabilitet** som er indikasjon for operasjon. Det er for denne pasientgruppen at nevrologene representerer et blindspor

Ved større ulykker med alvorlige personskader er det vanlig å tilkalle ambulanse.

Ambulansepersonell har klare retningslinjer for seleksjon av pasienter som må fraktes til akuttmottak. Ved mistanke om alvorlige nakkeskader skal nakken stabiliseres, slik at transport til akuttmottak kan foregå uten at nakken utsettes for vridning eller bøyning. Ved nevrokirurgisk akuttmottak har man også klare retningslinjer for å vurdere om skaden er **stabil eller instabil** og om det foreligger **neurologiske utfall**.

Av svarene som LFN har fått fra de nevrokirurgiske avdelingene ved universitetsklinikkene i Bergen og Stavanger framgår det at pasienter med instabile skader får adekvat behandling , også avstivingskirurgi, uavhengig av om årsaken til instabiliteten er bruddskade eller avrevne leddbånd.

Problemet for pasienter med alvorlige nakkeskader er at skadene ikke er synlige. Derfor er det bare en liten del av disse pasientene som blir diagnostisert og behandlet direkte ved en nevrokirurgisk avdeling. De fleste havner på legevakt eller hos primærlege.

Men verken hos primærlege eller på legevakten har man kompetanse eller radiologisk utstyr til å avdekke mulige instabile skader. Rådet som primærhelsetjenesten har fått av norske "nakkespesialister" er å betrakte alle nakkeskader som nakkeslengskader. Nevrolog og

psykiater Opjordsmoen, som har vært Legeforeningens fremste talsmann i slike saker, formulerte allerede i 1994 det rådet som primærlegene følger i dag:

”Ved en vanlig nakkeslengskade kan man trygt opplyse om at det kun foreligger en bløtdelskade som vil heles av seg selv... For at pasienten skal bli beroliget må legen opptre sikkert og inngi tillit”

Rådet er meningsløst fordi primærlegene selvsagt ikke kan vite at det dreier seg om en vanlig nakkeslengskade, før alvorlige nakkeskader er utelukket.

Etter måneder og år med henvisninger til behandling, som i mange tilfeller forverrer situasjonen, blir disse pasientene henvist til spesialisthelsetjenesten. I norsk helsevesen betyr det henvisning til nevrolog. Som beskrevet kan nevrologer avdekke nevrologiske utfall, men har ingen kompetanse på leddbåndskader.

I læreboken ”Nevrologi og nevrokirurgi” (2010) blir skader med nevrologiske utfall regnet som alvorligste grad av nakkeskader. Skadegrad IV inngår derfor ikke i nevrologens pensum. Når pasientenes smerter og symptomer ikke stemmer overens med trykk/skade på nervesystemet, er nevrologenes verktøykasse derfor tom

Nevrologens problem er nå å frita seg selv for videre ansvar. For dette formålet er det etablert praksis å la psykologer personlighetsteste pasientene. Metoden er idiotsikker, fordi svaret alltid blir at pasienten har en psykosomatisk personlighetsprofil.

Mange henvises også til psykiatere, som oppfatter smerter og symptomer som tegn på funksjonell lidelse, på linje med uforklarlige lidelser som hypokondri, utbrenthet og fibromylagi.

Gjennom spesialistundersøkelse hos nevrolog, som ikke har faglig kompetanse på de alvorligste skadene - blir pasientene stigmatisert med påstander om at smerter/og symptomer ikke har sin årsak i fysisk skade - men i pasientens psyke.

I mer enn 20 år har norsk primærhelsetjeneste møtt alvorlige nakkeskadde med falsk optimisme og bagatellisering, og nevrologispecialistenes bidrag har vært å legge skam til skade.

Fordi de alvorligste skadene ikke blir oppdaget får denne pasientgruppen feil diagnose, og feil behandling. I den grad de får en somatisk diagnose blir det **S.13.4 nakkeslengskade**.

Dette er diagnosen som NAV bruker på alle nakkeskadde, og alle dommer og kjennelser i norsk Høyesterett bygger på at det dreier seg om slike lette skader. Nevrologer, psykologer og psykiatere, som utgjør det norske nakkeforskermiljøet, er også av den oppfatning at alle nakkeskadde har en **nakkeslengskade av grad I eller II**. Gåten for disse miljøene er hvorfor så mange nakkeslengskadde får kroniske og alvorlige helseproblemer - etter at de lette skadene for lengst skulle vært leget.

Svaret er at en stor del av disse pasientene har alvorlige udiagnostiserte skader - skader som med nødvendighet medfører nettopp de smertene og symptomene som pasientene forteller om, og som forskerne feiltolker som psykosomatiske eller funksjonelle.

Mai, 2016

For Nakkeforbundet

Jon Birger Eldevik  
Leder