



Helse- og omsorgsminister Bent Høie  
Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

Høyanger 12. februar 2017

## **PASIENTENES HELSETJENESTE**

gjelder det også for pasienter med alvorlige nakkeskader?

I januar 2016 sendte Nakkeforbundet Dem et brev, hvor vi påpekte at helsevesenet ignorerer alvorlige nakkeskader av grad 4, med hel eller delvis avriving av leddbånd.

Slike skader medfører cervikal instabilitet, og en økende grad av uførhet med kroniske smerter i nakke, hode, kjeve og alvorlige symptomer som utmattelse, konsentrasjonsvansker og problemer med syn og hørsel.

Fordi spesialisthelsetjenesten nekter å ta i bruk dynamisk/funksjonell bildediagnostikk, som kan avdekke skadene, ba vi om at De som helseminister tok ansvar.

Vi ba også om at De tok initiativ til å få etablert en felles forståelse/konsensus, når det gjelder skadegrader og diagnoser. Et initiativ som ble foreslått av Sonja Sjøli (H) i et spørsmål til helseminister Tore Tønne allerede i 2001.

Vi tilbød oss å bidra med konstruktive og realistiske innspill for å rydde opp i det kaoset av uforstand, synsing og ansvarsfraskrivelse, som denne pasientgruppen møter i norsk helsevesen.

### **Visjonen om pasientenes helsetjeneste**

Vi hadde håpet at De ville svare på henvendelsen, fordi talene De holdt 07.01.2014 (Sykehustalen) og (Bedre tilbud til pasienter med uavklarte lidelser), så klart understreket viktigheten av å lytte til pasientene og pasientorganisasjonene, for å nå Deres visjon om Pasientenes helsetjeneste.



## **Nakkeforbundet mener at burde kjenne vår situasjon.**

Som tidligere leder for Helse- og omsorgskomiteen for perioden 2009 til 2013, har De mottatt omfattende dokumentasjon på at norsk helsevesen ikke vil ta i bruk diagnostikk som kan skille lette nakkeslengskader av grad 1 og 2, fra invalidiserende skader av grad 4. Vi finner ingen medisinsk begrunnelse for dette.

Vi vil hevde at spesialistene ser seg best tjent med å beskrive alle skader som nakkeslengskader, fordi slike skader leger seg selv. Da slipper de ansvar for grove feilvurderinger i fortid, og ansvarsfrihet i framtid.

Nakkeforbundet mener at norsk helsevesen, på alle nivåer, har fått "nakkesleng på hjernen". Søker man nakkeskade på helsenorge.no så får man ingen treff. Det eneste man får opp er nakkeslengskade, med referanse til BMJ Best Practice. At BMJ Best Practice har en langt mer relevant beskrivelse av nakkeskade, er åpenbart ukjent for Helsebiblioteket (Se vedlegg 2)

I Deres periode som komiteleder, tok andre medlemmer av komiteen initiativ til 14 spørsmål om vår situasjon, stilet til helseministrene Bjarne Håkon Hansen, Anne-Grete Strøm-Erichsen og Jonas Gahr Støre.

Etter at "Landsfunksjon for kompliserte nakkelidelser" ble lagt til St. Olavs i 2004, kan saksbehandling og saksgang beskrives slik:

- 1 Spørsmål videresendes til Helsedirektoratet.
- 2 Helsedirektoratet videresender spørsmål til spesialistene ved St. Olavs.
- 3 Svarene fra St. Olavs er systematisk avvisende, bagatelliserende, villedende.
- 4 Spesialistene feilinformerer derfor Helsedirektoratet.
- 5 Helsedirektoratet feilinformerer i sin tur helseministrene.
- 6 Helseministrene feilinformerer til slutt medlemmene i Helse- og omsorgskomiteen og Stortinget.

Denne ufruktbare korrespondansen har pågått i 13 år, med svært alvorlige konsekvenser for våre medlemmer.

Skadene vi snakker om, rammer ikke bare enkeltpersoner, de rammer også deres nærmeste familie.

Anslagsvis vil 1800 personer årlig pådra seg nakkeskader som medfører invaliditet på mellom 10% og 100%. Fordi helsevesenet konsekvent bagatelliserer skadene, lever mange i stor usikkerhet om hvilke skader de har, og hvilke konsekvenser det får. Frykten er berettiget, og betyr en stor psykisk belastning, i tillegg til de alvorlige helseproblemene som følger av den fysiske skaden.

## **Oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet**

Det er mulig at De som Helse- og omsorgsminister, på tross av Deres erfaringskompetanse, er ukjent med at våre medlemmer systematisk blir mistenkeliggjort og feilvurdert. Vi synes imidlertid at det er rart, ettersom det knapt finnes noen annen pasientgruppe hvor avstanden mellom Deres visjon om pasientens helsetjeneste, og pasientenes virkelighet, er større.

Vi registrerer at De ikke svarte på vår henvendelse fra januar 2016. De valgte i stedet å oversende vårt brev til besvarelse i Spesialisthelseavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet. Svaret vi fikk fra HOD var misvisende, fordi det ble hevdet at diagnostikk av nakkeskader ble avklart i en rapport fra Kunnskapssenteret fra oktober 2014: **"Magnetresonanstomografi ved undersøkelse av nakkeskader"**

Fordi vi selv hadde initiert rapporten, hadde vi inngående kjennskap til innholdet, og visste at den var manipulert i forhold til intensjonen om å ta i bruk dynamisk bildediagnostikk for å avdekke unormale funksjonsendringer.

Rapporten refererte til litteratur som utelukkende dreiet seg om skader av grad 1 og 2 - altså nakkeslengskader.

Dette er De kjent med, ettersom De fikk kopi av vårt svar til HOD:

**"MANIPULERT OG VILLEDENDE RAPPORT OM NAKKEDIAGNOSTIKK".**

Saken er tilgjengelig på [Nakkeforbundet.no](http://Nakkeforbundet.no) under headingen MEDIA og ARKIV

I juni 2016 svarte Spesialisthelsetjenesten i HOD følgende:

*"Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke besvare slike faglige spørsmål som Nakkeforbundet tar opp, og oversender derfor forbundets brev med dokumentasjon av forbundets faglige synspunkter til Helsedirektoratet"*

Siden har vi ikke hørt noe, verken fra Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet. Vi har selvsagt purret, men uten å få noen respons

## **Skriftlig spørsmål fra Ketil Kjenseth (V) - juni 2016**

I juni 2016 ble disse problemstillingene igjen aktualisert ved at Kjetil Kjenseth (V), medlem i Helse- og omsorgskomiteen, stilte Dem følgende spørsmål:

***Vil statsråden ta initiativ til å utrede investering i og kompetanse knyttet til en såkalt åpen MR-maskin i Norge?***

Med åpen MR- maskin kan man ta dynamiske bilder, slik Nakkeforbundet har bedt om. Kjenseth begrunnet spørsmålet med henvisning til at pasienter med nakke-, rygg- og kjeveproblemer over flere år hadde tatt til ordet for økt kompetanse, bedre diagnostikk og bedre behandling. Han viste til at Skottland allerede i 2002 hadde tatt i bruk åpen MR-maskin.

Han spurte også om muligheten for second opinion i utlandet, og om muligheten for at pasienter, som ble diagnostisert i utlandet, kunne få refundert sine utgifter fra norske helsemyndigheter. Med Kjenseth sitt initiativ er det nå blitt stilt til sammen 27 spørsmål om manglende diagnostikk av nakkeskade i Norge. Det illustrerer at det er politisk vilje til å løse problemet, men at de svarene som de norske spesialistene har kommet med, ikke på noen måte har bidratt til et bedre helsevesen for nakkeskade.

Som vanlig ble spørsmålet oversendt fra Dem til Helsedirektoratet, og Deres svar til Kjenseth bygger på informasjon derfra.

### **Konsultasjon med MR- senteret ved St. Olavs Hospital**

Som nevnt har vi lang erfaring med at informasjonen fra Direktoratet er misvisende, og vi ba derfor om innsyn i det svaret som ble oversendt Dem (se vedlegg 3).

Som De vet var svaret uadressert, udatert og usignert. Det framgår at Helsedirektoratet har konsultert MR- senteret ved St. Olavs Hospital.

Vi vil kommentere følgende:

NN ved MR- senteret hevder at åpen MR først og fremst er et tilbud til pasienter som opplever klaustrofobi i en konvensjonell MR- maskin.

Det sies at stående MR kan være indisert hos noen få personer, og at St. Olav årlig sender 3-4 pasienter til undersøkelse i Danmark, og dette dekker deres behov for bruk av åpen MR.

Nakkeforbundet har bedt Helsedirektoratet om opplysninger om hvilke indikasjoner det dreier seg om, og navn på klinikken. Direktoratet har svart at vi selv måtte henvende oss til St. Olavs for å få opplysninger.

Det gjorde vi i begynnelsen av desember, og vi purret i januar 2017 - uten å få svar.

Vi har konsultert pasientforeninger og klinikker i Danmark, og funnet at klinikken som MR- senteret henviser til, ligger i København. Her finnes en åpen MR- maskin hvor pasienter med klaustrofobi undersøkes i liggende stilling.

Samme type maskin finnes også på Martina Hansens Hospital i Oslo, og beskrives slik: ***"Afdelingen har MR maskin med åpen løsning. Det vil si at pasienten ligger på et bord og ikke inne i en trommel. Dette gjør at pasienter med klaustrofobi og smerter kan få en bedre opplevelse under MR- maskinen"***

Begge klinikkene er klare på at disse maskinene ikke benyttes til funksjonsundersøkelser i nakken.

I svaret fra MR- senteret vises det faktisk til fordeler ved åpen MR:

***"Ved undersøkelser i stående stilling kan det også være lettere å ta bilder med bevegelsesutslag, for eksempel med rotasjon i nakken"***.

Men med følgende beskrivelse bringes dette raskt tilbake til norsk virkelighet:

«På tross av disse teoretiske fordelene ... har slike maskiner fått svært begrenset utbredelse. Så vidt vi kjenner til er det bare en slik maskin i Skandinavia (i København). Årsaken er hovedsaklig at oppreiste MR- maskiner har vist seg å ha begrenset nytteverdi i forhold til kostnadene».

Det henvises også til upright MRI i London, hvor man kan påvise instabilitet. Om instabilitet skriver NN følgende:

*”Denne diagnostikken er omstridt og ikke allment akseptert verken i det radiologiske eller det kirurgiske fagmiljøet. Verdien av slik diagnostikk er ikke vitenskapelig dokumentert. Tilgangen på en stående MR- maskin ved norske sykehus vil ikke endre synet på denne diagnostikken. ... Det er neppe hensiktsmessig å bygge opp et eget norsk forskningsmiljø når slike maskiner har vært i drift i mer enn 20 år i andre land.”*

Vi mener at NN gir et greit bilde av det faglige nivået som vår skadegruppe møter i norsk spesialisthelsetjeneste.

Mange av våre medlemmer har fått påvist alvorlige skader i utlandet, men opplevd at det norske spesialistmiljøet har avvist funnene, og nektet å se på de funksjonsbildene som viser skadene. Men det er oppsiktsvekkende at talspersonen for disse miljøene, NN fra St. Olavs, ikke vil endre synet på diagnostikk og funn, selv om helsemyndighetene skulle fatte vedtak om å ta i bruk slik teknologi ved sykehus i Norge.

Vi har altså et "spesialistmiljø", som ikke vil se på funksjonsbilder som pasienter har tatt i utlandet, og som heller ikke vil ta i bruk teknologi som har vært i drift i mer enn 20 år i andre land.

At spesialistmiljøene i dag ikke kjenner til , eller bevisst unnlater å informere om at åpen MR teknologi ble tatt i bruk i Norge for mer enn 17 år siden er graverende (Se vedlegg 4).

### **Den vitenskapelige dokumentasjonen fra MR- senteret**

Som vitenskapelig dokumentasjon vises det til en artikkel fra 2011:

*Dahabreh IJ et al, Ann Intern Med 2011;155:616-624*

Vi søkte etter artikkelen på nettet, men møtte en betalingsvegg for å få tilgang. Etter henvendelse til Helsedirektoratet, fikk vi artikkelen på mail.

Artikkelen fra Annals of Internal Medicine er en forkortet utgave av en større rapport fra Agency for Healthcare Research and Quality 2011:

### **Emerging MRI Technologies for Imaging Musculoskeletal Disorders Under Loading Stress**

Med vedlegg er artikkelen på 16 sider. Rapporten er på 102 sider, og inneholder detaljert informasjon om hvilke kroppsdeler man har undersøkt (se vedleggene 5 og 6)

Vi beklager å måtte henvise til litteratur som er tungt stoff, både teknisk og medisinskfaglig. Men det er den eneste måten vi kan dokumentere at NN på MR- senteret knapt kan ha lest hva som står i artikkelen, og hva artikkelen bygger på.

Også den omtalte rapporten fra Kunnskapscenteret dreiet seg om det samme. Å gi faglige uholdbare argumenter, et skinn av vitenskapelighet og "allment anerkjent kunnskap", ved henvisning til litteratur som er irrelevant.

En generell innvending mot å vektlegge artikkel og rapport er årstallet 2011. Konklusjonene i rapporten bygger på studier utført i tidsrommet fra 1975 til 2010. Fordi teknologi for dynamisk bildediagnostikk, som åpen MR , kan avdekke skader/unormal funksjon som vanlig MR- teknologi ikke fanger opp, har tilbudet , bruken og litteraturen om dette hatt kraftig vekst - særlig de siste årene . Vi mener at det er sært å søke i litteratur som er nærmere 40 år gammel, når den teknologiske utviklingen har skjedd i løpet av de siste 10-året.

Vi mener at det er sært å søke i litteratur som er nærmere 40 år gammel, når den teknologiske utviklingen har skjedd i løpet av de siste 10-året.

Søk og utvelgelse blir detaljert beskrevet i rapporten. Resultatet blir beskrevet i artikkelen, side W193 (appendix figure 2). I utgangspunktet vurderte man 5984 studier. Av disse ble det valgt ut 416 artikler i full tekst. 361 artikler ble ekskludert, og man endte til slutt opp med 57 studier som altså omhandlet undersøkelser av muskel- skjelett ved hjelp av åpen MRI og vanlig MRI med vektbelastning.

Vi velger å forholde oss til åpen MRI, siden spørsmålet fra Kjenseth dreiet seg om det. I rapporten finner vi følgende beskrivelse av litteratursøket:

*"We searched for studies that used MRI with weight-bearing or stress-loading protocols in patients with musculoskeletal conditions, published from 1975 to September 2010. We combined MeSH or search terms for MRI, terms relevant to weight-bearing or loading devices and techniques (e.g., dynamic, vertical, upright, stand\*, seat\*, open, position\*, weight bearing, axial\$ or load\$), and terms relevant to patient populations (e.g., spinal osteophytosis, intervertebral disk displacement, spinal stenosis, spondylolisthesis, thoracic vertebrae, or whiplash injuries)."*

e.g betyr for eksempel. Nakkeskader blir altså tatt med som et eksempel på pasientgruppe som kan undersøkes med åpen MRI, men rapporten omtaler ingen studier om dette!

Hvilke deler av muskel- skjelettsystemet er det så rapporten og artikkelen omhandler? Dette finnes det detaljert informasjon om i rapporten i appendix E og F.

I artikkelen (appendix table 4, sidene W-195 -197), finner man en oversikt over de studier som man har lagt særlig vekt på. Det gjelder 11 studier på korsrygg og 2 studier på fot, men ingen studier om nakke.

En grovinnstilling av hvilke anatomiske områder som er undersøkt, finnes som appendix table 2 (side W-193).

Vi gjengir det som angår åpen MRI (open, positional, weight-bearing MRI):

Anatomisk område	antall studier
Cervical spine (nakke)	2
Lumbar spine (korsrygg)	20
Knee (kne)	6
Upper extremities (armene)	2
Lower extremities (beina)	2
Multiple regions (flere områder)	4

I artikkelen finnes det altså 2 henvisninger til nakke. Det er det hele.

Hvilke studier det dreier seg om, og hvilke konklusjoner man kan trekke av disse, blir ikke omtalt, hverken i rapporten eller artikkelen. Av dette kan vi trekke en klar og u diskutabel konklusjon:

Artikkelen, som Helsedirektoratet og St. Olavs hospital henviser til, kan være relevant for korsrygg, men er irrelevant for Nakkeforbundets medlemmer.

Nakkeforbundet har skriftlig bedt Helsedirektoratet og St. Olavs om å oppgi hvilke studier som angår nakkeskader. Det har vi ikke fått svar på.

Vi har derfor finlest de 80 referansene som finnes på sidene 622 og 624 i artikkelen og funnet fram til de studiene som angår nakke. Det gjelder følgende:

#### **Referansenummer 21**

**Daffner SD, Xin J, Taghavi CE, Hymanson HJ, Mudiyaam C, Hongyu W, et al.** Cervical segmental motion at levels adjacent to disc herniation as determined with kinetic magnetic resonance imaging. Spine (Phila Pa 1976). 2009;

Artikkelen sier at kMRI (kinematic MRI) er et alternativ til vanlig MRI, som tillater en mer fysiologisk vekt bærende posisjon, og tilrettelegging for bilder i bøyning, strekking og nøytral stilling.

Artikkelen slår ganske enkelt fast at man har brukt åpen kMRI og oppsummerer resultatet. Artikkelen kan ikke på noen måte brukes som argument for ikke å ta denne teknologien i bruk.

Finnes på <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19829252>

**Elizabeth L. Lord Raed Alobaidan Shinji Takahashi Jeremiah R. Cohen Christopher J. Wang Benjamin J. Wang Jeffrey C. Wang**

Kinetic Magnetic Resonance Imaging of the Cervical Spine: A Review of the Literature  
Global Spine J 2014;4:121–128.

Denne artikkelen står ikke i referanselisten, fordi den er skrevet i 2014. Vi har tatt den med fordi den representerer mer oppdatert litteratur hvor artikkelen som er nevnt over inngår i referanselisten. Artikkelen konkluderer med følgende:

**kMRI er i stand til å demonstrere funn, som ikke er synlige ved vanlig MRI. Det kan være nyttig i situasjoner hvor konvensjonelle bilder og diagnostiske teknikker mislykkes i å identifisere årsaken til pasienten patologi.**

Finnes på <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078104/>

#### **Referansenummer 36**

**Morishita Y, Naito M, Hymanson H, Miyazaki M, Wu G, Wang JC.**

The relationship between the cervical spinal canal diameter and the pathological changes in the cervical spine. Eur Spine J. 2009;18:877-83.

Artikkelen oppgir at 295 pasienter ble undersøkt i vektbærende stilling med cervical MRI og dynamisk bevegelse (bøying, nøytral og strekking), og resultatene av disse undersøkelsene. Ikke et ord her som kan tolkes som skepsis eller kritikk av åpen MRI.

Finnes på <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19357877>

#### **Deres svar på spørsmålet fra Kjetil Kjenseth**

Vi synes det er oppløftende at De så klart har frontet visjonen om pasientenes helsetjeneste. Samtidig opplever vi at Deres svar til oss som pasientorganisasjon, ender opp med et svar som er blottet for et slikt perspektiv.

Det er mulig at vi har tatt feil når det gjelder Deres kunnskap om vår situasjon. Kanskje er De dårlig orientert? Kanskje velger De å stole på de norske spesialistene, og helsebyråkratiet. Det bidrar i så fall dessverre til å legitimere informasjon som ikke på noen måte er saklig, kunnskapsbasert eller vitenskapelig.

I svaret til Kjenseth skriver De at det ikke er "dokumentert behov for slike undersøkelser i et omfang som vil forsvare investering og drift av en åpen MR-maskin".



Er dette bare avskrift av notatet fra MR- senteret, som jo hevder at åpen MR kan være indisert hos 3- 4 pasienter med klaustrofobi, eller er det Deres mening at dynamisk bildediagnostikk/åpen MR ikke bør tas i bruk på grunn av kostnadene ved investering og drift?

Antall pasienter, som burde ha et selvsagt krav om å få avklart spørsmålet om instabilitet, ligger mellom 1500-2000 pr. år. Ville Deres kost/nyttebetraktning fått en annen konklusjon, hvis de hadde visst om dette omfanget?

Det er spesielt frustrerende når De mener at bruk av åpen MR skal gjennom system for Nye metoder og baseres på kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag fra Kunnskapsenteret i Folkehelseinstituttet.

At beslutninger tilslutt skal fattes i Beslutningsforum av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene, betyr en ytterligere byråkratisering og en pulverisering av ansvar. Pasientenes helsetjeneste er det definitivt ikke.

### **Nakkeforbundets utfordring til Dem som Helse- og omsorgsminister.**

Vi forstår at det er vanskelig å fremme forslag/ta initiativ som går på tvers av spesialistmiljøene. Men når vi kan dokumentere at disse miljøene fusker med fakta, og aktivt motarbeider at dynamisk bildediagnostikk/åpen MR tas i bruk, så mener vi at De som helseminister har et ansvar for å rydde opp.

For at våre medlemmer skal få de pasientrettighetene som andre pasienter tar som en selvfølge, må de få tilgang til diagnostikk som avdekker de skadene de har. At pasienter med de alvorligste skadene i nakken fortsatt er kasterballe i helsevesenet, på grunn av manglende diagnostikk er absurd - men sant!

Etter vår mening kan De ikke forhold Dem likegyldig til det.

Vi ber derfor om at De setter Dem inn i de to sakene som Nakkeforbundet tok opp i 2016.

Begge sakene ligger lett tilgjengelig på [nakkeforbundet.no](http://nakkeforbundet.no)

Hvis noe er uklart, svarer vi gjerne på det. Deretter ber vi om at De tar initiativ til en opprydding når det gjelder skadegrader, diagnoser og begreper. Vi gjentar vårt tidligere tilbud om å bistå med dette. Vi tenker da avklaring av bl.a. følgende:

- hvem har spesialistkompetanse på instabile leddbåndskader i nakken
- betydningen og bruken av begrepene nakkeslengskade og nakkeskade
- forståelsen av begrepet kronisk nakkeslengskade
- viktigheten av at begrepene nakkesleng/whiplash ikke skal brukes, før alvorligere skader er utelukket ved adekvat bildediagnostikk. Dette må gjelde for helsevesen, rettsvesen, forskning og NAV
- nødvendigheten av å kunne skille lette nakkeslengskader av grad 1 og 2 fra de alvorligste instabile nakkeskadene av grad 4



- hvor pasienter skal henvende seg for å få avklart mistanke om cervikal instabilitet
- at dynamisk bildediagnostikk er best egnet til påvise feilfunksjon i ledd
- hvilke diagnoser fra ICD-10 som er best egnet til å beskrive de alvorligste instabile leddbåndskadene i nakken

Med vennlig hilsen  
Nakkeforbundet

Jon Birger Eldevik  
Leder  
977 29 502  
[joneldevik@gmail.com](mailto:joneldevik@gmail.com)

Thorleif Næss  
Styremedlem og talsperson  
404 58 301  
[thorl-na@online.no](mailto:thorl-na@online.no)

Vedlegg nr. 1 - Pasientens helsetjeneste (dette brev).  
Vedlegg nr. 2 – BMJ Best Practice  
Vedlegg nr. 3 – Spørsmål om etablering av «åpen MR» i Norge  
Vedlegg nr. 4 – NTNU – Masteroppgåve  
Vedlegg nr. 5 – Åpen MR – artikkel fra Annals of internal Medicin  
Vedlegg nr. 6 – Effective Health Care program – Technical Brief Number 7

Kopi:  
Medlemmene i Helse- og omsorgskomiteen  
Spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet  
Spesialisthelseavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet