

Helsedirektoratet
Att.: Bente Bryhn
Divisjon spesialisthelsetjenester
Postboks 7000 St. Olavs plass, Oslo
postmottak@helsedir.no

Deres ref.: 116510-39
Vår ref.: pl
Dato: 14.06.2013

Høring. Bildediagnostikk ved a-traumatiske muskel- og skjelettlidelser – anbefalinger for primærhelsetjenesten IS-1899

Det vises til brev av 20.3.2013 med invitasjon til å avgi høringsuttalelse til utkast til Nasjonal retningslinje. Vi takker for anledningen til å komme med bemerkninger.

Norsk Manuellterapeutforening (NMF) har sendt utkastet til retningslinjer i organisasjonen, og vi har følgende kommentarer:

Generelt

NMF vil berømme arbeidsgruppen for å ha utarbeidet et grundig forslag til retningslinjer til bruk i klinikker i primærhelsetjenesten. Vi slutter oss til at bruk av bildediagnostikk skal være forankret og begrunnet i god og grundige klinisk diagnostikk.

Vår erfaring er at faglige retningslinjer er nyttige. Manuellterapeutene utarbeidet i 2003, som første yrkesgruppe i Norge, egne retningslinjer for bildediagnostisk utredning.¹ En studie av Borgen L og medarbeidere (2010)² viste at yrkesgrupper som har og bruker retningslinjer, sjeldnere rekvirerte radiologiske utredninger, enn grupper som ikke har eller bruker retningslinjer. Kjennskapen til retningslinjene blant manuellterapeuter var i studien ca. 70 %, mot ca 20 % blant leger i primærhelsetjeneste og i spesialisthelsetjeneste.

Nakkeslengskader/WAD

Retningslinjene skal i utgangspunktet være begrenset til «billediagnostikk ved a-traumatiske muskel- og skjelettlidelser», men allikevel er det et eget kapittel 3.2 som omhandler nakkeslengskader som vitterlig er traumatiske.

I tillegg kommer at retningslinjene baserer sine anbefalinger på klassifiseringssystemet WAD, som er omdiskutert. Vi viser i denne sammenheng til uttalelse fra Ph.d. manuellterapeut Bertel Rune Kaale, vedlagt.

På denne bakgrunn ber vi om at kapittel 3.2 og anbefalingene knyttet til nakkeslengassosierte skader tas ut av retningslinjene.

¹ Retningslinjer for bildediagnostisk utredning, sist revidert av Manuellterapeutenes Servicekontor oktober 2007. Retningslinjene ble utarbeidet i forbindelse med forsøksprosjektet som gikk forut for en reform av 1.1.2006 som bl.a. ga manuellterapeuter adgang til å sykmelde, henvise til spesialist og fysioterapi og rekvirere bildediagnostikk.

² Clinicians' justification of imaging: do radiation issues play a role? Insights Imaging, publisert online juni 2010

Henvising og Gule flagg

I kapittel 4.6 og 4.7 er det tatt inn avsnitt om «Henvising» og «Gule flagg», som vi mener også faller utenfor disse retningslinjenes kjerneområde. Vi foreslår derfor at disse avsnittene utgår fra retningslinjene for bildediagnostikk.

Til de enkelte punktene i retningslinjene

- 1.4 skulder, tredje kulepunkt (side 13). Her kan det tilføyes at ultralyd også kan påvise patologisk hyperemi.

- 1.4 Skulder, femte kulepunkt (side 13-14). Vi er enig i at bildediagnostikk ikke behøves initialt, men både MR og ultralyd kan gi nyttig tilleggsinformasjon ved disse tilstandene. MR stiller oftere enn før diagnosen frozen shoulder på grunn av fortykket rotatorintervall, og ved hjelp av ultralyd kan man ofte se økt væske i biceps' omslagsfold, samt hyperemi i rotatorintervallet medialt for biceps. MR kan også si om AC leddet har påleiringer som trykker ned i supraspinatus. I tillegg kan det avdekke mange skjulte forhold, som kalk, rupturer mm.

- 1.5 Albue, første kulepunkt (side 14). Ultralyd (UL) er en god metode ved bløtdelsplager som tennisalbue, og artritt i albueledd. Man ser svært ofte makroskopiske rifter i ekstensor carpi radialis brevis, patologisk intratendinøs hyperemi, og man kan se båndskader. UL er følsom for å påvise væske, artritt (RA og reaktive artritt) og hyperemi.

- 1.5 Albue, tilstander der bildediagnostikk *ikke* anbefales (side 14). Vi mener UL definitivt bør anbefales ved smerter ved epikondylene og bursitter. UL bør anbefales også ved inflammatorisk leddsykdom. Det er en meget god metode for å se etter artritt. Revmatiske avdelinger bruker ofte UL til dette. Dersom allmennleger og manuellterapeuter i førstelinjetjenesten kjenner muligheten og henviser til andre i førstelinje m ultralydkunnskap, kan viktig tid vinnes, og prioriteringer for henvisning til spesialisthelsetjenesten kan skje på et bedre diagnostisk grunnlag.

- 1.6 Hånd/håndledd, tilstander der bildediagnostikk *ikke* anbefales (side 14). Ved klinisk mistanke om inflammatorisk leddsykdom kan det anbefales UL.

- 1.10 Kne, fjerde kulepunkt (side 15). UL bør anbefales ved mediale og laterale båndskader, i tillegg til senefestesker.

- 1.13 Bekhtverevs sykdom/ankyloserende spondyloartritt (side 16) Iliosacralledd kan eventuelt undersøkes med skjelett scintigrafi.

- 2.3 Valg av modalitet, annet avsnitt (side 18). Ultralyd kan også gi viktig informasjon om inflammasjonsgrad og lokalisering av denne (i bursa, seneskjede, entese eller ledd).

- 5.4 Radiologiske undersøkelser ved skulderdiagnostikk, tabell (side 33).

Ultralyd. UL er også svært godt egnet ved impingement, kalk og frozen shoulder.

Ultralydundersøkelsen har et stort fortrinn da den kan gjøres dynamisk i kombinasjon med klinisk undersøkelse. Dette er en stor fordel blant annet i diagnostisering av impingement syndrom, bursa og rupturer/ partielle rupturer.

MR er dårligst på kalk (men bedre enn før). UL og røntgen er bedre.

Når det gjelder MR ved påvisning av labrumskade bør det nevnes at uten artrografi er det mange falsk negative.

5.5 Anbefalinger, femte kulepunkt der bildediagnostikk ikke anbefales ved subacromialt inneklemmingssyndrom, frozen shoulder og myalgier (side 34). MR og UL kan i dag ofte gi tilleggsinformasjon og sikre den kliniske diagnosen.

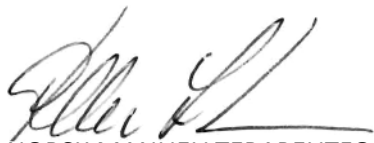
6.5 Anbefalinger, annet kulepunkt , der CT og MR ikke anbefales i primærutredningen (side 36) I teksten pkt.6.4 står det at UL er sammenlignbar og har bedre sensitivitet ved bruk av Doppler. Det er da naturlig at ultralyd anbefales, siden det kan gjøres i førstelinjetjenesten, er adskillig billigere og ofte er mer tilgjengelig enn MR.

8.6 Labrumskade, siste setning (side 44) der det heter at MR kan vise evt. labrum- og bruskesjoner i hofte. Vi mener MR ikke er sikkert nok, og MR artrografi må til.

9.4 Anbefalinger (side 47). Her bør det inn at UL anbefales ved laterale og mediale båndskader, samt ved artritt.

10.4 Anbefalinger, femte kulepunkt (side 50). Det er ingen vesentlig forskjell på hvilke ledd i ankelen som egner seg for å oppdage ved hjelp av ultralyd. Alle ledd i ankel og forfot kan enkelt framstilles ved overflaten, og vise hyperemi og hydrops.

Med hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne, leder

Høyring - Bildediagnostikk ved a-traumatiske muskel- og skjelettlidingar – Anbefalinger for primærhelsetjenesten IS-1899

Viser til høyringsutkast 20 03 2013, og vil med dette kome med tilbakemeldingar når det gjeld avsnitt 3, nakke. Mandat er gitt meg av Norsk Manuellterapeutforening som er høyringsinstans.

Min bakgrunn: Manuellterapi, ph.d. Mitt doktorgradsarbeid (2009) var eit samarbeid med Dr. Jostein Kråkenes ved Haukeland Universitetssjukehus. Desse to doktorgradane hadde klinikk og MRI ved nakkeskader som tema. Underteikna har i sitt arbeid hatt personar med nakkeskade som spesialfelt i 29 år.

Norske retningslinjer for bildediagnostikk for personar med nakkeskadar

I 2009 vedtok Stortinget fylgjande (sjå vedlegg):

Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHO's retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper) og diagnostisering, behandling, oppfølging, skadeomfang, jus og forsikring.

I det framlagde høyringsutkast er dette ikkje teke omsyn til. Høyringsutkastet refererer fortsatt til WAD-systemet Quebec Task Force. Dette systemet bryt både med diagnostisering og behandlingsmetodar i WHO's retningslinjer, som Norge har ratifisert.

Når høyringsutkastet ignorerer Stortingsvedtak kan dette føre til systemsvikt, faglig usemje, underrapportering og interessemotsetningar innan det medisinske miljøet.

Norge har allereie ratifisert framgangsmetodikk og manualar gjennom WHO's ICD-10 (International Classification of Disease) som tek føre seg heile behandlinga og oppfølginga av skada pasientar, og ICF (International Classification of functioning, disability and health) som gjev retningslinjer for skadeomfang, oppfølging og rehabilitering.

ICD-10 og ICF vil vere enklare å kontrollere for alle partar, og i tillegg vil pasientjournalar bli lettare og følgje opp.

WHO sitt system som gjennom ICD-10 og ICF både diagnostiserer og står for behandlings-oppfølging, vil styrke pasientane sine rettar, og ha store fordeler for heile samfunnet idet det vil kunne gje ein fullstendig oversikt over alle aktørar, behandlarar, pasientar, kostnader, tilstandar, effekt, effektivitet osv.

Riksrevisjonen sin konklusjon etter gjennomgangen av kodekvalitet ved helseføretaka i Dokument nr. 3:7 (2005–2006) er at Helsedirektoratet i større grad enn i dag må følgje opp

bruk av koding ved diagnostisering, samt sørge for nasjonale normer og retningslinjer og at disse blir fulgt opp.

Norge har ikkje samordna retningslinjer for behandling og oppfølging av nakkeskadde. Praksis etter dagens regime er å unnlata ISO (internasjonal standard) sertifiserte funksjonsbilder av overgangen mellom hovud/ nakke etter WHO's (Verdens Helseorganisasjon) retningslinjer for pasientane. Dermed får ikkje pasientane som har alvorlig skade, stilt nødvendig diagnose og taper alle rettar og oppfølging gjennom våre helsetjenester, sosialtjenester og gjennom NAV-systemet.

Norge er forplikta til og følgje opp avtalar og forpliktelsar som vi har ratifisert gjennom vårt medlemskap i WHO. Det er liten tvil om at Norge i dag på vesentlige område bryt desse konvensjonane.

Litteraturlistingar i høyringsutkastet

Etter mi vurdering er utval av litteraturlistingar i dette høyringsutkastet mht bruk av radiologiske metodar ved diagnostikk ved nakkeskader klart mangelfull. Ei slik mangelfull referanseliste gir ei retning for konklusjon som etter mitt syn er feil og svært uheldig.

Konklusjon

Etter mi vurdering fell grunnlaget vekk under aktuelt høyringsutkast når det gjeld radiologisk undersøking av personar med nakkeskade. Aktuelt høyringsutkast er i strid med Stortinget sine vedtak, og må derfor i betydeleg grad omarbeidast.

Sandane den 10 04 2013

Bertel Rune Kaale
Manuellterapeut, ph.d.

Innst. S. nr. 353 (2008–2009)

Kildedok: [Dokument nr. 8:90 \(2008–2009\)](#)

Dato: 11.06.2009

Samandrag

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHO's retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper) og diagnostisering, behandling, oppfølging, skadeomfang, jus og forsikring."

Forslagsstillarane framheld at behandlingstida for forsikringskrav frå nakkeskadde gjennomsnittlig er ni år i Norge, og dei finn dette uverdig og uakseptabelt. Forslagsstillarane meiner at dette skuldast både systemsvikt, faglig usemje, underrapportering og interessemotsetningar innan det nevrologiske miljøet, deler av det øvrige medisinske miljøet og deler av forsikringsinteressene.

Forslagsstillarane framheld eit viktig moment ved at ein i Norge nyttar diagnostikk og behandling for nakkeskader utarbeidet av Quebec Task, som forslagsstillarane meiner i for stor grad ivaretek forsikringsselskapa og ikkje pasienten sine interesser. Det blir uttalt at både QTF sitt grunnlag for diagnostisering og behandlingsmetodar bryt med WHO sine retningslinjer, som Norge har ratifisert.

Forslagsstillarane finn det uakseptabelt at ein i Norge ikkje er i stand til å diagnostisere og behandle nakkeskader. Det blir vist til at Norge har både metodikk og manualar gjennom WHO's ICD-10 (International Classification of Disease) som tek føre seg heile behandlinga og oppfølging av skada pasientar, og ICF (International Classification of functioning, disability and health) som gjev retningslinjer for forsikring, skadeomfang, oppfølging og rehabilitering. Det blir vist til at ved gjennomføring av ICD-10 må sjukehusa skrive fullstendige ICD-10-diagnosar som er kvalitetssikra, samt forholde seg til WHO sine retningslinjer.

Forslagsstillarane meiner innføring av ICD-10 og ICF vil være enklare å kontrollere for alle partar, og meiner i tillegg at pasientjournalar må fylgjast betre opp.

2. Komiteen sine merknadar

Komiteen, medlemmane frå Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Jan Bøhler, Sonja Mandt-Bartholsen, Gunn Olsen og Dag Ole Teigen, frå Fremskrittspartiet, Jan-Henrik Fredriksen, Vigdis Giltun og leiaren Harald T. Nesvik, frå Høyre, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, frå Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, frå Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, frå Senterpartiet, Trygve Slagsvold Vedum, og frå Venstre, Gunvald Ludvigsen, deler forslagsstillarane sin intensjon om å sikre at pasientar som blir ramma av nakkeslengskader får rask og korrekt diagnose, samt god medisinsk behandling og oppfølging. Pasientar som blir ramma av nakkesleng, kan få betydelige helseplager, og det er behov for å styrke behandlingstilbodet til denne pasientgruppa. Vidare er komiteen einig med forslagsstillarane i

at tilbudet i den norske helsetenesta så langt som mulig bør være i samsvar med anerkjente internasjonale retningslinjer.

Komiteen viser til rapporten "Nakkeslengassosierte nakkeskader" frå 2006 (IS-1356) som vart utarbeida av Helsedirektoratet på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. I den samanheng gjennomgjekk Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesta internasjonal litteratur for og gje ei oppdatering av kunnskapsgrunnlaget for diagnostikk og behandling av desse nakkeskadane. I konklusjonen frå kunnskapssenteret heiter det:

"(Studiene) gir foreløpig ikke valid og reliabel informasjon til hjelp ved diagnostisering av nakkeslengskade, og for behandling av behandlingsmetode for WAD grad 1-3.

...

Behandlingstilbudet for personer med nakkeslengskader er mangeartet og det er stor usikkerhet knyttet til hvilke behandlingsmetoder som gir smertelindring og som bidrar til at pasientene oppnår et optimalt funksjonsnivå."

Komiteen viser til interpellasjonsdebatt om tilbudet til nakkeslengskadde 10. februar 2009, der statsråden opplyste at Helsedirektoratet meiner at tilbudet om behandling og diagnostisering av nakkeslengskadde i Norge er forsvarlig og på linje med tilbudet i samanliknbare land. Vidare har komiteen merka seg at det skal avholdast eit møte mellom Helsedirektoratet og Landsforeningen for nakkeslengskadde om behandlingstilbudet til denne pasientgruppa.

Komiteens fleirtal, medlemmane frå Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil imidlertid be Regjeringa om å sørge for at helsetjenesta har oppdatert kunnskap om den internasjonale utviklinga i behandlingstilbudet til pasientar med nakkeslengskader.

Komiteens medlemmer frå Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre bemerkar for øvrig at forsikringsselskapa si saksbehandling blir regulert i erstatningsrett og forsikringslovgivninga.

Komiteen sine medlemmar frå Fremskrittspartiet viser til at nakkeskader ikke er einsbetydende med nakkesleng. Personar blir også påført nakkeskadar av alvorlig grad i Norge årlig, eksempelvis ved fødsel, fritidsaktivitetar, vold eller ved trafikkulykker. Denne pasientgruppa med nakkeskader har, slik disse medlemmane ser det, blitt gitt eit for dårlig helsetilbod i Norge. Det er, slik disse medlemmane ser det, liten tvil om at det i fagmiljøa har vore usemje om metodikk og behandling, underrapportering av skader og for nære relasjonar mellom deler av det nevrologiske miljøet, deler av det øvrige medisinske miljøet og deler av forsikringsselskapa. Det er svært ulik bruk av kodesystem, og oppfatning av korleis dette verktøyet skal brukast. Det er også ein stor mangel på nasjonale retningsnormer og prosedyrar, og pasientgruppen får ikkje ein sammenhengande behandlingsteneste.

Slik disse medlemmane ser det, er det eit tilsynelatande kaos når det gjeld opplysningar om antal nakkeskada i Norge. Helsedirektoratet held seg til tal om nakkeskadar frå tidlig på 90-talet. Ifølge direktoratet skal ein i Norge kun ha 42 nakkeskadar per 100 000 innbygarar. Desse medlemmane meiner dette er fullstendig misvisande, då nasjonale, offentlige rapportar frå Danmark til samanlikning opererer med 301 skadar per 100 000 innbyggjarar. Sverige viser til 422 skadar per 100 000 innbyggjarar. Med andre ord brukar Helsedirektoratet gamle tal som tilseier at vi i Norge kun skal ha 10 prosent av de skadane våre naboland har. Dette er, slik disse medlemmane ser det, ikkje ein ynskja situasjon, og desse medlemmane oppfordrar

Helsedirektoratet om at antal nakkeskader i Norge blir ajourført, og at aktuell forskning på området blir lagt til grunn. At Helsedirektoratet brukar gamle tal medfører negative konsekvensar både for den enkelte pasient og for den vidare forskning og grunnlagsdokumentasjon på nakkeskadar.

Ca. 60 prosent av nakkeskader kjem frå trafikkulykker, og ca. 40 prosent frå det øvrige samfunnsliv. Disse medlemmar viser til tidsskriftet SPINE som våren 2008 offentleggjorde ein internasjonal forskingsrapport som tilseier at vi i Norge har ca. 22 500 årlige nakkeskadar (trafikk og øvrig samfunnsliv). Dette talet er ti gangar høgare enn kva Helsedirektoratet føreheld seg til.

Av ei så stor gruppe med nakkeskadde vil det anslagsvis bli ein stad mellom 300 og 400 (jf. tidsskriftet SPINE) som årleg blir påført ein nakkeskade av alvorlig grad, og det er den vidare behandling og oppfølging av denne gruppa dette representantforslaget tek opp.

Slik desse medlemmar ser det, er personar som er så uheldig å få ein alvorlig nakkeskade i Norge, automatisk ei forsikrings sak. Gjennomsnittlig behandlingstid i forsikringsoppgjær i Norge er 9 år ifølge Norsk Whiplashforbund, og det har forekome saker der behandlingstida har vært 25 år (Norsk Whiplashforbund). Slik desse medlemmar ser det, er dette ein uverdigg behandling av alvorlig nakkeskadde og ikke ein holdbar situasjon.

Desse medlemmar viser til at ingen domsavgjerd ved forsikringsoppgjær i Norge om nakkeskadar har teke utgangspunkt i WHO sine retningsnormer og bruk av ICD-10. Samtlige saker har helde seg til bruken av WAD-systemet (jf. svar på skriftlig spørsmål nr. 635 (2008-2009)).

Desse medlemmar ønsker derfor å innføre eit system som alle parter må forholde seg til; WHO sitt system som gjennom ICD-10 og ICF både diagnostiserar, står for behandlingsoppfølging og gjev klare retningslinjer for forsikring, skadeomfang og oppfølging. Dette vil styrke pasientane sine rettar, og det vil ha store førdeler for heile samfunnet.

Desse medlemmar er klar over at ved ei innføring av ICD-10 vil det være nødvendig at det blir investert i Pet-scannarar (Positronemisjonstomografi), nødvendig MRI (Magnetisk radiologisk bilde) og EMG (Elektronmyografi) ved sjukehusa.

Komiteen sitt fleirtal, medlemmane frå Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, fremma fylgjande forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHO's retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper) og diagnostisering, behandling, oppfølging, skadeomfang, jus og forsikring."

Komiteens medlemmer frå Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre fremmer fylgjande forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHO's retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper), diagnostisering og vidare oppfølging."

Forslag frå mindretall

Forslag frå Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre:

Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHO's retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper), diagnostisering og videre oppfølging.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmast av Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til representantforslaget og merknadane og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHO's retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper) og diagnostisering, behandling, oppfølging, skadeomfang, jus og forsikring.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 11. juni 2009

Harald T. Nesvik
Leiar

Sonja Irene Sjøli
ordfører