



Representantforslag nr. 90

(2008–2009)

fra stortingsrepresentantene Jan-Henrik Fredriksen, Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun og Bård Hoksrud

Dokument nr. 8:90 (2008–2009)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jan-Henrik Fredriksen, Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun og Bård Hoksrud om å innføre ny nasjonal behandlingsskema for nakkeskader i samsvar med WHO-konvensjonen som Norge har ratifisert

Til Stortinget

BAKGRUNN

Nakkeskadede i Norge har, i forsikringssaker, en gjennomsnittlig behandlingstid på over 9 år. Det er fullstendig uverdigg og uakseptabelt at mennesker med nakkeskader skal oppleve at gjennomsnittlig behandlingstid for forsikringskrav er 9 år.

Personer som er blitt påført nakkeskader av alvorlig grad i Norge, uavhengig av årsak; ved fødsel, fritidsaktiviteter, vold eller ved trafikkulykker har dessverre ikke fått den oppfølging og prioritering de burde ha fått. Det er mange årsaker til dette, men slik forslagsstillerne ser det, er det både systemsvikt, faglig uenighet, underrapportering og interessekonflikter innen det nevrologiske miljøet, det medisinske miljøet og deler av forsikringsinteressene. At gjennomsnittlig behandlingstid i forsikringssaker er på over 9 år, kan være et resultat av dette (behandlingstiden kan være opp til 25 år ifølge Whiplashforbundet).

En av grunnene til dette er at man i Norge har en praksis som tilsier at pasienten henvises til nevrokirurgisk eller ortopedisk avdeling, og frakturen behandles som ustabil til det motsatte er bevist. Men dette blir en praktisk umulighet når det ikke blir tatt ISO-sertifiserte funksjonsbilder av overgangen hode og nakke etter Verdens helseorganisasjons (WHOs) retningslinjer så lenge saken er en forsikringssak. Dette fører også til at pasienten ikke får oppfølgende

diagnose og rettigheter med hensyn til helsetjenester, sosiale tjenester og Nav-ytelser. Dette har ført til at mennesker har tatt sine liv, både som en følge av smerter og mangelen på oppfølging.

Tidsskriftet SPINE offentliggjorde våren 2008 en internasjonal forskningsrapport som tilsier at Norge har ca. 22 500 nakkeskader årlig i trafikken og i andre sammenhenger. Dette viser at vi årlig har mellom 300 og 400 personer som er blitt påført en nakkeskade av alvorlig grad, som blir en forsikringssak.

Nakkeskader ble belyst gjennom en interpellasjon allerede i 1997. I 2001 tok daværende helseminister Dagfinn Høybråten opp saken om nakkeskadede. Behandlingen ble evaluert, men da med et utgangspunkt i Quebec Task Force, en sammenslutning av forsikringsleger som utarbeidet et graderingssystem for alvorligheten av nakkeskader som ble kalt WAD og ikke er etter WHOs retningslinjer. Senere ønsket helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad å evaluere ordningen. Men Helsedirektoratet mente da at man ikke hadde nok kompetanse på området.

Problemet er at ingen ting har skjedd. Årsaken til det blir nevnt allerede tidlig i dette dokumentet, hvor det klart kommer frem at det er mange instanser som har særlige interesser i saken. Men man kommer ingen vei med å forklare gamle synder. Spørsmålet må derfor bli "Hvor er det feilen skjer og hva kan vi gjøre for å rette opp i det?"

Problemet startet med at man i Norge overtok ulike behandlingsmetoder og diagnostisering for nakkeskader på 1990-tallet. Quebec Task Force utarbeidet tidlig et system for behandling av alvorlig nakkeskadede. Mange vil hevde at det graderingssystemet som ble utarbeidet gjennom Quebec Task Force, i for stor grad ivaretar forsikringsselskapenes interesser og ikke pasientens. Systemet, som går under navnet WAD med graderingene I, II, III, IV, er gjennomarbeidet, men det har en meget stor feil; på mange om-

råder bryter både diagnostiseringen og behandlingsmetodene med WHOs retningslinjer, som Norge har ratifisert. På skriftlig spørsmål til helse- og omsorgsministeren om noen i Norge, i en forsikringssak, hadde blitt dømt med et utgangspunkt i WHOs retningslinjer, var svaret negativt. Alle dommer var avgitt med utgangspunkt i Quebec Task Force og WAD.

Årlig drar mange pasienter til utlandet for å få behandling, noen drar for å få operasjoner, som absolutt siste utvei, men det er mange som må dra for å få stilt diagnose, da man ikke evner, eller vil, stille diagnoser overfor nakkeskadede av alvorlig grad i det norske helsevesenet.

Noen drar til Iran og India, andre til Mexico, USA eller Tyskland. Det er, slik forslagsstillerne ser det, fullstendig uakseptabelt at man i Norge ikke er i stand til å diagnostisere og behandle skader. Norge har både fremgangsmetodikk og manualer gjennom WHOs ICD-10 (International Classification of Disease) som tar for seg hele behandlingen og oppfølgingen av skadede pasienter og ICF (International Classification of functioning, disability and health) som gir klare retningslinjer for forsikring, skadeomfang, oppfølging og rehabilitering.

Ved gjennomføring av ICD-10 må sykehusene skrive fullstendige ICD-10-diagnoser som er kvalitetssikret, samt forholde seg til WHOs retningslinjer. Dette vil bety at alle som har en nakkeskade, uavhengig av skade eller forsikring, har krav på at det blir tatt ISO-sertifiserte funksjonsbilder av overgang mellom hodet og nakke- frakturen.

Innføring av ICD-10 og ICF vil for alle parter være enklere å kontrollere. Ingen kan lenger spekulere i ulike tilstander. Ved bruk av ICD-10 kan en legmann etterse om instruksene i ICD-10-manualene er etterfulgt. Dette vil ikke bare gjelde for nakkeskader, men få stor betydning for både diagnostisering og behandlingsforløp av nakkeskader i det norske helsevesenet.

Andre tiltak som må følges opp ved en innføring av ICD-10 og ICF, som den helhetlige behandlingsformen, er at pasientjournalene følges opp. I dag har mange nakkeskadede ikke mulighet til å få innblikk i sin egen journal. Dette medfører store vanskeligheter for den enkelte pasient, og det hindrer enhver form for forskning, data, statistikk og utvikling på området. Det bryter i utgangspunktet med alle intensjoner for utøvelse og forståelse av helse og forskning.

Det forslagsstillerne ønsker å få på plass er en enhetlig bruk av et system som alle parter, når det gjelder nakkeskader, må forholde seg til. WHOs system, gjennom ICD-10 og ICF, både diagnostiserer, står for behandlingsoppfølging og gir klare retningslinjer for forsikring, skadeomfang og oppfølging. Dette vil styrke pasientenes rettigheter. Innføring av ICD-10/ICF vil ha store fordeler for hele samfunnet. Norge vil forholde seg til internasjonalt, allmennt akseptert

medisin og behandling. Det vil bli en fullstendig oversikt over alle aktører, behandlere, pasienter, kostnader, tilstander, effekt, effektivitet osv. Det vil også bli meget enklere å føre statistikk og oversikt over pasientene.

Forslagsstillerne vil vise til hva Riksrevisjonen konkluderte med etter sin gjennomgang av kodekvalitet ved helseforetakene i Dokument nr. 3:7 (2005–2006):

"Legen må kjenne til regelverket og veiledningsmateriale for å kunne kode riktig. Den mangelfulle opplæringen i medisinsk koding er trolig årsak til at nesten 40 % av legene svarer at de ikke kjenner godt nok til kode og veiledningsmaterialet i ICD-10 bok. Dette gjelder ved fastsetting av hoveddiagnose."

Når man vet at nakkeskader kan utløse 32 andre alvorlige sykdommer, sier det seg selv at ved bi-diagnoser kan resultatet fort bli mye verre. I Dokument nr. 3:7 (2005–2006) står også følgende:

"Videre viser undersøkelsen at bare halvparten av legene ikke vil velge den mest ressurskrevende diagnosen hvis det finnes medisinske dekkende koder ved valg av hoveddiagnose "

Hva med bi-diagnoser?

"Intervju undersøkelsen viser at det er stor uenighet om hvordan man skal tolke bi diagnoser, og flere av de intervjuede peker på at koding av pasientforhold i mange situasjoner preges av skjønn. Videre sier 18% av legene at de vil kode i samsvar med regelverket i ICD-10 i de tilfeller kodeverket er dårlig tilpasset den medisinske praksis. Mens 82% sier de ikke vil hensynta regelverket."

"Sosial og helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle kode og pasientklassifiseringssystemene innenfor spesialisthelsetjenesten. Det omfatter blant annet de medisinske fagkodeverkene for koding av diagnoser ICD-10 og prosedyrer (NCSP)."

Alle kan se at kritikken fra Riksrevisjonen er meget hard. Helsedirektoratet må, på en helt annen måte enn i dag, følge opp bruk av koding og diagnostisering, men kanskje det viktigste Riksrevisjonens rapport konkluderer med, er at behovet for nasjonale normer og retningslinjer blir fulgt opp. Da burde det være innlysende at det for alle instanser er langt enklere å forholde seg til ett system.

Norge er medlem av WHO og har ratifisert bruken av ICD-10 og ICF i sine helsetjenester, hvorfor blir det ikke fulgt opp i praksis?

En slik omlegging av Norges helsevesen vil selvfølgelig medføre praktiske tiltak. Ved en innføring av obligatorisk ICD-10 ved sykehusene må det investeres i PET-scannere (Positronemisjonstomograf), (smerte-nervestruktur), nødvendig MRI (Magnetic resonance imaging), (magnetisk radiologisk bilde)

og EMG (Elektronmyografi), (nervesystemet). Videre må Nav, deler av helsevesenet, rettsvesenet og forsikringsselskapene endre sin praksis med å forholde seg til et system gjennom bruk av WHOs ICD-10 og ICF.

FORSLAG

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

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

29. april 2009

