

Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett

Vi har i lang tid undret oss over at man i spesialisterklæringer angående nakkeslengsaker har kommet frem til stereotype utforminger, til dels med konklusjoner der logikken kan være vanskelig å forstå. En høyesterettsdom fra 2010 skulle kunne gi forklaringer. Men dommen gir uttrykk for fasttømrede forestillinger om nakkeslengskader og synes å bygge på ensidig litteratur.

Ottar Sjaastad
ellhed@online.no
Johan Petter Hesselberg

Vi var nevrologer ved St. Olavs hospital inntil pensjonsalderen og har hatt en god del å gjøre med nakkeslengpasienter. Ingen av oss har noe dogmatisk forhold til mekanismene bak symptomutviklingen eller den eventuelle innvirkningen på fremtidig helse. Undring var således utgangspunktet for vår lesing av en sentral høyesterettsdom (1), som også tidligere har vært omtalt i Tidsskriftet (2, 3).

Men ved detaljlesing gikk undringen over til skepsis. Saken ligger i grenseland mellom jus og medisin, og vi pretenderer ikke å gå inn på de juridiske sider av den. En robust grenseoppgang mellom disiplinene er ikke enkel. Vi vil presisere at vi ikke har hatt adgang til annet materiale enn selve dommen i denne saken.

Hovedpunkter i dommen, slik vi ser det

Skaden og de aktuelle symptomer

Skaden oppsto 20.6. 2002. Bilen ble truffet både bak og foran og ble kondemnert. Skadepotensialet for pasienten har etter all sannsynlighet vært ikke ubetydelig. Symptomene hadde de typiske trekk man ser ved en nakkeslengskade – akutte nakkeplager hos ca. 90 %, hodepine hos ca. 75 % og armsymptomer hos ca. 40 % (4, 5). Pasienten hadde hele denne triaden av symptomer. Kognitive symptomer, som ofte følger i kjølvannet, er det nevnt mindre om. Det er noe uklart ut fra teksten i dommen om det forelå nedsatt bevegelse i nakken. Ifølge en av de mest grundige nakkeslengundersøkelsene gjelder dette 39 % av de skadede (6).

Pasientens plager passer altså med hva man ville forvente ved en slik skade. Nærvær av slike plager er et indisium på – men ikke noe bevis for – at det foreligger et nakkeslengsyndrom. I dommen er det ingen klare utsagn om dette.

Intervall mellom ulykke og symptomer

Etter vår mening kan symptomstart hos pasienten tidfestes ganske eksakt – det gjel-

der en mann som tidligere ikke hadde hatt liknende plager. Året har 8 760 timer. Symptomene synes å ha startet den timen da ulykken fant sted – eller kanskje den etterfølgende timen – og plagene synes å ha vedvart.

Dette må sammenholdes med de noe spekulativt pregede antakelser i dommen om at «siden både traumer og de anførte plager forekommer så hyppig i befolkningen, vil det hos et ikke ubetydelig antall rent tilfeldig kunne skje at hode og nakkesmerter opptrer og starter spontant innenfor et visst tidsintervall etter en skade» (1, pkt. 35).

Etter vår oppfatning synes her forskjelligartede forhold å ha blitt blandet sammen. Det er riktig at hodepine og nakkeplager kan forekomme til og fra hos mange. Imidlertid er dette oftest en lavgradig, flyktig foreteelse. Det fant vi da vi spurte 1 838 bygdefolk i Vågå om dette i detalj, ansikt til ansikt, i den såkalte Vågå-studien (7).

Den aktuelle pasientens plager har vært mer enn bare flyktige: De har ført til invaliditet. Den tidsmessige sammenhengen synes å være mer enn tilfeldighetenes spill. Et postulat om nakkesleng fra de senere år er at symptomer som opptrer umiddelbart etter skaden, skyldes ren tilfeldighet. Dette er det vanskelig å akseptere.

Det blir i dommen brakt inn en viss tvil når det gjelder spørsmålet om mannen virkelig hadde symptomer den første dagen. Det er tre utsagn om dette: Det går frem av journalen på legevakten (dit pasienten ble brakt med ambulanse) at han hadde smerter i nakken. Ved akuttmottaket på sykehuset senere samme dag ble dette imidlertid omtalt slik: «... ikke hadde besvær fra noe sted, heller ikke fra nakken, og at han ikke ønsket sykmelding» (1, pkt. 4). Da pasienten ble undersøkt fire uker etter ulykken, skriver fastlegen at han har hatt vedvarende «plager i nakke og begge armer» etter ulykken (1, pkt. 5). To utsagn fra pasienten selv, det første og det siste, synes klart å angi at det var plager fra dag 1.

Utsagnet fra legen ved akuttmottaket og det siste notatet fra fastlegen er uforenlige. Ett av dem er nesten nødt til å være feil. Det er litt vanskelig å forstå at pasienten skulle bli sendt videre til akuttmottaket hvis

han ikke hadde besvær noe sted. Etter vårt skjønn er det mest sannsynlig at symptomene startet i nær tidsmessig relasjon til traumat. Den tidlige starten, sammenholdt med symptomutformingen, gjør det sannsynlig at man står overfor et reelt nakkeslengsyndrom.

Hvor snart meldte han seg hos fastlegen?

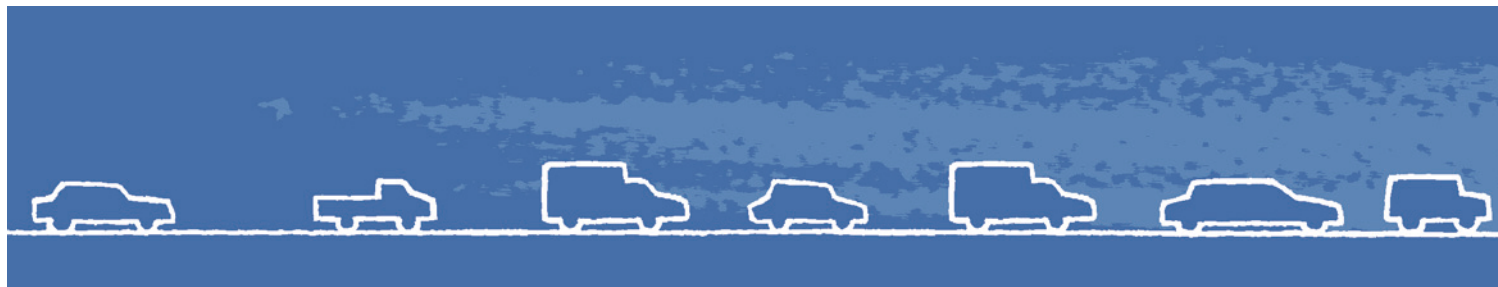
Spørsmålet om hvorvidt det har vært kontinuerlige symptomer – såkalte brosymptomer – fra skadedagen til senstadiet, er av sentral betydning. Det tok fire uker før mannen meldte seg hos fastlegen. Dette blir omtalt slik: «... kontaktet etter noen tid fastlegen sin, og fikk time en måned etter ulykken» (1, pkt. 50). Noe senere heter det i dommen: «Jeg viser til at det gikk fire uker før A var til ny legekonsultasjon etter ulykken, og to måneder til han påny kontaktet legen.» Og så kommer følgende: «Jeg finner imidlertid ikke grunn til å gå nærmere inn på dette da det er selve sykdomsforløpet som er avgjørende for min vurdering av saken» (1, pkt. 57).

Dette kan tolkes som: Hadde det ikke vært for at man hadde et godt kort i «selve sykdomsforløpet», ville intervallet mellom ulykken og første konsultasjon ha blitt brukt som et betydningsfullt argument.

Det er fra journalen klart at pasienten ved fireukerskontrollen fremhevet at det hadde vært vedvarende plager. Burde han likevel, for å bli trodd, ha konsultert sin lege et visst antall ganger i de første fire ukene? Her har vi en tidligere frisk mann, som vel i utgangspunktet tror at dette er noe man kan bli bra av. Trolig står han på, arbeider og håper på bedring. Etter at fysioterapi også er prøvd, innser han vel at der ikke er mange vettuge behandlingsmuligheter igjen. Sluttelig innser han at det ikke er botevon og gir opp.

Grad av smerter

Pasienten anga umiddelbart etter ulykken at han hadde nakkesmerter. Fire uker senere tilføyet han at han hadde plager i begge armene. Dette beskrives slik: «ut fra de tidsnære beskrivelsene er det imidlertid grunn til å tro at smertene var relativt moderate» (1, pkt. 46). Noe senere beskrives dette slik:



Illustrasjon © Superpop

«A hadde som nevnt ganske moderate smerter i akutfasen» (1, pkt. 58). Det er en gradforskjell mellom disse utsagnene – først er det «grunn til å tro» at smertene var relativt moderate, dernest *hadde* han «ganske moderate smerter». Nå ser det ut til at det er et faktum at smertene var moderate. Og «relativt» er blitt oppgradert til «ganske».

Nå vil det kunne innvendes at dette er pirk – slike små detaljer kan da ikke tillegges vekt. Imidlertid er det nettopp gradforskjellen, tidlig og sent i forløpet, dommen er basert på. Nevrologisk diagnostikk er på en måte pirk satt i system. Og anamnesen er en vesentlig del av den. Hvis flere slike, ikke helt presise, utsagn adderes, vil man kunne komme skjevt ut.

Som det synes å fremgå både av det foregående og det følgende, kan det se ut til å være flere ikke-presise utsagn. Og de synes alle å peke i samme lei – nemlig i pasientens disfavør.

Ryggplagene

Ryggplagene omtales slik: «I 2003 hadde han fem ganger kontakt med fastlegen, og i journalnotatene er det beskrevet at det dreier seg om følgetilstand etter nakkesleng, samt etter hvert også ryggproblemer» (1, pkt. 52). Slik det er utformet her, kan man få mistanke om at ryggplagene kan ha utviklet seg i 2003, altså lenge etter skadedagen året før. Men starttidspunktet for ryggplagene er nærmere angitt i en tidligere erklæring datert 14.8. 2002.

Slik det formuleres i dommen, får man inntrykk av at det er to separate fenomener som omtales. Først er det følgetilstanden etter nakkesleng. Men så synes det å komme en separat sak – «også ryggproblemer». Ryggproblemene skulle altså, så vidt vi kan skjønne, ikke være sekundære til skaden eller ha forbindelse med den. At denne siste tolkingen har noe for seg, synes å fremgå av følgende: «Som nevnt ble situasjonen hans forverret fra høsten 2003, ved at han i tillegg fikk vondt i ryggen» (1, pkt. 58).

Man begynner å bli alvorlig i tvil om når ryggplagene, i henhold til dommens ordlyd,

egentlig startet – nå kan det se ut som det var høsten 2003. Det synes utvetydig å være snakk om start, ikke forverring. Det kan se ut som om det ikke er full overenstemmelse mellom dommens premisser og slutningene. Beretningen kommer ut i pasientens disfavør. Denne tendensen er generelt ikke stor, men i dette tilfellet kan den synes å være mer merkbar.

Ryggplagene synes å være blitt skutt litt ut i tid. På dette vis kan det komme til å se ut som om ryggplagene skriver seg fra noe annet enn nakkeslengen. Ryggplager er, som nevnt, et ikke sjeldent fenomen ved slik skade (6).

Ryggplagenes natur

Korsryggspaglene hos pasienten kan ha sammenheng med de påviste prolapsene. Disse kan i seg selv ha vært preeksisterende eller ha kommet i forbindelse med skaden. Prolapsene kan også ha kommet *etter* ulykken og behøver ikke å ha vært smertegenererende. Hva som er mest sannsynlig her, kan man bare spekulere på.

Grunnen til at vi har gått slik i detalj når det gjelder ryggplagene, er at det annetsteds blir snakk om «en utvikling hvor smerten stammer fra andre deler av kroppen enn området rundt nakken» (1, pkt. 58). Det heter altså ikke «ser ut til å kunne stamme». Dette kan være en litt uheldig formulering. Det kan synes å være en undervurdering av det sublime ved det å være kliniker.

Spesielt er det kryptisk hvilke «andre områder av kroppen» det siktes til. Vi har allerede nevnt at ryggplager kan være en del av symptomkomplekset. Skulder- og armpager er velkjente ved nakkeslengskader og er i tillegg viktige komponenter ved nakkebetinget (cervikogen) hodepine, som har klare likhetstrekk med den hodepinen som følger i kjølvannet av nakkeslengskade (7, 8).

Vurdering

Etter vår mening kan grad av plager, lokaliseringen, tidsintervallet, ryggplagenes natur et cetera tolkes på annet vis, det vil si mer i den skadedes favør, enn det er gjort

i dommen. Vi har gitt eksempler på hva vi anser for å være ikke-ubetydelige avvik når det gjelder fortolkningen. Slike avvik kan være intenderte eller tilfeldige.

Det ser ut til at det i dommen gis uttrykk for visse fasttømrede forestillinger om utbredelse av symptomer, om deres forløp og manglende alvorlighetsgrad etter nakkeslengskade. Grunntonen synes å være at en slik tilstand er karakterisert ved lette, transitoriske plager i nakken og mer eller mindre bare der, at andre symptomer bør eller må ha andre forklaringer og at symptomene er verst initialt og går over av seg selv i løpet av kort tid.

Keidel & Diener har beskrevet følgene av «lettgradig» nakkesleng som hodepine med en midlere symptomvarighet på omtrent tre uker og maksimal varighet på to måneder (9, 10). Men også storparten av disse pasientene hadde en del plager.

Det er vår erfaring at når man utfordrer erfarne nevrologer og hodepinespesialister internasjonalt med at det ikke eksisterer noen postnakkeslengplager utover lett ubehag av noen få ukers varighet, så får man klare svar: Kroniske tilfeller ikke bare finnes – vi ser slike alle sammen, og de er ikke sjeldne.

I Mumenthalers materiale fra 2006 var det 191 pasienter med en midlere varighet av plager på 4,2 år (11). De søkte økonomisk kompensasjon for skaden. Det kan nok spille en rolle for persistensen av plagene, men kanskje ikke så stor rolle som noen ser ut til å mene. Denne siste muligheten er også nevnt i dommen. Borchgrevink & Lereim fant at 51 % av 139 nakkeslengskadede som ble undersøkt seks måneder eller mer etter skaden, fortsatt hadde plager (12). Drottning og medarbeidere fant hodepine hos 4,4 % etter seks måneder og hos 3,4 % etter 12 måneder (13). Det er nokså åpenbart at aktuelle dom er konsipert i en noe annen atmosfære enn dette.

Dommen tar for seg de fire «grunnvilkårene»:

- Den skadevoldende effekt av ulykken
- Kort varighet av intervallet fra skade til symptomdebut



- Sammenhengende symptomer (brosymptomer)
- Sykdomsbildets «forenlighet» med det man mener å vite om senskader etter nakkesleng

Det kan se ut til at man i dommen hadde tenkt å bruke de manglende brosymptomene i argumentasjonen. Etter hvert fant man ut at det fjerde grunnvilkåret var mer egnet. Man ville bruke «anerkjent medisinsk viten» når det gjaldt forløpet (1, pkt. 48). Det fastslås: «Nå er det riktignok uklart hva som er en forventet utvikling» (1, pkt. 48). Likevel legger man avgjørende vekt på dette punktet (det fjerde grunnvilkåret).

Argumentasjonen er etter vår mening ikke tilfredsstillende. Forståelsen av nakkeslengskade synes å være noe snever. Grunnen til det kan være at den synes å bygge på ensidig litteratur, vesentlig på de såkalte Litauen-undersøkelsene (14).

Litauen-undersøkelsene

Det blir ofte henvist til Litauen-undersøkelsene, også i dommen, men de er beheftet med en rekke problemer. Noen karakteristika var meget gunstige, sett fra epidemiologisk synsvinkel, f.eks. at det ikke var noen økonomisk kompensasjon å få for de skadelidte (14). Andre forhold ved materialene er til dels betenkelige. Siden man tillegger disse undersøkelsene slik vekt, vil vi drøfte enkelte mindre sterke sider ved studien, for å bidra til et mer balansert syn på nakkeslengskader.

For det første: Man fikk adgang til politianaler i Kaunas og identifiserte *bilførere* som hadde vært utsatt for påkjørsler bakfra i gjennomsnitt 21,7 måneder tidligere. Ikke i noen andre større arbeider på dette felt har man gått ut fra bilførere. Disse fikk så tilsendt tretrinns spørreskjemaer. Siden det ikke ble foretatt noen nevrologisk undersøkelse, så var man, slik vi ser det, f.eks. mer eller mindre forhindret fra å stille diagnosen cervikogen hodepine, en aktuell diagnose i denne sammenheng (15).

For det andre: På grunn av den spesielle utvalgsmetoden var det overvekt av menn

i Litauen-materialet, hele 78 % (14). Det var jo menn som kjørte bil den gang i Litauen. I et senere materiale var det ca. 86 % menn (16). Nakkeslengplager er bortimot dobbelt så hyppig hos kvinner som hos menn (4). Disse forhold vil kunne føre til en betydelig fortegnings av resultatene. Og dessuten er det en kjensgjerning at bilførere i regelen er mindre utsatt for nakkeslengskader enn forsetepassasjerer.

For det tredje: Når det gjelder hodepine, er spørreskjemaundersøkelser ikke allment akseptert. Formålet med bruk av spørreskjema er ikke å få eksakt informasjon, skjemaer brukes for å spare tid. Sammenholdt med den aparte pasientutvelgelsen kan dette ha bidratt til at man allerede i utgangspunktet befant seg på gyngende grunn. Utsagnskraften kan ha blitt redusert – ikke minst gjelder dette en relativt svakt definert hodepine som kan følge i kjølvannet av nakkesleng.

Den største svakheten er likevel at man ikke setter søkelys på pasienter, men på individer i et politiarkiv. Det er en betydelig forskjell på disse situasjonene.

Det som er spesielt problematisk, er at man aldri vil kunne fastslå prosentandelen av egentlige nakkeslengskadete. I de fleste nakkeslengmaterialer har den skadede selv oppsøkt helsevesenet og er dermed blitt *definert som pasient*. Ikke alle skader med en potensiell iboende nakkeslengmekanisme fører til et reelt nakkeslengsyndrom. Plagene kan ha vært så moderate at vedkommende ikke ville ha kontaktet helsevesenet i det hele tatt, heller ikke om skaden hadde skjedd under ordinære «vestlige» forhold. Det kan ha foreligget en «lettgradig» nakkesleng (9, 10).

Det er umulig å bedømme hvor hyppig dette har foreligget i Litauen. Dette vil i seg selv kunne umuliggjøre bruk av Litauen-undersøkelsene som kilde for kunnskap om nakkesleng generelt. Det at den skadede har vært gjennom en seleksjon, via en «terskeltest», synes å være en fundamental egenkap ved enhver nakkeslengstudie.

Nok et forhold gjør situasjonen i Litauen vanskelig – hele undersøkelsen foregikk i et

annet språkområde. De som deltok i undersøkelsene har bare uttalt seg skriftlig, på et skjema på litauisk, som i neste omgang ble tolket av litauiske leger og oversatt til engelsk for de norske legene. For hvert av disse leddene har det vært legio muligheter for at det skal oppstå feil. Det er ingen opplysninger om hvor godt eller dårlig den enkelte har oppfattet poengene. Graden av interesse vedkommende har vist, og den hastighet skjemaene er blitt utfyllt med, vites det lite eller intet om.

Enda et forhold gjør den første undersøkelsen i serien betenkelig. Det var i gjennomsnitt gått 21,7 måneder siden kollisjonen inntraff. Plagene i kjølvannet av «lettgradig» nakkesleng varer, i henhold til Keidel & Diener, gjennomsnittlig i tre uker og ikke stort lenger enn to måneder (9, 10). Sett på denne bakgrunn kan godt en post-nakkeslenghodepine simpelthen både ha vært gjennomlevd og for lengst glemt av mange av de litauiske deltakerne.

Et poeng er fremhevet av Sulg & Nyland (17). Professor Sulg var selv balter, nærmere bestemt estlender. Han kjente den kommunistiske samfunnsordningen og mente at frykten for alt som har med øvrighet å gjøre var så dypt rotfestet etter okkupasjonsårene at borgerne vil ha minst mulig med slike instanser å gjøre. Mange ville nøye seg med overfladiske svar. Den første Litauen-undersøkelsen ble publisert i 1996 – altså bare noen få år etter frigjøringen.

De forhold som opprinnelig var ansett som fordeler ved Litauen-undersøkelsene, kan vise seg å være et damoklessverd. En kritisk gjennomgang av undersøkelsene har nylig vært publisert. Og hvordan tolket man interfererende hodepiner? Slike må det jo nødvendigvis ha vært mange av. Differensialdiagnosen mellom migræne og «vanlig» hodepine er på ingen måte lett. Vi sliter med slike problemer selv, når vi sitter vis-à-vis pasienter og snakker norsk og kan reformulere ikke-oppfattede spørsmål, slik som f.eks. i Vågå-undersøkelsen. Man kan forestille seg hvilke vansker man kan støte på ved bruk av spørreskjemaer i en helt fremmed kultur og et ukjent språkområde.



Likevel sjongleres det med forskjellige hodepinediagnoser.

Det er kommet to store oversiktsartikler de siste årene om nakkesleng (18, 19). I den første omtales ikke Litauen-undersøkelsene (18). I den andre får de en middels høy totalvurdering, kanskje lavere enn det som ville vært rett og rimelig.

Nakkesleng og Norge

Det er sterke motsetninger i synet på nakkesleng internasjonalt. Enkelte tror at kronifiseringen av plagene har med ønsket om økonomisk kompensasjon å gjøre, andre tror at det til grunn for symptomene ligger organiske årsaker.

I Norge er polariseringen så uttalt at den ikke kan overses. Miljøet er ikke større enn at man stort sett kjenner hverandres synspunkter. Dette gjør at utvelgelsen av sakkyndige blir avgjørende. Etter hvilke prinsipper er de blitt utvalgt, generelt og i den aktuelle saken? Er upartiskhet i det hele tatt tilsiktet, eller er den ene fraksjonen blitt «tilgodesett» fordi den er antatt å borge for sannheten? Den fraksjonen som ikke tror på et organisk substrat, synes å være i klart flertall. De som har gått ut med et divergerende syn, har møtt kompakt motbør.

Litteraturen i dommen synes å være ensidig. Det er blitt hevdet at ensidighet var unngått ved at det i Høyesterett ikke var én, men «tre sakkyndige professorer, og at alle disse representerte ulike sykehus og medisinske spesialiteter» (3). Erklæringene har nok vært forfattet uavhengig av hverandre, men de kan kanskje synes å være forfattet ut fra samme grunnholdning.

Det må anses som nokså klart at mange får plager i nakke og bakhode etter en bilkollisjon med nakkesleng og at det hos en del av dem utvikles kroniske plager som varer utover seks måneder. Denne siste gruppen må også få en rettferdig behandling. Spørsmålet er om de får det.

Når den pasienten vi har omtalt, ikke vant frem i dommen, kan da noen vinne frem? Få, om noen, vil kunne få medhold, slik vi ser det. Denne mannen hadde tid-

ligere ikke hatt nakke-/hodeplager; han ble utsatt for en påkjørsel bakfra og forfra og utviklet et kronisk nakkeslengsyndrom, antakelig med plager fra dag 1. Den alminnelige fornuft tilsier at det er årsakssammenheng mellom traume og sensymptomer. Slik vi ser det, er det vanskelig å tenke seg at dette sykdomsbildet kunne ha oppstått uten påkjørselen.

I de senere år er arbeidet med sakkyndig-erklæringer i ganske stor grad blitt overdratt til en gruppe spesialister fra forskjellige medisinske disipliner som har et noenlunde ensartet syn på utforming av legeerklæringer – så ensartet at man på forhånd, til en viss grad, kan si hvordan en erklæring utformet av NN vil komme til å se ut.

Vi er fra det internasjonale fagmiljø godt kjent med at man i forskjellige sammenhenger først lager en konklusjon, deretter forsøker man å få premissene til best mulig å passe med denne konklusjonen. En slik fremgangsmåte er lite formålstjenlig dersom man ønsker å komme frem til holdbare resultater. Den vitenskapelig korrekte måten å gjøre dette på er selvsagt den omvendte: Når klare, uhildede premisser foreligger – og bare da – kan en konklusjon bygges på disse. Og selv da med forsiktighet.

Tilsynelatende kan denne virksomheten sett utenfra virke velregulert og samfunnsmessig gagnlig. For den dømmende myndighet og for forsikringsbransjen må ordningen være bortimot optimal. Men her er flere parter, slik som den tilskadekomne.

I Norge ser vi ut til å ha havnet i et uføre på dette feltet. Vi har antydnet problemets størrelse. Noe bør gjøres med situasjonen.

Ottar Sjaastad (f. 1928)

er dr.med., spesialist i nevrologi, pensjonert overlege og professor.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johan Petter Hesselberg (f. 1932)

er spesialist i nevrologi og pensjonert overlege.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Høyesterettsdom 16.12.2010, HR-2010-02166-A [sak nr. 2010/970], «Askdommen». www.domstol.no/upload/HRET/Avgjørelser/2010/saknr2010-970_anonymisert_.pdf (21.1.2014).
2. Hexeberg SC. Ny høyesterettsdom om nakkeskade. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1804–5.
3. Stovner LJ. Høyesterettsdommen er korrekt. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 11–2.
4. Balla J, lansek R. Headaches arising from disorders of the cervical spine. I: Hopkins A, red. Headache. Problems in diagnosis and management. Philadelphia: Saunders, 1988: 241–67.
5. Balla JI. The late whiplash syndrome. Aust N Z J Surg 1980; 50: 610–4.
6. Radanov BP, Sturzenegger M, Di Stefano G. Long-term outcome after whiplash injury. A 2-year follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic, and psychosocial findings. Medicine (Baltimore) 1995; 74: 281–97.
7. Sjaastad O, Båtnes J, Haugen S. The Vågå Study: an outline of the design. Cephalalgia 1999; 19 (suppl 25): 24–30.
8. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache 1998; 38: 442–5.
9. Keidel M, Diener HC. Der posttraumatische Kopfschmerz. Nervenarzt 1997; 68: 769–77.
10. Keidel M, Eisentraut R, Baume B et al. Prospective analysis of acute headache following whiplash injury. Cephalalgia 1993; 13 (suppl 13): 177.
11. Mumenthaler M. Headache in chronic acceleration injury of the cervical spine. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006; 157: 163–8.
12. Borchgrevink GE, Lereim I. Symptomer hos pasienter med nakkeskade etter bilkollisjon. En retrospektiv undersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 884–6.
13. Drottning M, Staff PH, Sjaastad O. Cervicogenic headache (CEH) after whiplash injury. Cephalalgia 2002; 22: 165–71.
14. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. Lancet 1996; 347: 1207–11.
15. Drottning M, Staff PH, Sjaastad O. Cervicogenic headache (CEH) six years after whiplash injury. Funct Neurol 2007; 22: 145–9.
16. Schrader H, Stovner LJ, Obelieniene D et al. Examination of the diagnostic validity of 'headache attributed to whiplash injury': a controlled, prospective study. Eur J Neurol 2006; 13: 1226–32.
17. Sulg IA, Nyland HI. Lider de fleste kronisk nakkeslengskadete av vinningsneurose? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4120–2.
18. Scholten-Peters GG, Verhagen AP, Bekkering GE et al. Prognostic factors of whiplash-associated disorders: a systematic review of prospective cohort studies. Pain 2003; 104: 303–22.
19. Williams M, Williamson E, Gates S et al. A systematic literature review of physical prognostic factors for the development of Late Whiplash Syndrome. Spine 2007; 32: E764–80.

Mottatt 16.12. 2013 og godkjent 26.2. 2014.

Redaktør: Are Brean.