

Legeattest for liten lastebil til 1,4 millioner bilister?

For å beholde retten til å føre kjøretøy opp til 7 500 kilo, må man skaffe legeattest innen 1. januar 2002. Dette gjelder 1,4 millioner norske bilister.

Fra og med 1. januar 2002 kreves førerkort klasse C1 for kjøretøy mellom 3 501 og 7 500 kilo. Hvis et førerkort klasse B som har et stempel for kjøretøy opp til 7 500 kilo ikke fornyes ved fremlegging av legeattest, vil førerkortet fra neste år bare gjelde kjøretøy opp til 3 500 kilo.

– De som bare har behov for vanlig førerkort klasse B for kjøretøy opp til 3 500 kilo, kan glemme hele saken og bare huske den vanlige gyldighetsdatoen for førerkortet, sier Tove Myrvang i Vegdirektoratet. – Men de som derimot ønsker å beholde rettigheten, må fremvise en gyldig legeattest innen årsskiftet.

Beklagelig

Terje Vigen i Legeforeningens helsepolitiske avdeling synes det er beklagelig at ord-

ningen lanseres med en relativt kort overgangsperiode og relativt kort tidsfrist: – Siden dette kan gjelde svært mange burde staten ha innført en lengre overgangsperiode, slik at ikke så mange oppsøker legekontorene for å få legeattest innenfor et såpass kort tidsrom, sier Terje Vigen.

Vigen synes at det er greit at helsekravene for førere av kjøretøy over 3 500 kilo strammes inn, men han synes ikke at det bør ramme knappe ressurser i helsevesenet. På grunn av at helsekravene for slike kjøretøy er blitt de samme som for lastebil, må førerkortet fornyes hvert tiende år med legeattest. Vigen ser for seg en fare for køer ved legekontorene på samme tid om ti år fordi de fleste drøyer med slike fornyelser så lenge som mulig.

Helsekrav

Det vil bli sendt ut brev til alle dette gjelder, med informasjon om helsekravene som gjelder for førerkort klasse C1. Krav til helse og førerlighet for denne førerkortklassen blir dermed de samme som for lastebil klasse C. Det

settes blant annet krav til synsstyrke og synsfelt, i tillegg til andre helsekrav. Eksempler på slike krav er at bilfører ikke kan ha diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika. Anfallsvis opprettede hjernefunksjonsforstyrrelser kan ikke ha forekommet siste ti år, man kan ikke ha symptomgivende hjertesykdom, og bilfører kan ikke lide av en alvorlig sinnslidelse. Fullstendig informasjon om krav til helse og førerlighet, og annen relevant informasjon, vil blant annet bli lagt ut på Internett og ved legekontorene.

1. juli 1999 ble det innført en egen prøve for å få førerkort i klasse C1, på lik linje med klasse C lastebil. – Sjekk vognkortet for å se om den har en tillatt totalvekt på over 3 500 kilo. Da må du ha førerkort i klasse C1, sier Tove Myrvang i Vegdirektoratet.

– Hans Petter Fosseng, Nettredaksjonen
hans.petter.fosseng@legeforeningen.no

Kostnad-nytte-analyser taler for kokleære implantater hos barn

Nye kostnad-nytte-analyser taler klart for at de høye utgiftene knyttet til kokleære implantater hos døve barn betales tilbake med god margin når verdien av kvalitetsjusterte leveår legges til grunn.

Utvikling og bruk av kokleære implantater har gjort det mulig å habiliterer døve barn slik at de oppnår verbal kommunikasjon med vesentlig forbedrede utsikter til utdanning og tilnærmet normal yrkesaktivitet. Sosial og psykisk funksjon blir bedre og behovet for trygdeytelser avtar.

Implantater gjør at døve barn kan fungere som om det hadde et hørseltap i området 70–95 dB, mens de uten implantat har et hørseltap som er større enn 95 dB, noe som medfører at de ikke oppnår nytte ved å bruke høreapparat og heller ikke utvikler talespråk. Implantatene er kostbare i anskaffelse, kostbare å operere inn i det indre øre, programmere og følge opp.

O'Neill og medarbeidere (1) fra Nottingham Pediatric Cochlear Implant Program gjør rede for utgifter knyttet til kokleære implantater og utdanning av barn i et skoleverk med talespråk sammenliknet med tegnspråk. Disse kostnadene veies mot vinningen for den enkelte pasient som verdien av kvalitetsjusterte leveår gjennom et livsløp på over 70 år. I undersøkelsen har man ikke korrigert for at barn med implantat trenger mindre

oppfølging av foreldrene enn døve barn. Heller ikke har man korrigert for at personer med talespråk har høyere inntekter og på den måten bidrar positivt til samfunnsøkonomien ved å betale mer skatt enn døve.

Den beregnede økonomiske gevinsten ved kokleære implantater hos barn varierer blant annet med forrentning av de opprinnelige kostnadene, men kostnad-nytte-analysen er meget positiv i favør av at implantater bør opereres inn så tidlig som mulig etter at døvhet er oppdaget. En amerikansk undersøkelse (2), som benytter andre metoder for kostnad-nytte-analyse, bekrefter funnene fra den britiske gruppen. Disse forfatterne peker på at kokleære implantater til barn har en meget gunstigere kostnad-nytte-analyse enn for eksempel defibrillatorimplantater og kneproteser.

Kommentar

I Norge har høye kostnader vært til hinder for at alle døve barn har fått kokleære implantater til rett tid. De nye kostnad-nytte-analyser (1, 2) taler klart for at de høye utgiftene knyttet til kokleære implantater betales tilbake med god margin når verdien av kvalitetsjusterte leveår gjennom et langt liv legges til grunn.



Tidlig diagnostikk ved hjelp av neonatal screening av hørsel hos alle nyfødte er god helseøkonomi. Illustrasjonsfoto

Det er en helseøkonomisk feilinvestering ikke å satse på tidlig diagnostikk ved hjelp av neonatal screening av hørsel hos alle nyfødte og tidlig habilitering av døve og alvorlig tunghørte barn. Først og fremst er lønnsomheten ved kokleære implantater et uttrykk for en livslang forbedring av livskvaliteten til ca. 30 norske småbarn årlig.

– Hans H. Elverland, Øre-, nese-, halsavdelingen, Regionsykehuset i Tromsø

Litteratur

1. O'Neill C, O'Donoghue GM, Archbold SM, Normand C. A cost-utility analysis of pediatric cochlear implantation. *Laryngoscope* 2000; 110: 156–60.
2. Cheng AK, Rubin HR, Powe NR, Mellon NK, Francis HW, Niparko JK. Cost-utility analysis of the cochlear implant in children. *JAMA* 2000; 284: 850–6.