

Uenighet om epilepsi og bilkjøring

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å kartlegge hvordan regelverket vedrørende førerkort og epilepsi oppfattes og håndheves av nevrologer i Norge.

Materiale og metode. Et spørreskjema ble sendt til samtlige 344 medlemmer av Norsk nevrologisk forening.

Resultater. 152 leger som arbeidet innen klinisk nevrologi besvarte spørreskjemaet. De fleste (73 %) unnlater å melde et klart leilighetsanfall til myndighetene, men av disse avtaler nesten alle midlertidig kjørekarens. 39 % vil ikke melde pasienter som kun har enkle partielle anfall med bevart bevissthet og motorisk kontroll. 39 % bruker nesten alltid EEG i bedømmelsen av førerkortsaker, mens 17 % nesten aldri gjør det. Bare halvparten avtaler kjørekarens hos pasienter som seponerer medikasjonen. Over halvparten mener at anfallsresidiv i forbindelse med seponering ikke aktiviserer meldeplikten.

Fortolkning. Det er stor uenighet blant nevrologer når det gjelder mange aspekter vedrørende førerkort og epilepsi. Det synes å være et behov for klarere retningslinjer. Bedømmelse av prognose ved epilepsi krever spesiell kompetanse og erfaring. Forholdene omkring epilepsi og førerkort bør ha en bred plass i utdanningen og etterutdanningen av nevrologer.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Eylert Brodtkorb

eylert.brodtkorb@medisin.ntnu.no

Geir Bråthen

Gunnar Bovim

Grethe Helde

Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
og
Institutt for nevromedisin
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Bilførere skal ha full og uavbrutt kontroll over sine kjøretøyer. Alle anfall med nedsatt bevissthet, oppmerksomhet, dømmekraft eller motorisk kontroll medfører trafikkrisiko. Når de helsemessige krav til førerkort ikke oppfylles, har legen et lovbestemt ansvar overfor både allmennhet og pasient som innebærer meldeplikt til offentlig myndighet.

Å miste førerkortet kan ha dramatiske konsekvenser både av økonomisk og psykososial art. Bilkjøring er en forutsetning for mange jobber og en nødvendighet for folk som bor i områder med dårlig utbygd offentlig transport.

Man har forsøkt å utforme regelverket klart og tydelig (ramme 1), men håndhevelsen er avhengig av skjønn, og vurderingene er ofte vanskelige. Allerede for 20 år siden ble problemet diskutert i Tidsskriftet (1). Fortsatt gir forskriftene rom for ulike tolkninger. Legen har en tosidig rolle – han skal være pasientens støtte og behandler og samfunnets representant med ansvar for allmenn sikkerhet. Dette kan representere en vanskelig balanse.

Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge ulikheter i tolking og håndhevelse av regelverket blant nevrologer. Vi ønsker å stimulere til diskusjon omkring denne problemstillingen.

Metode

I 2000 sendte vi et spørreskjema med ni spørsmål til alle medlemmer i Norsk nevrologisk forening (tab 1).

Resultater

193 av 344 medlemmer svarte innen tre måneder (56 %). 152 av respondentene arbeidet innen klinisk nevrologi. Bare disse besvarte spørreskjemaet og utgjør materialet. Svarene er angitt i tabell 1.

Diskusjon

Uenigheten er omfattende og gjenfinnes på flere områder. Dette gjelder i særlig grad ved enkle partielle anfall og ved nye anfall i forbindelse med seponering (tab 1).

Spørsmål 1 omhandler såkalte leilighetsanfall, et komplisert begrep. Det dreier seg om epileptiske anfall utløst av helt uvanlige omstendigheter, slik som en akutt toksisk/metabolsk forstyrrelse eller ekstrem søvnmangel eller utmattelse (2). Alle hjerner har en individuell krampeterskel. Det er flytende overganger mellom anfall som er provosert frem av ytre faktorer og mer eller mindre spontane anfall som er utløst kun av påkjenninger som ligger innenfor dagliglivets rammer, slik som ved epilepsi. De fleste nevrologer (73 %) vil ikke melde et klart leilighetsanfall. I § 34 i helsepersonelloven er det anført at melding skal iverksettes «dersom pasientens tilstand anses ikke å være kortvarig» og det er henvist til «nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift». Forskriften sier at dersom legen finner at tilstanden kan vare i seks måneder eller mer, skal advarselen gis skriftlig, og legen plikter å gi melding til fylkeslege (ramme 1). Dersom risikoen synes å være knyttet til helt spesielle omstendigheter som ikke antas å vedvare, åpner altså regelverket for å bedømme situasjonen slik de fleste gjør. Leilighetsanfall er på den annen side et vagt og dårlig definert begrep. Epilepsi starter ofte med klart anfallsutløsende faktorer i form av søvndeprivasjon og alkoholinntak, f.eks. ved juvenil myoklon epilepsi (3). Epileptiform aktivitet i standard-EEG eller i søvndeprivert søvn-EEG vil øke risikoen for at anfallet skal gjenta seg (4), men en klinisk sikker epilepsidiagnose er avhengig av opp treden av to spontane epileptiske anfall (5). Nesten alle som svarte at de ikke melder leilighetsanfall, angav at de avtalte midlertidig kjørekarens, de fleste i 3–6 måneder (variasjon 1–6 måneder).

Spørsmål 2 vedrører enkle partielle anfall. Her er bevisstheten per definisjon ikke på-



Hovedbudskap

- Leger har et stort ansvar når det gjelder førerkort og epilepsi – dette forvaltes ulikt
- Tiltak for å sikre et mer enhetlig faglig skjønn bør iverksettes

virket. Over halvparten av respondentene vil melde pasienter som angir at dette er den eneste anfallsformen (tab 1). Slike anfall opptrer sjelden alene. Spredning av epileptiform aktivitet til strukturer som påvirker bevisstheten er vanlig, og det er risiko for generalisering til tonisk-kloniske anfall. Iblant kan det være vanskelig å vite om det foreligger lett nedsatt oppmerksomhet eller dømmekraft som pasientene selv ikke er klar over. Noen slike pasienter har imidlertid hatt sine iktable symptomer uten progrediering i en årrekke før diagnosen stilles. Det kan være vanskelig for pasienten å godta at førerkortet skal inndras etter mange års problemfri bilkjøring idet behandling iverksettes. Detaljerte komparentopplysninger er viktig. Helst bør det foreligge iktable video-EEG-registreringer med testing av respons og oppmerksomhet i forbindelse med symptomene, men man kan neppe være sikker på at anfallene til enhver tid har en helt stereotyp utforming. Enkelte pasienter som er vellykket operert for partiell epilepsi, kan ha vedvarende korte auraer som ikke utvikler seg videre når det anfallsgivende området for øvrig er fjernet (6). Den store ulikheten i vurderingen av dette spørsmålet blant landets nevrologer kan tilsi at man her bør kunne vurdere situasjonen individuelt, fortrinnsvis med søknad om dispensasjon fra førerkortforskriften.

Spørsmål 3 handler om hvem som bør motta spesialistattestene. Tidligere sendte man dem til Fylkeslegen. I dag er mottak og førstehånds vurdering av slike attester delegert til ansatte ved trafikkstasjonene. Kun ved usikkerhet og ved dispensasjonssøknader sendes erklæringene til Fylkeslegen. Bare få (15%) av nevrologene var tilfreds med denne ordningen. Fortrolige helseopplysninger vil man helst sende til helsemyndigheter eller til pasientene selv.

Spørsmål 4 berører søknad om dispensasjon fra førerkortforskriften. Majoriteten anbefaler at det iblant søkes om dispensasjon, men en stor del (36%) gjør det aldri.

Spørsmål 5 tar for seg behovet for EEG-kontroll i forbindelse med fornyelse av førerkort. EEG er først og fremst et diagnostisk hjelpemiddel (7), men nesten 40% bruker nesten alltid EEG i denne sammenheng. Kun et fåtall bruker EEG i mindre enn 25% av tilfellene. Epileptiform aktivitet er ikke en god prediktor for anfallsresidiv hos voksne pasienter, selv ikke i forbindelse med seponering av medikasjonen (8). Ved generaliserte epilepsier er sammenhengen større, og bilateral synkron epileptiform aktivitet kan representere korte absenser eller «subtile anfall» med redusert oppmerksomhet. I slike tilfeller kan EEG være en viktig del av vurderingen (7), og det kan være behov for 24-timers ambulante registreringer.

Spørsmål 6–9 handler om seponering av antiepileptisk medikasjon i forhold til førerkort. Epilepsi er ikke alltid en vedvarende tilstand (9). De aller fleste vil starte nedtrap-

ping av medikamenter hos pasienter med lang anfallsfrihet og førerkort (spørsmål 6), men under halvparten erindret å ha gjort det i løpet av det siste året før undersøkelsen. Tre firedeler følte at et stort behov for bilkjøring er en faktor som taler mot seponering (spørsmål 7). I spørsmål 8 spørres det om man avtaler kjørekarens i forbindelse med forsøksvis seponering. Dette er kontroversielt. Her er responderne delt i to omtrent like store grupper. Over 40% av voksne pasienter som seponerer antiepileptisk behandling får anfallsresidiv (8, 10). På denne bakgrunn er det overraskende at halvparten ikke krever kjørekarens. Det er mulig at forskjellige nevrologer her har ulike pasientkategorier i tankene. Prognosen ved de ulike epilepsisyndromer varierer mye (9). Ved de benigne barneepilepsier vet man at anfallstendensen forvinner i puberteten, men disse pasientene skal helst avslutte behandlingen før de kommer i alder for førerkort. Det er nesten like stor uenighet når det gjelder det siste spørsmålet (spørsmål 9), der over halvparten mener at residiv under forsøksvis seponering ikke aktiviserer meldeplikten. Dette kan begrunnes med at risikoen vanligvis ikke vedvarer over seks måneder når tidlige medikasjon gjenopptas (11).

En innvending mot vår undersøkelse er at reliabiliteten og validiteten kan være usikker. Fordi epilepsi er en sammensatt syk-

domsgruppe, kan det være vanskelig å besvare spørsmålene kategorisk. Svarene kan være farget av aktuelle kliniske problemstillinger og omstendigheter knyttet til nylig behandlede pasienter. Våre resultater gjenspeiler likevel at mangfoldet på dette området vanskelig lar seg favne av et grovt regelverk. Faglig skjønn må utøves i hvert enkelt tilfelle.

Leger har en vanskelig rolle når det gjelder epilepsi og førerkort. Funksjonen som sakkyndig rådgiver for offentlig myndighet er ansvarsfull. I en fersk undersøkelse i USA hadde 27% av 367 pasienter som ble henvist til epilepsikirurgi forårsaket en anfallsrelatert trafikkulykke i løpet av sitt liv. Nesten en tredel hadde kjørt bil i løpet av det siste året, på tross av ukontrollert epilepsi (12). Amerikanske forhold lar seg neppe overføre til Norge. Holdningene er forskjellige, og i USA varierer regelverket fra stat til stat (11, 13). En amerikansk konsensusgruppe har anbefalt en kjørekarens ned mot tre måneder etter et epileptisk anfall (14), mens i Europa er det bred enighet om ett års kjøreforbud (12, 15). En rekke undersøkelser med delvis sprikende resultater er blitt utført vedrørende epilepsi og trafikkrisiko. Bl.a. fant man i en britisk undersøkelse at personer med tidligere anfall og gyldig førerkort ikke representerte noen økt risiko (16), men i en større undersøkelse var det likevel 40% økt risiko

Ramme 1

- **Førerkortforskriften:** § 8. Generelle bestemmelser om helse
Ingen må føre motorvogn når vedkommende pga. sykdom, annen påvist eller sannsynlig helsesvekkelse eller bruk av medikamenter ikke er i stand til å kjøre på trygg måte. Når innehaver av førerkort eller kjøreseddel som følge av langvarig svekkelse av helse eller førlighet er i tvil om fortsatt kjøring kan skje på trygg måte, plikter vedkommende å søke lege for undersøkelse.
- **Forskrifter om førerkort og førerprøve mv.** (utdrag) § 9. Krav til helse og førlighet
1. For førerkort for personbil (klasse B) gjelder følgende krav til førerens helse: Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet i løpet av de siste 12 måneder.
- **Helsepersonelloven:** § 34. Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat
Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.
- **Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav.** § 2. Førerkort
1. Lege har plikt til å advare innehaver av førerkort dersom legen ved undersøkelse finner det av helsemessige grunner uforsvarlig at personen fortsetter å føre motorvogn. Dersom legen er i tvil om forholdet kan ha innvirkning på kjøreferdigheten eller -sikkerheten, eller om helsesvekkelsen er midlertidig, bør legen søke råd hos fylkesmannen.
2. Dersom legen antar at innehaver av førerkort har en midlertidig helsesvekkelse som ikke vil vare utover 6 måneder, skal han gjøre vedkommende oppmerksom på at han ifølge førerkortforskriftenes § 9 ikke har lov til å føre motorvogn.
3. Dersom legen finner at innehaver av førerkort har en varig helsesvekkelse som gjør det uforsvarlig at han fortsetter å kjøre motorvogn i de(n) klasse(r) førerkortet gjelder for, eller har en midlertidig helsesvekkelse som medfører dette for en periode av 6 måneder eller mer, skal legen gi skriftlig advarelse til innehaveren om forholdet.

Tabell 1 Spørreskjema med svar

1. Mener du at meldeplikten aktiviseres av et leilighetsanfall (epileptiske anfall utløst av helt uvanlige omstendigheter)?	Ja: 41 (27 %) Nei: 110 (73 %)
Hvis nei, avtaler du i så fall kjørekarens?	Ja: 100 (94 %) Nei: 7 (6 %)
2. Mener du at kun forekomst av enkle partielle anfall med intakt bevissthet og intakt motorisk kontroll aktiverer meldeplikten?	Ja: 92 (61 %) Nei: 58 (39 %)
3. Hvor vil du helst sende spesialisttesten i forbindelse med utstedelse eller fornyelse av førerkort?	Pasienten selv: 73 (43 %) Trafikkstasjonen: 24 (15 %) Fylkeslegen: 62 (39 %)
4. anbefaler du iblant dispensasjon fra ettårsregelen?	Ja: 96 (64 %) Nei: 53 (36 %)
5. Bruker du EEG i bedømmelsen av førerkortsaker?	Nesten aldri (0–25 %): 26 (17 %) Noen ganger (25–50 %): 33 (22 %) Som regel (50–75 %): 33 (22 %) Nesten alltid (75–100 %): 58 (39 %)
6. Hender det at du seponerer medikasjonen etter et visst antall år med anfallsfrihet hos innehavere av førerkort?	Ja: 139 (93 %) Nei: 10 (7 %)
Har du gjort det i løpet av siste år?	Ja: 66 (44 %) Nei: 64 (43 %) Husker ikke: 20 (13 %)
7. Føler du at et stort behov for bilkjøring er en faktor som taler mot seponering?	Ja: 111 (75 %) Nei: 37 (25 %)
8. Avtaler du kjørekarens hos pasienter som seponerer medikasjonen?	Ja: 74 (51 %) Nei: 71 (49 %)
9. Mener du at anfallsresidiv i forbindelse med seponering aktiviserer meldeplikten?	Ja: 65 (45 %) Nei: 81 (55 %)

for trafikkulykker med alvorlig personskade (17). I en dansk undersøkelse ble bilførere med epilepsi behandlet ved sykehus for trafikkskade sju ganger hyppigere enn tilfellet var i et kontrollmateriale (18). I dagspressen blir vi stadig minnet om at «anfall» eller «illebeholdninger» forårsaker trafikkulykker, og det er grunn til å ta dette problemet svært alvorlig. Kun få pasienter mangler forståelse for regelverket. Epilepsi er imidlertid en tilstand der pasientene ikke, eller kun delvis, opplever sine egne symptomer. Dette kan være en av grunnene til at noen har problemer med å akseptere konsekvensene av sin sykdom i første omgang.

Uenigheten blant nevrologer på dette området gir grunn til å stille flere spørsmål. Bør forskriftene være mer detaljerte? Vi tror neppe det løser alle problemer. Bør alle pasienter med anfall behandles likt? Her kan vi svare entydig nei. Pasientene er ikke like. Epileptiske anfall forekommer provosert som akutte symptomatiske anfall og spontant i forbindelse med epilepsi. Mellom disse ytterpunktene er det glidebånd overgangen.

Epilepsi er ikke én sykdom, men en rekke ulike epilepsisykdommer og syndromer som kan ha forskjellig prognose (9). Riktige vurderinger krever erfaring og spesialkunnskap. Det bør tilstrebes at alle pasienter i samme prognosegruppe blir behandlet likt. Det bør etter vår vurdering utarbeides nærmere retningslinjer for leger. Forholdene omkring epilepsi og førerkort bør ha en bred plass i utdanningen av nevrologer slik at det faglige skjønn blir mer enhetlig. Det må legges vekt på et godt samarbeid mellom allmennleger, nevrologer, trafikkmyndighet og tilsynsmyndighet med informasjon og kursvirksomhet. Pasientene må føle at de får en grundig og forsvarlig medisinsk vurdering som bakgrunn for den juridiske avgjørelsen. Med den spredning av praksis vi har avdekket, risikerer vi at unge leger som følger råd fra veileder, likevel kan bli utsatt for reaksjoner fra tilsynsmyndigheten.

Konklusjon

Spørreundersøkelsen indikerer at pasienter med epileptiske anfall blir ulikt ivarett når

det gjelder førerkort. Vurderingene kan være mer avhengig av hvilken lege han/hun kommer til enn av hvilke omstendigheter som foreligger. Dette er ikke hensiktsmessig og bør gi grunnlag for et konsensusøkende arbeid innad blant nevrologer og mellom tilsynsmyndighet og fagmiljø.

Litteratur

1. Brodtkorb E, Eide A. Epilepsi og førerkort. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 1648–50.
2. Commission on classification and terminology of the International League against epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389–99.
3. Pedersen S, Petersen K. Juvenile myoclonic epilepsy: clinical and EEG features. *Acta Neurol Scand* 1998; 97: 160–3.
4. First seizure trial group. Randomized clinical trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first tonic-clonic seizure. *Neurology* 1993; 43: 478–83.
5. Commission on epidemiology and prognosis, International League against epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592–6.
6. Foldvary N, Nashold B, Mascha E, Thompson EA, Lee N, McNamara JO et al. Seizure outcome after temporal lobectomy for temporal lobe epilepsy. A Kaplan-Meier survival analysis. *Neurology* 2000; 54: 630–4.
7. Fowle AJ, Binnie CD. Uses and abuses of the EEG in Epilepsy. *Epilepsia* 2000; 41 (suppl 3): 10–8.
8. Specchio LM, Tramacere L, La Neve A, Beghi E. Discontinuing antiepileptic drugs in patients who are seizure free on monotherapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 22–5.
9. Sander JW. Some aspects of prognosis in the epilepsies: a review. *Epilepsia* 1993; 34: 1007–16.
10. Prognostic index for recurrence of seizures after remission of epilepsy. Medical Research Council Antiepileptic Withdrawal Study Group. *BMJ* 1993; 306: 1374–8.
11. Krumholz A. Driving and epilepsy: a historical perspective and review of current regulations. *Epilepsia* 1994; 35: 668–74.
12. Berg AT, Vickrey BG, Sperling MR, Langfitt JT, Bazil CW, Shinnar S et al. Driving in adults with refractory localization-related epilepsy. *Neurology* 2000; 54: 625–30.
13. Krauss GL, Ampaw L, Krumholz A. Individual state driving restrictions for people with epilepsy in the US. *Neurology* 2001; 57: 1780–5.
14. American Academy of Neurology, American Epilepsy Society, Epilepsy Foundation of America. Consensus statements, sample statutory provisions, and model regulations regarding driving licensing and epilepsy. *Epilepsia* 1994; 35: 696–705.
15. Fisher RS, Parsonage M, Beaussart M, Bladin P, Masland R, Sonnen AEH et al. Epilepsy and driving: an international perspective. *Epilepsia* 1994; 35: 675–84.
16. Taylor J, Chadwick DW, Johnson T. Accident experience and notification rates in people with recent seizures, epilepsy or undiagnosed episodes of loss of consciousness. *Q J Med* 1995; 88: 733–40.
17. Taylor J, Chadwick DW, Johnson T. Risk of accidents in drivers with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 60: 621–7.
18. Lings S. Increased driving accident frequency in Danish patients with epilepsy. *Neurology* 2001; 57: 435–9.