

Fører kort og anfall med bevissthetstap

I Tidsskriftet nr. 13–14/2011 gir Rasmus Lossius og medarbeidere synspunkter på EUs førerkortdirektivs bestemmelser om epilepsi, og implementering av dette i norske forskrifter og retningslinjer (1). Vi ville gjerne oppklart ukklarhetene som påpekes, korrigert feiloppfatninger og forklart valg ved implementering av direktivet. Vi er kun gitt plass til korrespondanseinnlegg, så i korthet dette.

Forskriftens karenstider etter anfall er ikke endret som følge av direktivet.

Både for utredende leger og for oss som behandler førerkortsakene, er det ofte usikkert om det er epilepsi eller annen årsak til «anfall». Forskriften omfatter alle typer anfall med trafiksikkerhetsrelevans.

Begrepsbruken i attester, epikriser og journalnotiser er ofte upresis. Veiledningene må ta hensyn til vanlige usikkerhetsmomenter.

Vi er enig i at det er uheldig at EU-direktivets definisjon av epilepsi avviker fra definisjonen til International League of Epilepsy (ILAE). Ett klassisk GTK-anfall er ikke «epileptisk» i direktivets språkbruk. Det er jo likevel ingen synkope. Utredning og residivurdering er som ved epilepsi. Vi har brukt betegnelsen «epileptiformt», for å skille fra synkoper og for at også enkeltstående, epilepsilignende anfall skal omfattes. Bedre forslag?

Direktivteksten egner seg ikke som forskrift. Så vidt vi vet bruker de fleste land direktivet som utgangspunkt for nasjonale forskrifter og retningslinjer. Det har Norge også gjort.

Vi er enig i at det er en innskjerping når direktivet gir kjøreforbud fra nedtrappingsstart og i seks måneder etter seponering av antiepileptika. Vi kan *dessverre* ikke se at direktivet gir anledning til å «skjønne» at tre måneder burde holde (1). Det er riktig at meldeplikt ikke blir omtalt i direktivet. Håndhevelsesforhold reguleres nasjonalt. I en tysk undersøkelse var pasientenes etterlevelse av muntlig kjøreforbud 0% (2). Meldeplikt må antas å ha en trafiksikkerhetsfunksjon.

Direktivet aksepterer ikke at innehavere av klasse C eller D har > 2% årlig anfallsrisiko. Vi *har* presisert at et slikt estimat vanskelig kan gjøres for enkeltindivider (3). Tallet 2%, som EU har valgt, kommer fra beregninger av akseptabel relativ risiko for ulykke, skadepotensial for tunge og lette biler, tid i trafikken og risikoen for at et anfall skal føre til ulykke (4). Forutsetninger og utregninger kan diskuteres.

Forfatterne ønsker mer fleksible dispensasjonsbestemmelser. Det reviderte EU-direktivet er detaljert. Det gir mindre rom for skjønn. Fordelen er forutsigbarhet og likebehandling. Ulempen er «stivbenthet». Attestutsteders oppgave er å gi korrekte opplysninger og vurdere anfallsrisiko.

Endringene i norsk førerkortforskrift som følge av EU-direktivet, var på høring. Når det likevel oppdages uklarheter i ettertid, ser vi gjerne at det tas direkte kontakt.

Torkel Steen
Arne-Birger Knapskog
Helsedirektoratet

Torkel Steen (f.1963) er overlege ved Hjerte-avdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål og har en bistilling i Helsedirektoratet i fagområdet førerkortmedisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Arne-Birger Knapskog (f. 1937) er lege og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Lossius R, Nakken KO, Brodtkorb E. Endrede helsekrav for førerkort ved epilepsi. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1283–4.
- Maas R, Ventura R, Kretschmar C et al. Syncope, driving regulations and clinical reality: a survey of patients. BMJ 2003; 326: 21.
- Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort – IS-1437. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/f_rerkort_regler_og_veiledning_for_utfylling_av_helseattest_for_f_rerkort_68087 (13.7.2011).
- Epilepsy and driving in Europe. A report of the Second European Working Group on Epilepsy and Driving. http://ec.europa.eu/transport/road_safety/behavior/doc/epilepsy_and_driving_in_europe_final_report_v2_en.pdf (13.7.2011).



Helsetjenesten for palestinere

Jeg takker Tone Aarholt Hegna for den betimelige artikkelen i Tidsskriftet nr. 17/2011 om spesialisthelsetjenesten for palestinere (1). Som hun påpeker er den israelske okkupasjonen blitt en helt spesiell utfordring for det palestinske helsevesenet. Problemene henger sammen med administrative så vel som fysiske hindringer. Situasjonen forverres så å si fra dag til dag på grunn av den israelske bosettingspolitikken i de okkuperte områdene. Denne politikken har som mål å «endre fakta på bakken», noe man i vesentlig grad har oppnådd. Det situasjonskartet som medfølger Hagnas artikkel, er derfor misvisende. «Vestbredden» er i dag ikke lenger et sammen-

hengende hele, men oppstykket av israelske bosettinger med veier og gjerder av forskjellig slag. Tilbake er et lappeteppes av palestinske områder, hvor ikke bare helse-tjenestene, men samfunnslivet på nær sagt alle områder, blir skadelidende.

Oddmund Søvik
Bergen

Oddmund Søvik (f. 1933) er dr.med. og professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen. Han har tidligere arbeidet som lege blant palestinske flyktninger i Jordan, og er medlem av Palestinakomiteen i Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Hegna TA. Vanskelig for palestinere å få spesialistbehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1673–5.

Piloter og legelicens

Einar Skatteboe kommenterer i Tidsskriftet nr. 13–14/2011 (1) mitt innlegg om eldre leger og lisens (2). Jeg synes den ideen Skatteboe fremmer er meget god. Jeg kan være enig i at bruk av kronologisk alder ikke er et godt kriterium på en leges evne til å fungere som lege, fordi det er så stor forskjell på kronologisk og fysiologisk alder (3).

Kravet til en privat pilot er, kort fortalt, delt i 3: klasse/typerettighet (4), rettighetsfornyelse (5) og medisinske krav (6). Omskrevet til den aldrende lege vil tredelingen være meningsfull slik: autorisasjon, fornyelse av rettigheten til å virke i henhold til autorisasjonen og medisinske krav.

Hvilke krav som skal gjelde for fornyelse av rettigheten og medisinsk skikkethet kan bli en spennende diskusjon som jeg gleder meg til å delta i.

Lars Tjensvoll
Bærum

Lars Tjensvoll (f.1956) er spesialist i allmennmedisin og fastlege. Han er oppnevnt flylege for Europa, USA og Canada og er leder i Norsk flymedisinsk forening.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Skatteboe E. Behandle oss som eldre piloter. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1278.
- Tjensvoll L. Eldre piloter, yrkessjåfører – og leger. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 803.
- Engedal K. Alderdom. Store Norske Leksikon: http://snl.no/sml_artikkel/aldersdom (26.9.2011).
- Joint Aviation Requirements-Flight Crew Licencing (JAR-FCL) 1.215–1.200: Klasserettigheter og typerettigheter. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091120-1407.htm> (26.9.2011).

>>>

- JAR-FCL, 1.245: Type- og klasserettigheter – gyldighet, forlengelse og fornyelse <http://www.lovdato.no/cgi-wif/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091120-1407.html> (26.9.2011).
- JAR-FCL, JAR-FCL 3.025 Gyldighet av sertifikater og rettigheter <http://www.lovdato.no/cgi-wif/ldles?doc=/sf/sf/sf-20080619-0617.html> (26.9.2011).



Legemiddelindustrien og dobbeltmoralen

I Tidsskriftet nr. 15/2011 forklarer Karita Bekkemellem pent hvorfor legemiddelindustrien sluttet å sponse reise på kongresser for norske leger (1). En av årsakene til dette var at de mente sponning av deltagelse på kongresser kunne gjøre at leger ikke forskrev beste medisin for sine pasienter, men i stedet skrev ut medisin fra det firmaet som hadde sponset dem.

Jeg har praktisert i Norge i 30 år og jeg har vært på mange kongresser som ble betalt av firmaer. Men jeg har aldri utskrevet en eneste medisin som jeg ikke var overbevist om var den beste for pasienten, uansett med hvilket firma jeg har reist og hvor god middag og vin jeg har fått. At den farmasøytiske industri sluttet å invitere leger på viktige faglige kongresser, tror jeg kan ha negativ betydning for mange legers evne til å oppdatere sin kunnskap. Det er nemlig mange som ikke blir sponset av sin arbeidsgiver og som ikke selv har råd til å delta på medisinske kongresser. Legemiddelindustrien har de siste årene vært opptatt av at legene som reiser på kongresser ikke skal ha bra hotell og rimelig bra mat, og de har gitt dem billigste vin, men samtidig har den medisinske industri drevet meget aggressiv markedsføring av sine medisinske produkter. Hvorfor har ikke Legemiddelindustrien noe imot at medisinske firmaer inviterer leger på sine egne symposier og at firmarepresentanter kommer til legekontoret? På slike møter blir legene mest hjernevasket av medisinske firmaer, som prøver å forklare hvor godt produkt de har og ofte at deres produkt er mye bedre enn de andres. Jeg har opplevd flere ganger at små studier plutselig ble store studier, og negative studier ble omgjort til positive av medisinske firmaer.

Hvis Legemiddelindustrien virkelig vil være helt sikre på at de ikke påvirker leger til å skrive ut medisiner, bør de slutte med besøk av legemiddelrepresentanter på legekontorer,

slutte å invitere på sine egne symposier som veldig ofte har lavt medisinsk nivå, slutte å sende brosjyrer til legene og kun annonsere sine egne produkter i Tidsskriftet.

Grzegorz Gradek
Bergen

Grzegorz Gradek (f. 1953) er privatpraktiserende kardiolog og pulmonolog ved Hjerte og Lungesenteret, Bergen.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har fått betalt reiser til kongresser av den farmasøytiske industri.

Litteratur

- Bekkemellem K. Åpenhet om samarbeid og deling av kunnskap. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1528.



Moros refleks fremdeles viktig verktøy

I Tidsskriftet nr. 20/2011 stiller Arne Tveit spørsmål ved nødvendigheten av Moros refleks ved seksukerskontrollen (1). Refleksjonen inngår i det refleksbatteriet som brukes til å vurdere barnets nevrologiske utvikling de første levemånedene. Refleksen ble første gang beskrevet i 1918 av Ernst Moro, en av Europas ledende barneleger i begynnelsen av det forrige århundre (2): «Når barnet ligger på undersøkelsesbenken og man banker med hendene på begge sider av puten, følger det en rask strekke-abduksjon av begge armene som deretter umiddelbart nærmer seg til hverandre i en adduksjon» (3).

Før jeg utløser refleksjonen (vanligvis slik Arne Tveit gjør det) pleier jeg på forhånd med et smil å si til barnet at «nå skal vi se om vi kan skremme deg litt», slik at foreldrene skal være forberedt på barnets reaksjon. Jeg har ikke inntrykk av at foreldrene har reagert negativt på undersøkelsen. Moros refleks utløses av vestibulær stimulering og kan derfor også utløses ved bevegelse av hele kroppen uten dorsalfleksjon av bare hodet (4). Hvor godt man lykkes i å utløse refleksjonen, avhenger av en rekke forhold, bl.a. barnets våkenhetsgrad (4). Ofte ser man at barnet spontant utfører en Moros reaksjon i forbindelse med at man kler av barnet, ved kraftige lyder eller ved andre eksterne stimuli. Har jeg først sett en

slik spontan Moros refleks og barnet ellers virker friskt, gjør jeg sjelden forsøk på også å fremprovosere refleksjonen. Moros refleks sier imidlertid også noe om det perifere nervesystemet og armene. Dersom det har vært en vanskelig skulderforløsning, med mistanke om clavicalfraktur eller pleksus-skade, vil påvisning av en sterkt asymmetrisk refleks være et viktig funn.

Moros refleks hører til gruppen av primitive refleksjoner som taper seg i løpet av de første 2–3 månedene, og som kan være uttrykk for patologi dersom den består lenger ut i spedbarnsalderen enn ved 4–5-månedersalderen. Ved seksukersalder bør barnet fortsatt ha en Moros refleks, selv om den kan være svakere enn ved fødselen, og selv om det som nevnt over, er mange andre normale forhold som påvirker hvor lett det er å utløse refleksjonen. På dette tidspunktet vil også en generell undersøkelse, anamnestiske opplysninger om ernæring, vektoppgang samt følelse av kontakt mellom barn og foreldre i stor grad bidra til vurderingen av barnet. Hvis det generelle inntrykket ved seks uker er at barnet utvikler seg normalt, ville jeg ikke gjøre store anstrengelser for å få utløst Moros refleks. Den bør likevel ikke strykes fra listen over diagnostiske verktøy ved seksukersalderen.

Dag Bratlid

Barne- og ungdomsklinikken
St. Olavs hospital

Dag Bratlid (f. 1944) er professor I og overlege ved Nyfødt intensivavdelingen, Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Tveit A. Overflødig undersøkelse? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1990.
- Weirick A, Hoffmann GF. Ernst Moro (1874–1951) – a great pediatric career started at the rise of university-based pediatric research but was curtailed in the shadows of Nazi laws. Eur J Pediatr 2005; 164: 599–606.
- Moro E. Das erste Trimenon. Muench Med Wschr 1918; 42: 1147–50.
- Rönqvist L. A critical examination of the Moro response in newborn infants – symmetry, state relation, underlying mechanisms. Neuropsychologia 1995; 33: 713–26.

Var Sveits tilbakestående?

Takk til Aina Schiøtz for en artig artikkel i Tidsskriftet nr. 16/2011 (1). Det er imidlertid et par punkter som jeg har lyst til å kommentere fordi de vakte minner om min sveitstiske mor som et par ganger kom ulykkelig hjem etter å ha blitt verbalt ganske så hatsk angrepet av kjente kvinner i det norske politiske miljø: «Er De fra Sveits! Ja det går ikke an at de ikke har stemmerett, det er en skam.» >>>