

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Reseptregisteret og misbruk av pregabalin

Vi har brukt data fra Reseptregisteret (1) for evaluering av bruken av antiepileptika i Norge (2). På bakgrunn av brev til redaktøren om misbruk av pregabalin (3, 4) har vi sett på omfanget av pregabalinmisbruk i hele befolkningen i perioden 2008–09. Våre data viser at det uavhengig av indikasjon totalt var 20 274 og 17 111 pasienter som fikk resept på pregabalin i hhv. 2008 og 2009. Av disse var det 19 i 2008 og 25 i 2009 som brukte høyere dose enn ti ganger definert døgndose (DDD = 300 mg) og ble definert som storforbrukere og potensielle misbrukere. Dette tilsvarer ca. 0,01 % av pasientene, og de sto for 3,4 % av det totale forbruket av pregabalin (2,19 DDD/1 000 innbyggere/døgn). En overforbruker ble definert som en som fikk 5–10 ganger mer enn definert døgndose. Dette gjaldt 101 pasienter i 2008 og 118 pasienter i 2009 – disse utgjorde 0,6 % av pasientene totalt og sto for 5,6 % av forbruket.

Det kan være store interindividuelle variasjoner innenfor vanlig terapeutisk bruk – det kan være opptil fem ganger normaldoseringen uten at dette kan defineres som misbruk. Antall ekspederinger varierte, med et gjennomsnitt på fem ganger per år. Den pasienten som fikk forskrevet mest, hadde 161 ekspederinger i 2008, noe som tilsvarer tre per uke. Videre salg kan ikke utelukkes i slike tilfeller. Det er viktig å følge utviklingen av dette, og Reseptregisteret er egnet for å avdekke slike problemstillinger.

Cecilie Johannessen Landmark
Hilde Fossmark
Høgskolen i Oslo

Pål G. Larsson
Elisif Rytter
Svein I. Johannessen
Oslo universitetssykehus

Litteratur

1. Reseptregisteret (NorPD) www.reseptregisteret.no (6.1.2011).
2. Landmark C, Larsson PG, Rytter E et al. Antiepileptic drugs in epilepsy and other disorders: a population-based study of prescriptions. *Epilepsy Research* 2009; 87: 31–9.
3. Bramness JG. Misbruk av pregabalin. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1703–4.
4. Westin AA, Strøm EJ. Ja, pregabalin kan misbrukes! *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 2108.

Hvorfor ikke kjøresimulatorer?

Brækhus og medarbeidere presenterer i *Tidsskriftet* nr. 13–14/2010 den for mange leger vanskelige vurdering av fysisk og mental helse når det gjelder egnethet for innehav av førerkort for motorkjøretøy (1). Schanke og medarbeidere ved Sunnaas sykehus følger opp problemstillingen og diskuterer opprettelse av trafikkmedisinske sentre som en mulig løsning (2). De antyder en modell med sentre innen spesialisthelsetjenesten med spisskompetanse på førerkortvurderinger ut fra problemstillinger som rus, psykiatrisk sykdom eller kognitiv funksjonsnedsettelse.

Førerkortvurdering og egnethet vil i all hovedsak dreie seg om eldre mennesker, en heterogen gruppe når det gjelder psykomotorisk tempo, syn, reaksjonstid og funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Psykiatrisk sykdom er et annet vanskelig område, der symptomer knyttet til persepsjon, informasjonsprosessering, konsentrasjon, hukommelse, psykomotorisk aktivitet, oppmerksomhet, impuls kontroll, dømmekraft, problemløsning, vrangforestillinger og hallusinasjoner kan gjøre bilkjøring vanskelig, slik Brækhus og medarbeidere presenterer dette mangfoldet i klinisk vurdering som vil kunne inngå i en optimal evaluering av enkeltindivider (1).

Men hvorfor ikke benytte kjøresimulatorer? Trafikkflygere har i mange år måttet gjennomføre årlige flysimulatorer for å fornye sertifikatet. Ved hjelp av en kjøresimulator vil man kunne teste mulig funksjonssvikt når det gjelder alle disse egenskapene, men da slik de vil vise seg i trafikkbildet blant andre trafikanter, i bytrafikk og på riks- og motorveier. I en simulator må den testede gjøre riktige valg og tilpasninger i trafikken i henhold til et stadig skiftende trafikkbilde og ta hensyn til trafikkreglene, uten å utsette seg selv eller andre trafikanter for fare. Feil straffes med prikkbelastning – det bør være en øvre grense for innehav av førerkort.

Det er et betydelig antall eldre som hvert år skal vurderes for egnethet til å inneha førerkort, og det er stadig forbundet med betydelig ubehag for legen å skulle nekte noen dette. Kanskje gjelder dette spesielt når vi skal vurdere våre eldre kolleger – historien går om den tilårskomne professoren som var så svaksynt at han ikke kunne gå tur i skogen på egen hånd, men førerkort for bil hadde han!

Den medisinske vurderingen vedrørende egnethet som sjåfør er stadig helt avgjørende ved epileptiske, cerebrovaskulære og enkelte nevrologiske, psykiatriske og kardiale lidelser. Men for det store antallet eldre som må ha den nødvendige rutinemessige fornyelse av retten til å kjøre bil, bør man kanskje åpne opp for at legene kan slippe det belastende dilemmaet mellom pasientlojalitet og medansvar for trafikk-sikkerheten. Man bør kunne overlate det til kjøresimulatorer, administrert av biltilsynet, fremfor å opprette tverrfaglige trafikkmedisinske spesialistsentre med tverrregionalt samarbeid, som antydnet fra Sunnaas sykehus (2). Slike spesialistsentre vil uansett ikke kunne få kapasitet til å utrede en økende «kjørelysten» eldre del av befolkningen.

Håkon Lie

Rygg- og nakkepoliklinikken
Oslo

Litteratur

1. Brækhus A, Bruun Wyller T, Engedal K. Legers syn på helsevurdering for førerkort. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1343–6.
2. Schanke AK, Becker F, Østen PE et al. Førerkortvurderinger – behov for samordning og utvikling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 2108.

Brækhus og medarbeidere svarer:

Håkon Lie tar til orde for simulatortesting av eldre med tanke på kjøredyktighet. Hos den store gruppen eldre der det mer er snakk om rutinemessig fornyelse av førerkortet, kan det være fristende å frata legene den belastningen de i dag utsettes for – dilemmaet mellom pasientlojaliteten på den ene side og medansvar for trafikk-sikkerheten på den annen.

Ideen om differensierte vurderingsmetoder er etter vårt skjønn fornuftig. Vi tror imidlertid man bør beholde den legevurderingen som i dag gjøres hos alle over en viss alder. Det er mye skjult sykdom som kan og bør påvises ved de rutinemessige kontrollene, ikke minst kognitiv svekkelse. Man kan eventuelt vurdere å heve dagens aldersgrense for helseattest for førerkort fra 70 til 75 år.

Hos mange av pasientene vil man, selv etter en tilstrekkelig medisinsk undersøkelse, fortsatt være i tvil om kjøredyktigheten. Da bør man kunne henvise til videre undersøkelse/testing, eventuelt med simula-

tortesting som en av mulighetene. Det er imidlertid en rekke skjær i sjøen før dette kan bli en realitet. Det er betydelige metodologiske utfordringer knyttet til anvendelse av kjøresimulator for kliniske formål. Det er i dag ikke forskningsmessig belegg for å anvende denne teknologien som standard diagnostisk verktøy, og man har liten kunnskap om hvordan kjøreatferden i simulator gjenspeiler kjøreatferden i virkelig trafikk. I tillegg er simulatorsyke ikke så rent sjelden et problem (1). Det er for tiden ingen simulator i bruk i Norge, men oppbygging foregår ved miljøene i Stavern, ved Sunnaas sykehus og i Kristiansand. Forhåpentligvis kan simulortesting bli et tilbud her i landet om noen år.

Anne Brækhus
Knut Engedal
Torgeir Bruun Wyller
 Oslo universitetssykehus

Litteratur

- Henriksson P. Äldre deltagere i körnsimulatorstudier. En kunnskapsöversikt. VTI-rapport 581/2007. www.vti.se/templates/Report____2796.aspx?reportid=7739 (5.1.2011).

Kloning og førerprøve for eldre

Først min kompliment til Tidsskriftets julenummer, som inneholdt mye interessant stoff, ikke minst gjelder det det som har historisk vinkling. Jeg har et par spørsmål: Siv Frøydis Bergs artikkel omhandlet kloningen av sauen Dolly (1). Kan man klonen en sau, skulle jeg i min grenseløse uvitenhet anta at det også skulle være mulig å klonen f.eks. nyre, lever og ledd. Er dette fremdeles fremtidsmusikk, tro?

I en omtale av Legeforeningens dekning i mediene gjengis et oppslag fra Aftenposten, der foreningen foreslår for Vegdirektoratet at sjåfører etter fylte 70 år skal gjennomgå ny førerprøve i tillegg til å fremlegge helseattest (2). Foreningen har også nylig kommet med en høringsuttalelse til Vegdirektoratet (3). Å vurdere kjøreferdighet som sådan er en oppgave for andre instanser enn Legeforeningen. Når det gjelder alvorlige ulykker og spesielt ulykker med døden til følge, viser statistiske data at disse hovedsakelig er forårsaket av menn under 40 år. Hvorfor retter ikke foreningen heller søkelyset mot denne gruppen?

Elling Kvamme
 Oslo

Litteratur

- Berg SF. Skapt av viten. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2499–503.
- Legeforeningen i mediene. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2522.

Om å vite eller begripe

Jon Amund Kyte hadde i Tidsskriftet nr. 22/2010 en spennende og klok leder: *Vi vet mer enn vi kan begripe* (1). Han peker på at naturvitenskapen har frembrakt store mengder data, og undres på om det oppstår behov for helt andre verktøy. Han nevner at samfunnsvitenskapelige spørsmål sjelden kan besvares med testbare hypoteser og at dette ikke skyldes mangel på data. Det skyldes «snarere mengden og kompleksiteten av all informasjon som er tilgjengelig». I biologiske systemer er denne kompleksiteten ofte forårsaket av *tilbakekoblingsløyper*.

Skal man analysere sammensatte systemer, må man dele dem opp i sine enkelte bestanddeler og studere hver del for seg (2). For hver lille del eller faktor kan det lages hypoteser, som eventuelt kan testes etter naturvitenskapelig metodikk. Til slutt må dette imidlertid integreres, slik at man kan forstå helheten. Det enkleste er systemer der de enkelte komponenters virkninger kan adderes. Komponentene i systemet fungerer uavhengig av kontekst. Systemet har ikke tilbakekoblingsløyper, det vil si verken positiv eller negativ feedback. I systemer med feedback, derimot, virker utdata tilbake på inndata i årsakssekvenser, slik at det kan oppstå ikke-lineære sammenhenger (3).

Individer har ulik sensitivitet når det gjelder den patogene effekten av belastende hendelser (2). Ulikheten kan skyldes tidligere erfaringer, genetisk utrustning, personlighet eller sosial klasse. Genenes virkninger av varierer blant annet som funksjon av miljøpåvirkning. Virkningene av mange faktorer er kontekstavhengige (2). Man kan ikke addere faktorer og regne med at de vil ha like stor vekt hos alle, effekten vil variere fra individ til individ. Dette gjelder neppe bare psykiatrien.

Anders Evang
 Oslo

Litteratur

- Kyte JA. Vi vet mer enn vi kan begripe. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2217.
- Kendler KS. Explanatory models for psychiatric illness. Am J Psychiatry 2008; 165: 695–702.
- Evang A. Tankebilder, hjerne, følelser og styring. Oslo: Cappelen Akademisk, 2007: 167–79.

RETELSE

Lokalbehandling av akne

Carsten Sauer Mikkelsen, Sonali R. Hansen, Susanne Kroon

Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 33–4

På side 33 tredje spalte, linje 20, skal det stå: Ansiktet bør renses med et rensmiddel med pH omkring 6,5 morgen og kveld samt etter fysisk belastning ...

Lennox-Gastauts syndrom – forløp og behandling

Caroline Lund, Eylert Brodtkorb, Karl O. Nakken

Tidsskr Nor Legeforen 2011, 131: 24–7.

I nr. 1/2011 på side 27 etter brødteksten skulle det stått:

Vi takker Hrisimir Kostov for tillatelse til bruk av EEG-bildene.