



2010-06-16

Transportstyrelsen
Trafikantenheten
Box 267
781 23 Borlänge

Remissvar med anledning av nya föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m m (TSV 2009-15071)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är en politiskt och fackligt obunden organisation, som arbetar för förbättrad hälsa och sjukvård med patientens bästa för ögonen.

SLS konstaterar att remisstiden var anmärkningsvärt kort, vilket försvårat en seriös och konstruktiv bedömning av förslaget.

Efter hörande av SLS sektioner för beroendemedicin, cardiologi, internmedicin och klinisk fysiologi vill SLS avge följande yttrande.

Kapitel 1, Inledande bestämmelser, § 8

Ur trafiksäkerhetssynpunkt är det viktigt att körkortshavare med medicinska tillstånd som kan innebära risker i trafiken utreds. SLS anser därför att misstanke om missbruk/beroende ska utredas, men att skyldighet att anmäla detta till Transportstyrelsen kan anstå så länge personen är i behandling för tillståndet. Däremot ska anmälan göras om körkortshavaren motsätter sig fortsatt utredning.

Skrivningen ”om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig för sådant innehav ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen.”, innebär en speciell problematik för diagnostiska specialiteter vilket möjligen inte har avsetts vid formuleringen. Patienter remitteras till diagnostiska specialiteter för undersökning och undersökningssvaret går till patientansvarig läkare som skrivit remissen. Den aktuella formuleringen kan tolkas så att den undersökande läkaren d.v.s. diagnostikern är skyldig att göra anmälan medan SLS bedömning är att ansvarig är den patientansvariga läkaren, som får svaret på den diagnostiska undersökningen och som utifrån detta och all sin övriga kännedom om patienten tar ställning till om olämplighet föreligger. Det vore värdefullt med ett klagörande av detta.

Kapitel 5, Hjärt- och kärlsjukdomar, § 5

European Heart Rhythm Associations arbetsgrupp i frågan om ICD-behandling och bilkörning har nyligen publicerat riktlinjer i frågan (Europace 2009;11:1097-1107).

I det föreliggande dokumentet från Transportstyrelsen har man bara angivit körförbud efter tillslag av ICD:n, inget om körförbud efter implantation. Man kan förvisso hävda att sekundärpreventiva patienter har haft en allvarlig arytm, men den har inte behandlats med defibrillatorn. Man skriver således ingenting om skillnaden mellan sekundärpreventiva och primärpreventiva patienter. Man har däremot kortat observationstiden till tre månader istället för sex, vilket är i enlighet med EHRA:s riktlinjer.

För det andra skriver man att patienten efter felaktig chock ska ha körförbud (observationstid) i en månad, efter att felaktigheten åtgärdats. Detta är högst onödigt och olämpligt och går helt emot ovan nämnda riktlinjer, där det står att körförbud råder fram till dess att problemet åtgärdats, men inte därefter. Dessutom förutsätts i Transportstyrelsens skrivning att inadekvata chocker alltid beror på felaktig funktion i defibrillatorn, vilket inte är sant (den vanligaste orsaken är icke livshotande arytm, fr.a. förmaksflimmer).

EHRA:s riktlinjer finns således publicerade och avslutas med en enkel sammanfattning. Denna borde vara det som också står i Transportstyrelsens föreskrifter, och SLS kan inte se någon anledning till varför de skulle avvika från den föreslagna uniforma Europa-rekommendationen.

Översatt och sammanfattat står där följande (och det anser SLS alltså också bör vara skrivningen i Transportstyrelsens föreskrifter):

- Personer som får ICD efter överlevt hjärtstopp (sekundärprevention) bör ha en observationstid på tre månader innan bilkörning återupptas.
- Personer som får ICD i primärpreventivt syfte bör avstå från bilkörning i en månad eller till att den postoperativa kontrollen visar en fullgod funktion av ICD:n.
- Efter defibrillering som inträffat för att häva en allvarlig arytm (så kallat adekvat tillslag) bör en observationstid på tre månader uppnås innan bilkörning återupptas.
- Vid defibrillering som utlösts på grund av arytm som inte är allvarlig eller trots att arytm inte inträffat (så kallad inadekvat defibrillering) bör bilkörning undvikas tills åtgärder för att undvika fortsatta inadekvata tillslag har vidtagits.

Kapitel 5, § 8 ischemisk hjärtsjukdom

Vid hjärtsjukdom anges numera även patologiskt arbetsprov och nedsatt ejektionsfraktion som hinder för innehav. För arbetsprov anges att ”en symptom begränsad arbetsförmåga vid arbetsprov som klart understiger förväntat normalvärde”, en formulering som medför att även nedsatt kondition kan utgöra hinder för innehav. Med hänsyn till den moderna datorberoende människans relativa orörlighet lär detta få konsekvenser avseende körkortsinnehav för t ex patienter med lindrig angina pectoris och dålig kondition, men även för patienter med kliniskt betydelselösa klaffel och marginellt sänkt ejektionsfraktion. Formuleringen bör ändras.

Här uppräknas förhållanden som var för sig utgör hinder för innehav, eftersom de är undersökningsfynd och kliniska symptom som innebär en ökad risk för en ischemisk händelse hos en coronarsjuk person. SLS undrar om detta ska tolkas så att samtliga undersökningar som ligger bakom punkterna 1-5 ska vara gjorda och ha utfallit negativt för att patienten ska få fortsätta ha körkort C-DE. Detta skulle till exempel innebära att alla patienterna måste genomgå angiografi. I så fall vill SLS föreslå att ett alternativ vore att utföra myocardscintigrafi eftersom det prognostiska värdet av en normal myocardscintigrafi är mycket högt. Eller att man skriver att angiografi alternativt fysiologisk ischemidiagnostik med scintigrafi, ekokardiografi eller MR kan användas.

Kapitel 5, § 9, klaffel

Här anges att nedsatt vänsterkammarmfunktion, allvarliga paroxysmala arytmier eller allvarliga EKG-avvikelser utgör hinder. Vid symptomgivande tät aortastenosis behöver inte någon mätbar systolisk funktionsnedsättning föreligga och patienten inte ha symptom på hjärtsvikt men det föreligger risk för synkope och plötslig död. SLS skulle föreslå att man under § 9 lägger till en punkt 4, undersökningsfynd förenliga med tät aortastenosis.

Kapitel 5, § 10, resttillstånd

Här behandlas resttillstånd efter åtgärdad ischemisk hjärtsjukdom eller resttillstånd efter kirurgiskt åtgärdad klaffsjukdom men inte resttillstånd efter kirurgiska åtgärder av komplexa medfödda hjärtfel. En liten andel av dessa kan vara behäftade med en påtagligt ökad arytmirisk eller risk för AV-blockering. SLS föreslår att man anger att dessa individer bör bedömas individuellt av specialist på medfödda hjärtfel. Inte heller personer med komplexa, icke-korrigerade medfödda hjärtfel kan utan vidare jämföras med personer med ischemisk hjärtsjukdom enligt § 8. Så t ex kan de ha ett stabilt kliniskt tillstånd men kraftigt nedsatt fysisk prestationsförmåga, som i sig inte behöver innebära ökad risk vid bilkörning.

Kapitel 8, Epilepsi, § 5

Vid epilepsi anges i allmänna råd att ”sömnbrist, alkoholkonsumtion, stress, feber, vätskebrist och fysisk eller psykisk ansträngning (är) exempel på sådana faktorer som kan återkomma. Innehav bör därför inte medges efter anfall som utlösts av sådana faktorer”. Det är värdefullt att detta hindersbeslut anges som ett bör-krav och inte ett skall-krav då dessa faktorer, även om de är potentiellt återkommande, även är påverkbara och möjliga att undvika. Beslut om körkortshinder bör därför tas efter övervägande av patientens förmåga att undvika dessa riskomständigheter.

Kapitel 12, Bruk av substans

SLS avvisar förslaget om att möjligheten till avsteg från kravet på observationstid ska upphöra. Observationstid innebär i praktiken att läkaren ska ha haft kontakt med patienten under en viss tid för att kunna garantera stabilitet, men det kan finnas förhållanden som talar för god stabilitet utan att kontakt pågått med en läkare. Det bör vara möjligt för läkaren att göra en samlad bedömning av de medicinska förutsättningarna när han/hon utfärdar ett läkarintyg. Det framkommer inte vare sig i missiv, konsekvensutredning eller på annat sätt att denna möjlighet har inneburit någon ökning av trafiknykterhetsbrott eller på annat sätt inneburit minskad trafiksäkerhet.

§ 1

SLS anser att alla läkemedel av opioidtyp bör omfattas av föreskriften och inte enbart läkemedel av opioidtyp som innehåller tramadol.

§ 8

När det gäller de allmänna råden exemplifieras biologiska markörer såsom CDT, GT och MCV. Däremot exemplifieras i konsekvensutredningen (sid 9) en kostnadsberäkning som omfattar markörerna ASAT, ALAT, GT och CDT. Beroendemedicinska sällskapet anser att det är markörerna ASAT, ALAT, GT och CDT som bör ingå när nykterhet verifieras. Inom en nära framtid kan även provet B-Peth (Fosfatidylethanol i blod) bli tänkbart. Det testas för närvarande på några laboratorier med gott resultat och har en i det närmaste 100%-ig specificitet för alkohol. Beträffande urinprov vill SLS påpeka att utöver kreatininnivåerna ska även pH-värdet redovisas. Förskjutning av urinens surhetsgrad innebär att vissa reagenser slås ut.

§ 11

SLS ser positivt på att håranalys kan ingå för att verifiera nykterhet och tillstyrker även att provtagning ska göras även för substanser som inte påvisats vid trafiknykterhetsbrottet och att provtagning (som inte utgörs av hår) ska göras oannonserat.

För Svenska Läkaresällskapet

Stockholm den 16 juni 2010

A handwritten signature in black ink, reading "Margareta Troein Töllborn". The signature is written in a cursive, flowing style.

Margareta Troein Töllborn
Ordförande