

Epileptiska anfall och körkort

LÄKARE SKYLDIGA ATT AGERA UTFRÅN TRAFIKMEDICINSKT REGELVERK

Flera olika medicinska tillstånd kan påverka förmågan att framföra fordon. Ett epileptiskt anfall innebär en episod med övergående och avvikande elektrisk aktivitet i storhjärnan. Denna process är gemensam för såväl provocerade som akutsymtomatiska anfall, inklusive anfall utlösta av exempelvis abstinens. Ett epileptiskt anfall är således inte liktydigt med epilepsidiagnos. Symtomen beror på vilken eller vilka delar av hjärnan som engageras och kan innefatta allt från endast lindriga symtom (t ex en sensorisk förnimmelse utan annan påverkan) till stora anfall med medvetslöshet. Epileptiska anfall är vanliga, och det anges att upp till 5 procent av befolkningen någon gång i livet drabbas av ett provocerat anfall [1], medan omkring 0,7 procent har aktiv epilepsi (definierat som anfall de senaste 5 åren).

Enligt körkortslagen har varje enskild läkare skyldighet att anmäla om en körkortsinnehavare vid undersökning bedöms medicinskt olämplig att ha körkort. Alla läkare som utreder eller behandlar patienter som har haft säkerställda eller misstänkta epileptiska anfall behöver därmed besitta aktuell kunskap om det trafikmedicinska regelverket avseende körkort och körkortstillstånd. I Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m m (TSFS 2010:125) återfinns i kapitel 8 föreskrifterna gällande epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning. Aktuell version



Josefin Nilsson, docent, överläkare, klinisk neurofysiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
● josefin.nilsson@vgregion.se



Anna Edelvik Tranberg, med dr, överläkare, neurologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



Måns Thörnqvist, överläkare, neurologi, Södra Älvsborgs sjukhus; konsultläkare, Transportstyrelsen, avdelning Väg och järnväg

finns alltid på Transportstyrelsens webbplats [2].

Regelverket utgår helt från förekomst av, eller risk för, kliniska anfall. Föreskrifterna skiljer sig åt för lägre behörigheter (moped, motorcykel, bil, lätt lastbil eller traktor) och högre behörigheter (tung lastbil, buss och taxi).

Efter ett första epileptiskt anfall föreligger i normalfallet körkortshinder i 6 månader för lägre behörigheter och 5 år, utan epilepsiläkemedel, för högre behörigheter (Tabell 1). Detta gäller oavsett övriga undersökningar, och det påpekas särskilt att »Ett normalt resultat av en EEG-undersökning utesluter inte epileptiskt anfall eller epilepsi«. Den kliniska bedömningen av en oklar medvetandestörningsepisod såsom sannolikt epileptiskt anfall eller ej får därför helt avgörande betydelse (Figur 1). Epileptiska anfall kan innebära stor socio-

ekonomisk påverkan för yrkeschaufförer, och patientansvarig läkare rekommenderas samråda med epilepsiiinriktad neurolog i dessa fall.

Anfall orsakade av drogmissbruk eller abstinens ska också bedömas utifrån föreskrifternas kapitel 8, men i dessa fall behöver bedömning även göras utifrån kapitel 12 (»Bruk av substans som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon«).

För patienter med epilepsidiagnos, som i normalfallet kräver två provocerade epileptiska anfall, krävs längre perioder av anfallsfrihet. För lägre behörigheter krävs 12 månaders anfallsfrihet, men för högre behörigheter krävs 10 års anfallsfrihet, dessutom utan behandling med epilepsiläkemedel – ett högt ställt krav (Tabell 2).

Ibland inträffar epileptiska anfall i samband med omständigheter som bedöms som provocerande för anfall. Föreskrifterna anger i 5 § att hindret för lägre körkortsbehörigheter kan sänkas till som kortast 3 månader om anfall har inträffat »som en direkt följd av provocerande faktorer som kan förutses inte återkomma«. Här måste bedömande läkare kritiskt värdera dels om den provocerande situationen verkligen var tillräcklig för att självständigt förväntas

framkalla epileptiska anfall hos friska, dels att situationen inte var självförvållad, vilket förstås alltid kan upprepas. Paragrafen kompletteras av allmänna råd som uttryckligen anger att undantag inte medges om anfall utlösts av t ex sömnbrist, alkoholkonsumtion, stress, feber, vätskebrist, fysisk eller psykisk ansträngning m m. Detta undantag gäller således endast för mycket speciella situationer.

I 5 § beskrivs även ytterligare undantag i vissa specialfall, t ex i samband med läkarordinerad utsättning av antiepileptisk behandling eller vissa anfallstyper, men dessa bör hanteras av neurolog och diskuteras inte vidare här. Gemensamt är dock att de endast gäller lägre behörigheter.

Om patienten varit anfallsfri under föreskriven tid ska sammanvägd klinisk bedömning göras av om körkortshindret kan upphöra. Föreskrifterna anger att det även föreligger hinder för körkortsinnehav om »det finns en påtaglig risk för epileptiskt anfall utifrån sjukhistoria, resultatet av klinisk undersökning, neuroradiologisk undersökning eller resultatet av EEG-undersökning«.

EEG (elektroencefalografi) är en undersökning som registrerar kortikal aktivitet, och resultatet kan ge diagnostisk vägledning vid klinisk bedömning av misstänkt epilepsi. Vi kommer här inte att vidare fördjupa oss i EEG:s roll i samband med diagnostik av epilepsi, men det är viktigt att veta att EEG i sig självt inte är diagnostiskt och att ett normalt EEG inte kan utesluta att en

TABELL 1. Efter första epileptiskt anfall

Lägre behörigheter (AM, A1, A, B, BE eller traktorkort)	6 månaders körkortshinder
Högre behörigheter (C/C1, CE, D/D1, DE eller taxiförarlegitimation)	5 års körkortshinder; under denna tid får inte behandling med epilepsiläkemedel förekomma

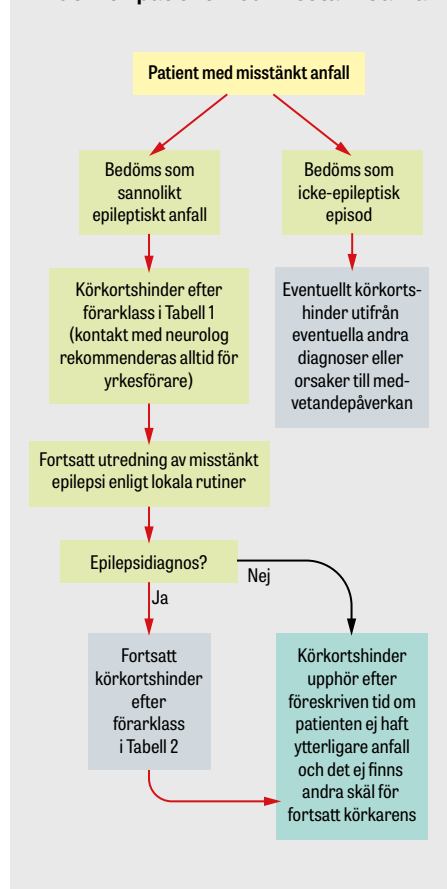
TABELL 2. Efter anfall vid ställd diagnos

Lägre behörigheter (AM, A1, A, B, BE eller traktorkort)	12 månaders körkortshinder
Högre behörigheter (C/C1, CE, D/D1, DE eller taxiförarlegitimation)	10 års körkortshinder; under denna tid får inte behandling med epilepsiläkemedel förekomma

HUVUDBUDSKAP

- Efter ett första epileptiskt anfall föreligger i normalfallet körkortshinder i 6 månader för lägre behörigheter och 5 år för högre behörigheter. Vid epilepsidiagnos gäller längre tider.
- Avgörande är förekomst av kliniska anfall. EEG-undersökning krävs enbart i särskilda fall.
- Varje läkare har skyldighet att agera utifrån trafikmedicinskt regelverk.

FIGUR 1. Flödesschema för körkortshinder för patient med misstänkt anfall

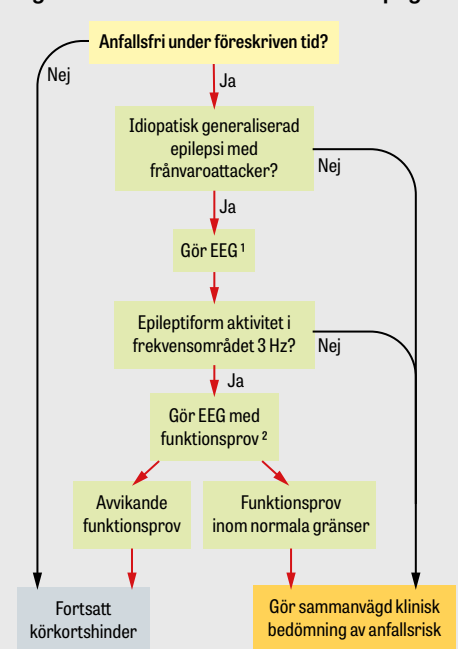


patient har epilepsi. Interiktal epileptiform aktivitet är avvikelser elektrisk aktivitet som registreras mellan anfall och talar för en ökad risk för epileptiska anfall, men kan även förekomma hos personer utan anfall. Hos patienter med säkerställd epilepsi har endast cirka 1/3 epileptiform aktivitet vid en enskild undersökning [3]. Mängden epileptiform aktivitet på EEG korrelerar vid flertalet epilepsityper dåligt med antalet kliniska anfall. Elektrografisk anfallsaktivitet är mönster som ses under pågående epileptiska anfall, men detta fångas mycket sällan vid polikliniska undersökningar.

Vid diagnostisk utredning av misstänkt epilepsi har EEG-undersökning alltså en central roll [4], men dess roll i samband med trafikmedicinska ställningstaganden är betydligt mer begränsad. Då regelverket helt utgår från kliniska anfall, har EEG ingen plats i fall där patienten inte uppfyller det grundläggande kravet på anfallsfrihet.

För vissa patientgrupper kan dock ett EEG krävas, även om kravet på anfallsfrihet är uppfyllt (Figur 2). 8 kap 10 § ställer följande krav på läkarundersökningen: »Vid idiopatisk generaliserad epilepsi med frånvaroattacker (absenser) ska EEG-undersökning göras.« Enligt 4 § 4 p och 6 §

FIGUR 2. Flödesschema för EEG av patient med epilepsi i samband med ställningstagande till medicinsk körkortslämplighet



¹ Utgångsläget är att EEG utförs inför varje tillstyrkt läkarintyg till Transportstyrelsen, men bör kunna utgå hos patienter med godartad och mycket stabil klinisk bild (flerårig anfallsfrihet och under oförändrad behandling) som tidigare ej haft epileptiform aktivitet i frekvensområdet 3 Hz. Observera att avsteg från EEG kan behöva motiveras gentemot Transportstyrelsen.

² I Sverige förekommer två likvärdiga funktionsprov: tryckknappstest eller reaktionstidsmätning.

4 p föreligger hinder för körkortsinnehav om »EEG-undersökning visar regelbundet symmetriska formationer av bilateralt synkron tre per sekund spike wave aktivitet med generell utbredning (absenser)«, alltså oavsett om patienten kliniskt ter sig anfallsfri. Detta är en liten andel av alla med epilepsi, men en grupp där subtila och kanske omedvetna absenser kan ge betydande trafiksäkerhetsrisker. Detta fångas i ett allmänt råd till 10 §: »Om kravet på anfallsfrihet är uppfyllt men EEG-kurvan visar epileptiform aktivitet i frekvensområdet tre per sekund bör reaktionstidsmätning eller annat funktionsprov ingå som underlag i bedömningen.« Förekomst av epileptiform aktivitet i frekvensområdet 3 Hz (i vid bemärkelse) innebär alltså att funktionsprov måste utföras och utfalla inom normala gränser för att patienten ska uppfylla alla krav på körkort. Funktionsprov ska genomföras under vakenhet utan föregående sömndeprivation för att efterlikna normaltillståndet för fordonsförare.

Det finns inget skäl att utföra EEG vid körkortsönskan vid fokal epilepsi. Bedömningen ska i de fallen utgå ifrån förekomst av och/eller risk för kliniska anfall.

Utlåtandet från EEG-undersökningen ska beskriva eventuell patologi i EEG samt resultat vid eventuellt funktionsprov. EEG-utlåtandet utgör sedan en delkomponent i en sammanvägd bedömning avseende körkortslämplighet.

Aktiveringar som hyperventilation eller fotostimulering bör ej ingå vid EEG inför körkortsprövning, då föreskrifterna inte anger hur de ska göras eller hur avvikelser ska bedömas. Patienter som sedan den diagnostiska utredningen har känd ljuskänslighet (fotoparoxysmal respons i EEG och/eller förekomst av kliniska fotoutlösta anfall) bör istället bedömas utifrån skrivningen om »påtaglig risk för epileptiskt anfall«, 4 § 3 p och 6 § 3 p. Vid behov rekommenderas konsultation med epileptiinriktad neurolog.

Information till patient om körkortshinder ska dokumenteras i journal. Istället för skriftlig anmälan till Transportstyrelsen kan läkares tillsägelse om att inte köra användas. Detta alternativ kräver att patienten kan antas följa tillsägelsen och bör inte användas vid varaktiga hinder (>6 månader). Vid innehav av högre behörigheter bör skriftlig anmälan till Transportstyrelsen vara norm.

Patienter kan ofta ta emot besked om körkortshinder med upprördhet, sorg och/eller ifrågasättande. Särskilt för patienter boende utanför tätort kan körkortshinder innebära stor påverkan på vardag, familjeliv och i vissa fall yrkesutövning. En arbetsgivare har ett långtgående ansvar gällande anpassningar av arbetet för den som fått ett epileptiskt anfall, eller epilepsi, och detta kan ju röra fler aspekter än enbart bilkörning. Möjligheten till andra lösningar, t ex färdtjänst, varierar och i vissa fall behövs en begränsad sjukskrivning under tiden olika möjligheter undersöks. Patienterna kan också ha behov av att prata om situationen med en kurator. För kurator som arbetar med denna patientgrupp är detta en återkommande fråga. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2023;120:22130

REFERENSER

1. Forsgren L, Bucht G, Eriksson S, et al. Incidence and clinical characterization of unprovoked seizures in adults: a prospective population-based study. *Epilepsia*. 1996;37(3):224-9.
2. TSFS 2010:125. Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m. m.
3. Binnie CD, Stefan H. Modern electroencephalography: its role in epilepsy management. *Clin Neurophysiol*. 1999;110(19):1671-97.
4. Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnr 2019-2-8. p. 22-3.