



Bruk av fosfatidyletanol i førerkortsaker

DEBATT

ROAR DYRKORN

E-post: roar.dyrkorn@stolav.no

Roar Dyrkorn er spesialist i allmennmedisin og i klinisk farmakologi. Han er fastlege og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RAGNHILD BERGENE SKRÅSTAD

Ragnhild Bergene Skråstad er ph.d. og lege i spesialisering ved Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

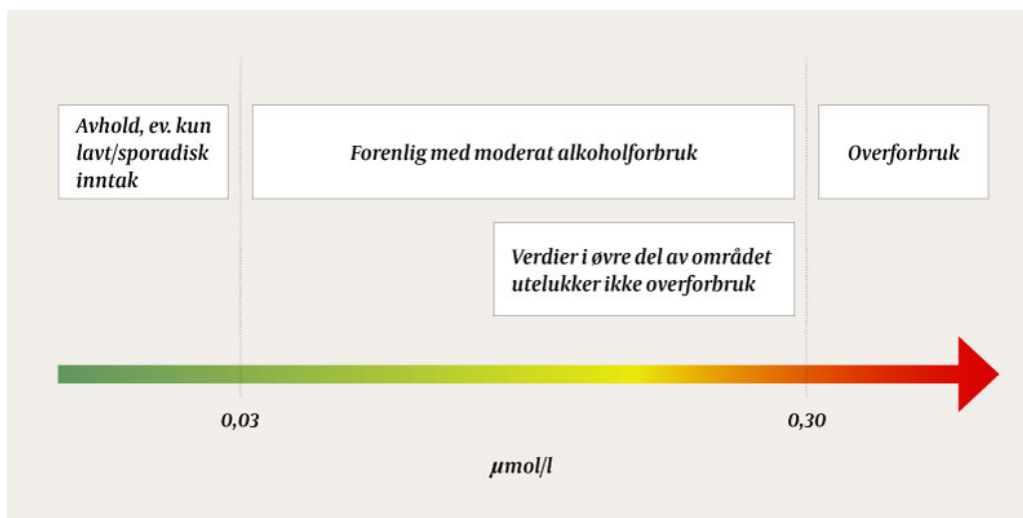
TROND OSKAR AAMO

Trond Oskar Aamo er avdelingssjef ved Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital og overlege ved Blå Kors Lade Behandlingssenter i Trondheim.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fosfatidyletanol (PEth) er en markør for alkoholinntak over tid. I vurdering av helsekrav i førerkortsaker bør man ikke støtte seg til én enkelt PEth-analyse eller denne markøren alene.

Fosfatidyletanol (PEth) 16:0/18:1 i blod er den mest sensitive og spesifikke markøren for høyt alkoholinntak over tid som er tilgjengelig i Norge (1). PEth-verdien gjenspeiler det totale alkoholkonsumet de siste 2–4 ukene før prøvetaking (figur 1), og PEth som alkoholmarkør har siden introduksjonen av testen i Norge i 2016 blitt utbredt både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg brukes den flittig av andre offentlige instanser som for eksempel barnevernstjenesten. Som et av laboratoriene som utfører analyse av PEth, opplever vi ofte at fastleger kontakter oss for hjelp med tolkning av PEth-verdier. Spørsmålene dreier seg ofte om når man skal sende bekymringsmelding til Fylkesmannen om skadelig overforbruk av alkohol og manglende oppfyllelse av helsekravene til førerkort. Vi opplever til tider stor frustrasjon blant de legene som kontakter oss, både om fortolkning og konsekvenser av disse prøveresultatene. Problemene testingen av pasienter kan medføre for lege-pasient-forholdet, er godt beskrevet tidligere i Tidsskriftet (3).



Figur 1 PEth-verdien gjenspeiler det totale alkoholkonsumet de siste 2–4 ukene før prøvetaking. Konsentrasjoner under påvisningsgrensen for analysemetoden ($< 0,03 \mu\text{mol/l}$) regnes som forenlige med totalavhold fra alkohol, eller bare lavt/sporadisk inntak. Konsentrasjoner mellom $0,03$ og $0,30 \mu\text{mol/l}$ regnes som forenlige med et moderat og ikke nødvendigvis skadelig alkoholforbruk. Verdier i øvre del av dette området utelukker imidlertid ikke skadelig bruk, og kan gi grunn til å gjennomføre en detaljert alkoholanamnese, eventuelt tettere oppfølging av pasienter under behandling eller kontroll. Konsentrasjoner over $0,30 \mu\text{mol/l}$ representerer vanligvis skadelig overforbruk av alkohol. Figuren er laget av Arne Helland (2) og tegnet om av Tidsskriftet.

I førerkortforskriften § 36 angis det at en person ved «[a]vhengighet av alkohol, langvarig høyt inntak av alkohol eller skadelig bruk av alkohol, der alkoholbruken kan føre til forstyrrelse i atferd og gi helsesvekkelse med økt trafikksikkerhetsrisiko», ikke oppfyller helsekravene til førerkort (4). I veilederen til førerkortforskriften spesifiseres det at en sikter til ICD-10-diagnosene F10.1–F10.7, som omhandler skadelig bruk og alkoholavhengighet, og at «bestemmelsen vil komme til anvendelse dersom alkoholbruken påvirker trafikksikkerhetsrisikoen» (5).

Videre stilles i Førerkortveilederen spørsmålet om når alkoholbruk må regnes å være uforenlig med bilkjøring, som besvares slik:

Legen må støtte seg på opplysninger om estimert forbruk og funn av symptomer eller tegn på eventuelle alkoholrelaterte helsesvekkelser og benektning av disse. Endret atferd, nedsatte kognitive funksjoner, nevropatier etc. som kan påvirke kjøringen kan komme ganske sent i forløpet av overforbruk av alkohol. Der alkoholbruken har ført til nevnte følger, inntreer legens meldeplikt. Ved overbruk i seks måneder eller mer, utløses meldeplikten. Der tilstanden gjør innleggelse i rusinstitusjon nødvendig grunnet avhengighet, vil som regel melding til fylkesmannen være riktig. Det foreligger også klar meldeplikt der alkoholbruk har ledet til bevissthetstap med krampes. Ved all oppfølging vil komparentopplysninger, rusmiddelanamnese, jobbsituasjon, skadehistorikk, kliniske undersøkelser og biomarkører være viktige momenter i vurderingen. Det må gjøres en konkret vurdering av søkeren, da helsetilstanden vil kunne variere fra person til person avhengig av blant annet drikkemønster, samtidig legemiddelbruk og søkerens øvrige helsetilstand. (5)

PEth-måling bør følgelig ikke brukes som «førerkorttest» siden PEth-verdi kun er ett av momentene som skal vurderes ved spørsmål om hvorvidt helsekravene til førerkort er oppfylt. Selv om et objektivt mål på alkoholkonsum er svært verdifullt, er det ikke riktig å basere vurderingen på en PEth-verdi alene. Veitrafikkloven har en straffbarhetsgrense for alkoholinhold i blod på $0,2$ promille eller g/kg. PEth-verdi over $0,3 \mu\text{mol/l}$ bør ikke bli en slags straffbarhetsgrense i førerkortsaker når fastlegene sender bekymringsmelding om alkoholforbruk til Fylkesmannen eller i Fylkesmannens vurdering av disse.

Det er antatt at i underkant av 11 % av den voksne befolkningen har et skadelig forbruk av alkohol, og at 6 % er alkoholavhengige (6,7). 11 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis er alkoholrelaterte (8,9). Mange av disse pasientene blir behandlet for tilstander som hypertoni, gastrointestinale eller nevrologiske sykdommer, traumer på grunn av vold eller ulykker, søvnforstyrrelser, psykiske lidelser og familierelaterte problemer. De kan ha høy utdanning og en veietablert livssituasjon med hensyn til familie, bosted og arbeid. Studier i flere land har vist at så lite som 20 % av de med alkoholrelaterte problemer oppsøker profesjonell hjelp for dette (9). Vi er således i en situasjon hvor et betydelig antall pasienter har skadelig forbruk av alkohol eller avhengighet som gir helseskade og utløser betydelig bruk av helsetjenester, uten at pasientene oppsøker hjelp for dette, eller at det tas opp i konsultasjonen.

Analyse av PEth er et godt hjelpemiddel i utredning, diagnostikk og oppfølging av alkoholavhengighet og skadelig bruk av alkohol. Sammenholdt med opplysninger fra pasienten og momentene som listes opp i Førerkortveilederen, er PEth-måling et viktig element i en helhetlig vurdering av om helsekravene til førerkort er oppfylt.

LITTERATUR

1. Aakerøy R, Skråstad RB, Helland A et al. New biomarkers for assessing alcohol consumption. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136:1643-7. [PubMed]
2. St. Olav hospital. PEth (fosfatidyletanol) - en nyttig alkoholmarkør i blod. <https://stolav.no/fag-og-forskning/lab/peth-fosfatidyletanol-en-nyttig-alkoholmarkor-i-blod> (4.1.2019).
3. Wahl A. Oppskrift på fiendskap. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0756. [CrossRef]
4. SaFørskrift om førerkort m.m. Samferdselsdepartementet, 2016. Vedlegg 1 Helsekrav.
5. Helsedirektoratet. IS-2541. Førerkortveilederen.
6. Fekjær HO. Hvor mange alkoholikere har vi? Alkoholproblemer i Oslos befolkning. Nor Epidemiol 2009; 6: 23-8.
7. Rehm J, Shield KD, Rehm MX et al. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: CAMH 2012.
8. Aasland OG, Bruusgaard D, Rutle O. Alcohol problems in general practice. Br J Addict 1987; 82: 197-201. [PubMed][CrossRef]
9. Hausken S, Lønner R, Fahlke C et al. Survey of early alcohol treatment preferences shows higher confidence in face to face meetings. Lakartidningen 2016; 113. [PubMed]

Publisert: 11. februar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0973

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. desember 2022.