

Å vurdere helsekrav i forhold til bilkjøring er vanskelig. Enkelte oppgaver er kompliserte – andre må kanskje bare prioriteres i litt høyere grad?

Leger, helse og førerkort

Bilkjøring er en sammensatt oppgave som stiller store krav til kognitive og motoriske funksjoner. Mange sykdommer innebærer svikt i disse funksjonene, og dette kan føre til risikofylt bilkjøring. Det kan dreie seg om kjøring etter operasjoner, ved bruk av medikamenter og ved progredierende lidelser som demenssykdommer og øyesykdommer der det er usikkert på hvilket tidspunkt i sykdomsutviklingen ulykkesrisikoen blir uakseptabelt stor.

I Norge er legene tillagt en sentral rolle når det gjelder helse og førerkort. Det gjelder både attest ved førstegangs utstedelse av førerkort og helseattest for bilførere over 70 år. Ved førstegangs førerkort fylles i utgangspunktet kun ut egenmelding, legeerklæring (NA 0202) er bare nødvendig i de tilfeller der spørsmål på egen-erklæringen besvares positivt. Derimot må alle bilførere over 70 år ha egen legeerklæring (NA 202c). I tillegg er legene tillagt meldeplikt dersom en pasient ikke oppfyller helsekrav i forbindelse med sykdom.

Fra ulike hold kritiseres legene med jevne mellomrom for å gjøre en for dårlig jobb i forhold til denne problemstillingen. I flere studier er det dokumentert at så er tilfellet, selv om få av disse belyser norske forhold (1, 2). Det er derfor prisverdig at Sven-Mårten Samuelsson i dette nummer av Tidsskriftet ser på problemet i forbindelse med hjerneslagsykdom (3). Han dokumenterer at pasientene ofte ikke blir informert om at deres tilstand medfører midlertidig eller permanent kjøreforbud, at journalføringen ofte er mangelfull, og at det i liten grad sendes melding til myndighetene. Homonym hemianopsi, som ifølge retningslinjene fra Statens helse-tilsyn er meget farlig i trafikken, forblir uoppdaget i et ikke ubetydelig antall tilfeller. I andre studier pekes det på tilsvarende problemer ved andre lidelser. Edmonstone i Storbritannia har dokumentert at ved første gangs krampeanfallet fikk bare 21 % av pasientene korrekt informasjon vedrørende bilkjøring (2).

En formanende pekefinger synes derfor å være på sin plass, men det er vel så fruktbart å lete etter årsaker til problemet. Flere forhold kan medvirke til at ordningen med legeattest ikke fungerer etter intensjonen. Regelverket er dårlig kjent blant leger. Det er i mange tilfeller for generelt, noe som kan føre til at selv spesialister kan være uenige om hvordan det skal tolkes (4). Det er mangel på forskningsbasert kunnskap, og det finnes få gode undersøkelsesmetoder som er gjennomførbare i en travel klinisk hverdag. For vurdering av helsekrav er en tidkrevende arbeidsoppgave, og for pasienten kan det å miste førerkortet få dramatiske konsekvenser både av økonomisk og psykososial art. Å ta en avgjørelse og deretter informere pasienten er derfor i mange tilfeller ikke gjort i en håndvending.

Til tross for at legen i denne situasjonen primært er samfunnets sakkyndige, havner han ofte i en lojalitetskonflikt i sin dobbeltrolle som pasientens «advokat» og «dommer» (1). Denne portvaktrollen er i stigende grad et problem for pasient, lege og lege-pasient-forholdet (5). Legen kan av ulike grunner være uenig i gjeldende retningslinjer, noe som kan medføre en mer eller mindre bevisst tankegang om at «min pasient er en tilstrekkelig sikker bilfører, i hvert fall ikke farligere enn andre som kan kjøre uten begrensning». Det blir da også fra flere hold presisert at kjørevurderingene i stor grad må individualiseres (4). Dette er i utgangspunktet en utmerket tanke, men vurderingen blir da svært avhengig av den enkelte leges kunnskap

og holdninger. Når det fylles ut om lag 100 000 legeerklæringer for førerkort årlig, kan man sette spørsmålsteget ved om legenes utdanning på dette feltet står i forhold til den kunnskapen som kreves.

Når man ser bort i fra disse forbeholdene, gjenstår likevel en del tilfeller der legene må sies å være unnfalne. Pårørende møter leger som ikke vil ta opp problemstillingen, journalføringen er ofte mangelfull, og pasienter som har gjentatte epileptiske anfall eller store synsfeltutfall, blir ikke advart av legen og/eller legen oppfyller ikke sin meldeplikt til myndighetene. Manglende advarsel og melding har til dags dato ikke fått rettslige følger her i landet, men i USA er det rapportert om en sak der pårørende har gått til rettsesak mot en primærlege for manglende tiltak etter at en av hans pasienter på 80 år kjørte ned og drepte to personer (6).

Hva kan så gjøres? I dag har legen få eller ingen å konferere med i saker som gjelder helsevurdering for førerkort. Fylkeslegene, som mottar meldinger om pasienter som ikke fyller kravene til å inneha førerkort, fungerer i praksis ikke som rådgivere. I enkelte andre land har man egne trafikkmedisinske sentre. I Norge har det vært drøftet om man bør ha egne trafikkleger som kan fungere som rådgivende instans mellom behandlende lege og fylkeslegen.

I dag har om lag halvparten av alle nordmenn over 65 år førerkort. Antallet vil stige i årene som kommer, det vil bli flere eldre over 80 år, og flere kvinner i disse aldersgruppene vil ha førerkort. Sammenliknet med andre aldersgrupper har denne gruppen relativt sett den høyeste ulykkesfrekvensen (bortsett fra de aller yngste). Man har få holdepunkter for å anta at dette skyldes alder, men i flere studier pekes det på sammenhengen mellom ulike sykdommer og økt ulykkesrisiko i trafikken. For å møte utfordringen med flere ulykkesutsatte bilister må ulike tiltak iverksettes, for eksempel bedre opplæring av legene, utarbeiding av enhetlige normer for førerkortvurdering og standardisering av kjøretester. Legene, med sitt kjennskap til den enkelte pasient spesielt og sykdommer generelt, må bidra i dette arbeidet, og forholdene må legges bedre til rette for at dette kan skje.

Anne Brækhus

anne.brakhus@rikshospitalet.no

Anne Brækhus (f. 1961) har doktorgrad om tidlig diagnostikk av demenssykdommer og har i mange år arbeidet med spørsmål vedrørende bilkjøring hos pasienter med aldersdemens. Hun arbeider nå som assistentlege ved Nevrologisk avdeling, Rikshospitalet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Brækhus A, Engedal K. Mental impairment and driving licences for elderly people – a survey among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14: 223–8.
2. Edmonstone WM. How do we manage the first seizure in adults? *J R Coll Physicians Lond* 1995; 29: 289–94.
3. Samuelsson SM. Läkarens kontroll av körkortsfrågor efter slaganfall. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2610–2.
4. Brodtkorb E, Bråthen G, Bovim G et al. Uenighet om epilepsi og bilkjøring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1100–2.
5. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Lægefor* 2002; 122: 1874–9.
6. Snyder K, Bloom JD. Physician reporting of impaired drivers: a new trend in state law? *J Am Acad Psychiatry Law* 2004; 32: 76–9.