
Eldre bilførere

REDAKSJONELT

ANNE BRÆKHUS

Anne Brækhus (f. 1961) har doktorgrad om tidligdiagnostikk av demenssykdommer og har i mange år arbeidet med spørsmål vedrørende bilkjøring hos pasienter med aldersdemens.

Email: anne.brakhus@nordemens.no

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Ullevål sykehus

0407 Oslo

I dag er det ca. 360 000 personer over 65 år med førerkort for bil i Norge, noe som utgjør ca. halvparten av alle i denne aldersgruppen (1). I løpet av de siste fem år har antall eldre (over 65 år) med førerkort steget med 12,5 %. På bakgrunn av en stadig økende andel kvinnelige bilførere og en økning av antall eldre vil denne utviklingen sannsynligvis fortsette.

Mange eldre innskrenker sin kjøring og unngår vinterføre, ukjente steder og mørke. Med unntak av aldersgruppen 18 – 19 år har de eldre til tross for dette den høyeste ulykkesfrekvens per kjørt distanse (2). Fordi den totale kjørelengde er kortere enn for andre aldersgrupper, er det totale antall ulykker likevel lavere enn for andre aldersgrupper (2).

Med økende alder inntreffer normalt en rekke forandringer som kan ha innvirkning på kjøreferdigheten, som endringer i syn, muskel- og skjelettsystem og kognitiv funksjon. Det har vært drøftet om disse aldersbetingede forandringene kan forklare den økte ulykkesrisikoen. En annen mulig medvirkende faktor kan være at trafikkmiljøet, som for eksempel kompliserte kryss, rundkjøringer eller lysforhold, er dårlig tilpasset gruppen av eldre bilførere. Kunnskapen om slike årsaksforhold er imidlertid usikker. Man har derimot flere holdepunkter for at sykdommer som fortrinnsvis rammer eldre mennesker, kan forklare noe av den økte ulykkesrisikoen (3 – 6). Flere studier har dokumentert en assosiasjon mellom enkelte sykdommer og økt ulykkesfrekvens i trafikken. Det gjelder for eksempel for demenssykdommer, sykdommer som medfører redusert visus, Parkinsons sykdom og diabetes mellitus (3 – 6). Lundberg og medarbeidere undersøkte 37 eldre bilister med temporært beslaglagt førerkort, 23 pga. innblanding i trafikkulykker, 14 pga.

andre hendelser som for høy hastighet, kjøring på rødt lys, etc. (7).

Sammenliknet med 31 kontrollpersoner skåret bilførerne innblandet i ulykker signifikant dårligere på tester for visuokonstruktiv evne, psykomotorisk tempo og visuospatial hukommelse. Mellom gruppen ikke-ulykkesinvolverte bilførere som hadde fått beslaglagt førerkortet for andre forseelser, og kontrollgruppen ble det ikke funnet forskjeller i testskåre.

Ifølge veitrafikkloven har innehaver av førerkort meldeplikt når vedkommende ikke lenger fyller de krav som er fastsatt til syn, helse og førerlyktighet. For flere sykdommer er det imidlertid dokumentert at personen ofte selv ikke registrerer endringene som skjer og derfor ikke ser nødvendigheten av å ta egen kjøring opp til vurdering.

Personer over 70 år skal medbringe helseattest (NA 0202c) utfylt av lege sammen med førerkortet (8). Denne helseattesten består av ni punkter og kan ha varighet 1 – 5 år. Legen plikter, dersom pasienten ikke tilfredsstiller de angitte helsekravene, å sende melding til Fylkeslegen samt å gi pasienten muntlig og skriftlig orientering om at han ikke lenger skal kjøre. Det er i flere sammenhenger blitt reist spørsmål om denne ordningen fungerer etter intensjonen. Antakelig foreligger en underrapportering fra leger om slike forhold (P. Nord, personlig meddelelse). Flere forhold kan medvirke til dette. Regelverket er muligens for dårlig kjent blant leger. Videre må avgjørelsen om når en sykdomstilstand er så omfattende at det representerer en trafiksikkerhetsrisiko, mye baseres på en skjønnsmessig avgjørelse. I tillegg havner legen i en lojalitetskonflikt og dobbeltrolle som pasientens ”advokat” og ”dommer”. Tidligere studier viser at leger oppfatter vurderingen som en vanskelig oppgave og har frykt for å ødelegge et godt lege-pasient-forhold (9). Det har til dags dato ikke forekommet at norske leger er tiltalt for ikke å ha advart pasienter mot å kjøre. Dette har imidlertid forekommet i andre land (10).

I tillegg til en ”kontorvurdering” kan legen henvise til vurdering av praktiske kjøreferdigheter, enten ved en trafikkstasjon eller ved en trafikkskole. Det er imidlertid viktig først å klarere pasienten medisinsk. Dersom han ikke fyller de helsemessige krav til å inneha førerkort, har det liten hensikt å gjennomføre en vurdering av praktiske kjøreferdigheter. Et annet aspekt er at det ikke finnes standardiserte kjøreprøver beregnet på eldre bilførere, dvs. vurderingen er basert på sjåførlærers/sensors skjønn, og det er også et spørsmål om hvor høyt en kjøretest korrelerer med faktisk kjøreevne.

Vegdirektoratet opprettet i 1999 Nasjonalt ressurs- og kompetansesenter for eldre bilførere. Senterets mandat er å komme med innspill til veimyndighetene om tiltak som kan sikre eldre menneskers bevegelsesfrihet uten at det er sikkerhetsmessig uforsvarlig. Et tiltak som er foreslått er å opprette stillinger for ”trafikkleger” tilknyttet trafikkstasjonen som kan være en rådgivende instans mellom behandlende lege og Fylkeslegen. Det er trolig at man med en slik instans vil kunne få vurdert flere saker enn i dag, både med tanke på trafikklegens spesialkompetanse og med tanke på å avlaste behandlende lege med hensyn til lojalitetsproblemer.

Evnen og retten til å kjøre bil ansees av eldre som svært viktig. Det er derfor viktig at førerkortet ikke inndras som ledd i et ”bedre-føre-var”-prinsipp, men baseres på så objektive kriterier som mulig. Her ligger et betydelig forskningspotensial. Det bør blant annet utvikles mer sensitive undersøkelser som kan brukes av primærleger, og det bør satses mer på standardisering og validering av praktisk kjørevurdering.

LITTERATUR

1. Statistisk årbok. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999: 118.
2. Sagberg F, Glad A. Trafikksikkerhet for eldre. Litteraturstudie, risikoberegninger og vurdering av tiltak. TØI-rapport nr. 440/1999. Oslo: Transportøkonomisk institutt, 1999.
3. Dubinsky RM, Williamson A, Gray CS, Glatt SL. Driving in Alzheimer’s disease. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1112 – 6.
4. Dubinsky RM, Gray C, Husted D, Busenbark K, Vetere-Overfield B, Wiltfong D et al. Driving in Parkinson’s disease. *Neurology* 1991; 41: 517 – 9.
5. Owsley C, Stalvey B, Wells J, Sloane ME. Older drivers and cataract: driving habits and crash risk. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54: M203 – 11.
6. Koepsell TD, Wolf ME, McCloskey L, Buchner DM, Louie D, Wagner EH et al. Medical conditions and motor vehicle collision injuries in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 695 – 700.
7. Lundberg C, Hakamies-Blomqvist L, Almkvist O, Johansson K. Impairments of some cognitive functions are common in crash-involved older drivers. *Accid Anal Prev*, 1998; 30: 371 – 7.
8. Statens helsetilsyn Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. I-K-2562. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
9. 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.
10. Coppersmith H, Corner-Bitensky NA, Mayo NE. Determining medical fitness to drive: physicians’ responsibilities in Canada. *Can Med Assoc J* 1989; 140: 375 – 8.

Publisert: 20. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.