

Statens vegvesen - Vegdirektoratet
Postboks 8142 Dep
0033 OSLO

Deres ref.: 19/71797 og 20/52033
Vår ref.: 19/39479-10
Saksbehandler: Per Haugum
Dato: 05.01.2021

Spørsmålet om aldersgrensen for kjøreseddel skal heves - Helsedirektoratets vurdering av helsefaglige spørsmål

Under henvisning til Vegdirektoratets brev av 18. desember 2019 til Samferdselsdepartementet, oversendes vedlagt Helsedirektoratets notat 17. desember 2020 med våre helsefaglige vurderinger av spørsmålet om aldersgrensen for kjøreseddel for drosje og buss skal økes fra 75 til 80 år. Etter henstilling fra Samferdselsdepartementet ble Helsedirektoratet 29. oktober 2019 gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å bistå Vegdirektoratet med den helsefaglige vurderingen.

Vi beklager at det har tatt lang tid å besvare Vegdirektoratets henvendelse.

Vennlig hilsen

Helga Katharina Haug e.f.
avdelingsdirektør

Per Haugum
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: 3

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet (ref: 18/3694)

**Utredning av spørsmålet om aldersgrensen skal
økes fra 75 til 80 år for å ha kjøreseddel for føring
av drosje eller buss med passasjerer mot betaling**

**Helsedirektoratets utredning av de helsefaglige
spørsmål**

5. januar 2021

Innhold

1. Innledning.....	4
2. Sammendrag	4
2.1. Innledning.....	4
2.2. Heving av aldersgrensen	5
2.3. Undersøkelser for å vurdere om søker om kjøreseddel oppfyller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1	5
3. Gjeldende rett	6
4. Rettsreglene i andre land	8
4.1. EUs regelverk.....	8
4.2. Sverige	8
4.3. Danmark	9
4.4. Storbritannia.....	9
5. Politidirektoratets uttalelse.....	10
6. Kunnskapsgrunnlag	12
6.1. Innledning.....	12
6.2. Tidligere utredninger om helse og eldre når det gjelder føring av motorvogn	12
6.3. Forbedring av kjøretøy og veinett og lengre erfaring som førere	13
6.4. Personskaderisiko øker for de eldste førerne	13
6.5. Eldre førere og involvering i trafikkulykker	13
7. Helsedirektoratets vurderinger	16
7.1. Innledning.....	16
7.2. Helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1.....	16
7.3. Spesielle forhold når det gjelder drosje eller buss	18
7.3.1. Føring av drosje eller buss er profesjonell transport av passasjerer mot betaling.....	18
7.3.2. Heltidsarbeid – mengdetrening – kjøre- og hviletid	18
7.3.3. Økt faregrad og større skadepotensiale ved føring av drosje og buss	19
7.4. Helse- og alderdomssvekkelser av særlig betydning for yrkesmessig persontransport	19
7.4.1. Innledning.....	19
7.4.2. Syn	20
7.4.3. Kognitive funksjoner.....	20
7.4.3.1. Oppfattelses-, vurderings- og reaksjonsevne	20
7.4.3.2. Demens.....	20
7.4.4. Førlighetssvekkelse.....	23

7.4.5.	Helhetsvurdering	24
7.5.	Undersøkelser for å finne ut om helsekravene er oppfylt	24
7.5.1.	Innledning.....	24
7.5.2.	Helseundersøkelse – helseattest.....	24
7.5.3.	Synsundersøkelse – optiker- eller synsattest fra øyelege	24
7.5.4.	Nevropsykologiske tester	25
7.5.5.	Kjørevurdering.....	25
8.	Alternative forslag når det gjelder å endre aldersgrensen for kjøreseddel	26
8.1.	Innledning.....	26
8.2.	Alternativ 0: Opprettholde status quo	26
8.3.	Alternativ 1: Aldersgrensen for kjøreseddel for både drosje og buss økes fra 75 til 80 år... ..	27
8.4.	Alternativ 2: Aldersgrensen for kjøreseddel for drosje økes fra 75 år til 80 år mens aldersgrensen for kjøreseddel for buss beholdes slik den er i dag på 75 år.....	27
8.5.	Alternativ 3: Aldersgrensen for kjøreseddel for både drosje og buss økes fra 75 til 78 år... ..	28
8.6.	Alternativ 4: Aldersgrensen for kjøreseddel for drosje og buss økes ikke, men dispensasjonsordningen politiet har til å fravike reglene vurderes utvidet	28
9.	Administrative og økonomiske konsekvenser av de utredede alternative løsningene	28
9.1.	Innledning.....	28
9.2,	Alternativ 0. Opprettholde status quo	28
9.3.	Økonomiske og administrative konsekvenser av alternativene en til tre.....	29
9.3.1.	Innledning.....	29
9.3.2.	Konsekvenser for søkere om kjøreseddel	29
9.3.3.	Konsekvenser for helsetjenesten	30
9.3.4.	Konsekvenser for politiet	30
9.3.5.	Konsekvenser for trafikkstasjonene	30
9.3.6.	Konsekvenser for samfunnet.....	30
10.	Avslutning.....	31
10.1.	Helsedirektoratet tilrår ikke økning av aldersgrensen	31
10.2.	Helsedirektoratet tilrår at det i stedet for økning av aldersgrensen, vurderes om politiets dispensasjonsadgang skal utvides.....	31
10.3.	Helsedirektoratet tilrår at dersom aldersgrense likevel økes, skal det benyttes flere undersøkelser for å sikre at helsekravene er oppfylt.....	31

1. Innledning

Samferdselsdepartementet ga 3. april 2019 Vegdirektoratet i oppdrag å utrede om aldersgrensen bør heves fra 75 til 80 år for å få og beholde kjøreseddel for føring av buss eller drosje med passasjerer mot betaling. Helse- og omsorgsdepartementet ba 29. oktober 2019 Helsedirektoratet om å bistå Vegdirektoratet med de helsefaglige spørsmålene som må vurderes i denne utredningen.

Helsedirektoratet foretar i dette notatet helsefaglige vurderinger som har relevans når det skal vurderes om aldersgrensen på 75 år skal beholdes eller om den bør økes til 80 år. Det er i notatet også vurdert om undersøkelsene som nå benyttes når det vurderes om helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1 er oppfylt, bør beholdes slik de er i dag, dersom aldersgrensen heves, eller om de i så fall bør endres.

Et sentralt spørsmål i Helsedirektoratets vurdering er om heving av aldersgrensen for kjøreseddel fra 75 til 80 år kan gi økt risiko for trafikkulykker.

2. Sammendrag

2.1. Innledning

Helsedirektoratet har i dette notatet utredet helsefaglige spørsmål knyttet til om aldersgrensen bør økes fra 75 til 80 år for kjøreseddel for drosje eller buss med passasjerer.

Utgangspunktet for vurderingene er at alle som søker politiet om kjøreseddel for drosje eller buss, må oppfylle helsekravene for førerkortgruppe 3 i førerkortforskriftens vedlegg 1. At helsekravene er oppfylt for førere som driver med persontransport er viktig. Føring av drosje eller buss innebærer særlige risikomomenter og har et stort skadepotensiale.

Det foreligger ikke sikre tall for hvor mange som kan komme til å søke om kjøreseddel for drosje eller buss etter fylte 75 år dersom aldersgrensen heves. Det er i forbindelse med denne utredningen ikke foretatt nye undersøkelser av helsetilstand og trafiksikkerhetsrisiko for søkere i aldersgruppen 76 til 80 år. Vurderingene i dette notatet er basert på det man vet om hvordan alderdomssvekkelse og sykdomstilstander utvikler seg i denne aldersgruppen. Det er vurdert hvilken innvirkning det kan ha på føring av drosje og buss. Vi viser ellers til utredningen fra Helsedirektoratet og Vegdirektoratet fra februar 2019 om helseattest for eldre (vedlegg 1). Det vises også til utredning fra Helsedirektoratet om kunnskapsgrunnlag for bruk av helseattest og vurdering av kognitive tester fra november 2019 (vedlegg 2).

Ved vurderingen av om det skal åpnes for å kunne søke om kjøreseddel for drosje eller buss frem til fylte 80 år, er det særlig bekymringsfullt at noen tilstander kan utvikle seg langsomt og uten at fører selv eller de i førers nærmeste omgangskrets oppdager svekkelsen. Dette kan eksempelvis være synssvekkelse, kognitiv svekkelse og førlighetssvekkelse. Når man fører buss, som er et stort og tungt kjøretøy, og samtidig skal håndtere kommunikasjonen med mange passasjerer, håndtere trafikkbildet, holde rutetider, avpasse farten etter kjøreforholdene, værforholdene, etc., er det særlig viktig å ha helse som tilfredsstiller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1.

Helsedirektoratet har i dette notatet også vurdert om de undersøkelser som i dag gjøres for å undersøke om søker av kjøreseddel oppfyller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1, bør endres eller suppleres med andre undersøkelser dersom aldersgrensen for kjøreseddel heves.

2.2. Heving av aldersgrensen

Det er i dette notatet utredet noen alternative løsninger når det gjelder heving av aldersgrensen for kjøreseddel, der ytterpunktene er at aldersgrensen *ikke* endres nå (alternativ 0) eller at den økes til 80 år for *både* drosje og buss (alternativ 1). Mellom disse to ytterpunktene er det det vurdert to alternative løsninger, der det ene er om aldersgrensen bare bør økes til 80 år for kjøreseddel for drosje, men ikke for buss (alternativ 2). I tillegg er det utredet om det i stedet for å øke aldersgrensen til 80 bør foretas en heving av aldersgrensen til 78 år for både drosje og buss (alternativ 3).

Politidirektoratet har hjemmel i yrkestransportlova § 37 h andre ledd for å gi dispensasjon for kjøreseddel. Dispensasjon gis i dag svært sjelden. Alternativ 4 vil derfor være at man i stedet for heving av aldersgrensen vurderer å gi utvidet adgang til å gi dispensasjon. En slik endring bør imidlertid vurderes nærmere i samarbeid mellom Politidirektoratet, Vegdirektoratet og Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet er etter en samlet vurdering av de nevnte alternativer kommet til at aldersgrensen ikke bør økes, verken for kjøreseddel for drosje eller buss. Helsedirektoratet anbefaler derfor alternativ 0. Helsedirektoratet utelukker imidlertid ikke at alternativ 4 kan vurderes nærmere i samarbeid med øvrige involverte direktorater.

Dersom det likevel besluttes at aldersgrensen skal økes, mener Helsedirektoratet at aldersgrensen ikke bør heves til mer enn 78 år (alternativ 2). Samtidig bør det for søkere over 75 år kreves synsundersøkelse fra optiker eller øyelege og kjørevurdering. Dette i tillegg til vanlig helseattest ("Helseattest førerett").

2.3. Undersøkelser for å vurdere om søker om kjøreseddel oppfyller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1

I dag kreves det at personer over 70 år som søker om kjøreseddel for drosje eller buss, årlig blir undersøkt av lege, normalt fastlegen. Legen foretar en helseundersøkelse av søkeren og utsteder *helseattest* om at helsekravene er oppfylt. Denne helseattesten skal, sammen med kjøreseddelen, bringes med under føring av drosje eller buss.

Helsekravene for førerkortgruppe 2 og 3 i førerkortforskriftens vedlegg 1 er i utgangspunktet strenge. Helsedirektoratet mener imidlertid at dersom man beslutter å heve aldersgrensen utover 75 år, må kravene til helseundersøkelse skjerpes for denne aldersgruppen. Dette for å redusere muligheten for at helsesvekkelser som påvirker kjøreevnen, ikke blir fanget opp ved legeundersøkelsen.

Om aldersgrensen økes fra 75 år til 78 eller 80 år, mener Helsedirektoratet at det i tillegg til den alminnelige helseundersøkelsen må kreves at alle søkere om kjøreseddel som er over 75 år, årlig må gjennomgå *synsundersøkelse* hos optiker eller øyelege. Denne undersøkelsen må inkludere perimetri¹ for undersøkelse av synsfeltet. En slik undersøkelse vil lettere kunne avdekke langsomt utviklende synssvekkelser hos søker.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveileder/syn-9-13#synsfelt-praktisk>

Nevropsykologiske tester hos spesialist på slike vurderinger kan bidra til å avdekke kognitive svekkelser, herunder demenstilstander tidligere i sykdomsforløpet enn de vanligst brukte kognitive testene. Mange slike nevropsykologiske tester er forbundet med lisenskostnader og er også personellkrevende å gjennomføre. Kostnaden vil ofte være fra 7 000 til 20 000 kroner. Ut fra en kost-/nytte-vurdering har Helsedirektoratet kommet til at det ikke bør bli obligatorisk med slike nevropsykologiske tester. Samtidig understrekes det at lege som gjennomfører helseundersøkelse kan henvise til en mer omfattende undersøkelse hos spesialist, dersom dette vurderes nødvendig.

En *kjørevurdering* gjennomføres med motorvogn i høyeste omsøkte førerkortgruppe/-klasse med førerprøvesensor². Kjørevurderingen viser hvordan søker faktisk opptre under føring av motorvogn. Kjørevurdering kan være et nyttig supplement for å vurdere om søker tilfredsstiller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1. Kjørevurderinger kan bidra til å avdekke forhold av betydning for trafiksikkerheten som ikke kommer frem i, eller er vanskelig å avdekke ved en legeundersøkelse. Dagsform kan riktignok virke inn på kjørevurderingen. Ved kjørevurdering for førerkortgruppe 3, herunder buss og drosje, får man heller ikke prøvd kjøring over lang tid eller med passasjerer (utover sensor). Helsedirektoratet foreslår likevel at bestått årlig kjørevurdering skal være obligatorisk for søkere som er over 75 år om kjøreseddel for føring av drosje eller buss.

3. Gjeldende rett

Dagens regler om kjøresedler for føring av drosje eller buss med passasjerer mot betaling er gitt i kapittel 7 A i lov om yrkestransport med motorvogn og fartøy (yrkestransportlova)³.

Yrkestransportlova §§ 37 a, 37 b og 37 h lyder:

"§ 37 a. Virkeområde

Førar av drosje, selskapsvogn, turvogn, rutevogn og motorvogn som er spesielt utforma og/eller utstyrt for transport for funksjonshemma, må under persontransport mot vederlag ha kjøresetel i tillegg til førarkort.

Kjøresetelen gjeld for heile landet og blir utferda av politimeisteren eller den han gir myndigheit der vedkommande bur. Det er ikkje nødvendig med ny kjøresetel ved skifte av bustad, jf. likevel § 37 c fjerde ledd.

Kjøresetel blir utferda for 10 år. For person som er fylt 60 år blir kjøresetelen utferda for 5 år, men ikkje lenger enn til innehavaren fyller 75 år. Etter fylte 70 år må gyldig legeattest som ikkje er eldre enn 1 år, takast med for at kjøresetelen skal vere gyldig. Dersom særlege helseforhold tilseier det, skal perioden kjøresetelen er gyldig for setjast kortare.

§ 37 b. Søknad om kjøresetel m.m.

Søknad om kjøresetel skal gjerast på fastsett blankett. Legeattest skal leggjast ved søknad om kjøresetel og søknad om fornying av kjøresetel.

² <https://lovdata.no/forskrift/2004-01-19-298/§1>
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-03-09-261>

³ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2002-06-21-45>

Det blir stilt same krav til helse m.m. som for førarkort klasse D og DE. Dersom innehavar av kjøresetel ikkje lenger fyller dei krava som er sette for syn, hørsel og førleik, pliktar vedkommande å gi melding til politiet.

Politiet skal gi kjøresetelen påteikning om eventuelle avgrensande vilkår.

...

§ 37 h. Klage og unntak

For vedtak treft av politiet er Politidirektoratet klageinstans. I klagesak om krav til helse og førleik for kjøresetel skal politiet byggje på endeleg avgjerd frå Helsedirektoratet om helsemessige tilhøve. Gjeld klagen krav til førleik som er avgjort av Statens vegvesen, skal politiet byggje på den endelege avgjerda.

Politidirektoratet kan i særskilde høve gjere unntak frå reglane i kapittelet her."

Dagens norske regler er, kort oppsummert, slik:

- a) Drosjeførere som kjører drosje med maksimum 8 passasjerer, må ha førerkort i førerkortgruppe 1 (førerkortklasse B). Førerkort i førerkortgruppe 1 er gyldig til vedkommende blir 80 år.

Kjøreseddel for å kjøre drosje med førerkort i førerkortgruppe 1 blir utstedt av politiet for 10 år fra fylte 20 år. For person som er fylt 60 år blir kjøreseddelen utstedt for 5 år, men ikke lenger enn til innehaveren fyller 75 år. Etter fylte 70 år må gyldig legeattest som ikke er eldre enn 1 år, tas med for at kjøreseddelen skal være gyldig. Dersom særlige helseforhold tilsier det, skal kjøreseddelen gis kortere gyldighetstid.

- b) Drosjeførere og bussførere som kjører minibuss og buss med flere enn 8 passasjerer må ha førerkort i førerkortgruppe 3 (førerkortklasse D). Førerkort i førerkortgruppe 3 må fra fylte 70 år fornyes hvert år ved fremleggelse av ny helseattest.

Kjøreseddel for å kjøre minibuss eller drosje blir utstedt av politiet for 10 år. For person som er fylt 60 år blir kjøreseddelen gitt for 5 år, men ikke lenger enn til innehaveren fyller 75 år. Etter fylte 70 år må gyldig legeattest som ikke er eldre enn 1 år, tas med for at kjøreseddelen skal være gyldig. Dersom særlige helseforhold tilsier det, skal perioden kjøreseddelen er gyldig for gis kortere gyldighetstid.

Legeattest skal vedlegges søknad om kjøreseddel og søknad om fornying av kjøreseddel. Søker om kjøreseddel må oppfylle de samme krav til helse som for førerkortgruppe 3 (førerkortklasse D).

Med ett unntak gjelder samme helsekrav for kjøreseddel for drosje og buss. Unntaket er ved diabetes som behandles med legemidler som kan gi hypoglykemi. Helsekravet for kjøreseddel for persontransport med buss er da ikke oppfylt. For kjøreseddel for drosje med inntil 8 passasjerer vil helsekravet være oppfylt med bestemte vilkår.

Søker om kjøreseddel til drosje må ha hatt førerkort i førerkortklasse B i minst to år sammenhengende før kjøreseddel kan utstedes⁴.

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/tema/transport-og-kommunikasjon/ytransport/kjoreseddel/id444313/>

Søknad om kjøreseddel sendes til politiet, jf. yrkestransportlova §§ 37 b og 37 h⁵.

Etter yrkestransportlova § 9 andre ledd har aldersgrensen for å ha *drosjeløyve* (offentlig konsesjon for å drive drosjevirkksomhet) hittil vært 75 år. Denne lovbestemmelsen er nå endret⁶. Med virkning fra 1. november 2020 er det ikke lenger noen aldersgrense for å ha drosjeløyve, men drosjeløyvet må fornyes hvert tiende år. Det er i forarbeidene til lovendringen ikke drøftet hvilken betydning det vil ha for aldersgrensen for *kjøreseddel* for å kjøre drosje at aldersgrensen for *drosjeløyve* ble opphevet fra 1. november 2020.

Begrunnelsen for lovendringen, der aldersgrensen for drosjeløyve ble opphevet, er at løyve for å drive drosjevirkksomhet etter 1. november 2020 ikke lenger vil være en personlig konsesjon knyttet til en bestemt drosjeeier. Løyvet vil være knyttet til en næringsvirksomhet som driver drosjetransport med passasjerer mot betaling. Dette gjelder uansett hvordan denne drosjevirkksomheten er organisert som foretak etter foretakslovgivningen. Kjøreseddel for å kunne kjøre drosje vil imidlertid fortsatt være en personlig konsesjon.

4. Rettsreglene i andre land

4.1. EUs regelverk

EUs regelverk når det gjelder yrkessjåfører, er implementert i norsk rett i lov om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (yrkeskvalifikasjonslova)⁷, jf. EU-direktiv 2005/36/EF (yrkeskvalifikasjonsdirektivet).

EUs tredje førerkortdirektiv 2006/126/EU⁸ er gjennomført i norsk vegtrafikklovning. Direktivet har ingen særlige krav om førerkortets gyldighet for eldre, men gir i artikkel 7 nr. 3 bokstav b adgang til å begrense den alminnelige gyldighetstiden for førerkort etter fylte 50 år for å gjennomføre hyppigere helsekontroller eller for å kreve f.eks. gjennomføring av kurs.

4.2. Sverige

I Sverige er gyldighetstiden for førerkort 10 år. Det er ingen øvre aldersgrense. Ved fornyelse av førerkortet skal det vedlegges en egenerklæring om førerkortinnehaberens helse.

I Sverige har man ingen øvre aldersgrense for å få eller beholde taxiförarlegitimation, jf. kapittel 3 i taxitrafiklagen⁹, jf. også drosjetrafikforordning- 2012238_sfs-2012-238¹⁰.

⁵ <https://www.politiet.no/tjenester/forerkort-og-kjoreseddel/kjoreseddel-for-yrkessjaforer/>

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-70-l-20182019/id2640261/?ch=1>

⁷ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-69>

⁸ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/?uri=CELEX:32006L0126>

⁹ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tXltrafiklag-2012211_sfs-2012-211

¹⁰ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/taxitrafikforordning-2012238_sfs-2012-238

I Sverige gjelder følgende regler for føring av buss¹¹: Bussfører må ha et körkort i klasse D og et yrkeskompetansebevis, jf. lagen om yrkesförarkompetens sjette kapittel § 1 og tredje kapittel § 1, jf. også körkortslagen¹².

For å få yrkeskompetansebevis må vedkommende ha gjennomført og bestått godkjent utdanning om vedlikehold og bruk av kjøretøyet i yrkessammenheng. Det er spesielle kurs for drosje og buss. I tillegg må fører legge frem godkjent helseattest for aktuelle førerkortklasse.

4.3. Danmark

I Danmark er gyldighetstiden for førerkort i førerkortgruppe 1 15 år, uansett alder. Førerkortinnehaverens helse kan begrunne kortere gyldighetstid.

I Danmark må man for å kunne kjøre drosje, i tillegg til å ha et gyldig førerkort i førerkortklasse B, ha et chaufførkort¹³. Fører må oppfylle helsekravene til dansk gruppe 2 (tilsvarende norsk førerkortgruppe 2 og 3), jf. BEK nr. 1244 af 26/11/2019 vedlegg 1¹⁴.

For å kjøre buss må man ha et førerkort for føring av buss¹⁵.

Reglene for fornyelse finnes her¹⁶.

Reglene er i korte trekk slik:

"Fornyelse af kørekort til gruppe 2 kategorierne (lille lastbil, stor lastbil, lille bus, stor bus mv.) kræver altid lægeattest og fornyes for 5 år ad gangen frem til det fyldte 70. år.

Hvis du på udstedelsestidspunktet er fyldt 70 år eller derover, udstedes kørekortet med følgende gyldighedstid:

Hvis du er fyldt 70 år, men ikke 71 år: 4 år

Hvis du er fyldt 71 år, men ikke 72 år: 3 år

Hvis du er fyldt 72 år, men ikke 80 år: 2 år

Hvis du er fyldt 80 år: 1 år

I tillegg kan politiet eller legen anmode om en "helbrædsmessig køretest".

4.4. Storbritannia

I Storbritannia må førerkort i førerkortgruppe 1 fornyes hvert tredje år etter fylte 70 år. For førerkortgruppe 2 (tilsvarende norsk førerkortgruppe 2 og 3) må førerkortet fornyes hvert år etter fylte 65 år.

¹¹ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20071157-om-yrkesforarkompetens_sfs-2007-1157

¹² https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/korkortslag-1998488_sfs-1998-488

¹³ https://taxilov.dk/Du_vil_vaere_chauffoer

¹⁴ <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2019/1244>

¹⁵ <https://www.fstyr.dk/da/Erhvervstransport/Buskoersel/Styrelsens-opgaver-vedr-buskoersel>

¹⁶ <https://www.fstyr.dk/da/Regler-om-koerekort/Fornyelse-af-koerekort>

I tillegg til å ha førerkort må fører ha en Passenger carrying vehicle (PCV) driver's licence, jf. veileder til leger i Assessing fitness to drive ¹⁷.

På side 7, andre avsnitt i Assessing fitness to drive er følgende skrevet om taxi licensing:

"Taxi licensing

Responsibility for determining any higher standards and medical requirements for taxi drivers, over and above the driver licensing requirements, rests with Transport for London in the Metropolitan area, or the Local Authority in all other areas.

Decisions taken by employers on the use and application of the UK standards on fitness to drive in particular circumstances and as they relate to employees are for the employer to make. Any responsibility for determining higher medical standards, over and above these licensing requirements, rests with the individual force, service or other relevant body."

I Storbritannia kreves fornying av retten til å føre drosje med egenerklæring hvert tredje år etter fylte 70 år. Den som søker om fornying, har ansvar for å opplyse om han eller hun har helsesvikt som skal meldes i henhold til trafikkmyndighetenes (DVLA) helsekrav. Den som ikke melder fra til DVLA, om en medisinsk tilstand som kan påvirke kjøringen, kan bøtelegges med inntil 1000 pund. Bilfører har også plikt til å levere inn førerkortet dersom legen gir tilbakemelding om at helsekravene ikke lenger er oppfylt.

5. Politidirektoratets uttalelse

Det er politiet som utsteder kjøreseddel for drosje eller buss, jf. yrkestransportlova § 37 a andre ledd. Politidirektoratet er klageorgan når det gjelder politiets vedtak om kjøreseddel, jf. samme lovs § 37 h første ledd.

Politidirektoratet kan dispensere fra regelverket om kjøreseddel, jf. yrkestransportlova § 37 h andre ledd. Det er Justis- og beredskapsdepartementet som er klageorgan for klager på dispensasjonsvedtak fattet av Politidirektoratet.

Politidirektoratet har i e-post til Helsedirektoratet 28. september 2020 gitt følgende synspunkter når det gjelder spørsmålet om å øke aldersgrensen for kjøreseddel for drosje eller buss:

"UP viser til at dersom en person etter fylte 75 år fyller kravene som er satt for syn, hørsel og førerlighet ser de i utgangspunktet ikke noe hinder. Statistikk for den aktuelle aldersgruppe som fører av bl.a. lastebil, buss/minibuss er ikke overrepresentert i alvorlige ulykker, men det foreligger ikke eksponeringsdata.

Politidirektoratet viser til at dette hovedsakelig er et helsefaglig spørsmål og en antar at helse har sine begrunnelser og studier å vise til i forhold til at de eldre blir friskere og friskere noe som taler for en heving. På den annen side er det grunn til å stille spørsmål ved en endring som nå åpner opp for en gruppe der det tidligere var en svært streng praksis for dispensasjonsadgang. Det vises også til at de få tilfellene der det er blitt gitt dispensasjon så er dette av kortvarig karakter. Vi er derfor forundret over at den foreslåtte hevingen er på hele 5 år.

Direktoratet er som ved forrige heving av aldersgrensen generelt skeptisk til et hopp på nye fem år etter en veldig streng dispensasjonsadgang. Det foreligger på bakgrunn av den strenge praksisen ingen statistikk over ulykker for aldersgruppen 75-80 år med kjøreseddel. Statistikk fra UP over

¹⁷ <https://www.gov.uk/government/publications/assessing-fitness-to-drive-a-guide-for-medical-professionals>

aldersgruppen i kjøring uten kjøreseddel sier dessverre ikke noe om kjøring etter lang tid og med mye distraksjoner fra passasjerer mv. Med andre ord finnes det ikke statistikk fra gruppen på om den generelle alderssvekkelsen utgjør en for stor trafiksikkerhetsrisiko til at politiet kan gi tillatelse til å frakte passasjerer og/eller føre tunge kjøretøy over lengre tid mv. Å kjøre taxi, buss eller lastebil gjennom en lang arbeidsdag er krevende både fysisk og kognitivt. Det krever at en er skjerpet og fokusert over lang tid. Det er usikkerhet rundt om testene helsepersonellet gjør av det kognitive før utskriving av helseattest, f.eks. evner å fange opp om reaksjonstiden reduseres for mye gjennom en arbeidsdag for personer i aldersgruppen. Allmennheten har tillit til at det offentlige ikke gir tillatelser til personer som utgjør en større trafiksikkerhetsrisiko.

Oppsummert kan det sies at vi er skeptiske til en ny generell økning fra 75-80 fra den meget strenge dispensasjonspraksisen som gjelder. Dersom en finner at en ønsker å myke opp regelverket, foreslår vi at en i stedet øker adgangen til dispensasjon for aldersgruppen.

.....

Det er i dag en dispensasjonsadgang for de over 75, men i praksis er det nesten ingen som får dette godkjent i det forrige heving av aldersgrensen (2009) fra 70-75 skulle for det alt praktiske fjernet de fleste dispensasjonssøknadene. Nå bes det om innspill til en ytterligere økning. Politidirektoratet var i utgangspunktet skeptisk til forrige økning, men i og med at 75 år da ble sett på som helt øvre grense og en fikk løst utfordringene med mange dispensasjonssøknader for de mellom 70-75 ble det ikke inngitt sterke motforestillinger. Derimot er det nå en ytterligere heving på 5 år.

Til informasjon har Politidirektoratet som klageorgan hatt ca. 30 dispensasjonssaker de siste 3 årene. Veldig få er innvilget. (Se utdrag fra Håndhevingsinstruksen nedenfor).

Håndhevingsinstruksen (RPOD-2017-3) punkt 3.10.9:

"3.10.9 Dispensasjon fra aldersgrensen på 75 år

Etter yrkestransportlova § 37 a tredje ledd kan kjøreseddel ikke utstedes for lenger tid enn til innehaveren fyller 75 år. Etter § 37 h annet ledd kan Politidirektoratet dispensere fra bl.a. denne bestemmelsen.

Dispensasjonsadgangen er således lagt til Politidirektoratet i første instans, med Justisdepartementet som klageinstans. Søknad om dispensasjon forberedes på vanlig måte av lokalt politidistrikt.

Etter at aldersgrensen med virkning fra 1. juli 2009 ble hevet fra 70 til 75 år, har Politidirektoratet – og Justisdepartementet som klageinstans – i sin praksis lagt til grunn at dispensasjon ikke skal gis. Det har likevel i enkeltstående tilfelle vært gitt dispensasjon for noen få uker der dette har vært påkrevet for å opprettholde et forsvarlig transporttilbud."

I vedtakene skrives det ofte slik:

"Lovens krav om at det må foreligge "særskilde høve" innebærer at det skal svært mye til før en dispensasjon kan innvilges. En eventuell dispensasjon vil bare bli gitt for en kortere periode og kun for å avhjelpe en akutt situasjon der et område ellers vil bli stående uten transporttilbud dersom slik dispensasjon ikke gis. Arbeidsgiver må planlegge bemanningen med tanke på å rekruttere nye sjåførere som kan tiltre når ansatte sjåførere oppnår øvre aldersgrense for å inneha kjøreseddel."

Politidirektoratet har i e-post 2. oktober 2020 opplyst at det ikke er laget noen statistikk over hvor mange søknader om kjøreseddel som mottas og behandles av politiet. Det ble videre opplyst at det ikke kreves gebyr for å få eller fornye kjøreseddel.

6. Kunnskapsgrunnlag

6.1. Innledning

I avsnittene nedenfor gis det en kort gjengivelse av opplysninger av relevans for de vurderinger Helsedirektoratet har foretatt nedenfor.

6.2. Tidligere utredninger om helse og eldre når det gjelder føring av motorvogn

Helsedirektoratet har tidligere vurdert helsekrav til eldre førere av motorvogn, senest i forbindelse med at man endret førerkortforskriftens § 4-1 med virkning fra 19. juni 2019¹⁸. Aldersgrensen for krav til helseattest for førerkortgruppe 1 ble da hevet fra 75 til 80 år etter forslag fra Helsedirektoratet og Vegdirektoratet. Før forskriftsendringen ble det levert en utredning fra Helsedirektoratet og Vegdirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet: «Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år» (vedlegg 1).

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet kom Helsedirektoratet høsten 2019 også med en vurdering av hvilke undersøkelser av kognitiv funksjon som bør foretas av søkerne før søknad om førerkort behandles. Det ble da også vurdert hvilket kunnskapsgrunnlag bruk av helseattest bygger på, jf. vedlegg 2.

Hevingen av aldersgrensen i 2013 fra 70 til 75 år med obligatorisk helsekontroll ble gjort på grunnlag av bedret folkehelse¹⁹. Utredningen ble gjort av Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet i 2007, jf. Ot.prp. nr. 60 (2008-2009)²⁰. Bedre helse blant eldre medvirket også til hevingen fra 75 til 80 år i førerkortgruppe 1 i 2019. Aldersgrensen for kjøreseddel ble av samme grunn hevet fra 70 til 75 år fra 1. juli 2009, jf. yrkestransportlova § 37 a tredje ledd.

Helsedirektoratet viser til rapportene fra 2019 som er vedlagt utredningen (vedlegg 1 og 2) når det gjelder de generelle spørsmål om helsetilstanden for eldre og hvordan den eventuelt påvirker deres evne til å føre motorvogn på trafiksikker måte. I denne utredningen vurderes dette ikke på nytt. Her vurderes det mer spesifikt hvilken betydning en eventuell helsesvekkelse i aldersgruppen fra 75 til 80 år har for yrkessjåfører som driver persontransport med drosje eller buss.

En norsk rapport om demens ble publisert i desember 2020²¹. Oversikt over forekomst av demens i ulike aldersgrupper er hentet fra rapporten og tatt inn i underpunkt 7.4.3.2 om kognitiv svekkelse, herunder demens.

¹⁸ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298?q=førerkortforskriften>

¹⁹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

²⁰ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-60-2008-2009-/id553082/>

²¹ https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

6.3. Forbedring av kjøretøy og veinett og lengre erfaring som førere

Det har som nevnt i de tidligere utredningene, skjedd endringer i veinettet. Det er blant annet innført rundkjøringer i mange veikryss, flere fire-felts motorveier og veier med midtdeler, tunneller med variable kjørefelt og trafikkstyring via variable skilt. Dette stiller større krav til føreren om å følge med i trafikkbildet. Dette kan øke trafiksikkerhetsrisikoen for personer med eksempelvis svekket syn, kognitiv svikt eller ferdighetssvikt.

Kjøretøyene er blitt mer avanserte. Noe av den teknologiske utviklingen er tatt ut i form av driftsstabilitet og sikkerhet, mens noe er førerstøttesystemer.

Summen av kravene til fører av motorvogn fra veisystem og kjøretøy kan være stor. «Passive» sikkerhetssystemer i nyere biler gir bedre trafiksikkerhet, både for å unngå trafikkulykker og for å redusere konsekvensene av en ulykke.

6.4. Personskaderisiko øker for de eldste førerne

Førere som i dag er 75 år gamle, kan ha hatt førerkort siden 1963. De har dermed hatt førerkort i opp til 57 år og har ført motorvogn i mange år med stor modernisering av trafikkbildet og kjøretøyparken. Dette i en periode med mye tettere trafikk enn før 1963. De er mer vant til moderne trafikk og behersker den bedre.

Nye biler redder imidlertid liv fordi de er bygd på en måte som bedre enn før beskytter fører og passasjerer i kollisjoner. De utstyres i økende grad med hjelpesystemer som forhindrer førerne i å gjøre feil som kan være fatale. Ulykker med eldre trafikanter kan likevel få et mer alvorlig utfall enn ulykker der yngre trafikanter er involvert, på grunn av eldre personers nedsatte tåleevne. To ulykker med samme hendelsesforløp vil kunne føre til lettere skader hos et ungt menneske, men kan få fatale konsekvenser for en eldre person.

De kognitive og fysiske begrensningene som kommer med økende alder, påvirker kjøreevnen og hvordan man opptre i trafikken. Et komplekst trafikkbilde bidrar til å gi utfordringer med å løse trafiksituasjoner på en trafiksikker måte. Vanlig alderdomssvekkelse vil kunne redusere ferdigheter som er av betydning i for kjøreevnen. Det er imidlertid grunn til å tro at yrkessjåfører gjennomsnittlig har bedre kjøreferdigheter enn andre personer på samme alder. Samtidig er det av trafiksikkerhetshensyn viktig å avdekke forhold, ferdighetsbetingede og helsemessige, som er av betydning for kjøreevnen til yrkessjåfører. I den sammenheng er det først og fremst tilstander med økt forekomst blant eldre som er viktig å ha fokus på.

Helsedirektoratet vurderer at det først og fremst er tilstander med langsom utvikling som er viktig å fange opp før de representerer en trafiksikkerhetsrisiko. Slike tilstander kan ofte være vanskelige å avdekke tidlig i forløpet. Akutte tilstander som også er mer vanlig blant eldre personer, representerer trolig en mindre reell trafiksikkerhetsrisiko. Dette da disse sjelden blir «oversett», og trolig sjeldnere er direkte årsak til trafikkulykker. Dette er tilstander som eksempelvis hjerteinfarkt og hjerneslag.

6.5. Eldre førere og involvering i trafikkulykker

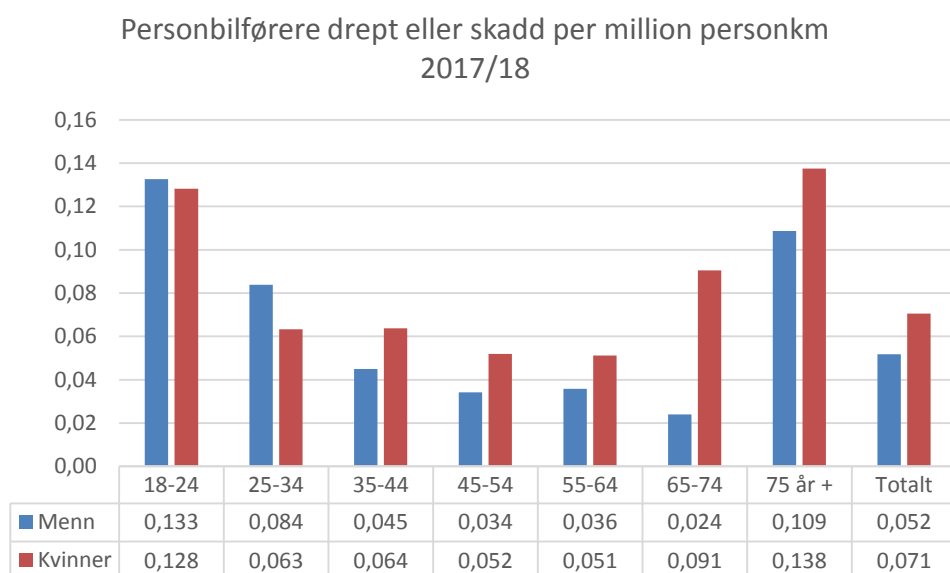
Transportøkonomisk institutt (TØI) har høsten 2020 publisert en rapport basert på reisevaneundersøkelsen fra Statistisk Sentralbyrå for 2017/2018. Her fremgår det at risikoen for at en personbilfører blir innblandet i en personskadeulykke per million personkilometer øker betydelig for aldersgruppen over 75 år. Ulykkesrisikoen har en tydelig u-kurve der de yngste og de eldste har størst

risiko for å bli skadet. Det er en tilsvarende u-kurve i oversikten som viser personbilføreres risiko for å bli drept eller skadet i en trafikkulykke i forhold til kjørte kilometer²².

Figur 4.3 viser risikoen for å bli drept eller skadet i en trafikkulykke. Figur 4.4 viser hvordan risikoen for å bli drept eller skadet har endret seg over tid for ulike aldersgrupper, mens figur 4.5 viser risikoen for å bli innblandet i en ulykke med personskade, uavhengig av om det er fører, passasjerer eller andre som blir skadet.

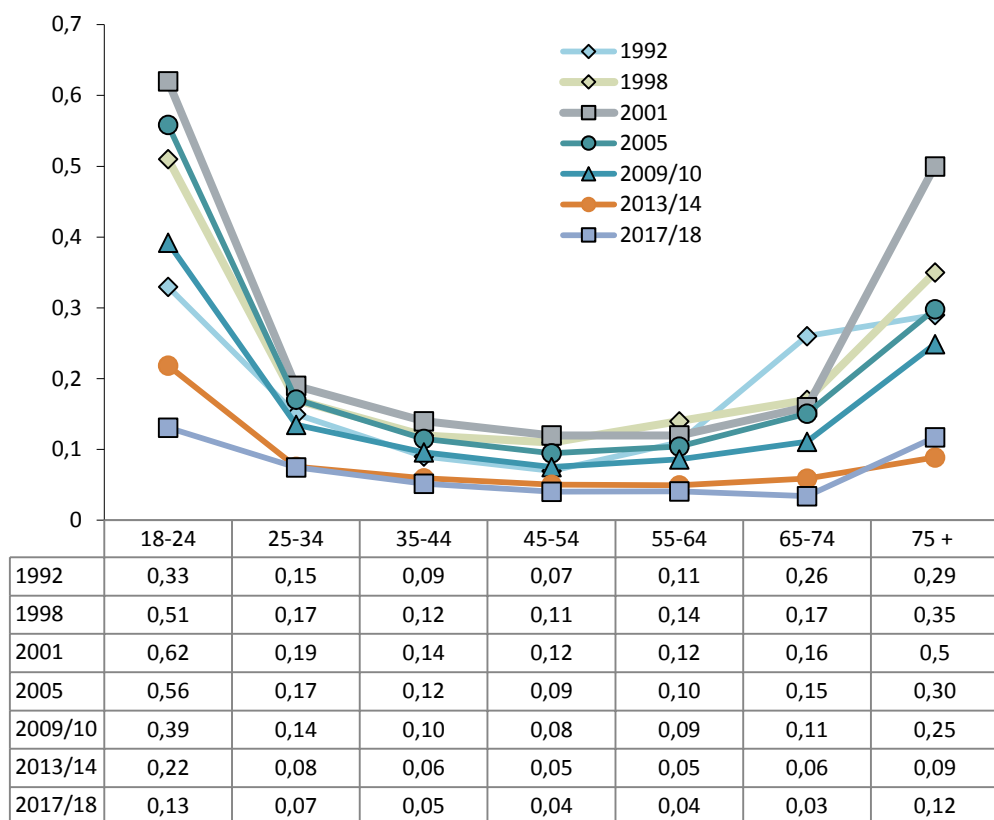
Tidligere har stort sett alle slike risikoberegninger vist at unge bilførere er langt mer utsatt enn andre grupper. TØIs rapport viser at jo mer alvorlige skader som inngår i risikoberegningene, desto mer er de eldste bilførerne utsatt. Det er også slik at menn er mer utsatt enn kvinner jo mer alvorlige skader man studerer.

Figur 4.4 viser hvordan skaderisikoen for bilførere i ulike aldersgrupper har utviklet seg over tid, fra begynnelsen av 1990-tallet og fram til i dag. Risikoen er sterkt redusert, og det er blant de yngste og eldste at reduksjonen har vært størst. Variasjonen i risiko over alder er dermed mye mindre enn tidligere. Til forskjell fra tidligere viser tallene fra 2017/2018 imidlertid at de eldste bilførerne over 75 år har omtrent like høy risiko for å bli innblandet i en personskadeulykke som de yngste.

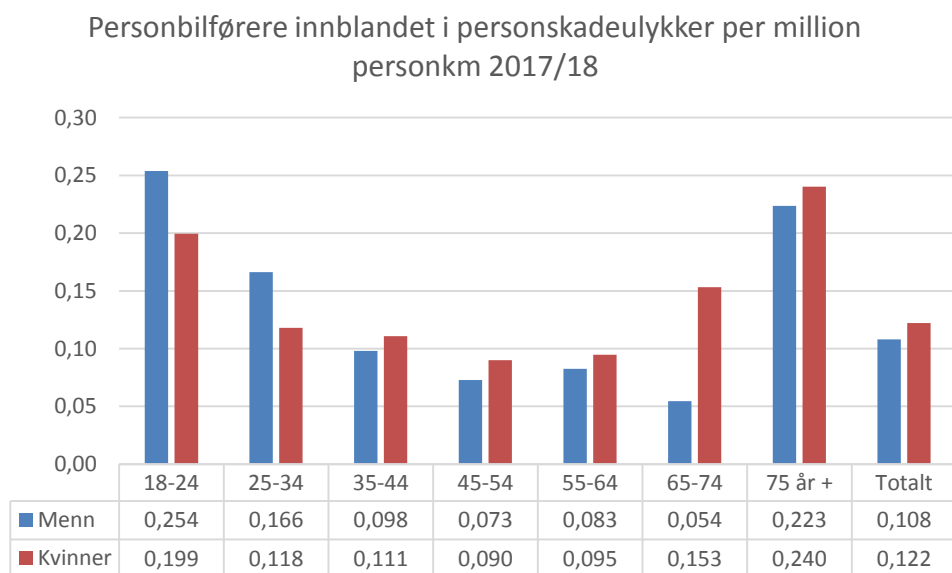


Figur 4.3: Personbilførere drept eller skadd per million personkilometer i 2017/18. Offisielle ulykkesdata fra SSB, eksponeringsdata fra RVU 2018.

²² <https://www.toi.no/publikasjoner/risiko-i-veitrafaikken-2017-18-article36569-8.html>



Figur 4.4: Personbilførere drept eller skadd per million personkilometer fordelt på alder i 1992, 1998, 2001, 2005, 2009/10, 2013/14 og 2017/18.



Figur 4.5: Personbilførere innblandet i personskadeulykker per million personkm i 2017/18. Offisielle ulykkesdata fra SSB, eksponeringsdata fra RVU 2018.

7. Helsedirektoratets vurderinger

7.1. Innledning

Helsedirektoratet vurderer i dette avsnittet om det er noen helsefaglige grunner som taler for eller mot å øke aldersgrensen fra 75 til 80 år for å få og beholde kjøreseddel for å ha rett til å kjøre drosje eller buss med passasjerer mot betaling. I tillegg vurderes det om de undersøkelser som i dag foretas for å vurdere om en person oppfyller helsekravene til kjøreseddel, er tilstrekkelig dersom aldersgrensen heves.

7.2. Helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1

Utgangspunktet for å få og beholde kjøreseddel for drosje eller buss er at helsekravene for førerkortgruppe 3 i førerkortforskriftens vedlegg 1²³ til enhver tid er oppfylt. Dette er i utgangspunktet strenge krav.

Risiko for akutt sykdom som eksempelvis hjerneslag og hjerteinfarkt er økt hos eldre. Samtidig vil risikofaktorer for disse tilstandene kunne behandles og forebygges. I tillegg vil risikoen for at et akutt tilfelle medfører umiddelbar trafiksikkerhetsrisiko ofte være relativt lav. Det er noe av bakgrunnen for at helsekravene i førerkortgruppe 3 er utformet slik de er. I tillegg vil mange slike akutte eller subakutte hendelser være av en slik karakter at kjøring kan avbrytes før hendelsen utgjør en betydelig trafiksikkerhetsrisiko.

Det er større utfordringer forbundet med langsomt utviklende tilstander av betydning for trafiksikkerheten ved persontransport. Slike tilstander kan gi gradvis svekket kjøreevne. Langsom utvikling vil ikke alltid være mulig å fange opp av lege under helseundersøkelsen før utstedelse av helseattest. Dette fordi svekkelsen kan være i tidlig fase, men også fordi det kan være utfordrende å vurdere om svekkelsen er et ledd i en sykdomsutvikling eller vanlig alderdomssvekkelse. Det er derfor av høy viktighet å foreta undersøkelser som avdekker slike svekkelser som ledd i en sykdomsutvikling. Dette gjelder særlig på grunn av de skjerpede kravene som stilles til de som driver med persontransport.

Eksempler på tilstander som utvikler seg gradvis kan være kognitiv svikt, synssvekkelser og førerlighetsnedsettelse (med f.eks. nedsatt bevegelighet og tempo). I følge folkehelse rapporten²⁴ er hyppige tilstander hos eldre over 70 år muskel- og skjelettsykdommer, smerter, sykdommer i sanseorganer, demens og funksjons-/helsetap som følge av hjerte- og karsykdom og kreft. Mange av disse tilstandene kan ha innvirkning på føring av motorvogn, og spesielt ved føring av tyngre motorvogn som buss (med passasjerer). Som eksempel har omtrent 75 % av befolkningen over 74 år et hørselstap som er av betydning for kommunikasjon med andre. I tillegg øker forekomsten av en rekke øyesykdommer med alderen, f.eks. glaukom, AMD, katarakt o.l. Disse vil i tillegg til normal alderdomssvekkelse av synsfunksjonen kunne gi problemer med mørkesyn²⁵.

Forekomsten av demenssykdom i Norge²⁶ viser en nær fordobling hvert femte år, fra 5,6 % i den yngste gruppen (70-74 år) til 9,5 % i gruppen 75-79 år, og 17,9 % i gruppen 80-84 år. Dette går fram av en ny norsk rapport om demens fra Aldring og helse, som ble offentliggjort i desember 2020. I tillegg viser beregninger basert på internasjonal litteratur at forekomsten av mild kognitiv svikt

²³ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298/KAPITTEL_17#KAPITTEL_17

²⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=&h=1>

²⁵ <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/oftalmologi/forord>

²⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/?term=&h=1>

(MCI²⁷) er på 36,6 % i gruppen 75-79 år. Mild kognitiv svikt medfører en viss svekkelse av kognitiv funksjon, som er merkbar, men tilstanden fyller ikke kriteriene for en demensdiagnose. Av personer med mild kognitiv svikt vil om lag 50-60 % utvikle demenssykdom, dvs. ca. 10-15 % hvert år. Noen vil imidlertid også få reversert sin kognitive svikt.

Det er viktig at personer som skal føre drosje eller buss, har god kognitiv funksjon. Ved å øke aldersgrensen vil man også øke risikoen for at personer som ikke tilfredsstiller helsekravet for kognitiv funksjon, driver persontransport med buss eller drosje. I tillegg kommer den generelle helsesvekkelsen som følger med økende alder og som kan gi f.eks. svekket reaksjonstid, langsommere persepsjon²⁸ (sanseoppfatning og påfølgende tolkning av disse), bevegelighet og tempo. Man kan også få økt trettbarhet o.l. En studie²⁹ har vist at jo mer komplisert kjøresituasjonen er, jo større forskjell er det mellom reaksjonstid hos eldre og yngre førere.

Risikoen for svekkelser øker med høyere alder. Høyere alder kan gjøre at skadepotensialet også øker, selv om det er slik at førere med høyere alder og mer erfaring også kan bli tryggere sjåførere. Risikoen vil trolig kunne reduseres noe dersom man innfører strengere risikoreducerende tiltak som f.eks. krav om hyppigere obligatoriske legeundersøkelser, mer inngående legeundersøkelse og vurdering av kjøreferdigheter.

Selv om det er individuelle forskjeller i hvordan aldring påvirker den enkeltes helsetilstand og funksjonsnivå, anser Helsedirektoratet at det i denne sammenheng er rimelig at det må settes en øvre aldersgrense for kjøreseddel som tar høyde for den ekstra risiko som er knyttet til å drive med persontransport. Helsedirektoratet vurderer det slik at det er fornuftig å beholde gjeldende aldersgrense. Dette anses som et forholdsmessig krav. Hovedbegrunnelsen er de skjerpene omstendighetene ved å drive yrkesmessig persontransport, der passasjerene skal ha trygghet for at fører oppfyller kravene til trafikk sikker kjøring. Helsekravet til føring av buss og drosje med passasjerer må vurderes i lys av risikoen som er knyttet til økende alder og samfunnsmessige konsekvenser av eventuelle ulykker.

Førerkort- og kjøreseddelinnehavere har en selvstendig plikt til *ikke* å føre motorvogn når vedkommende ikke er i stand til å kjøre på trafikk sikker måte, jf. vegtrafikklovens § 21³⁰ og førerkortforskriftens vedlegg 1 § 2³¹. Vedkommende plikter, når vedkommende har grunn til å tvile på om helsekravene er oppfylt, å oppsøke lege for nærmere undersøkelse før videre kjøring kan finne sted. Helsedirektoratet anser likevel i lys av vurderingene ovenfor at det er ønskelig å beholde en øvre aldersgrense for kjøreseddel på 75 år.

²⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/legemidler-mot-symptomer-ved-demens/pasienter-med-mild-kognitiv-svikt-foreslas-ikke-tilbudt-symptomatisk-behandling-med-legemiddel-mot-demens#null-praktisk>

²⁸ <https://estudie.no/persepsjon/>

²⁹ <https://doi.org/10.1016/j.trf.2012.11.003>

³⁰ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1965-06-18-4>

³¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298>

7.3. Spesielle forhold når det gjelder drosje eller buss

7.3.1. Føring av drosje eller buss er profesjonell transport av passasjerer mot betaling

Kjøring av drosje eller buss med krav til kjøreseddel er, i motsetning til annen type transport, profesjonell yrkesmessig transport av passasjerer. Kjøreseddelen benyttes til å utføre arbeid som drosje- eller bussjåfør. Arbeidet som drosje- eller bussjåfør er ofte fulltidsarbeid med daglig arbeidstid på 8 timer, men kan også være som "vikar" ved behov. Arbeidet er ofte skiftarbeid med kjøring til uregelmessige tider. Skiftarbeid kan føre til varierende tider for hvile og søvn, med de konsekvenser det kan ha for kjøreevnen. Drosje- og busstransport foregår i hele landet og transporten utføres i alle årstider, til alle døgnetstider, i all slags vær og under ulike lys- og føreforhold. På høst- og vintertid kan det være mange timer med mørkekjøring, og mye kjøring på vinterføre.

Drosjetransport skjer ved transport fra et sted til et annet etter passasjerens bestemmelse. Føring av buss skjer etter rutetabell for en bestemt strekning og med stans på faste holdeplasser på hele strekningen. Det er en ekstra stressfaktor for bussførere at de må holde rutetidene. Bussførere har også et betydelig ansvar knyttet til at det er et større antall passasjerer i bussen. Bussførere skal sørge for at på- og avstigning på bussen skal skje på en trygg måte. I en buss kan det transporteres alt fra mange barn som kan være urolige, og unge og eldre mennesker med forskjellige behov som må ivaretas for at transporten skal skje på sikker måte. Det vil være mange mulige forstyrrende elementer under busstransporten. Dette kan påvirke førerens oppmerksomhet og følgelig evnen til trafiksikker kjøring. Denne påvirkningen vil kunne være verre for personer med begrenset «reservekapasitet».

Når man fører buss i rute med passasjerer, er det også vanskeligere å ta seg en pause og kjøre inn til siden for å hvile når det vurderes nødvendig. Det samme vil, men i en noe mindre grad, også gjelde drosjeførere med passasjerer i bilen.

Det er viktig at passasjerene i drosje eller buss føler trygghet når de benytter buss eller drosje. Det betyr at de skal kunne være sikre på at førere av drosje eller buss til enhver tid må ha en helsetilstand som gjør dem i stand til å håndtere passasjertransport på en trafiksikker måte.

7.3.2. Heltidsarbeid – mengdetrening – kjøre- og hviletid

Ved heltidsarbeid vil førerne få mer mengdetrening enn andre førere. Dette gir på den ene siden mer erfaring og dermed bedre mulighet til å opprettholde tilfredsstillende kjøreferdigheter. På den annen side vil det også føre til økt risiko for ulykker ved at man er lengre tid på veien, kjører lengre og dermed også vil kunne bli mer trett i løpet av lange arbeidsdager.

Det er med hjemmel i vegtrafikklovens §§ 13, 14, 19 b, 20, 21, 24, 32 og 36 gitt en forskrift om kjøre- og hviletid for vegtransport i EØS³². Denne forskriften bygger på EU-forordninger, særlig forordning nr. 561/2006³³. Forskriften er begrenset til føring av kjøretøy med mer enn 3500 kg totalvekt og buss eller maxi-taxi med mer enn ni personer om bord, inkludert sjåfør, jf. forordningens artikkel 2.

Forordningen har tre hovedmål. Det er å sikre arbeidstakernes (førernes) arbeidsmiljø slik at arbeidsmiljøet blir forsvarlig med nok hvile. Det skal sørge for like konkurransebetingelser for

³² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-07-02-877>

³³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/?uri=CELEX%3A32006R0561>

virksomheter i bransjen og gjøre kontrollen av om reglene følges mer effektiv. Det er gitt detaljerte regler om obligatorisk hviletid under den daglige kjøringen (døgnhvile) og lengre pauser ukentlig (ukehvile). En viktig effekt av reglene er at når førere får nok hvile, vil trafikksikkerheten øke. Forordningen gjelder alle førere i disse yrkesgruppene uten at det er gitt spesielle regler for eldre førere.

Det er ikke gitt tilsvarende regler for føring av drosje med mindre enn ni passasjerer, men det generelle helsekravet i vegtrafikkloven § 21 første ledd³⁴ og førerkortforskriften vedlegg 1 § 2³⁵ innebærer at førere av motorvogn skal sørge for å være uthvilt og ikke føre motorvogn når det må anses uforsvarlig. Etter førerkortforskriften vedlegg 1 § 23 er helsekravet ikke oppfylt "når bevisstheten kan svekkes av påtrengende søvnighet eller ukontrollerbar søvn".

7.3.3. Økt faregrad og større skadepotensiale ved føring av drosje og buss

Sannsynligheten for ulykker øker med økende kjøretid for personer med svekket kjøreevne. I tillegg vil føring av buss med mange passasjerer kunne utgjøre et distraksjonsmoment som er større enn når det kjøres privatbil eller drosje. Det vil også være et ekstra stressmoment under føring av buss at tidsskjemaet i rutetabellen skal følges.

Konsekvensene av en trafikkulykke med buss med passasjerer vil være større enn en ulykke med en personbil. Dette skyldes også at bussen/kjøretøyet i seg selv vil kunne gi økt skade på andre som er involvert i ulykkene.

Det er grunn til å tro at personer over 75 år også vil kunne bli mer trett og sliten etter mange timer på arbeid. Dette vil så kunne påvirke evnen til å håndtere utfordrende trafikkmiljø, stress med å holde rutetider og «stressbelastning» fra passasjerer. Dette vil senke tempoet i persepsjonsprosessen, dvs. det å motta sanseinntrykk og reagere på disse.

7.4. Helse- og alderdomssvekkelser av særlig betydning for yrkesmessig persontransport

7.4.1. Innledning

I dette avsnittet beskrives noen helse- og alderdomssvekkelser som kan påvirke evnen til å føre motorvogn på trafikksikker måte. Listen er ikke uttømmende.

Flere av tilstandene henger sammen. Eksempelvis synsfunksjon og de kognitive funksjonene som gjør at man registrerer synsinntrykk og omsetter dette til handlinger for å håndtere trafikksituasjonen på forsvarlig måte.

I denne sammenhengen mener Helsedirektoratet at det særlig er helse- og alderssvekkelser som utvikler seg gradvis som har stor betydning for trafikksikkerheten knyttet til føring av drosje og buss. Dette gjelder særlig synsfunksjonen, hørselsfunksjon, kognitiv funksjon og førlighet. Disse funksjonene henger nøye sammen når det gjelder kjøreferdighet. Funksjonene svekkes i varierende grad med økende alder og bør vurderes opp mot risikoen ved å kjøre buss eller drosje med persontransport.

³⁴ <https://lovdata.no/lov/1965-06-18-4/§21>

³⁵ <https://lovdata.no/forskrift/2004-01-19-298/§2>

Der fører er vurdert iht. gjeldende helsekrav, og fyller disse, vil risikoen for at en akutt hendelse medfører trafikksikkerhetsrisiko ansees relativt lav. Dette har sammenheng med at mange slike akutte eller subakutte hendelser vil være av en slik karakter at kjøring kan avbrytes før det utgjør en betydelig trafikksikkerhetsrisiko.

7.4.2. Syn

Forekomsten av øyelidelser øker med alder. I tillegg vil vanlig alderdomssvekkelse av synsfunksjonen gi en vesentlig svekket synsfunksjon, selv om det ikke kan tilskrives en «øyelidelse». Dette vil kunne påvirke synsfelt, synsstyrke, kontrastfølsomhet, blindingstendens og mørkeadaptasjon.

Synsfunksjonen er svært sentral for kjøreevnen. Dette taler for at det bør kreves obligatorisk «utvidet» synsundersøkelse med utstedelse av synsattest fra optiker eller øyelege dersom man skal kjøre buss/drosje etter 75 år, og derfor søker om kjøreseddel.

Norges optikerforbund har i en rapport fra 2018 sett nærmere på synsutvikling ved økende alder, jf. vedlegg 3.

7.4.3. Kognitive funksjoner

7.4.3.1. Oppfattelses-, vurderings- og reaksjonsevne

Det er viktig at personer som skal føre drosje eller buss har et kognitivt funksjonsnivå som gjør at slik kjøring kan skje på en trafikksikker måte. En rekke forhold kan påvirke kognitiv funksjon.

Det er en økende forekomst av kognitiv svikt, herunder demenslidelser og mild kognitiv svekkelse med økende alder.

7.4.3.2. Demens

Demenssykdommer og annen kognitiv svikt er av de mest sentrale risikofaktorene for svekket kjøreevne blant eldre motorvognførere. Demenssykdommer er den hyppigste årsaken til kognitiv svikt. Kognitiv svikt kan imidlertid skyldes bl.a. bruk av legemidler, nevrologiske sykdommer, psykisk sykdom, nyresvikt, infeksjonssykdommer osv.

Rapporten "Forekomst av demens i Norge" fra Aldring og helse høsten 2020³⁶ viser en oversikt over demens fordelt på aldersgrupper og kjønn. Tabellen viser også forekomsten av lettere kognitiv svikt (MCI - Minimal Cognitive Impairment), basert på internasjonal litteratur.

Rapporten viser at det er en stabil økning etter 70 år i antall tilfeller av demens over aldersgrupper, med en nær fordobling hvert femte år, fra 5,6 % i den yngste gruppa (70–74 år), 9,5 % i gruppa 75–79 år og 17,9 % i gruppa 80–84 år. For de to eldste gruppene, 85–89 år og 90 +, var forekomsten henholdsvis 33 % og 48,1 %. Forekomsten av demens var 2,9 prosentpoeng høyere hos kvinner enn hos menn.

Forekomsten av mild kognitiv svikt (MCI), jf. også fotnote nr. 27 ovenfor, er på 36 % i gruppa 70–74 år, 36,6% i gruppa 75–79 år og 32,9 % i aldersgruppa 80–84 år. Forekomsten av MCI var 5,1 prosentpoeng høyere hos menn enn hos kvinner.

³⁶ https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

Demens er en tilstand som kjennetegnes ved endringer i kognisjon og atferd i en så stor grad at det påvirker evnen til å klare dagliglivets aktiviteter. I rapporten er det vist til at ut fra Mayo-klinikkens definisjon beskrives mild kognitiv svikt (MCI) som opplevde hukommelsesproblemer/kognitiv svikt som bekreftes av pårørende og påvist reduksjon i hukommelse eller annen kognitiv svikt ved nevropsykologisk testing (K.Engedal & Haugen, 2018). Fungering i dagliglivet skal være normal og de diagnostiske kriteriene for demens skal ikke være oppfylt. Av alle som får MCI, vil om lag 50-60 % utvikle demens over tid. Anslagsvis 10-15 % hvert år.

Tilstander som oppfyller de diagnostiske kriteriene for demens vil oftest innebære at helsekravet ikke er oppfylt. I slike tilfeller vil kjøreevnen være vesentlig svekket og innebære en trafiksikkerhetsrisiko. Det er mer usikkert hvorvidt MCI gir en svekket kjøreevne.

Helsekravet for kognitiv funksjon er relativt skjønnsbetinget, og krever derfor at legen gjør en vurdering av all informasjon vedkommende har om personens helsetilstand, eventuelt også informasjon fra pårørende, arbeidsgiver osv. om kjøreatferd. I mange tilfeller vil det være nødvendig med en praktisk kjørevurdering for å supplere legens undersøkelse, før det tas en konklusjon om helsekravet for kognitiv funksjon er oppfylt eller ikke³⁷.

Resultatene i rapporten fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om forekomst av demens i Norge i 2019 er presentert i tabell 6 og figur 2, som gjengis nedenfor.

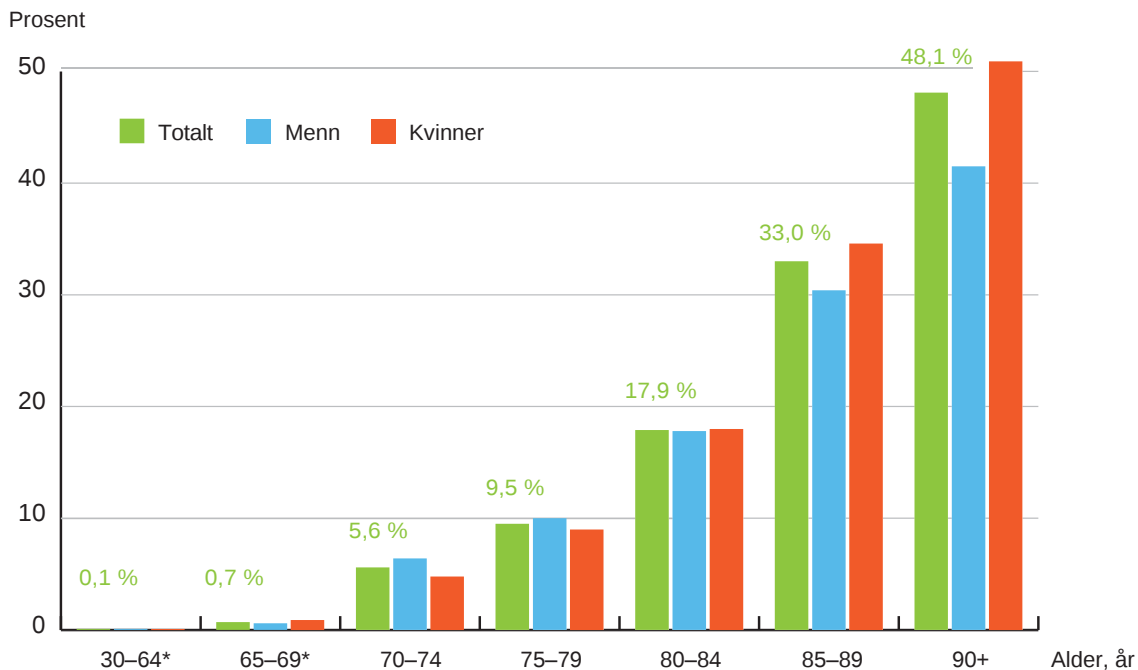
Resultatene viser forekomst av MCI og demens fordelt på aldersgrupper og kjønn. Den standardiserte forekomsten av demens var 14,6 % (95 % KI 13,9–15,4). Det var en stabil økning i antall tilfeller av demens over aldersgrupper med en nær fordobling hvert femte år, fra 5,6 % i den yngste gruppa (70–74 år) til 48,1 % i den eldste gruppa (90+ år). Forekomsten av demens var 2,9 prosentpoeng høyere hos kvinner enn hos menn ($p < 0.001$). Den standardiserte forekomsten av MCI var 35,3 % (95 % KI 34,3–36,4). Resultatene viser ingen alderstrend i forekomsten av MCI. Forekomsten av MCI var 5,1 prosentpoeng høyere hos menn enn hos kvinner ($p < 0.001$). Av personene med MCI hadde 2896 amnestisk MCI (30,4 %, 95 % KI 29,4–31,4). 486 personer hadde ikke-amnestisk MCI (4,9 %, 95 % KI 4,4–5,3).

³⁷ https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.dot.gov/files/documents/13687-cognitive_impairment_report_010419_v4-tag.pdf

Tabell 6 Antall og prevalens av personer med MCI og demens (95 % konfidensintervall, KI)

Alder	Antall respondenter	Antall personer med demens	Standardisert prevalens av demens*	95 % KI	Antall personer med MCI	Standardisert prevalens av MCI*	95 % KI
Totalt							
70–74 år	4014	234	5,6 %	(4,9–6,3)	1451	36,0 %	(34,5–37,6)
75–79 år	2575	263	9,5 %	(8,4–10,7)	938	36,6 %	(34,7–38,6)
80–84 år	1564	303	17,9 %	(16,0–20,0)	513	32,9 %	(30,4–35,5)
85–89 år	901	333	33,0 %	(29,7–36,5)	293	33,2 %	(29,8–36,8)
90+ år	609	337	48,1 %	(43,0–53,3)	187	35,7 %	(30,7–41,1)
Sum	9663	1470	14,6 %	(13,9–15,4)	3382	35,3 %	(34,3–36,4)
Menn							
70–74 år	1955	124	6,4 %	(5,4–7,6)	710	36,5 %	(34,4–38,7)
75–79 år	1203	130	10,0 %	(8,5–11,8)	517	43,4 %	(40,6–46,3)
80–84 år	711	131	17,8 %	(15,2–20,8)	249	34,8 %	(31,3–38,4)
85–89 år	337	114	30,4 %	(25,9–35,4)	119	36,9 %	(31,8–42,3)
90+ år	200	99	41,5 %	(34,6–48,7)	65	36,2 %	(29,1–44,0)
Sum	4406	598	13,0 %	(12,1–14,0)	1660	38,1 %	(36,7–39,6)
Kvinner							
70–74 år	2059	110	4,8 %	(4,0–5,8)	741	35,6 %	(33,5–37,8)
75–79 år	1372	133	9,0 %	(7,5–10,7)	421	30,6 %	(28,0–33,3)
80–84 år	853	172	18,0 %	(15,4–21,0)	264	31,5 %	(28,0–35,1)
85–89 år	564	219	34,6 %	(30,1–39,3)	174	30,9 %	(26,5–35,7)
90+ år	409	238	50,9 %	(44,2–57,6)	122	35,5 %	(29,1–42,5)
Sum	5257	872	15,9 %	(14,8–17,0)	1722	33,0 %	(31,6–34,5)

* Standardisering som justerer for selektivt frafall (invers sannsynlighetsvekting med hensyn på alder, kjønn, kommune og sykehjem), samt standardisering (kalibrering) mot Norges befolkning med hensyn på alder, kjønn og utdanning i 2019.



Figur 2 Forekomst av demens (%) fordelt på alder og kjønn i Norge, år 2019

7.4.4. Førlighetssvekkelse

I førerkortforskriftens vedlegg 1 § 41 er det gitt bestemmelse om førighetssvekkelser³⁸.

Førligheten skal være tilstrekkelig til trafiksikker føring av motorvogn, jf. § 41 første ledd. I § 41 siste ledd er det gitt en bestemmelse om at det ved vurderingen av om helsekravene er oppfylt for førerkortgruppe 2 og 3 etter første ledd, og om helseattest med anbefaling om førerett kan gis etter andre og tredje ledd, skal det tas hensyn til de ytterligere risikoer og farer som er forbundet med å føre motorkjøretøy i disse gruppene. Dette vil følgelig også gjelde ved vurderingen av om helsekravene for å få kjøreseddel for buss eller drosje er oppfylt.

Forekomsten av muskel- og skjelettlidelser, hjerneslag, degenerative sykdommer (sykdommer som skyldes genetiske disposisjoner, slitasje, livsstil mv.) øker med alderen. Dette er tilstander som kan påvirke bevegelse, muskelkraft og trettbarhet, muskelstyring, tempo og reaksjonstid m.m. I tillegg vil aldersbetinget svekkelse som treghet, reaksjonstid, simultankapasitet og konsentrasjon påvirke kjøreevne. Dette er spesielt viktig der flere ting skjer samtidig som man skal vurdere et komplekst trafikkbilde. En tilleggsutfordring med større kjøretøy er at det også ofte krever større «bevegelsesutslag» for å manøvrere kjøretøyet.

³⁸ <https://lovdata.no/forskrift/2004-01-19-298/§41>

7.4.5. Helhetsvurdering

I førerkortforskriftens vedlegg 1 §§ 42-44 er det gitt bestemmelser om andre sykdommer og helsesvekkelser^{39 40}.

Dersom søker om kjøreseddel har flere helsesvekkelser kan disse, selv om de hver for seg ikke påvirker kjøreevnen i så stor grad at helsekravet ikke er oppfylt, påvirke hverandre slik at de samlet likevel utgjør en trafikksikkerhetsrisiko. Legen skal så langt det er mulig, vurdere helsekravene for den enkelte tilstand etter reglene i førerkortforskriftens vedlegg 1. Der dette ikke er mulig, fordi det er en helsesvekkelse som ikke er regulert i vedlegg 1 §§ 9-41, eller det er en generell helsesvekkelse eller flere sykdommer sammen som utgjør en trafikksikkerhetsrisiko, skal bestemmelsene i §§ 42-44 benyttes. Ved tvil kan det anmodes om kjørevurdering. En kjørevurdering vil kunne gi viktig supplerende informasjon til legen før konklusjon tas i om helsekravet er oppfylt eller ikke.

7.5. Undersøkelser for å finne ut om helsekravene er oppfylt

7.5.1. Innledning

I dette avsnittet gjennomgås hva som vil være de viktigste undersøkelsene og vurderingene for å kunne fastslå at søker om kjøreseddel tilfredsstiller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1, dersom man hever aldersgrensen utover 75 år. Vanligvis gjennomføres i dag en ordinær klinisk undersøkelse hos lege, normalt hos fastlegen. Denne undersøkelsen suppleres eventuelt med uttalelse fra sykehusspesialist. Legen utsteder så helseattest, jf. førerkortforskriftens vedlegg 1 §§ 4 og 5. I tillegg til helseundersøkelsen hos lege vurderes det nedenfor om det også bør kreves en særskilt synsattest fra optiker eller øyelege («Helseattest førerett – syn») og om det bør gjennomføres nevropsykologiske tester. Det vurderes også om kjørevurdering skal benyttes, det vil si en praktisk kjøreprøve gjennomført og bestått hos trafikkstasjonen med førerprøvesensor til stede.

7.5.2. Helseundersøkelse – helseattest

Når det skal foretas en helseundersøkelse og utstedes en helseattest, er dette regulert i §§ 4 og 5 i førerkortforskriftens vedlegg 1 om helsekrav til førerkort⁴¹. For å få og beholde kjøreseddel etter fylte 70 år kreves det helseattest hvert år, jf. yrkestransportlova § 37 a tredje ledd. Dette er en velprøvd metode for å undersøke og attestere at helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1 er oppfylt, som i dag benyttes i alle tilfelle der førerkort i førerkortgruppe 2 og 3 og kjøreseddel skal utstedes første gang eller fornyes. Ved en eventuell heving av aldersgrensen for kjøreseddel, vil det etter gjeldende rett være krav til årlig obligatorisk helseundersøkelse for å få helseattest og kunne fortsette med persontransport mot vederlag.

7.5.3. Synsundersøkelse – optiker- eller synsattest fra øyelege

I tillegg til den alminnelige helseattesten kan det vurderes om det skal kreves en særskilt synsattest utstedt av optiker eller øyelege. Ved undersøkelse hos optiker eller øyelege før utstedelse av synsattest vil svekkelser av synet som ikke oppdages ved undersøkelse hos fastlegen, lettere bli avdekket. Synsundersøkelsen som gjøres av fastlegen, er oftest basert på metoder som ikke er like

³⁹ <https://lovdata.no/forskrift/2004-01-19-298/§42>

⁴⁰ <https://lovdata.no/forskrift/2004-01-19-298/§43>

⁴¹ <https://lovdata.no/forskrift/2004-01-19-298/§4>

nøyaktig som undersøkelser hos optikere eller øyeleger. Sentralt er det også at optikere og øyeleger har medisinskteknisk utstyr som muliggjør mer detaljerte, pålitelige og gyldige synsundersøkelser, herunder ved bruk av perimetri for synsfeltundersøkelse.

Helsedirektoratet vurderer derfor at det også skal foretas en obligatorisk synsundersøkelse hos optiker eller øyelege og utstedes synsattest hvert år for personer som er 75 til 80 år gamle, dersom aldersgrensen heves for kjøreseddel for drosje eller buss.

7.5.4. Nevropsykologiske tester

Nevropsykologiske tester⁴² er tester som kan gi mer pålitelige resultater når det gjelder å undersøke om en person tilfredsstiller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1, spesielt når det gjelder kognitive funksjoner. Disse testene kan fange opp begynnende kognitiv svikt, eller lettgradig demens, i situasjoner hvor ordinær helseundersøkelse ikke nødvendigvis avdekker dette.

Når det gjelder føring av drosje eller buss der det kreves kjøreseddel, anser Helsedirektoratet at det må foretas en grundigere undersøkelse og vurdering av om slike tilstander foreligger. En ulempe med nevropsykologiske tester er kostnadene forbundet med testene. Det er opplyst at et «testbatteri» av en bussfører på 75 år vil i ytterste konsekvens kunne koste opptil 15 til 20 000 kroner å gjennomføre. Tilgjengeligheten på denne kompetansen er også varierende i landet. I enkelte områder er slike undersøkelser i mindre grad tilgjengelig. Andre steder er det først og fremst kapasiteten som er begrensende faktor.

Helsedirektoratet har derfor etter en kost-/nyttevurdering kommet til at nevropsykologiske tester ikke skal være obligatoriske, men bare kreves når attestutstedende lege mener dette er nødvendig.

Attestutstedende lege skal ved behov henvise søker til relevant spesialist for nærmere vurdering av kognitive funksjoner. Førerkortsøkere i førerkortgruppe 2 og 3 skal ved mistanke om kognitiv svikt henvises til en kognitiv vurdering, fortrinnsvis hos nevropsykolog eller ev. legespesialist med kompetanse på kognitive vurderinger.

7.5.5. Kjørevurdering

I henhold til førerkortforskriftens vedlegg 1 om helsekrav til førerkort § 1 bokstav h er «kjørevurdering» en «(v)urdering av kjøreferdigheter for personer med funksjonsnedsettelse og for personer som har eller kan ha helsesvekkelse, jf. forskrift om krav til førerprøvesensorer m.m. § 2 første ledd bokstav d.»

Dersom legen som utsteder helseattesten er i tvil om søker oppfyller helsekravene, kan legen be fylkesmannen om å anmode trafikkstasjonen om å gjennomføre en kjørevurdering. Det er i vedlegg 1 § 9 nr. 3 til 5 og § 11 (syn) gitt regler om obligatorisk kjørevurdering.

§ 41 andre og tredje ledd har egne bestemmelser om kjørevurdering ved førerlighetsnedsettelse. Disse er ikke obligatoriske. Etter 41 annet ledd kan attestutstedende lege via fylkesmannen be om kjørevurdering når legen er i tvil om helsekravene er oppfylt. Etter § 41 tredje ledd vurderer Statens vegvesen om det er behov for kjørevurdering.

⁴² <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/enklere-for-psykologer-aa-vurdere-helsekrav-til-sjaafoerer>

For å få og beholde kjøreseddel etter fylte 70 år, kreves det i dag ikke kjørevurdering annet enn i de tilfellene nevnt foran der det ellers kan kreves eller anmodes om kjørevurdering.

En kjørevurdering vil kunne avdekke om det foreligger svekkelser av kjøreferdighetene på grunn av svekket syn, svekkede kognitive ferdigheter og redusert reaksjonsevne på en mer målrettet måte enn ved en helseundersøkelse hos lege. Det vil imidlertid fortsatt gi et øyeblikksbilde av kjøreferdighetene, men vil, siden kjørevurderingen foretas uten passasjerer f.eks. ikke evaluere hvordan man håndterer en full buss med samtidig kommunikasjon med «omgivelsene», overholde rutetider osv.

Helsedirektoratet foreslår likevel innført en ordning med obligatorisk årlig kjørevurdering for de som er fra 75 til 80 år dersom de skal ha kjøreseddel, fordi en kjørevurdering vil kunne avdekke forhold av betydning for vurderingen av om det skal gis helseattest.

For at det alltid skal kunne kreves kjørevurdering for personer med kjøreseddel til drosje eller buss når de er over 75 år, må det gis en ny rettslig hjemmel for dette i yrkestransportlova § 37 a.

8. Alternative forslag når det gjelder å endre aldersgrensen for kjøreseddel

8.1. Innledning

Nedenfor er de alternative løsninger når det gjelder spørsmålet om å øke/ikke øke aldersgrensen for kjøreseddel for drosje og buss fra 75 til 80 år vurdert.

8.2. Alternativ 0: Opprettholde status quo

Dette alternativet går ut på at dagens bestemmelse i yrkestransportlova § 37 a tredje ledd *ikke* endres, dvs. at dagens aldersgrense på 75 år for kjøreseddel for føring av drosje eller buss beholdes uendret.

Helsedirektoratet har i sine vurderinger ovenfor kommet til at det er en vesentlig risiko forbundet med å øke aldersgrensen for kjøreseddel for å kjøre drosje eller buss fra 75 til 80 år. Forekomsten av helsetilstander som svekker kjøreevnen for personer som er mellom 75 og 80 år vil trolig gi en økt risiko for alvorlige hendelser med betydelig skadepotensiale. Ulykker som involverer buss, vil av naturlige årsaker kunne få større konsekvenser all den tid det både er flere passasjerer, og bussen i seg selv vil kunne påføre omgivelsene vesentlig mer skade enn en personbil/drosje.

Hensynet til passasjerenes sikkerhet ved bruk av offentlig transport, den antatt forhøyede risikoen for helsesvekkelser blant eldre sjåførere og høyere risiko ved økt kjørelengde gjør at Helsedirektoratet anser at kravet til å få helseattest for kjøreseddel også for drosje må være strengere enn for vanlig førerkort i klasse B.

Helsedirektoratet vil derfor etter en samlet vurdering av de momentene som er omtalt i punkt 7 ovenfor, *ikke* anbefale at aldersgrensen for kjøreseddel for drosje og buss heves fra 75 til 80 år. Helsedirektoratet anbefaler følgelig alternativ 0.

8.3. Alternativ 1: Aldersgrensen for kjøreseddel for både drosje og buss økes fra 75 til 80 år.

Dette alternativet går ut på at aldersgrensen for kjøreseddel økes fra 75 til 80 år både for buss og drosje. Helsedirektoratet vil ikke anbefale dette alternativet.

Forekomsten av helsetilstander som svekker kjøreevnen øker med alderen. Dette innebærer en risiko for at personer som har en vesentlig svekkelse av kjøreevnen likevel får utstedt helseattest. En legeundersøkelse i forbindelse med utstedelse av helseattest vil ikke alltid avdekke slike svekkelser.

Dersom det besluttet å heve aldersgrensen, anser Helsedirektoratet at det vil være behov for å ha en utvidet undersøkelse av søkerens helse som kan avdekke tilstander som kan føre til svekket kjøreevne, før de får vedtak om kjøreseddel.

Akutte tilstander som kan svekke kjøreevnen vil man vanligvis ikke oppdage under den årlige helseundersøkelsen. Dersom legen under helseundersøkelsen ser at det er en risiko for at slike tilstander kan oppstå, bør det vanligvis henvises til en spesialistvurdering før det kan utstedes helseattest.

De tilstandene som utvikler seg langsomt over tid, som for eksempel svekkelse av syn, hørsel, kognitive ferdigheter og funksjonsevnen vil bli sjekket under den årlige helseundersøkelsen. Ved en eventuell heving av aldersgrensen til 78 eller 80 år vil Helsedirektoratet tilråde at det gis rettslig hjemmel i yrkestransportlova til å kreve at søkere over 75 år skal fremlegge synsattest fra optiker eller øyelege sammen med den årlige helseattesten fra lege. Det anbefales også at det kreves en årlig obligatorisk kjørevurdering fra fylte 75 år.

Helsedirektoratet vil imidlertid heller *ikke* anbefale dette alternativet.

8.4. Alternativ 2: Aldersgrensen for kjøreseddel for drosje økes fra 75 år til 80 år mens aldersgrensen for kjøreseddel for buss beholdes slik den er i dag på 75 år

Dette alternativet går ut på at aldersgrensen for kjøreseddel for drosje økes fra 75 år til 80 år, mens dagens aldersgrense på 75 år for kjøreseddel for buss beholdes.

Dette alternativet er basert på at det er en funksjonsnivået som kreves for føring av drosje er noe lavere enn for buss. Videre vil konsekvensene av en ulykke med buss kunne være mer omfattende enn en ulykke som involverer drosje. Dersom det likevel besluttet at aldersgrensen for å få kjøreseddel skal økes, foreslår Helsedirektoratet at den *bare* økes for kjøreseddel for å kjøre drosje.

Helsedirektoratet vil imidlertid av samme grunner som nevnt i avsnittet ovenfor (punkt 8.2.) om opprettholdelse av status quo, heller ikke anbefale at aldersgrensen for å ha kjøreseddel for drosje økes til 80 år, mens aldersgrense for å ha kjøreseddel for buss beholdes på 75 år.

8.5. Alternativ 3: Aldersgrensen for kjøreseddel for både drosje og buss økes fra 75 til 78 år

Dersom det, til tross for Helsedirektoratets anbefaling om ikke å øke aldersgrensen for kjøreseddel for føring av drosje eller buss, likevel besluttes at aldersgrensen skal økes fra 75 år, mener Helsedirektoratet at aldersgrensen ikke bør økes til mer enn 78 år.

Begrunnelsen for dette er at aldersbetingede helsesvekkelser øker med økende alder. Følgelig er forekomsten av helsesvekkelser gjennomsnittlig høyere hos en 80-åring enn hos en person på 78 år. Det vil derfor være en større risiko forbundet med å ha en aldersgrense for kjøreseddel med rett til å føre drosje eller buss for personer over 78 år.

Helsedirektoratet vil imidlertid, av samme grunner som omtalt i punkt 8.2. ovenfor, heller ikke anbefale dette alternativet. Men, dersom det likevel besluttes at aldersgrensen skal økes vil Helsedirektoratet anbefale alternativ 3, dvs. at aldersgrensen settes til 78 år.

8.6. Alternativ 4: Aldersgrensen for kjøreseddel for drosje og buss økes ikke, men dispensasjonsordningen politiet har til å fravike reglene vurderes utvidet

Etter yrkestransportlova § 37 h andre ledd kan politiet i særlige tilfeller dispensere fra reglene i samme lovs § 37. I stedet for å øke aldersgrensen for kjøreseddel fra 75 til 80 år, anser Helsedirektoratet at det kan vurderes å gjøre økt bruk av politiets hjemmel for å dispensere fra regelen om at kjøreseddel bare kan gis til personer under 75 år. Dette slik at søkere som er 75 år og som etter en konkret vurdering anses å ha tilfredsstillende helsetilstand og kjøreevne, kan få en begrenset mulighet til å beholde kjøreseddelen en tid etter fylte 75 år.

En utvidelse av dispensasjonsordningen bør imidlertid først foretas etter at Vegdirektoratet, Politidirektoratet og Helsedirektoratet sammen har vurdert bestemmelsen i yrkestransportlova § 37 h andre ledd og vilkår for en eventuell utvidelse av dispensasjonsadgangen.

Det bør fortsatt være politiet som skal ha hjemmel til å fatte vedtak om dispensasjon etter en konkret og individuell vurdering av den enkelte søknad om kjøreseddel fra personer som er 75 år.

9. Administrative og økonomiske konsekvenser av de utredede alternative løsningene

9.1. Innledning

Vi vil her vurdere de administrative og økonomiske konsekvensene for de myndighetsorganene som behandler saker om kjøreseddel, politiet og vegmyndighetene, samt fastlegen. Vi vil også omtale konsekvenser for andre aktører, som søkere om kjøreseddel. I tillegg omtaler vi samfunnsøkonomiske konsekvenser av økt ulykkesrisiko, samt konsekvenser for passasjerer i drosje eller buss og konsekvenser for andre som involveres.

9.2. Alternativ 0. Opprettholde status quo

Ved alternativ 0 opprettholdes gjeldende aldersgrense for kjøreseddel for drosje og buss. Dette alternativet vil ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser sammenlignet med dagens situasjon. Det vil heller ikke noen gevinster eller forenklinger.

9.3. Økonomiske og administrative konsekvenser av alternativene en til tre

9.3.1. Innledning

I handlingsalternativene 1-3 omtalt ovenfor er det varierende forslag om økning av aldersgrensen, med tilhørende forslag om krav til flere undersøkelser for å kunne vurdere om helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg er oppfylt. Dette kommer i tillegg til dagens helseundersøkelse for å få helseattest. I dette avsnittet gjennomgås de økonomiske og administrative konsekvensen av forslagene. Det gjøres ved at hver enkelt interessegruppe omtales for seg.

9.3.2. Konsekvenser for søkere om kjøreseddel

I de ovennevnte handlingsalternativene er det omtalt flere løsninger med økning av aldersgrensen for kjøreseddel fra 75 til 80 år, alternativt 78 år. I alle disse alternativene er det foreslått at man utvider med nye undersøkelser for finne ut om helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1 er oppfylt, ved at det stilles krav om årlig synsundersøkelse hos optiker eller øyelege og årlig kjørevurdering på trafikkstasjonen.

Det antas at det kan vil bli følgende kostnader for søkere om kjøreseddel dersom forslagene som er utredet ovenfor i alternativene 1-3 vedtas og settes ut i livet:

- 1) Helseattest fra fastlege
Prisen på en helseattest («Helseattest førerrett») varierer fra 700 kroner og oppover. Helseattest gis vanligvis av fastlege/allmennlege. Dersom fastlegen henviser til legespesialist for uttalelse, vil det kunne bli kostnader på 5-10000 kroner for spesialistvurderingen. På grunn av begrenset kapasitet i spesialisthelsetjenesten, må slike undersøkelser ofte gjennomføres hos private lege- eller psykologspesialister til full pasientbetaling.
- 2) Synsattest fra øyelege eller optiker («Helseattest førerrett – syn»)
Synsattest fra optiker kan koste fra 780 kroner og oppover, mens kostnadene ved synsattest fra øyelege vil variere fra 1000 til 3000 kroner, alt ettersom det er en vanlig eller utvidet synsundersøkelse som skal gjennomføres-
- 3) Nevropsykologiske tester
Nevropsykologiske tester kan koste fra 7.000 - 20 000 kroner. Tilgangen på denne type undersøkelser er begrenset i spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller må undersøkelser eventuelt gjennomføres hos private tjenesteytere til full pasientbetaling.
- 4) Kjørevurdering ved trafikkstasjon
En kjørevurdering er gratis for den som skal vurderes, men det må påregnes kostnader til leie av bil. Trafikkstasjonen kan kreve at det skal brukes kjøretøy med dobbelt pedalsett under kjørevurderingen (trolig kun for drosje). Da tilkommer vanligvis leie av kjøretøy fra trafikkskole for ca. 2.500-2.700 kroner (ettersom de færreste trafikkstasjoner selv har slike kjøretøy tilgjengelig). For kjørevurdering med buss må det også ev. leies buss av arbeidsgiver.
- 5) Gebyr
 - a) Politiet tar ikke gebyr for behandling av søknader om ny eller fornyelse av kjøreseddel.

- b) Statens vegvesen tar ikke gebyr for gjennomføring av kjørevurdering.

I tillegg til de økonomiske kostnadene ved å få og beholde kjøreseddel vil søkerne om kjøreseddel også ha administrative kostnader ved å måtte bruke tid på å skaffe de nødvendige attester, foreta kjørevurderinger for å få og beholde kjøreseddelen og søke om kjøreseddel.

9.3.3. Konsekvenser for helsetjenesten

Dersom aldersgrensen for kjøreseddel for føring av drosje eller buss økes fra 75 til 80 år vil noen helsepersonellgrupper få merarbeid med å gjennomføre helseundersøkelser og helseattester. Det gjelder:

- 1) Fastleger.
- 2) Andre allmennleger.
- 3) Legespesialister, særlig øyeleger.
- 4) Optikere.
- 5) Nevropsykologer og relevante legespesialister på kognitiv vurdering.

Det er i dag ingen statistikk over antall personer som årlig søker om ny eller fornyelse av kjøreseddel for drosje eller buss. Det antas imidlertid at det ikke vil være mange som vil komme til å søke om fornyelse av kjøreseddel etter fylte 75 år. Å heve aldersgrensen for kjøreseddel fra 75 til 78 eller 80 år vil imidlertid føre til at fastleger, andre allmennleger, legespesialister og optikere vil få merarbeid med helseundersøkelser og utstedelse av attester sammenlignet med dagens arbeid med slike attester.

9.3.4. Konsekvenser for politiet

Det er politiet som behandler søknader om kjøreseddel for å føre drosje eller buss med passasjerer mot betaling. Dersom aldersgrensen økes, vil politiet kunne få flere søknader som skal behandles og flere klager som skal forberedes og sendes til Politidirektoratet for endelig avgjørelse. En utvidelse av dispensasjonsadgangen vil også kunne påføre politiet noe merarbeid.

9.3.5. Konsekvenser for trafikkstasjonene

Når det skal gjennomføres og bestås kjørevurdering på Statens vegvesens trafikkstasjoner med førerprøvesensor i bilen. Dette vil gi trafikkstasjonen merarbeid.

9.3.6. Konsekvenser for samfunnet

Det er usikkert hvor store konsekvenser det vil få for samfunnet dersom aldersgrensen for å få og beholde kjøreseddel for drosje og buss økes fra 75 til 80 år.

Den økte risikoen en slik heving av aldersgrensen vil gi, kan påføre samfunnet kostnader ved mulige trafikkulykker med skader på personer og materiell. Det vil påløpe kostnader for politi, brannvesen og ambulansetjenesten i fasen umiddelbart etter at ulykken har funnet sted. Senere vil det påføre merarbeid for sykehusene for å ta seg av den akutte fasen og for rehabiliteringstjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene etter den tid.

Slike ulykker vil kunne føre til at passasjerer i drosje og buss kan skades og at andre trafikanter kan rammes. Det vil kunne påføre både varige helseskader, tap av liv og økonomisk tap ved sykefravær mv.

10. Avslutning

10.1. Helsedirektoratet tilrår ikke økning av aldersgrensen

Helsedirektoratet har ovenfor vurdert hvordan helsetilstanden kan utvikle seg for personer fra 75 til 80 år. Det er spesielt vurdert hvilken betydning dette har for de som skal kjøre drosje eller buss til de blir 78 eller 80 år gamle. Det er også vurdert hvilke undersøkelser som kan gi et bedre grunnlag for å vurdere om det skal gis helseattest for kjøreseddel i denne aldersgruppen, dersom aldersgrensen heves.

Det finnes lite statistisk materiale som sier noe om mengde og utfall av trafikkulykker med drosje- og bussførere opp til 75 år. Det er også lite forskning som kan belyse hvilken innvirkning helse- og alderdomssvekkelser i denne aldersgruppen vil ha for drosje- og bussførere når de blir 75 år gamle frem til de blir 80 år. Helsedirektoratet har derfor vært nødt til å bygge på materiale av mer generell art, gjennomgang av norske og internasjonale studier i forbindelse med utredning om helseattest for eldre i 2019, og på de erfaringer Helsedirektoratet har fra behandling av saker på dette feltet. Helsedirektoratet har lagt føre-var-prinsippet til grunn for vurderingene.

Etter en samlet vurdering av de momentene som er nevnt ovenfor i notatet, har Helsedirektoratet kommet til at man *ikke* kan anbefale en økning av aldersgrensen for kjøreseddel for drosje eller buss fra 75 til 80 år.

10.2. Helsedirektoratet tilrår at det i stedet for økning av aldersgrensen, vurderes om politiets dispensasjonsadgang skal utvides

I stedet for å øke aldersgrensen anser Helsedirektoratet at det kan vurderes om politiets dispensasjonsadgang skal utvides (alternativ 4).

10.3. Helsedirektoratet tilrår at dersom aldersgrense likevel økes, skal det benyttes flere undersøkelser for å sikre at helsekravene er oppfylt

Dersom det likevel besluttes at aldersgrensen skal økes, mener Helsedirektoratet at aldersgrensen ikke bør økes til mer enn 78 år.

Helsedirektoratet anbefaler at dersom aldersgrensen økes, må det benyttes flere undersøkelser for å gi et sikrere grunnlag for å vurdere om søker om kjøreseddel oppfyller helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1.

Helsedirektoratet har vurdert de undersøkelser som kan anvendes for å vurdere om helsekravene i førerkortforskriftens vedlegg 1 er oppfylt. Det er i hovedsak fire mulige undersøkelser:

- a) Helseundersøkelser hos fastlegen med utstedelse av helseattest
- b) Synsundersøkelser hos optiker eller øyelege med utstedelse av synsattest

- c) Nevropsykologiske undersøkelser ved bruk av nevropsykologiske tester og utstedelse av helseattest
- d) Kjørevedurdering på trafikkstasjonen med førerprøvesensor i bilen.

Det særlig viktig å undersøke om det foreligger tidlige tegn til tilstander som påvirker kjørevednen vesentlig. Det kan under den alminnelige helseundersøkelsen hos fastlegen være vanskelig å avdekke om søker om kjøreseddel har en langsomt utviklende tilstand som går på svekket synsfunksjon, kognitiv svikt og førerlighetssvekkelser.

Helsedirektoratet mener, etter en samlet vurdering, at det vil være viktig å avdekke tilstander som svekker synsfunksjonen. Det vurderes derfor nødvendig med obligatoriske synsundersøkelser hos optiker eller øyelege ved bruk av perimetri.

Når det gjelder nevropsykologiske undersøkelser hos nevropsykolog eller legespesialist med kompetanse på slik vurdering, mener Helsedirektoratet, etter en kost-/nyttevurdering, at denne typen undersøkelse bare bør kreves dersom attestutstedende lege finner grunn til det.

Helsedirektoratet mener at det vil være nødvendig at søker gjennomfører årlige obligatoriske kjørevedurderinger på trafikkstasjonen med førerprøvesensor i bilen. For søker om kjøreseddel for buss bør kjørevedurderingen gjennomføres i buss.

Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år

1. Bakgrunn

Vegdirektoratet og Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet å utrede ordninger som kan erstatte dagens ordning med krav til helseattest for personer som har fylt 75 år. Det skal i særlig grad vurderes ordninger som kan innebære forenkling for førerkortinnehavere og myndigheter, samtidig som trafikksikkerheten ivaretas.

Helsedirektoratet har på denne bakgrunn vurdert grunnlaget for å beholde eller avvike kravet om obligatorisk helseattest for bilførere i klasse B fra 75 års alder.

Det sentrale spørsmålet er om dagens ordning, med obligatorisk helseattest for alle over 75 år, gir gevinst i form av færre trafikkulykker enn om det ikke var krav til helseattest. I dag må førerkortinnehaver over 75 år levere helseattest for å opprettholde føreretten i klasse B, uavhengig av om vedkommende har kjent sykdom.

2. Gjeldende regelverk

Kravet til helseattest for alle over 75 år ble innført i januar 2013 og innebærer at bilførere som har fylt 75 år, etter undersøkelse av lege kan få helseattest med gyldighet inntil 3 år. Etter fylte 78 år kan helseattest og førerkort utstedes for maksimum 2 år ved hver fornyelse. Helseattesten inneholder en egenerklæring og en legeerklæring (blankett IS 2569). Tidligere måtte alle over 70 år ha en mindre legeattest som skulle medbringes i førerkortet.

Helseattesten skal gi opplysninger om en rekke helseforhold: Syn, hørsel, kognitiv svekkelse, nevrologisk sykdom, epilepsi eller epilepsiliknende sykdom, bevissthetstap eller bevissthetsforstyrrelse, søvnsykdom, hjerte- karsykdom, psykisk lidelse, bruk av legemidler, respirasjonssvikt, nyresykdom og om det foreligger svekket førlighet. For hvert av punktene i skjemaet er det i veileder angitt hva som skal vurderes og når det er behov for å foreta supplerende undersøkelse.

Helsekravene til førerkort følger av forskrift 19. januar 2004 nr. 298 om førerkort mm, vedlegg 1. Helsekravene bygger på felles europeiske bestemmelser i EU direktiv 2006/126/EF (Tredje førerkortdirektiv). "Førerkort – veileder til helsekrav"(IS 2541) angir hvilke undersøkelser som forutsettes utført dersom det blir påvist tegn til sykdom som kan påvirke evnen til å føre bil

Det er vanligvis ikke krav til utvidede undersøkelser ved normale funn. Til eksempel er det ikke krav om at alle eldre bilførere skal gjennomgå tester for kognitiv funksjon (MMS, klokketest eller Trailmaking A eller B). I henhold til førerkortveilederen skal testene benyttes når legen på bakgrunn av andre funn eller sitt kjennskap til søkeren har mistanke om kognitiv svikt og derfor har grunn til å foreta en utvidet kognitiv vurdering. Tilsvarende gjelder det at det ikke er krav til å undersøke synsfelt med mer enn Donders prøve, med mindre det foreligger funn eller opplysninger om utfall i synsfeltet.

Hvis en pasient ikke fyller helsekravene, og dette vil vare i mer enn seks måneder, har lege, psykolog og optiker meldeplikt til fylkesmannen etter helsepersonelloven § 34.

Meldeplikten opprettholdes uavhengig av om kravet til obligatorisk helseattest for førere av motorvogn i lette klasser skulle bortfalle. Ved kortvarig helsesvekkelse (mindre enn seks måneder) som medfører at helsekravene ikke er oppfylt, skal lege, psykolog og optiker informere pasienten om at han eller hun ikke har rett til å føre motorvogn før helsekravet igjen er oppfylt.

2.1 Internasjonale forpliktelser og bestemmelsene i andre land

Wienkonvensjonen om vegtrafikk og Genevekonvensjonen om vegtrafikk

Etter Wienkonvensjonen artikkel 41 skal medlemslandene spesifisere i nasjonal lovgivning blant annet medisinske krav for å inneha førerkort. Det er ingen krav i Wienkonvensjonen eller Genevekonvensjonen om at eldre må fornye førerkortet med helseattest.

EU

EUs tredje førerkortdirektiv 2006/126/EF er gjennomført i norsk vegtrafikklovning. Direktivet har ingen særlige krav om førerkortets gyldighet for eldre, men gir i artikkel 7 nr. 3 bokstav b adgang til å begrense den alminnelige gyldighetstiden for førerkort etter fylte 50 år for å gjennomføre hyppigere helsekontroller eller for å kreve f.eks. gjennomføring av kurs.

Bestemmelsene i andre land

21 av 28 EU-land har krav om aldersbaserte medisinske tester for eldre bilførere.

I Sverige er gyldighetstiden for førerkort 10 år. Det er ingen øvre aldersgrense. Ved fornyelse av førerkortet skal det vedlegges en egenerklæring om førerkortinnehaverens helse. I Danmark er gyldighetstiden for førerkort 15 år, uansett alder. Førerkortinnehaverens helse kan begrunne kortere gyldighetstid.

I en dansk studie, publisert i 2015, kartla forskerne bestemmelser og rutiner for helsekontroll av eldre bilførere i en rekke land. De vurderte også litteratur som hadde vurdert effekten av helsekontroll av eldre bilførere. Konklusjonen var at de ikke fant forskningsresultater som kunne vise positiv trafiksikkerhetseffekt av aldersbaserte tester. Danmark opphevet kravet om aldersbegrunnet helseattest ved fornying fra 1. juli 2017.

En nylig publisert svensk undersøkelse konkluderte med at det ikke var grunnlag for å innføre krav til helseattest for eldre bilførere i Sverige ("Samband mellan sjukdomar och äldre bilförarens inblandning i trafikolyckor" TSV 1018–4875 (8)).

Både Finland og Island har krav til helseattest for eldre i ulike intervaller og former.

Tyskland har ikke særregler for eldre, verken for å få førerkort eller for å fornye det. Et førerkort må her fornyes hvert 15. år.

I Storbritannia kreves fornying med egenerklæring hvert tredje år etter fylte 70 år. Den som søker om fornying, har ansvar for å opplyse om han eller hun har helsesvikt som skal meldes i henhold til trafikkmyndighetenes (DVLA) helsekrav. Den som ikke melder fra til DVLA, om en medisinsk tilstand som kan påvirke kjøringen, kan bøtelegges med inntil 1000 pund. Bilfører har også plikt til å levere inn førerkortet dersom legen gir tilbakemelding om at en ikke kan kjøre i en periode på tre måneder eller mer.

3.Tema for vurdering

Vurderingen gjelder om obligatorisk helseattest for alle, med de intervallene som er bestemt etter fylte 75 år, gir gevinst med økt trafiksikkerhet. Det primære er spørsmålet om det er kunnskapsbelegg for at screening av helseforhold, som syn, kognitiv funksjon eller hjertekar-lidelse kan gi presis og pålitelig informasjon om at en person ikke er skikket som bilfører.

I tillegg må en også se på ressursbruk og kostnader forbundet med screeningordningen. Screening av helseforhold innebærer at en undersøker ALLE innenfor en definert målgruppe, uansett tilstand, i den hensikt å avdekke helseforhold som ikke har vist seg på annen måte.

Screening skiller seg fra undersøkelse der pasienten kommer med et symptom eller en plage, og blir undersøkt for å bekrefte eller avkrefte en mulig diagnose. Når en undersøker en person som viser tegn på sykdom, og benytter en test for å bekrefte det, eventuelt avklare hvor omfattende sykdommen er, kalles testen en diagnostisk test.

Begrensninger

Ulykkesstatistikk og beregnet ulykkesrisiko ved ulike sykdommer og aldersgrupper omfatter ikke bilførere som av ulike grunner har sluttet å kjøre bil, enten det skyldes at de ikke har fått helseattest ved fornyelse av førerkortet, at førerkortet har blitt inndratt eller at de selv har valgt å slutte å kjøre bil.

I forbindelse med at Helsedirektoratet og Vegdirektoratet har vurdert effekten av et generelt krav om helseattest for alle over 75 år, har det også kommet opp spørsmål om hvilken innvirkning det har at alle må vurderes (screenes), og om en del unnlater å fornye førerkortet fordi de frykter at de ikke lenger fyller helsekravene.

Det finnes ikke noen oversikt over hvor mange som får avslag på helseattest hos legen og hvor mange som selv velger å ikke fornye førerkortet, eventuelt etter råd fra lege eller av andre grunner. En oversikt fra Statens vegvesen viser imidlertid at med høyere alder øker andelen som bare får fornyet førerkortet for ett år av gangen.

Denne vurderingen har til formål å se på kunnskapsgrunnlaget for screening fra 75 år, og har ikke gått inn på å vurdere "skremmeeffekten" eller press på realitetsorientering for bilføreren, som ligger i kravet om å la seg undersøke av lege for å få helseattest. Det er heller ikke vurdert eventuelle gevinster ved at personer som ellers ikke ville ha oppsøkt lege, ved screening får en helseundersøkelse hvor man får påvist en tilstand som ellers ikke ville blitt oppdaget.

4. Kunnskapsgrunnlag

4.1 Eldre som trafikantgruppe

Definisjon av eldre

WHO definerer «eldre» som mennesker mellom 60–74 år og «gamle» som mennesker som er 75 år og eldre. SINTEF har i rapporten «Aktive, trygge, eldre trafikanter» (2011) sett på problematikken rundt betegnelsene «eldre» og «gammel». De viser til at blant annet Levin (m.fl. 2007)¹ peker på forskjeller mellom eldre som sosial kategori, kronologisk alder og funksjonell alder. I skandinavisk litteratur snakker vi ofte om de «yngre eldre», som omfatter tiden fra man slutter i yrkeslivet frem til ca. 74 år, mens «de eldre» er over 75 år.

Mange undersøkelser om eldre og trafiksikkerhet ser kun på bilførere fra 65 år og oppover, og definerer hele gruppen som eldre. Dette kan gi et feilaktig bilde av eldre bilførere. Ulykkesstatistikken viser at en vesentlig økning i risiko for eldre i trafikken først skjer ved 75-årsalderen. Dette samsvarer med vår kunnskap om fysiske og mental aldring. Ved å inkludere en stor gruppe yngre og/eller friske eldre, som ikke har avvikende kjøreferdigheter og ikke har medvirket i en trafikkulykke, sammenlignet med yngre årsklasser, og som i snitt kjører mer enn de fleste eldste bilførerne, blir det vanskelig å isolere hvilke problemer de eldste bilførerne faktisk opplever.² Upresise definisjoner av eldre vil med andre ord kunne gi et feilaktig bilde av eldre i trafikken.

Det vil i denne rapporten bli referert til konkret alder der det er nødvendig, enten for å synliggjøre aldersforskjeller eller der forskning og eksisterende statistikk har brukt andre definisjoner av aldersbegrepet. Statistikken som benyttes i rapporten vil være avhengig av den statistikken som foreligger og de alderskategoriene som er valgt.

Aldersgrensen for obligatorisk legesjekk ved fornyelse av førerkortet ble hevet fra 70 år til 75 år i januar 2013. Vi har derfor spesielt valgt å fokusere på personer som er 75 år og eldre i denne rapporten og våre anbefalinger er først og fremst knyttet til denne aldersgruppen. Det for øvrig er interessant å merke seg at mye av den relevante statistikken kun opererer med sekkeposten 65+ eller 75+, mens

¹ Levin m.fl. (2007). *Äldre i transportsystemet*. VTI rapport 593, jf. Levin m.fl. (2009). *Older car drivers in Norway and Sweden*. VTI rapport 656 A/2009

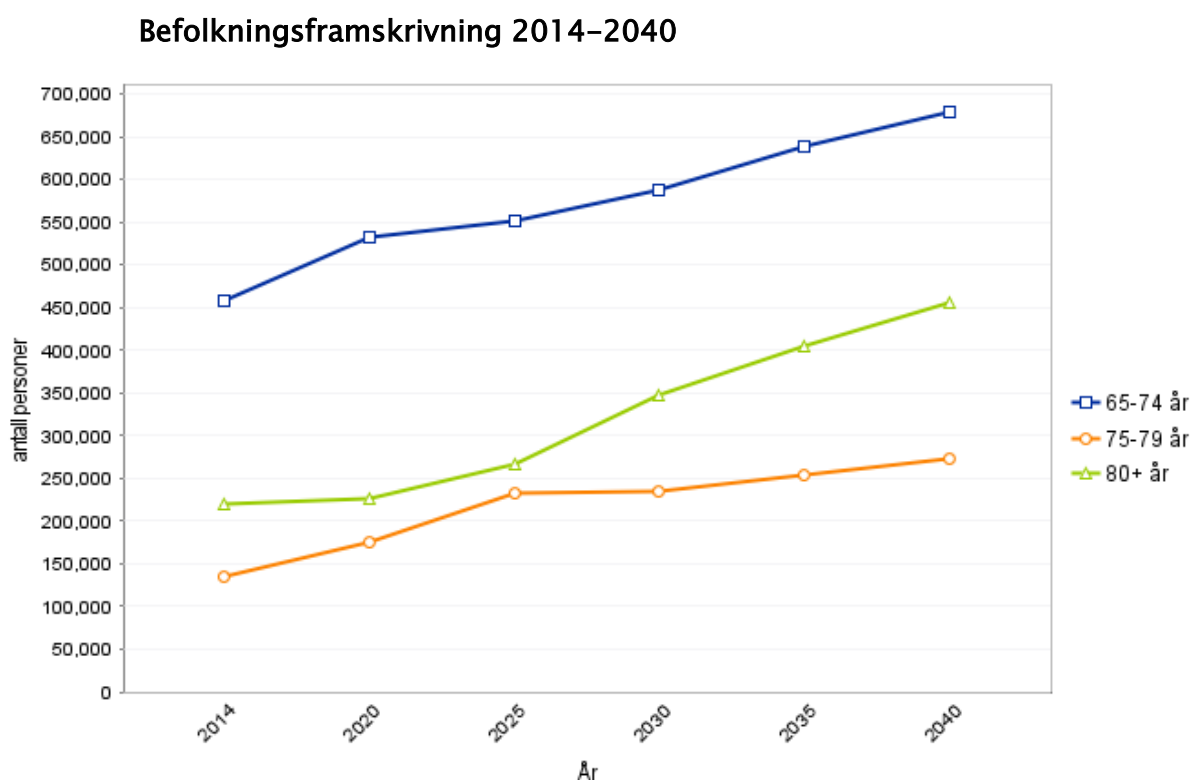
² SINTEF (2011), *Aktive, trygge, eldre trafikanter*

utviklingen i levealder i Norge gjør at vi har behov for en finere oppdeling av denne gruppen.

En annen skjevhet innen trafikkstudier generelt er at de fleste studier handler om menn eller ikke skiller på kjønn. Det er relativt få studier som handler om kvinner. Vi har i denne rapporten derfor valgt å se begge kjønn under ett, men viser til kjønnsforskjeller der dette er relevant og mulig ut i fra gjeldende forskning. Fordi flere kvinner i dag har førerkort, også blant eldre, og generelt lever lenger, vil kjønn trolig bli en mye viktigere variabel i fremtidige studier.

Eldre og førerett, i dag og fram til 2040

Statistisk sentralbyrå (SSB) har fremskrevet den norske befolkningen til 2060. Den viser at vi går fra å være om lag 5,1 millioner mennesker i Norge i 2014 til 6,1 millioner i 2030.



Figur 1 Befolkningsframskriving - kjønn samlet, antall personer, hele landet (Kilde: Norgeshelse statistikkbank)

I dette tidsrommet ventes det at andelen eldre øker sterkt. Antallet personer 65 år eller eldre vil nesten fordobles. At eldre utgjør en stadig økende andel av befolkningen i Norge har sammenheng med blant annet store fødselskull i perioden

1944–1973, samtidig som levealderen fortsetter å øke. Antallet som årlig blir 75 år vil doble seg de neste 20 årene. Dette vil kunne stille nye krav til transportsystemet, både til kjøretøy, komfort, informasjon, vegsystem og kollektivtransport.

Som en følge av den aldrende befolkningen, vil også antall bilførere som får sykdommer som hjerneslag og demens øke. Økningen vil ha betydning for arbeidet med førerkortsaker fordi det er flere som må vurderes.

Demenssykdom er den lidelsen som oftest nevnes som risikofaktor for eldre bilførere, men det er også flere andre sykdommer som må vurderes. Den relative risikoøkningen ved de ulike diagnosene er nylig undersøkt i en svensk studie i regi av Transportstyrelsen (8). Konklusjonen fra studien er gjengitt nedenfor.

Det foreligger ikke sikre nasjonale tall for hvor mange som har demenssykdom i Norge i dag, men det er beregnet til å være mellom 70 000 og 104 000 personer. Antallet vil stige i årene fremover. Forskning har vist at det er dobbelt så høy risiko for å bli involvert i en trafikkulykke dersom en har demenssykdom, sammenliknet med personer på samme alder uten demenssykdom (10).

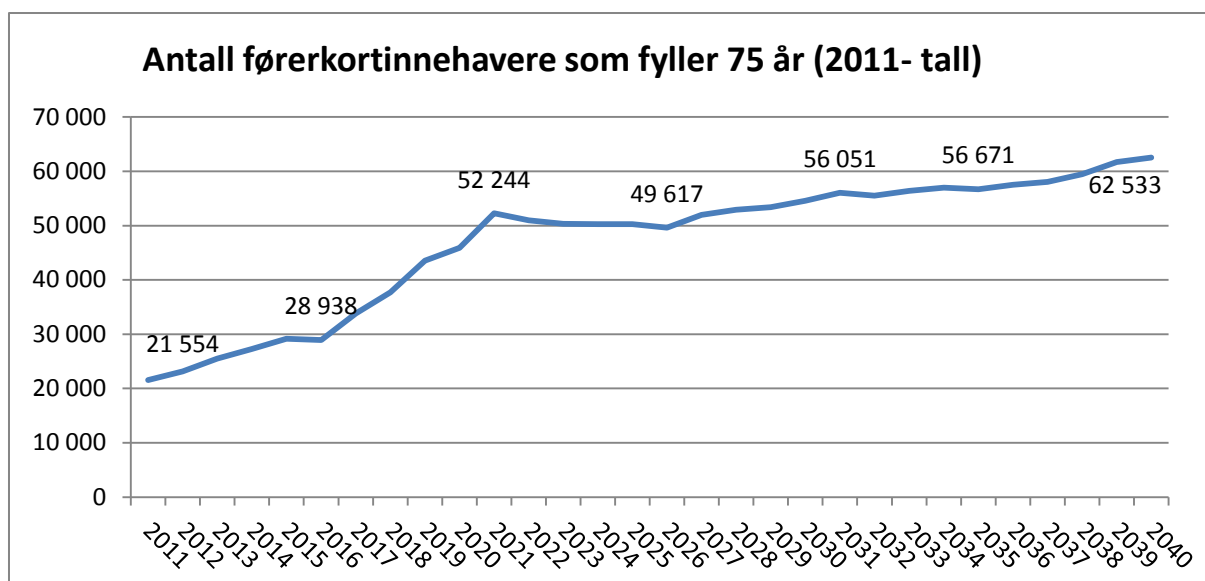
Blant eldre over 80 år er det anslått at ca. 20 prosent har demens.

Samtidig som eldre utgjør en økende andel av befolkningen, er det en større andel eldre enn tidligere som har førerkort og tilgang til bil. Antall førerkortinnehavere over 65 år har de siste ti årene steget med hele 29 %. Mens det i 1980 var litt under 20 % i aldersgruppen 65+ som hadde førerkort, var tallet 50 % i 2000.

Hevingen av aldersgrensen for obligatorisk helsekontroll i 2013 fra 70 til 75 år ble gjort på grunnlag av bedret folkehelse. Utredningen ble gjort av Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet i 2007.

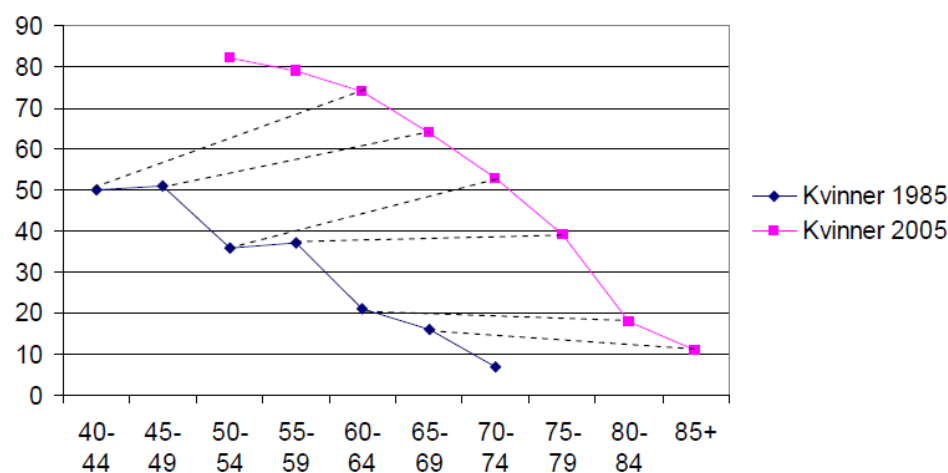
På de 11 årene som har gått, er folkehelsen ytterligere forbedret. Flere eldre er på veien, og disse eldre har lengre kjøreeerfaring og i mer moderne trafikk og moderne kjøretøy enn deres 10–12 år eldre medtrafikanter hadde. Statistikken for fornyelser av førerkort viser at ved 78 års alder fikk 93 % av de som fornyet førerkortet 2 år, som er maksimal periode. Fornyelsesstatistikken viser en «knekk» ved 80 år. Da synker andelen til 83%, og ved 82 års alder ytterligere til 72%.

Nedenfor vises utviklingen av forventet antall førerkortinnehavere som må fornye førerkortet ved fylte 75 år.



Figur 2 Utvikling i antall forventede førerkortinnehavere som vil fornye førerkortet ved fylte 75 år (Kilde: Statens vegvesen)

Det er kjønnsforskjeller mellom eldre førerkortinnehavere og deres tilgang til bil. Den høye andelen med tilgang som «alltid» har vært der for menn, holder seg fortsatt høy selv om de passerer 75 år. Kvinnene har tidligere hatt langt lavere andel. Denne har økt i perioden 1985– 2005, men er samtidig drastisk synkende når de passerer 75 år³.

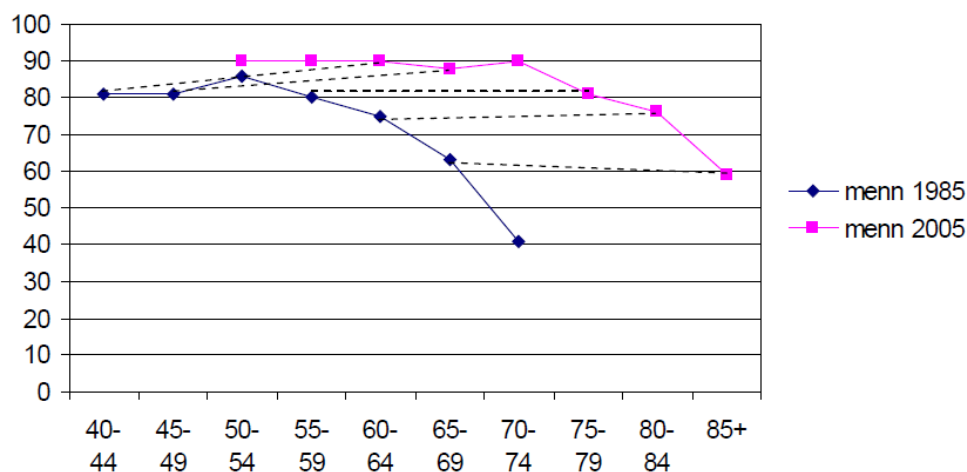


Figur 3 Førerkort og alltid tilgang til bil for ulike kohorter av kvinner i 1985 og 2005. Prosent. Kilde: Reisevaneundersøkelsen 2005.

Figuren viser andel av de ulike årskull kvinner som har førerkort og alltid tilgang til bil i henholdsvis 1985 (blå kurve) og 2005 (rød kurve). De stiplede linjene viser

³ TØI rapport 1179/2011: Eldres mobilitet og velferd – utvikling, reisebehov og tiltak

kohortkurven som forteller hva som har skjedd med en bestemt generasjon i løpet av denne 20-årsperioden.



Figur 4 Førerkort og alltid tilgang til bil for ulike kohorter av menn i 1985 og i 2005. Prosent. Kilde: Reisevaneundersøkelsen 2005

Tilsvarende kurve for menn viser at ved begge tidspunkter har 80 prosent av dem hatt tilgang til bil i 40-årsalderen. Kun 10 % av kvinnene hadde tilgang i 80-årsalderen, mens hele 60 % av mennene fortsatt hadde tilgang.

4.2 Mobilitet og livskvalitet blant eldre

Internasjonal forskning har vist at mobilitet og mulighet for å bevege seg ut av hjemmet er blant de viktigste aspektene ved eldre personers livskvalitet og velferd. Mestring av hverdagen gir økt livskvalitet. Det er ikke nødvendigvis nivået på mobiliteten som er viktig, men det meningsfulle i å klare seg selv.

Mobilitet kan sikres enten ved at den enkelte kan bruke sin egen bil eller ved at det finnes alternative reisemåter, som blant annet kollektivtransport. Kollektivtilbudet i landet varierer. Hvis kollektivtilbudet oppleves som problematisk å bruke, kan man anta at de som har bil, vil bruke den så lenge det er mulig økonomisk og helsemessig. Personbilen oppleves som det beste alternativet for uavhengig mobilitet.

Opplevelsen av å bli uten førerkort og bil kan være problematisk for mange eldre. Bilen gir mulighet for spontane aktiviteter, følelse av mestring og kontroll over tilværelsen, og bidrar til et positivt selvilde. Undersøkelser Transportøkonomisk Institutt har gjort om eldres mobilitet viser at både menn og kvinner opplever at det

å bli uten bil gjør det vanskeligere å gjøre daglige aktiviteter⁴. Mennene savner det å kunne kjøre bil og den mestringsfølelsen det gir dem mer enn kvinnene gjør. Det er grunn til å anta at kvinner lettere aksepterer ikke å få fornyet førerkortet enn menn. Dette kan imidlertid endre seg i fremtiden i og med at flere og flere eldre kvinner har førerkort.

Det er et politisk mål at eldre skal kunne leve uavhengig og bo hjemme lengst mulig dersom de selv ønsker det.⁵ Muligheten for transport er en viktig del av dette. Dårlig mobilitet og større avhengighet av andre gir dårlig velferd og livskvalitet og økt press på sosial- og helsemyndighetene. Å opprettholde eldres mobilitet betyr mye for livskvalitet og helse, og bidrar til mindre behov for pleie- og transporttjenester.

Transporttilbud og transportmuligheter for eldre er derfor både samfunnsøkonomisk lønnsomt og en fordel for den enkelte.

4.3 Eldre og trafikkulykker

Utvikling av vegnett og kjøretøypark

Siden de eldre tok førerkort i 1960-, 1970- og 1980-årene, har vegnettet endret seg i store deler av landet. Det er blant annet innført rundkjøringer, bompengestasjoner, flere fire-felts motorveier, tuneller med variable kjørefelt og trafikkstyring via variable skilt. Vegnettet i dag setter store krav til føreren om å følge med i trafikkbildet, hvilket kan bli en utfordring for de som har eksempelvis svekket syn, kognitiv svikt av en eller annen grad eller bare kjører lite.

Samtidig er kjøretøyene blitt mer avanserte. Noe av den teknologiske utviklingen er tatt ut i form av driftsstabilitet og sikkerhet, mens noe er tilbud for fører i form av førerstøttesystemer. Uansett krever bruken av et moderne instrumentpanel mer av en fører enn tidligere.

Selv om de eldre har vært med på denne utviklingen gjennom sine år som bilfører, kan summen av den kognitive belastningen fra vegsystem og kjøretøy være stor.

Risikobildet for eldre har endret seg

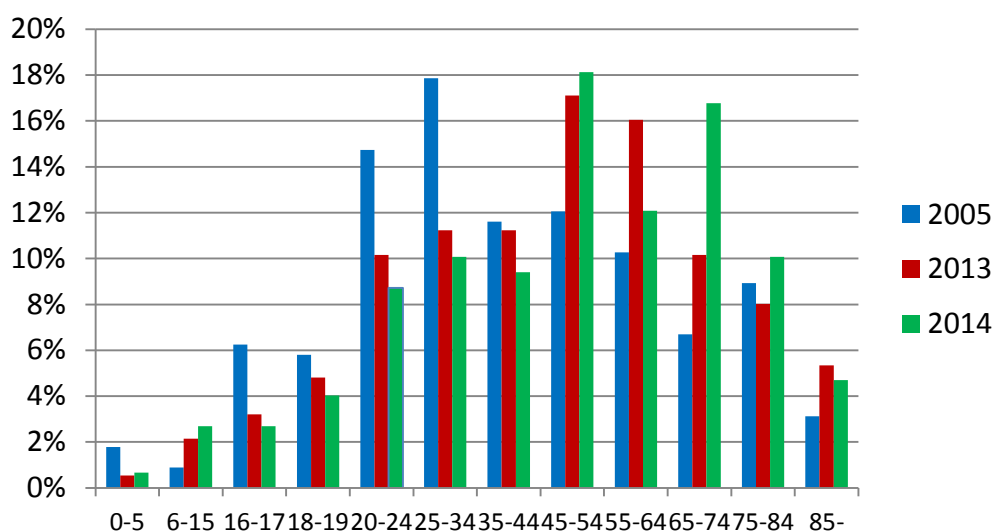
Helt siden 1970 har det vært drevet et langsiktig og målrettet trafikksikkerhetsarbeid i Norge, og dette har gitt resultater. Antall drepte per år er

⁴ TØI rapport 1179/2011 (2011). *Eldre mobilitet og velferd – utvikling, reisebehov og tiltak*

⁵ St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*

redusert fra 560 i 1970 til godt under 150 de seneste årene. Det har med andre ord vært en nedgang i antall drepte på nesten 80 prosent i løpet av 45 år. Samtidig er trafikken (kjørte kilometer) mer enn firedoblet. Risikoen, antall drepte per kjøretøykilometer, er redusert med omkring 95 prosent.

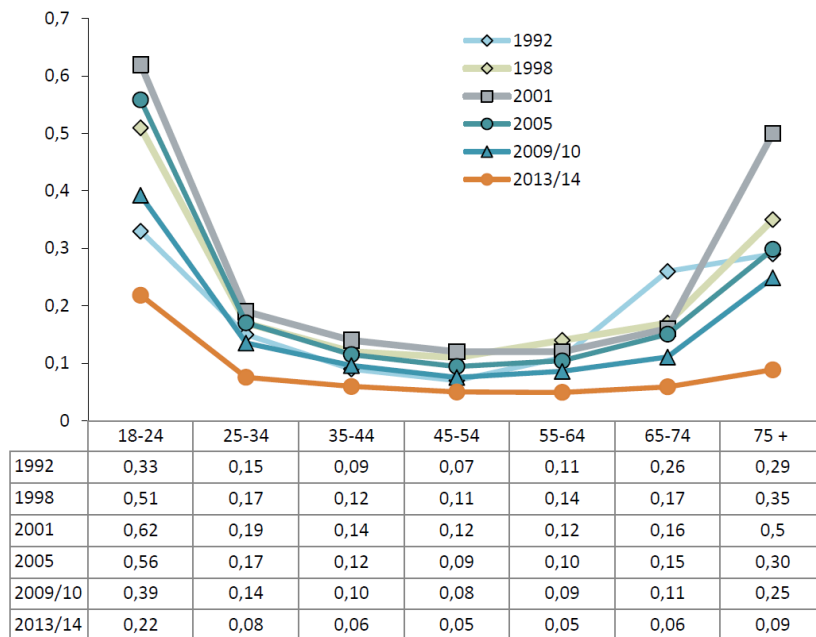
Det som imidlertid er verd å merke seg, er at ulykkeskurven de senere årene har forskjøvet seg. Mens de unge tidligere utgjorde en stor andel av de drepte på vegene, viser ulykkestallene for de siste årene at deres andel har gått ned. Andelen drepte blant «godt voksne» har gått opp.



Figur 5 Andel drepte i 2005, 2013 og 2014 fordelt på alder (Kilde: Statens vegvesen)

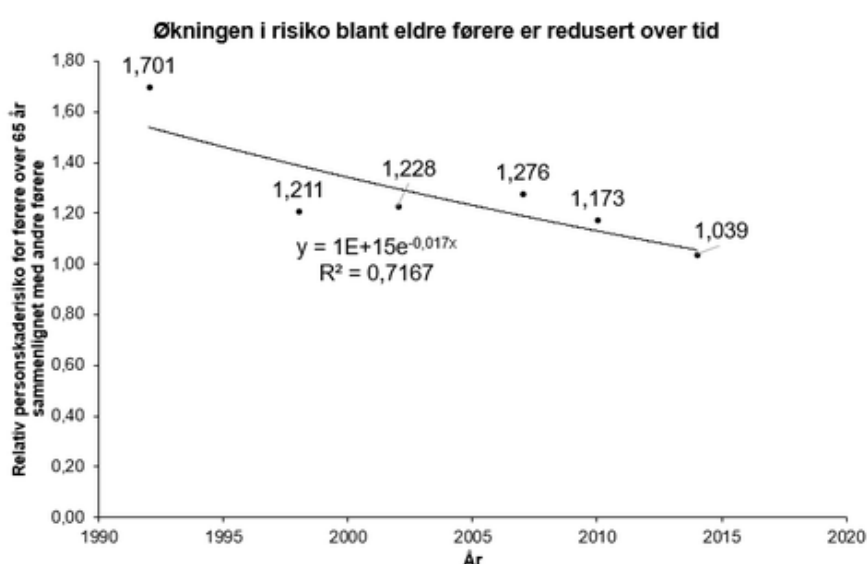
Det blir flere og flere eldre bilførere i trafikken. Ser en på utviklingen over tid for denne aldersgruppen og knytter det opp mot kjøredistanse, har antallet drepte eller skadde over 75 år gått ned⁶. Figur 6 viser utviklingen fra 1992 til 2014.

⁶ TØI-rapport 1448/2015: Risiko i vegtrafikken 2013/14



Figur 6 Personbilmførere drept eller skadd per million personbilkilometer fordelt på alder i 1992, 1998, 2001, 2005, 2009/10 og 2013/14

Trafikkforsker Rune Elvik har beskrevet endringen og årsakene i en artikkel i TØI sitt blad Samferdsel i 2016⁷. Han sier at «risikoberegninger på grunnlag av de første reisevaneundersøkelsene tydet på at eldre førere hadde mye høyere personskaderisiko i trafikken enn andre førere. Slik er det ikke lenger. I dag har førere som er 65 år eller eldre knapt nok høyere risiko enn andre førere.»

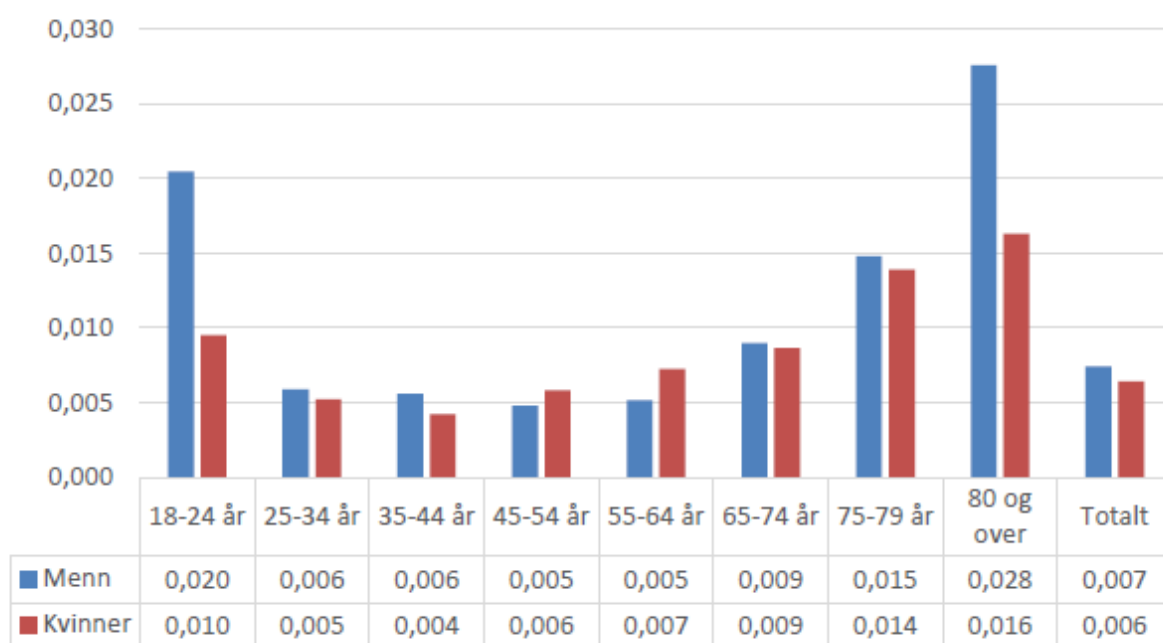


Figur 7: Økningen i risiko blant eldre førere avtar over tid (Kilde: Rune Elvik, Motor)

⁷ Bladet Samferdsel August 2016

Elvik sier videre at «I 1992 hadde førere over 65 år 70 prosent høyere personskaderisiko i trafikken enn førere under 65 år. I 2014 var denne forskjellen redusert til knapt 4 prosent. Dette gjelder alle førere over 65 år. Gjør man en finere inndeling i aldersgrupper, viser det seg at de aller eldste førerne fortsatt har høyere risiko enn andre førere.»

Det bekreftes også gjennom ulykkesstatistikken som viser en markant økning fra 80-års alder og oppover, spesielt blant menn. Her er det for øvrig interessant å se dette i forhold til tilgangen til bil i kapittel 3 (figur 3 og 4) hvor mennene har oppgitt høy tilgang mye lenger enn kvinnene.



Figur 8: Personbilførere drept eller hardt skadd per million personkilometer i 2013/14 fordelt på aldersgruppe og kjønn. Offisielle ulykkesdata fra SSB, eksponeringsdata fra Reisevaneundersøkelsen 2013/2014

Forklaringen Elvik kommer med kan også ha noe å si for hvordan ulykkesrisikoen kan utvikle seg framover:

«En lignende tendens er påvist i USA. Det er trolig flere faktorer som ligger bak, men en av dem er at eldre førere i dag er mer erfarne enn eldre førere var tidligere. En fører på 65 år eller mer i 1992 var født i 1927 eller før. Noen av disse førerne lærte først å kjøre bil etter at bilsalget ble frigitt i 1960. Andre skaffet seg førerkort tidligere, men mange av dem fikk ikke kjørt så mye så lenge biler var et mye knappere gode enn det er i dag.

Førere som var 65 år eller eldre i 2014 er født i 1949 eller før. Førere født i 1949 kan ha kjørt bil fra 1967, altså i nesten 50 år, i en periode med mye tettere trafikk enn før 1967. De er mer vant til moderne trafikk og behersker den bedre. Dermed øker ikke risikoen så mye som blant tidligere generasjoner av eldre førere.»

Eldre bilførere er en heterogen gruppe som har større individuelle forskjeller på kjøreegenskaper innenfor aldersgruppen enn noen andre aldersgrupper. Derfor er det uheldig å skape et bilde av den eldre sjåføren som en stor risiko på generelt grunnlag. Mange eldre har ofte flere utfordringer i trafikken enn yngre, men eldre er ofte flinke til å kompensere for disse utfordringene.⁸

Eldreulykker

Ulykker med eldre trafikanter får generelt også et mer alvorlig utfall enn ulykker der yngre trafikanter er involvert, på grunn av nedsatt tåleevne. To ulykker med samme hendelsesforløp vil kunne føre til lettere skader hos et ungt menneske, men kan få fatale konsekvenser for en eldre person fordi eldre er mer fysisk sårbare. Eldre kjører ofte også eldre biler med mindre passiv sikkerhet, noe som gjør dem enda mer sårbare. Passiv sikkerhet er den beskyttelse bilen gir fører, passasjerer og omgivelsene (mye trafikanter) når ulykken inntreffer. Da er det avgjørende hvilken evne bilen har til å absorbere kreftene som oppstår ved en kollisjon.

Forbedring av bilmodellenes passive sikkerhet i nyere biler har bidratt positivt til færre trafikkdrepte i bil. Desto eldre en bil er, jo større er risikoen for at man kommer alvorlig til skade ved en ulykke. Nye biler redder liv fordi de er bygget på en måte som bedre enn før beskytter fører og passasjerer i kollisjoner, og de utstyres i økende grad med hjelpesystemer som forhindrer førerne i å gjøre feil som kan være fatale.⁹ Eldre mennesker tåler mindre fysisk energi enn yngre og har derfor ekstra nytte av, for eksempel, kollisjonsputer og støtabsorberende karosseri.

Eldre trafikanter skiller seg fra andre høyrisikogrupper ved at de er mer lovlydige, men likevel gjør feil som fører til ulykker. De kognitive og fysiske begrensningene som kommer med økende alder, påvirker hvordan man opptrer i møte med et komplekst trafikkbilde og kan føre til problemer med å løse trafikksituasjoner på en trygg måte. Aldring reduserer enkelte ferdigheter som er av betydning i trafikken. Dette gjelder særlig konsentrasjon, observasjon og behandling av informasjon, noe som viser seg i ulykkesstatistikken.

⁸ Statens vegvesen: Temaanalyse av eldreulykker Rapport nr. 190

⁹ Kilde: SSB

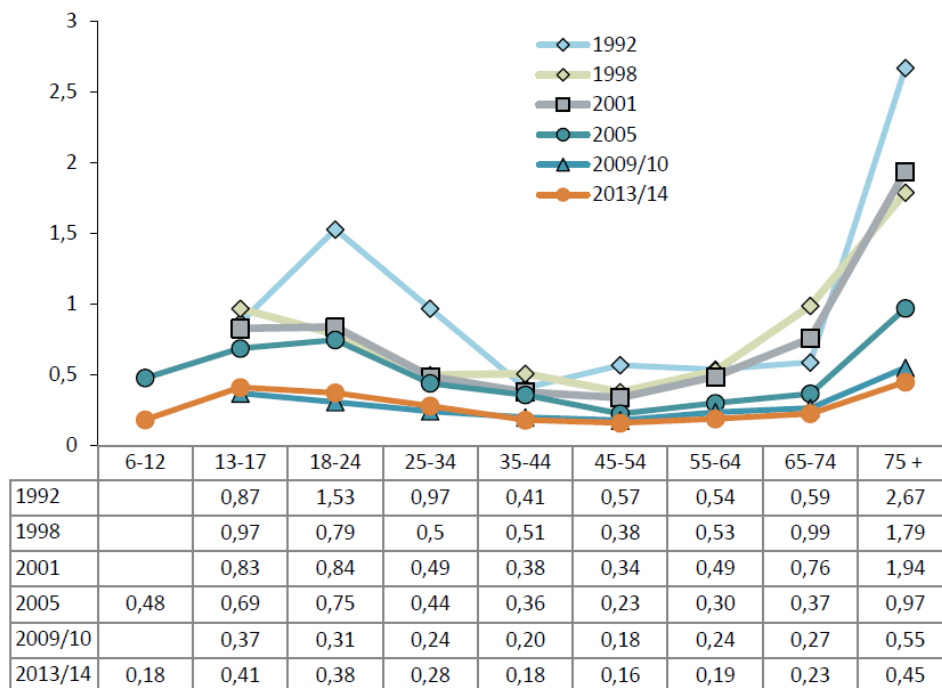
På den annen side så kan morgendagens eldre skille seg ut. Utviklingen har gått i retning av at eldre holder seg lenger friske. Andelen eldre som anser sin helse som god eller meget god, har steget de siste 20 årene.¹⁰ Dette kan bidra til at de er bedre rustet i trafikken enn tidligere. Eldre i dagens samfunn har også bedre økonomi, noe som skulle tilsi at de er mer ute i trafikken enn tidligere, og dermed har bedre kjøreevne.

Et annet interessant spørsmål er hvorvidt de «nye eldre» vil ha med seg andre livsstiler, kjørevaner, opplæring og sikkerhetstenking enn tidligere generasjoner, noe som vil kunne være positivt for trafikksikkerheten. Økning av eldre bilister trenger med andre ord ikke bare være en mulig risikofaktor. Transportøkonomisk institutt, ved Rune Elvik, viser blant annet til at økning av eldre bilførere, kan være en faktor som har bidratt til at gjennomsnittsfarten i Norge har gått ned de siste årene. Flere eldre på vegene må derfor ikke bare vurderes negativt.

Det er jo en balansegang når en ser på ulykkesrisiko mellom å la eldre beholde førerkortet lengst mulig kontra å gjøre dem til fotgjengere tidligere. En mye sitert finsk undersøkelse¹¹ kan tyde på at en for tidlig overgang til å bli fotgjenger vil kunne medføre en økning i ulykkesrisiko for disse. Også for eldre fotgjengerne har det de senere årene vært en gunstig utvikling.

¹⁰ Eldre og førerkort: Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010)

¹¹ Medical Screening of Older Drivers as a Traffic Safety Measure—A Comparative Finnish-Swedish Evaluation Study [Liisa Hakamies-Blomqvist PhD](#) Journal of the American Geriatrics Society [Volume 44, Issue 6](#) June 1996 Pages 650–653



Figur 9: Fotgjengere drept eller skadd per million personkilometer fordelt på alder i 1992, 1998, 2001, 2005, 2009/10 og 2013/14.

Analyse av trafikkulykker med eldre viser at de mest typiske ulykkene som eldre bilførere er overrepresentert i er:

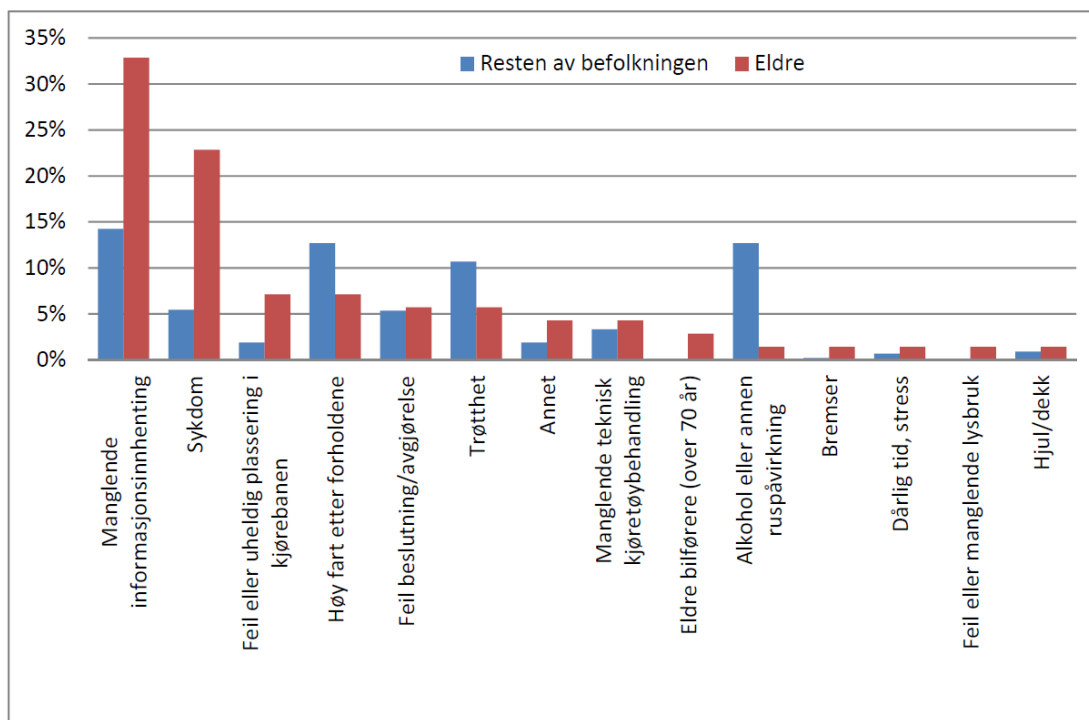
- Kryssulykker, spesielt venstresving inn på kryssende veg der den eldre har hatt vikeplikt og enten ikke har sett kryssende kjøretøy eller har feilvurdert avstand og fart
- Utforkjøringsulykker og møteulykker
- Påkjøring av fotgjenger
- Påkjøring bakfra
- Kjøring i feil kjørebane

Generelt kan man si at eldre har problemer med å takle noen av de vanlige situasjonene som det er forventet at trafikanter kan håndtere. De holder seg nesten alltid innenfor regulert atferd, det vil si at de er lovlydige, men fysiske og kognitive begrensninger kan føre til at de får problemer med å løse situasjonene på en trygg måte.

Eldre bilførere er på den annen side underrepresentert i forbikjøringsulykker, ved dårlige vær- og kjøreforhold, ulykker i høy hastighet og ulykker nattestid. Promillekjøring inntreffer mest typisk hos unge eller middelaldrende.¹²

¹² VTI 682/2010 s. 136: Åtgärder för äldre bilförare – effekter på trafiksäkerhet och mobilitet

Statens vegvesen har gjennomført en temaanalyse av 76 vegtrafikkulykker med trafikanter over 75 år i Norge i perioden 2005 – 2011¹³. Datagrunnlaget er hentet fra UAG-arbeidet supplert med data fra STRAKS-registeret. Der vises fordelingen av årsaker og sammenliknet med resten av befolkningen. Vi ser at manglende informasjonsinnhenting og sykdom er dominerende og ligger vesentlig høyere enn for resten av befolkningen.



Figur 10: Avgjørende årsak til dødsulykker blant eldre (75+), sammenliknet med resten av befolkningen

4.4 Ulykkesrisiko i forhold til sykdom og alder

Transportøkonomisk institutt utga i 2003 en rapport med meta-analyse av sykdommer, tilstander og alder som kan ha sammenheng med en forhøyet ulykkesrisiko.

Det vektete gjennomsnittet for alle sykdomskategoriene i Vedlegg III til EUs førerkortdirektiv (Annex III) var 1.33. Det betyr at en bilfører med en gitt medisinsk tilstand som sorterer under Vedlegg III har 33% høyere ulykkesrisiko enn bilførere som ikke har en slik tilstand.

¹³ Statens vegvesen: Temaanalyse av eldreulykker Rapport nr. 190

Beregningene viste at alkoholisme, nevrologiske lidelser, psykiske lidelser og bruk av narkotiske stoffer og medisiner hørte til høyrisiko-tilstandene, mellom 1,58 og 2,00. mens synssvekkelse, hørselssvekkelser, artritt/bevegelseshemminger og hjerte/karlidelser alle hørte til lavrisiko-tilstandene, med relativ risiko mellom 1,09 og 1,23.

De høyeste relative risikoer av alle var knyttet til bilførerens kjønn og alder. Unge mannlige bilførere i alderen 16–19 år hadde en relativ risiko for å bli innblandet i trafikkulykke på 7 sammenliknet med den laveste gruppen, menn 45–54 år. Unge kvinnelige bilførere hadde en relativ risiko på 3,2 sammenliknet med kvinner i alderen 35–54 år. Menn i alderen 75+ hadde en relativ risiko på 3,2, men kvinner i samme aldersgruppe hadde 3,1 sammenliknet med grupper av henholdsvis menn og kvinner med lavest risiko.

Ny svensk undersøkelse

I desember 2018 publiserte Transportstyrelsen i Sverige rapporten: Sjukdomar och olycksinblandning hos äldre bilförare, TSV 2018–4875 (8)

Forskningsstudien undersøkte om eldre bilførere med en sykdomsdiagnose hadde høyere ulykkesrisiko enn eldre bilførere uten diagnose. Undersøkelsen sammenliknet en gruppe på 13 700 bilførere som var 65 år eller eldre, og som hadde vært innblandet i ulykke, med en kontrollgruppe. Kontrollgruppen besto av 26 500 personer med samme aldersprofil som skulle oppfylle tre krav: ha gyldig førerkort i klasse B, eie bil og ikke ha vært innblandet i trafikkulykke.

Studien var begrenset av en rekke faktorer, blant annet manglende opplysninger om kjøreelengde og bruk av legemidler forskrevet av lege. Undersøkelsen kan derfor ikke si noe om sannsynlighet for at en ulykke skyldes kjøreevne eller kort eller lang kjøreerfaring per år. Studien omfattet dessuten bare diagnoser som var satt på sykehus, ikke i allmennlegetjenesten.

Resultatene viste at alderstypiske sykdommer, som hjerte-karsykdom (oddsratio 1,05) og synsfunksjon (oddsratio 1,08) hadde en viss, men liten økt sannsynlighet for trafikkulykke. Førere som hadde demensdiagnose hadde, som gruppe, samme sannsynlighet for å bli involvert i ulykker sammenliknet med førere uten diagnosen (oddsratio 1,00).¹⁴ En mulig forklaring på det kan være at de som ble diagnostisert

¹⁴ Odds ratio, OR, er forholdet mellom to odds. En odds er sannsynligheten for at en gitt hendelse skal inntreffe i forhold til sannsynligheten for at den ikke skal inntreffe. (For hendelser, for eksempel sykdommer, med sjelden forekomst kan odds ratio benyttes som en tilnærming til relativ risiko)

med demenssykdom på sykehusnivå allerede var så preget av demenssykdom at de kjørte mindre enn de som ikke hadde fått diagnosen demens.

Diagnosegruppene som hadde høyest sannsynlighet for å bli innblandet i ulykke, var de som omfattet alkohol og andre rusmidler, psykisk syke, epilepsi og diabetes. (oddsratio henholdsvis 1,45/1,28/1,53/1,28)

Rapporten konkluderer med at resultatene ikke taler for å innføre obligatorisk helsekontroll for eldre bilførere. Samtidig er det enkelte diagnosegrupper som bør vurderes nærmere fordi de innebærer økt risiko for å bli involvert i trafikkulykke:

- Alkohol og andre midler som påvirker kjøreevnen
- Psykisk sykdom
- Epilepsi
- Diabetes

Rapporten konkluderer også med å anbefale at videre undersøkelse av dette må omfatte førere i alle aldersgrupper.

4.5 Screening som virkemiddel i trafiksikkerhetsarbeidet

Statens vegvesen utarbeidet i 2010 rapporten «Høyrisikogrupper i vegtrafikken», der det blant annet heter:

«Om man peker ut eldre personer som et sikkerhetsproblem (risikable bilførere) og ut fra deres kronologiske alder kategoriserer disse som en homogen gruppe, ser man bort fra viktige forskjeller mellom individer og grupper av individer som er basert på andre faktorer. Eksempler på slike forhold er helseaspekter, kjønn, etnisk bakgrunn, boforhold og økonomiske forutsetninger. Dette er forhold som virker inn på individers reisevaner og deres tilgang til trafiksikre kjøretøy og sikkerhetsutrustning i kjøretøyene. Det er ikke noe i resultatene fra prosjektet som taler for en generell begrensning av bilkjøring og førerkortinnehav for en viss aldersgruppe eldre personer.»

I Rapport fra Statens vegvesen, januar 2013, kapittel 3(7) vises det til masteroppgave fra overlege Rune Rimstad, (3) ved Universitetet i Stavanger, om hvordan man kan forbedre helsekravene til førerkort som virkemiddel i trafiksikkerhetsstyringen. Oppgaven er skrevet med bakgrunn i at

Helsedirektoratet i 2010 kom med nye anbefalinger om bruk av medisinske tester for å luke ut førere som ikke tilfredsstiller helsekravene på grunn av demens eller kognitiv svikt. Konklusjonen i masteroppgaven, gjengitt i rapporten, er at ingen tilgjengelige tester for kognitiv screening er bevist å kunne forutsi hvem som i fremtiden vil bli involvert i en trafikkulykke. Bruk av slike tester har ifølge rapporten ikke vist å gi redusert trafikksikkerhetsrisiko og bør derfor ikke brukes direkte for å skille sikre førere fra de risikoutsatte. To av de best dokumenterte testene er likevel anbefalt som verktøy for å vurdere hvilke førere som bør gjennomgå en nærmere undersøkelse.

Med henvisning til samme rapport foreslår Statens vegvesen flere tiltak. Ett av de foreslåtte organisatoriske tiltakene er at det må utvikles bedre systemer for å luke ut eldre som bør miste førerkortet, der man kombinerer flere ulike tester for å få et godt nok beslutningsgrunnlag.

Andre rapporter/utredninger

Kunnskapssenteret leverte rapport nr 21–2015, med systematisk oversikt over "screeningverktøy for kognitiv funksjon om bilkjøring (5). Kunnskapssenterets rapport konkluderte med

- Vi har ikke funnet noen kognitive screeningtester som har god dokumentasjon på diagnostisk nøyaktighet for å forutsi prestasjon på praktiske kjøretester. Tester som kunne oppdage minst 65 prosent av farlige bilførere i alle studier var Montreal Cognitive Assessment (MoCa, oppdaget 70–85 %), klokketesten (oppdaget 65–71 %) og Trail-Making Test-B (oppdaget 70–77 %). Vi har i de fleste tilfeller liten eller svært liten tillit til resultatene
 - Det var stor variasjon i hvor gode testene var for å forutsi resultater på en praktisk kjøretest
 - Det er et stort behov for standardisering av utfallsmålene og testbatteriene i forskning om screeningtester for kjøreferdighet.
- Vi kan derfor ikke konkludere på spørsmålet om hvilke(n) test(er) som egner seg best for å vurdere om personer med mistenkt kognitiv svikt er egnet til å fortsette å kjøre bil

Prosenttallene i første kulepunkt ovenfor angir hvor stor andel av de som har sykdommen, en kan finne med testen (kalt "sensitivitet"). Det er imidlertid ikke

oppgitt hvor god testen er til å bestemme hvem som er frisk (kalt "spesifisitet"). På spørsmål er det opplyst at spesifisiteten ikke er god nok, og at en ved bruk av testen på en gruppe der få er syke, vil få mange falsk positive testresultater, det vil si friske personer, men hvor testen sier de er syke.

I rapport fra EU, desember 2016: "Study on driver training, testing and medical fitness", kapittel 8.6.1) (1) konkluderte en ekspertgruppe med at det, verken utfra hensynet til effektivitet eller kost-nytte, var grunnlag for å gjennomføre generell screening av alle bilførere, inkludert de eldre, for å finne bilførere med økt risiko for trafikkulykke. I konklusjonen blir det vist til at en heller bør ha oppmerksomheten på bilførere med kjent risiko og på behovet for å ha en etablert rutine for å vurdere bilførere med sykdomstilstand som innebærer økt risiko i trafikken.

En australsk metaanalyse fra 2009 (11) gjennomgikk 21 undersøkelser for å se på hvilke kognitive tester som var best egnet til å forutsi ulykkesrisiko blant bilførere over 55 år. Rapporten konkluderte med at en rekke ulike tester ser ut til å være egnet som screening for å skille ut de som bør gjennomgå praktisk kjørevurdering eller kjøretest i simulator og for å forutsi kjøreproblemer hos eldre bilførere. Testene som er anbefalt i den norske førerkortveilederen, ble vurdert blant dem som var egnet til dette formålet.

I rapporten fra den australske metaanalysen blir det vist til at selv om eldre bilførere har vesentlig høyere ulykkesrisiko enn yngre bilførere, er det ikke kostnadseffektivt å gjennomføre praktisk kjørevurdering på vei med alle bilførere over en bestemt alder. Det er derfor mer hensiktsmessig å forsøke å finne frem til dem som har en kognitiv svikt, som gjør at de bør gjennomgå en praktisk vurdering av kjøreevnen. Det understrekes at det ikke er enighet om hvilke kognitive evner som bør bli vurdert eller hvilke tester som er best egnet til dette formålet.

Diverse forskningsartikler

Helsedirektoratet har med grunnlag i litteratursøk også gjennomgått forskningsartikler som har vurdert effekt av screening av helse/syn/kognitiv svikt hos eldre i forhold til ulykkesrisiko i trafikken. Litteratursøket ble foretatt av biblioteket ved Folkehelseinstituttet. Søket omfattet artikler etter 2003 som omtaler

eldre bilførere (hovedsakelig alder 65 år og over) og obligatorisk helseundersøkelse av syn, kognitiv funksjon, illegal medisiner og praktisk kjøreprøve (4)

Søket omfattet abstrakt fra 396 artikler. 25 av artiklene ble vurdert til å være relevante for problemstillingen. 4 av artiklene baserte seg på systematisk gjennomgang av annen forskning, som har vurdert nytten av screening for å redusere risiko for trafikkulykker. Med unntak av at en, mulig to artikler omtaler at kognitive tester kan være prediktive for vurdering av kjøreevne, er konklusjonen entydig. Det er ikke påvist at screening gir nytte med økt trafiksikkerhet for eldre bilførere som ikke allerede har et kjent helseproblem som gir økt risiko. (4).

En studie av Meuleners et al, Motor Vehicle Crashes and Dementia, 2016 (10), sammenliknet hyppigheten av bilkollisjon for to grupper av bilførere over 50 år. Den ene var en gruppe med demensdiagnose, den andre uten. Sammenlikningen omfatter en tre års periode før og etter diagnostiseringen av demens ved en sykehusavdeling. I gruppen av bilførere som senere fikk demensdiagnose, var 43% involvert i kollisjon i løpet av 3-års perioden før diagnosen ble stilt, mot 30% i kontrollgruppen. Det er ikke beskrevet hvor alvorlige eller omfattende ulykker som inngår i vurderingen.

Etter at diagnose var stilt, hadde de med demensdiagnose 93% lavere kollisjonsrisiko, sammenliknet med kontrollgruppen. Som påpekt ovenfor, har det trolig sammenheng med at denne gruppen som har fått demensdiagnose etter utredning på sykehus, har så omfattende demenssykdom at de i liten grad fortsetter å kjøre bil. Utfordringen i forhold til personer med demenssykdom ligger derfor i å informere og begrense kjøreaktiviteten for personer som har demenssykdom i lettere grad, og som er i ferd med å miste ferdighetene til å kunne føre bil på trygg måte.

I en systematisk gjennomgang av forskning på screeningtester for vurdering av kjøreevne (Cochrane Database Syst Rev 2013; (8): CD00622) (13) er konklusjonen at det ikke forelå randomiserte studier, verken nevropsykologiske tester, praktiske kjøretester eller andre tester for kjørevurdering som kunne si med sikkerhet hvilke sjåfører som kan kjøre trygt. Det ble heller ikke funnet randomiserte studier som viste at testen bidro til å redusere antall trafikkuhell.

Det blir i Cochrane-rapporten (13) vist til en prospektiv kohortstudie med kognitiv testing, etter vel etablerte metoder, av 1000 personer over 65 år. Testmetoden ville etter beregning forebygge 6 kollisjoner, men føre til at 121 personer ville ha fått inndratt førerkortet. Det er ikke sagt noe om hvilke typer kollisjoner, eller alvorlighetsgrad, som ligger i begrepet kollisjoner i denne sammenheng.

5. Alternative måter å oppdage førerkortinnehavere som ikke fyller helsekravene

Helsepersonellets rolle og bruk av ressurser

Det brukes store ressurser hos landets fastleger på arbeid med helseattester til bilførere over 75 år. Det er i dag mellom 175.000 og 180.000 personer over 75 år som har førerkort. Av disse er rundt halvparten i aldersgruppen 75–79 år, mens resten er fra 80 til 100 år. Med krav til helseattest hvert annet år fra 75 utgjør det 88.000 til 90.000 helseattester pr. år, fordelt på 4.800 fastleger. Det er viktig å vite om 90.000 konsultasjoner med obligatorisk legeundersøkelse per år har god nok effekt i forhold til hva en ønsker å oppnå.

Nøyaktig volum på helseattester pr. år er riktignok usikkert. Førere på 75 år får i de fleste tilfelle helseattest for tre år første gang, deretter for to år til fylte 80 år. Av de som er over 80, får en økende andel helseattest for ett år av gangen.

Vurdering av om pasienten fyller kravene til å få utfylt helseattest skjer dessuten i mange tilfelle i forbindelse med at pasienten likevel er hos legen for undersøkelse av sykdom. I andre tilfeller vil kravet til helseattest gjøre det nødvendig med et eget oppmøte og konsultasjon når det er tid for å fornye førerkortet.

Leger, optikere og psykologer har, etter helsepersonelloven §34, plikt til å melde fra til Fylkesmannen om personer som ikke fyller helsekrav til å inneha førerkort, dersom helsesvekkelsen antas å vare mer enn seks måneder. Meldeplikten gjelder uavhengig av om det er krav til helseattest ved bestemte aldersgrenser.

Helt siden *Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav* trådte i kraft i 1984, har leger og annet helsepersonell opplevd at det er krevende å ha ansvar for den negative sanksjonen når de skal melde fra om egne pasienter som ikke fyller helsekravene. Flere fastleger har sagt at det har vært noe lettere å ivareta meldepliktrollen med henvisning til den obligatoriske helseattesten, og at det vil bli vanskeligere å melde fra om at en pasient ikke oppfyller helsekrav til førerkort, dersom legens vurdering kun skal skje i tilknytning til konsultasjon ved sykdom. Det hører også med at pasienter ikke alltid melder fra eller demonstrerer så tydelige eller typiske tegn på sykdom at fastlegen reagerer og eventuelt melder.

Meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 og meldepliktforskriften fra 1984 gjelder der lege, psykolog eller optiker ved undersøkelse finner at en person med

førerkort ikke oppfyller helsekravet til førerkort. Det forutsetter at pasienten kommer til undersøkelse.

Når det gjelder pasienter som kommer til undersøkelse eller behandling for sykdom som ikke har noen innvirkning på kjøreevnen, har Helsedirektoratet fått innspill fra allmennleger om at det da kan være vanskelig å ta opp førerkortrelaterte spørsmål som kognitiv funksjon. Det vil også være spørsmål om hvem som i slike tilfelle skal betale for en slik utvidet undersøkelse.

Informasjon til publikum

Bilføreren har det primære ansvaret for å vurdere at hun/han fyller helsekravene og er skikket til å kjøre bil, jf. vegtrafikkloven § 21. Etter førerkortforskriften vedlegg 1 § 2 har førerkortinnehaver plikt til å oppsøke lege før videre kjøring, dersom han eller hun er i tvil om helsekravet er oppfylt.

Ved innføring av nye helsekrav 1. oktober 2016 utga Helsedirektoratet en ny veileder for førerkortsaker. Sammen med denne er det også utgitt en mindre publikumsveileder.

Helsedirektoratets førerkortveileder (IS-2541) gir veiledning til helsepersonell og de ansatte hos fylkesmannen om helsekravene og hvordan førerkortsaker skal behandles.

Hos Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse finnes det et skåringsverktøy (komparentintervju) som kan hjelpe fastlegen i vurderingen av pasientens kjøreferdigheter. Komparentintervjuet gjøres med en eller flere personer som kjenner pasienten godt.

Selv om funksjonssvikten ikke er klart uforenlig med helsekravene, kan opplysninger om aktuelle og endrede kjøreferdigheter fra personer som kjenner pasienten godt, være viktige i en vurdering av om en person skal få beholde førerkortet. Komparentintervjuet kan gi informasjon om somatiske, kognitive, psykiske og atferdsmessige tegn som bør undersøkes nærmere eller utprøves i en praktisk kjørevurdering. Komparent forklares i Store norske leksikon som: «egentlig en som gir alternativ (sammenlignende) informasjon». Dette vil vanligvis være en nær pårørende.

Dersom legen vil innhente komparentopplysninger, krever det samtykke fra den det gjelder. På den annen side kan pårørende eller andre melde fra til lege eller politiet

om en person som ikke fyller helsekravene. Erfaringen er at dette ofte er vanskelig for pårørende, og det bør fortrinnsvis skje med åpenhet i forhold til den det gjelder.

Den svenske Transportstyrelsen har utarbeidet en egen brosjyre for pårørende med informasjon om tegn på at helsekravene ikke er oppfylt, og hvordan de i så fall bør forholde seg.

Utviklingen av demenssykdom er i de fleste tilfeller langsom, og mange av symptomene kan være vanskelig å påvise uten objektiv testing. Flertallet av pasientene med demenssykdom har liten eller ingen sykdomsinnsikt, ifølge nevrolog Anne Brækhus ved Hukommelsespoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. Liten eller manglende sykdomsinnsikt medfører at personen selv ikke anser seg som dårligere sjåfør enn han/hun har vært tidligere. Dette gjør at mange ikke slutter å kjøre på eget initiativ.

Vegdirektoratet og Helsedirektoratet mener man må være forsiktig med å pålegge pårørende for mye ansvar med hensyn til om en eldre bilfører skal kunne fortsette å kjøre. Det er også et faktum at mange ikke har pårørende, som vil kunne ta initiativ til å få en eldre bilfører til å oppsøke lege for vurdering eller bestemme seg for å avslutte kjøringen.

Opplysninger fra pårørende

Folk kan ha trafikkfarlige symptomer selv om kognitive tester og medisinske undersøkelser ikke påviser sikker funksjonssvikt. Svikt i eksekutive og regulerende kognitive funksjoner kan være vanskelig å påvise. Pasienter med fronto-temporal demens og frontal affeksjon kan prestere godt nok i en strukturert testsituasjon, men mangle sykdomsinnsikt og opptre ukritisk i trafikken. I slike tilfeller vil komparentopplysninger kunne ha avgjørende betydning.

Skjemaet for komparentintervju har ingen definerte grenseverdier, og svarene må sammenholdes med annen utredning og vurderes samlet i forhold til trafikkrisiko.

Komparentbekymringer skal alltid tas på alvor, men opplysningene har begrensninger. Det kan være vanskelig å vurdere nære slektninger eller venner nøytralt. Dessuten kan komparenten ha lite kjennskap til pasientens kjøreferdigheter. Opplysninger innhentet for en gitt pasient kan sprike for ulike komparenter.

Dersom legen konkluderer med at helsekravene er oppfylt, men komparentbekymringen likevel består, bør komparentene informeres om muligheten

til å henvende seg direkte til politiet. Politiet har etter vegtrafikkloven § 34 hjemmel til å pålegge fører å fremlegge legeerklæring når det er skjellig grunn til å tro (mer enn 50 prosent sannsynlig) at førerkortinnehaver ikke oppfyller helsekravene. Tilsvarende kan en førerkortinnehaver bli pålagt å fremstille seg til helt eller delvis ny førerprøve når det er skjellig grunn til å tro at vedkommende ikke har de kunnskaper eller den kjøreferdighet som hensynet til trafikksikkerheten tilsier.

Testing ved tegn på sykdom

Når det foreligger tegn på sykdom eller kognitiv svikt, er forholdet et annet enn ved screening av hele årsklasser av bilførere. Ved tegn på sykdom eller kognitiv svikt har lege, psykolog eller optiker behov for å bruke anerkjente testmetoder for å vurdere graden av sykdom. Dette må skje ved bruk av validerte tester, jf. Førerkortveilederen (IS-2541)..

Det er viktig å skille mellom bruk av tester for kartlegging av alle, screening, for å avdekke sykdom hos personer som ikke har vist sykdomstegn, og bruk av tester når personen har tegn eller symptomer på sykdom eller svikt.

Selv om en testmetode ikke egner seg for screening, kan den være riktig å benytte for å sette diagnose når det foreligger tegn på sykdom. Etter gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget er det ikke grunn til å foreslå endringer i bruk av de testene som er anerkjente, og benyttes i dag, heller ikke for de kognitive testene. Ved mistanke om kognitiv svikt anbefaler Helsedirektoratet fortsatt bruk av testene Trail Making Test (TMT-A-nr. 3 og TMT-B-nr. 3), MMSE-NR 3 og klokketest.

Flere artikler peker ellers på at når det først foreligger tegn på sykdom, er praktisk kjøreprøve den mest pålitelige testen for vurdering av kjøreevne, eventuelt støttet av simulatorvurdering og opplysninger fra andre personer som kjenner pasienten, i tillegg til legens vurdering av sykdommen.

6. Alternative ordninger der samfunnet kan supplere individets ansvar

Dersom dagens regelverk blir endret, slik at det ikke lenger blir krav til regelmessig helseattest etter 75 år, må det vurderes om det er grunnlag for å heve aldersgrensen for obligatorisk helseattest, eller om andre tiltak bør gjennomføres for å ivareta trafikksikkerheten.

Som påpekt i gjennomgangen av tidligere undersøkelser, statistikk og forskningsartikler ser obligatorisk helseattest for alle over 75 år ut til å ha relativt liten effekt på trafikk sikkerheten. Til tross for at antallet eldre bilførere har gått betydelig opp, har den relative risikoen for personskafe for førere over 65 år, sammenlignet med andre førere, gått ned (figur 6 og 7 i underkapittel 4.3). Samtidig vet vi at sykdomsrisikoen øker med økende alder, og at eldre over 75 år har økt ulykkesrisiko sett i forhold til kjørelengde. Blant eldre over 80 år har rundt 20 prosent demenssykdom. Med forventet økning i antallet eldre i årene fremover, vil ventelig antallet med demenssykdom gå tilsvarende opp.

Det er også vanskelig å måle eventuell effekt på antall trafikkulykker av at førerkortinnehavere med en helsesvekkelse som utgjør en trafikk sikkerhetsrisiko, ikke har fått helseattest når førerkortet skulle fornyes.

Den manglende effekten av systemet med obligatorisk helseundersøkelse / helseattest har vært kjent og dokumentert i lang tid. Allerede i 2010 initierte Statens vegvesen Vegdirektoratet et forskningsprosjekt «Trafikk sikkerhet blant eldre bilførere» som ble gjennomført av Statens väg- och transportforskningsinstitut (VTI) i Sverige i samarbeid med Transportøkonomisk institutt (TØI) fra. I prosjektet er det gjort en litteraturstudie innen emnet og det er foretatt en gjennomgang av eksisterende og mulige egentester for eldre bilførere. I sluttrapporten «Åtgärder för äldre bilförare»¹⁵ foreslås det 7 tiltak som de mener kan potensielt kan fremme sikker mobilitet for eldre bilførere:

- A) Systemet i Norge med legeattest fra og med 70 års alder (2010) for personbilførere undersøkes
- B) Systemet i Norge med begrenset førerkort bør undersøkes
- C) Utdanning for eldre bilførere bør fortsette og området utvikles for å gi bedre effekter
- D) Egentester bør tas i bruk stegvis og denne bruken bør evalueres
- E) Synliggjøring og spredning av råd til eldre om å velge bil og utstyr bør stimuleres
- F) Separat signalfase for venstresvingende kjøretøy bør om mulig innføres i signalregulerte kryss, eventuelt komplettert med et separat kjørefelt.
- G) Komplekse kryss uten signalreguleringer bør om mulig bygges om til rundkjøringer.

¹⁵ VTI rapport 862 / 2010

Tiltakene som foreslås, er en blanding av forslag til ytterligere forskning og konkrete tiltak, de to siste på infrastrukturen som ikke behandles i denne utredningen. Listen danner utgangspunkt for gjennomgangen nedenfor:

A) Obligatorisk helseundersøkelse

Heving av aldersgrensen

En oversikt fra Statens vegvesen viser at med økende alder får en større andel av de eldre bare helseattest for ett år, selv om de etter førerkortforskriften kan få førerkort med inntil to års gyldighet. Ved fornyelse av førerkortet ved fylte 78 år, får 93 prosent førerkort med to års varighet, mens 7 prosent får ett år. Ved fylte 80 år, får 17 prosent bare ett års varighet, og for 82-åringene er det 28 prosent som ikke får mer enn ett år.

Etter førerkortforskriften § 4-3 er det anledning til å gi begrenset varighet av førerkortet selv om helsekravene er oppfylt ved fornyelse av førerkortet, dersom legen mener dette er nødvendig for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging. Legen kan da gi helseattest for en kortere periode, og førerkortet vil få tilsvarende varighet.

Et alternativ til dagens ordning med obligatorisk helseattest fra 75 år er derfor å heve aldersgrensen for krav til helseattest til 80 eller 85 år. Dette med grunnlag i kunnskapen om økt sykdomsrisiko og den vurdering som alt i dag gjøres av at det ved høyere alder er behov for tettere medisinsk oppfølging for å kunne vurdere om helsekravene til førerkort er oppfylt. Helsedirektoratet har imidlertid ikke funnet forskning som vurderer effekten av screening for høyere aldersgrupper sammenlignet med screening fra 75 år.

Enklere helseattest

Et alternativ som har vært vurdert, er å innføre en enklere helseattest enn den som i dag benyttes, slik at legen undersøker de forhold der man særlig ser økt sykdomsrisiko som kan påvirke kjøreevnen, f.eks. demens, synssvekkelse og nedsatt førlighet. Det vil i så fall bli en screening som vil gjelde alle som skal fornye førerkortet over en viss alder, men som vil kunne gjennomføres raskere og være mer målrettet.

B) Begrenset førerkort

Geografisk begrenset førerkort er et snevert unntak fra helsekravene. Det betyr at det utstedes førerkort for et begrenset område til en person som ikke oppfyller helsekravene. Ordningen er ment for tilfeller der lokal trafikkunnskap kan oppveie for en helsesvekkelse. Dette har etter vår oppfatning ikke blitt strengt gjennomført i praksis. Geografisk begrenset førerkort har blant annet blitt utstedt til personer med kognitiv svikt, noe som ikke er i tråd med intensjonen og må anses som en potensiell fare for trafikksikkerheten.

I 2002 ble det lagt fram representantforslag for Stortinget om å endre den strenge praksisen for førerkort med geografisk begrensning slik at flere kan dra nytte av ordningen. Det var et ønske om å forenkle ordningen slik at f.eks. den enkelte lege skulle kunne anbefale førerkort med geografisk begrensning.

Flertallet i samferdselskomiteen (Innst. S. nr. 214 (2002–2003)) advarte mot en slik utvidelse av ordningen. Stortinget vedtok 10.6.2003 å følge samferdselskomiteens innstilling om ikke å utvide ordningen med geografisk begrensede førerkort.

Konklusjonen må bli at å utvide bruken av geografisk begrenset førerkort utover slik ordningen blir praktisert i Norge i dag, ikke kan anses som et aktuelt tiltak. En utvidelse av ordningen vil lett kunne komme i konflikt med EUs minstekrav til helse for bilførere.

C) Utdanning av eldre bilførere

Informasjon til bilførere, pårørende og helsepersonell

Den enkelte bilfører er selv ansvarlig for å oppfylle helsekravene til å føre motorvogn. Dersom kravet til obligatorisk helseattest for personer over 75 år fjernes, bør det satses på bedre informasjon om hvordan helsesvekkelse kan påvirke førerevnen og hvilke krav som stilles for å opprettholde føreretten.

Informasjon til pårørende om symptomer de skal være oppmerksom på og hvordan de bør gå fram ved tvil om helsekravene er oppfylt, vil kunne bidra til at førerkortinnehavere med manglende sykdomsinnsikt får hjelp til å oppsøke lege for vurdering. Den svenske Transportstyrelsen har utarbeidet informasjonsmaterieell som bør vurderes for norske forhold.

Ved fjerning av krav til helseattest fra 75 år i Danmark i juli 2017 ble det forutsatt at legenes plikt til å være oppmerksom på sammenhengen mellom helse og bilkjøring ble innskjerpet.

D) Egenvurdering

Egenerklæring

Det kan være et alternativ at en innfører krav til egenerklæring i forbindelse med fornying av førerkort, som i Sverige og Storbritannia. Egenerklæring kan være en rutine som minner bilførere om helsekravene for å føre bil. Det vil likevel trolig ha begrenset effekt, siden vanlig gyldighet på førerkortet fremover vil være 15 år.

Egenerklæring benyttes i Norge i dag bare ved første gangs søknad om førerkort, og i de tilfellene hvor det samtidig er krav til å fremlegge helseattest.

Førstegangssøkere kan fylle den ut på Statens vegvesen sine nettsider. Rent teknisk er det ikke noe problem å utvide ordningen slik at den også kan tilbys eldre. Det pågår et arbeid i forbindelse med program Digital førerrettsforvaltning om å tilby egenerklæringen på nett også for de som må fremlegge helseattest.

For å få effekt av å innføre krav til egenerklæring for eldre bilførere, forutsetter det trolig at førerkortets gyldighet begrenses for bilførere over en bestemt aldersgrense, slik at de må fornye førerkortet oftere enn hvert 15. år, f.eks. hvert tredje år som i Storbritannia.

Egentester

I arbeidet med ovenfor nevnte VTI-rapport fra 2010 ble det ikke funnet studier som hadde evaluert egentesters effekter på trafiksikkerhet. Derimot finnes det tester som påpeker sammenheng mellom testresultat og direkte eller indirekte indikatorer for sikkerhet. Rapporten sier imidlertid at det er uvisst om nevnte tester påvirker sikkerheten.

E) Synliggjøring og spredning av råd til eldre om å velge bil og utstyr bør stimuleres

Statens vegvesen har siden 2000 analysert sikkerhetsnivået – og siden 2005 laget en årlig Sikre biler-oversikt. Vegvesenets mål med arbeidet er å gi god forbrukerveiledning til bilkjøpere.

Ut over den generelle informasjonen fra Statens vegvesen, Trygg Trafikk, Opplysningsrådet for vegtrafikken og andre er det lite informasjon om bilvalg spesifikt rettet mot eldre. Slik informasjon kan om mulig spres gjennom 65+-kursene, men effekten i forhold til trafiksikkerhet er uviss.

Tiltakene F og G

Dette er infrastrukturtiltak som faller utenfor den vurderingen som gjøres i denne rapporten.

Tiltak praktisk kjørevurdering

Et tiltak som ikke nevnes i VTI-rapporten, er praktisk kjørevurdering. Dette er vurdering av kjøreferdigheter for personer med funksjonsnedsettelse og for personer som har eller kan ha helsesvekkelse. Dette gjelder i hovedsak personer som har eller har hatt førerett, og som av ulike årsaker må gjennomføre kjørevurdering på bakgrunn av spørsmål om fortsatt opprettholdelse av føreretten.

Vurdering av praktiske kjøreferdigheter brukes i mange tilfeller som et supplement til vurdering og testing på legekontoret. Den kan gi nyttig tilleggsinformasjon, men er imidlertid ingen gullstandard. Kjøreruten er av betydning. Er kjøreruten vanskelig risikerer man at flere vil bli bedømt som uskikket uten at det er reelt grunnlag for det, slik som en norsk studie i regi av TØI viste. Denne studien konkluderte med at ca 50% av friske eldre bilførere ble vurdert som for dårlige bilførere ut i fra vurderingen av praktiske kjøreferdigheter. På den annen side vil ikke en kjørevurdering alltid fange opp bilfører som ikke burde kjøre.

Det har vært tilfeller der pasienter har klart seg tilfredsstillende på testing av kognitiv funksjon, men der de faller ut på praktisk kjørevurdering. Det kan ha sin forklaring i at de har nedsatt eksekutiv funksjon, som er en funksjon som det ofte ikke testes tilstrekkelig for, delvis fordi det mangler tester som fanger opp disse symptomene i tilstrekkelig grad.

Kjørevurderingen foretas etter henvisning fra fylkesmannen og gjennomføres av Statens vegvesen med spesielt utdannede sensorer. Årlig foretar etaten ca. 2000 slike vurderinger. Kjørevurderingen skal gjennomføres etter det oppdraget som fylkesmannen gir i sin henvisning til Statens vegvesen, og vurderes i størst mulig grad som en helhet med hovedvekt på trafiksikkerhet.

Kjørevurdering på bakgrunn av helse og førlighet tar ca. 90 minutter, noe kortere tid brukes dersom kun synet skal vurderes. Denne tiden inkluderer, i tillegg til selve kjøringen, tid for før- og ettersamtale med kandidaten. I tillegg kommer saksbehandlingstid, slik at Statens vegvesen avsetter tilsvarende 2 førerprøvetimer pr. vurdering. En førerprøvetime er kostnadsberegnet til kr. 1070,- etter Finansdepartementets retningslinjer for kostnadsriktige gebyrer.

Kjørevurdering er kostnadsfritt for kandidaten, Statens vegvesen dekker i dag kostnadene. Kandidaten må imidlertid dekke utgifter til bil hvor det kreves dobbelt pedalsett. Dette tilbys av trafikkskolene for ca. 2 500 kr.

Flere undersøkelser har vist at praktisk kjørevurdering kan være nyttig for å skille ut de som ikke har god nok førerevne og kan utgjøre en trafiksikkerhetsrisiko. Lettere tilgang til praktisk kjørevurdering ved trafikkstasjon eller annen kjørevurdering kan i mange tilfelle være mer effektivt enn en legeundersøkelse for å vurdere om føreretten kan opprettholdes.

Den australske metaanalysen fra 2009 (11) pekte på at det ikke er kostnadseffektivt å innføre praktisk kjørevurdering for alle eldre bilførere ved fornyelse av førerkortet etter en viss alder. Kognitive tester kan imidlertid bidra til å skille ut hvilke bilførere som bør gjennomgå en praktisk vurdering av kjøreevnen.

Skal antallet kjørevurderinger økes, er det et ressurs spørsmål for Statens vegvesen. Det er uansett av flere årsaker ikke realistisk å ha en ordning der samtlige eldre gjennomgår kjørevurderinger.

7. Konsekvenser av å opprettholde eller endre kravet til helseattest

Det kan være vanskelig å anslå kost-nytte-effekt av å fjerne kravet til helseattest ved fornyelse av førerkortet etter 75 år. Et grovt anslag tilsier at med 175.000–180.000 førerkortinnehavere over 75 år i dag, med behov for helseattest hvert annet år, vil det årlig kreve nærmere 90.000 undersøkelser hos lege for å få utfylt helseattest.

Hvis aldersgrensen for krav til helseattest heves til 80 år, vil antallet som må levere helseattest ved fornyelse av førerkortet reduseres til det halve, slik at det vil være behov for i underkant av 45.000 helseattester pr. år.

Anslaget må imidlertid modifiseres av at mange får ordnet med helseattest i forbindelse med at de likevel er hos lege for undersøkelse for sykdom. Hvor mye ekstra tid som da medgår til å utfylle helseattest, vil variere. Der bilfører kommer utelukkende for å få utfylt helseattest, vil tidsbruken også variere, avhengig av om personen har helseproblemer som kan ha innvirkning på kjøreevnen, og om det f.eks. er nødvendig å gjennomføre kognitive tester.

Dersom en førerkortinnehaver har en helsesvekkelse som krever fremleggelse av helseattest etter bestemmelsene i førerkortforskriften vedlegg 1, vil helseattest måtte fylles ut hos lege, uavhengig av alder.

I tillegg er tallene usikre for hvor mange som pr. år har behov for helseattest. I 2017 var det 23.485 75-åringene som fornyet førerkortet i klasse B. Av disse fikk 87 prosent (20485) førerkort for tre år, mens 9 prosent (2053) fikk for to år og fire prosent for ett år (855). Etter fylte 78 år er maksimum varighet på førerkortet to år. 93 prosent av de 78-åringene som fornyet førerkortet i 2017, fikk to års varighet, mot 71 prosent av 82-åringene. De som ikke fikk fornyet for to år, fikk ett års fornyelse.

Krav til helseattest ved fornyelse etter fylte 75 år bidrar hvert år til at flere bilførere som utgjør en trafiksikkerhetsrisiko, ikke får fornyet førerkortet. Samtidig blir en del bilførere som fortsatt kunne ha kjørt bil, fratatt muligheten til å fornye førerkortet (såkalt falsk positive). Det å kunne kjøre bil til butikken, legen eller besøk hos familie og venner har stor velferdsmessig betydning for mange eldre. Tap av førerkortet kan også ha en samfunnsøkonomisk konsekvens ved at eldre blir mindre selvhjulpne i eget hjem og mer avhengig av tjenester og hjelp fra andre.

I Cochrane-studien (13) ble det beregnet at screening av 1000 personer sparer 6 ulykker, men 121 mister førerkortet. I et kost-nytte-perspektiv må kostnadene for individ og samfunn ved trafikkulykker vurderes opp mot hva det koster samfunnet og den enkelte å få utfylt helseattest annet hvert år samt det økonomiske og velferdsmessige tapet ved å miste førerkortet.

En rekke faktorer gjør at konsekvenser av å fjerne kravet til helseattest for alle over 75 år kan være vanskelig å beregne. Det gjelder bla. at det er usikkert hvor mange som likevel vil bli fanget opp av meldeplikten når de er hos legen for undersøkelse av sykdom. Det er også usikkert hvor mange som etter egen vurdering har valgt å

ikke fornye førerkortet, enten av frykt for at de ikke vil få utstedt helseattest eller fordi de selv anser seg som uegnet som bilførere.

Videre er det usikkerhet knyttet til hvordan det vil påvirke ulykkesstatistikken om krav til helseattest bortfaller.

De samme usikkerhetsfaktorene gjør seg gjeldende hvis aldersgrensen for krav til helseattest heves. Mer sykdom og høyere ulykkesrisiko for bilførere over 80 år tilsier likevel at krav til helseattest for denne aldersgruppen vil ha en større positiv effekt enn å kreve helseattest for alle over 75 år.

8. Vurdering

I oppdraget blir det bedt om å utrede alternativer til dagens ordning som kan innebære forenkling for førerkortinnehavere og myndigheter, samtidig som trafikksikkerheten ivaretas. Kravet om å ivareta trafikksikkerheten vurderes om sentralt og avgjørende for hvilke alternativer som er akseptable. Vurderingen legger mest vekt på dette.

Ved å oppheve kravet til helseattest, eller å sette aldersgrensen ved en høyere alder, vil det bli en samlet reduksjon i antall legeundersøkelser og for gruppen av eldre, sett under ett. Dette vil avlaste både søkerne og helsepersonell, først og fremst fastlegene. En alternativ ordning med krav om egenerklæring i stedet for helseattest ved fornying av førerkort, for eksempel hvert tredje år som i Storbritannia, vil føre til økt saksbehandlingsarbeid hos Statens vegvesen.

Kunnskapsgrunnlaget

Ulykkesbelastning

Flere rapporter og studier basert på registreringer fra siste del av 90-tallet og fram mot 2005 viste at eldre var mer utsatt for ulykker i trafikken, sammenliknet med aldersgruppene mellom 25 og 65 år. En undersøkelse fra TØI (Vaa 2003) viste at bilførere over 75 år hadde en økt relativ risiko for trafikkulykke. Den relative risikoen ble vurdert som lav med samlet RR på 1,33, dvs. 33 prosent økning sammenliknet med de aldersgruppene som hadde lavest risiko.

Nyere data for utvikling av ulykkesfrekvens og relativ risiko for personskade fra 2005, 2009/2010 og 2013/2014 (kapittel 4.3) viser at gruppen bilførere over 75 har hatt vesentlig reduksjon i antall drepte og skadde personbilførere i denne perioden. For bilførere over 65 år var relativ risiko for ulykker redusert fra 1,228 i 2002 til 1.039 i 2013/2014.. I artikkelen vi har referert til, sier likevel Rune Elvik ved

TØI at «Gjør man en finere inndeling i aldersgrupper, viser det seg at de aller eldste førerne fortsatt har høyere risiko enn andre førere.» Dette framgår av søylediagrammet, figur 8 i kapittel 4.2.

Ulykkesdata fra Reisevaneundersøkelsen 2013/2014 fra Statistisk Sentralbyrå viser at for gruppen over 80 år er det en klar økning i antall drepte og hardt skadde personbilførere pr. million personkilometer, sammenlignet med yngre aldersgrupper (figur 8 i kapittel 4.2. Det sentrale spørsmålet er om og hvordan en kan forutsi at en enkelt bilfører har en tilstand som medfører en uakseptabelt høy risiko for å være årsak til en framtidig ulykke i trafikken

Nytte av screening

Kunnskapsgrunnlaget, slik vi finner det i forskning og utredninger, gir ikke holdepunkter for at krav til helseattest og screening av alle over 75 år, gir større fordeler enn ulemper med tanke på å avverge ulykker dersom en samtidig tar hensyn til at en også inndrar føreretten for et stort antall friske bilførere.

Samtidig må det legges til at det er svakheter ved forskningen på sammenhengen mellom helseforhold og trafikkrisiko. Det er mange samtidige variabler som påvirker evnen til å kjøre bil, og det er vanskelig å skille ut hver av variablene, så som individuell variasjon i helse, tidligere kjørerfaring og kjørelengde per år. Det hører også med at utfallet ved en trafikkulykke ofte er alvorlig for eldre personer, både som bilførere, passasjerer og andre trafikanter.

Det er også mulig at de lave tallene for trafikkulykker i Norge har sammenheng med dagens rutiner med aldersbestemte helsekontroller.

Det er også vesentlig at representanter for allmennlegene/fastlegene sier at det kan bli vanskeligere å ta opp helsesvikt hos pasienter med førerkort dersom de bare kan gjøre det ut fra bestemmelsen om meldeplikt. Noen leger opplever at meldeplikten fører dem inn i konflikt med rollen som pasientens hjelper. De mener at kravet om obligatorisk helsekontroll gjør det lettere å innta myndighetsrollen og at de da kan vise til kravene som følger av forskrift og veileder om helsekrav.

Tester

Tester brukt ved undersøkelse av alle (screening) ved en gitt alder, kan påvise 60–80% av de som ikke fyller helsekravene, for eksempel ved kognitiv svikt, men når gruppen består av mange friske er testene er ikke gode nok på å skille ut alle som

er friske nok til å kjøre. Dette kalles falsk positivt utfall. Om en legger et falskt positivt resultat til grunn for avgjørelse om førerett vil friske personer, som egentlig fyller kravene, miste retten til å kjøre bil. Dette er illustrert ved beregningen det vises til i artikkelen fra Cochrane review, omtalt på side 23, referanse (13).

Ulempen ved at falsk positive blir tatt med blant de som er ekte positive, er at de rammes av tiltaket uten at det er nytte av det. Dersom tiltaket ikke virker negativt (som ved behandling med legemidler uten vesentlige bivirkninger), aksepterer en ofte tiltak som også omfatter de falsk positive. Dersom tiltaket, som inndragning av førerkort, oppleves som negativt, må en ta tyngre hensyn til problemet knyttet til falsk positive.

Praktisk kjørevurdering

Medisinsk undersøkelse og kjørevurdering hver for seg kan ikke alltid avdekke svakheter hos en fører. Ser man disse to samlet, kan det i mange tilfeller gi et bedre beslutningsgrunnlag. I dag må rekvisisjon av kjørevurdering gå gjennom fylkesmannen.

Vegdirektoratet og Helsedirektoratet kan vurdere om det er mulig å finne praktiserbare ordninger hvor kjørevurdering kan gjennomføres som ikke nødvendigvis inkluderer fylkesmannen, og som ikke overbelaster Statens vegvesen.

Statens vegvesen er imidlertid ikke åpen for en direkte henvisning fra alle landets 4.800 fastleger, da dette lett kan føre til en økning i antall kjørevurderinger fra dagens om lag 2000, noe som vil utgjøre en større ressursmessig belastning for Statens vegvesen.

Erfaring

Helsepersonell, med kontakt med eldre pasienter, har erfaring for at det er flere eldre som ikke fyller kravene til å ha førerkort. I dagens ordning må disse framstille seg for undersøkelse dersom de vil bevare førerretten. Det er en mulighet for at de vil kunne unndra seg undersøkelse dersom det obligatoriske kravet om helseattest ved fornying av førerkortet bortfaller. I den forbindelse er det likevel viktig å merke seg sentrale bestemmelser som ikke påvirkes av en mulig oppheving av kravet om obligatorisk helseattest for eldre bilførere:

- Helsekravene til førerkort blir ikke endret

- Omlegging eller fjerning av kravet til obligatorisk helseattest endrer ikke bestemmelsen om meldeplikt for leger, optikere og psykologer når en bilfører ikke lenger fyller helsekravene i førerkortforskriften.

Bilførers ansvar

Alle bilførere har ansvar for å vurdere egen helse og om de fyller kravet til førerett. Med hensyn til bilførers ansvar for at helsekravene er oppfylt, kan kravet om en helsevurdering hvert annet år også være et hjelpemiddel for den enkelte. Med maksimum to års mellomrom vil man få en vurdering fra legen av om helsekravene til førerkort er oppfylt.

Alternative løsninger

Alternativ 0

Forekomsten av sykdom har gått ned i aldersgruppen 75 til 80 år, og ulykkesprofilen i aldersgruppen 75–80 er vesentlig bedret i løpet av de siste 10–15 årene. Etter en vurdering av kunnskapsgrunnlaget anbefaler vi ikke at dagens ordning med krav til helseattest for alle bilførere over 75 år videreføres. Vi har på dette grunnlag vurdert følgende to alternativer, blant flere mulige.

Alternativ 1

Alternativ 1 er å bevare kravet om obligatorisk helseattest, men heve aldersgrensen til 80 år. Dette vil ta hensyn til noe av usikkerheten forbundet med å fjerne det obligatoriske kravet helt. Dette alternativet vil også ivareta hensynet til helsepersonell som kan vise til formelle krav til helseattest når de vurderer pasientens helseforhold opp mot egnethet som fører. Det vil samtidig kunne gi større sikkerhet for at enkeltpersoner ikke unndrar seg vurdering eller ikke oppsøker lege fordi de mangler sykdomsinnsikt.

Dersom en velger å ta hensyn til at det er svakheter ved forskningen på screening av eldre bilførere, og vil velge en varsomhetsstrategi for å unngå mulig negativ effekt av å fjerne kravet, kan det være et alternativ å heve aldersgrensen for helseattest til 80 år eller høyere.

Dette henger sammen med at sykdomsforekomsten øker med alderen. Dersom en endrer aldersgrensen for når helseattesten blir obligatorisk, for eksempel til 80 vil treffsikkerheten ved screeningsundersøkelse trolig være bedre enn i dag, fra 75 års alder. Forskningsstudiene skiller imidlertid i liten grad mellom ulike aldersgrupper

av eldre bilførere, og vi har ikke funnet studier som kan bekrefte effekten av å benytte en høyere aldersgrense.

Basert på dagens kunnskap om nedgang i relativ risiko for trafikkuhell ved økende alder vil det sannsynligvis ikke innebære økt trafikksikkerhetsrisiko for gruppen over 75 år, sett under ett. På den annen side tar dette alternativet hensyn til tall fra Statistisk sentralbyrå som viser at personbilførere over 80 år har en høyere risiko for å bli drept eller hardt skadet i forhold til antall kjørte personkilometer, sammenlignet med aldersgruppene under 75 år. Dette er fordi sykdomsforekomsten øker med alderen.

Dersom en endrer aldersgrensen for når helseattesten blir obligatorisk, for eksempel til 80 vil treffsikkerheten ved screeningsundersøkelse trolig være bedre enn i dag, fra 75 års alder.

Alternativ 2

Vi har også vurdert om kravet til obligatorisk helseattest, basert på alder, avvikles og erstattes med egenerklæring ved fornying hvert annet eller tredje år. En ordning uten obligatorisk helseattest for eldre bilførere er gjennomført i Sverige, Danmark Tyskland og Storbritannia, med ulike rutiner for fornying og egenerklæring. Endringen må i tilfelle følges opp av omfattende informasjonstiltak.

Forslaget vil forenkle prosedyrene ved fornying både for bilfører og helsepersonell. Bilfører skal ved fornying av førerkortet bare oppsøke lege i de tilfellene hun/han gir opplysning om helsesvikt, slik som førstegangssøkere gjør i dag når de fyller ut egenerklæringen. Det er ikke utredet hvor mange søkere som likevel vil måtte få helseattest på grunn av helsesvekkelse.

Omfanget av eventuelt merarbeid hos godkjenningsmyndigheten ved innføring av krav til egenerklæring er ikke utredet fordi det vil være avhengig av hvilket intervall og fra hvilken alder en velger. Det er ikke grunn til å tro at det vil kreve mer av Statens vegvesen enn ved dagens rutiner med innlevering av helseattest hvert annet år.

Om kravet til obligatorisk helseattest faller bort, kan det føre til at enkelte førere fortsetter å kjøre til tross for at de ikke fyller helsekravene. Det er viktig å sette inn tiltak for å møte slike mulige negative effekter Dette momentet taler for å velge alternativ 1, og øke aldersgrensen til 80 år.

Dersom en skal innføre krav om egenerklæring ved fornying av førerkort til erstatning for helseattest, må dette kobles til Vegdirektoratets bestemmelse om tidsintervallene for fornying. Dersom intervallene for fornying er like lange som i dag, 15 år, er det lite sannsynlig at bruk av egenerklæring vil ha vesentlig virkning på trafikksikkerheten, men det kan være et bidrag til at befolkningen har økt oppmerksomhet på helsekravene til å føre bil.

Alternativt kan det vurderes å innføre kortere intervaller mellom fornyelse av førerkortet over en viss alder, kombinert med krav til egenerklæring, som i Storbritannia.

Dersom det blir vedtatt å endre krav til helseattest for alle, må det følges opp av informasjonstiltak til publikum, og til helsepersonell. Det gjelder spesielt dersom kravet faller helt bort og eldre bilførere «bare» får samme ansvar for å følge med på egen helse som de hadde før de ble 75 år, dvs. uten obligatoriske legevurderinger.

Kostnadene til informasjonstiltak vil ventelig være størst ved dette alternativet. Et mulig bidrag i informasjonsarbeidet er å øke markedsføring og omfang av kurstilbudet 65+, eventuelt gjøre kursene obligatoriske for alle over en gitt alder. Dette må i så fall utredes i forhold til kapasitet og finansiering.

Informasjon

Uansett valg av aldersgrense eller oppheving av aldersbestemt krav bør det legges betydelig mer vekt på informasjon til alle, spesielt rettet mot bilførere, pårørende og helsepersonell med meldeplikt (leger, psykologer og optikere). Det må gjøres tydelig at ansvaret for vurdering av kjøreevne primært ligger hos bilføreren selv.

Informasjonen må også understøtte, og gjøre det allment kjent, at helsepersonell har en rolle med å varsle av hensyn til tredje part, medtrafikanter.

Informasjonsarbeidet må skje med stor tyngde ved omlegging, men må også følges opp med gjentatt informasjon for å utvikle forståelsen av at alle bilførere, uansett alder, har ansvar for å vurdere sin egen skikkethet i likhet med hva de har hatt i alle år tidligere.

Det kan være en spesiell utfordring å nå fram med budskapet til personer med kognitiv svikt, demenssykdom, hvor det ofte kan være manglende sykdomsinnsikt. Det må være et mål at det blir like alminnelig å ta hensyn til svikt i egen helse,

inkludert kognitiv svikt, som det er at en ikke skal kjøre når en er påvirket av medikamenter eller rusmidler/alkohol. Ved manglende sykdomsinnsikt kan pårørende ha en viktig rolle i å følge opp, men det er en forutsetning som ikke alltid er til stede. Mange eldre har ikke nære pårørende. Det kan også stilles spørsmål ved om det er riktig å legge et slikt ansvar på pårørende.

Utvide bruk av faste rutiner der en vurderer egnethet som bilfører

Det kan også være aktuelt å innarbeide rutiner som sikrer vurdering av egnethet som bilfører, ved besøk hos fastlege eller innleggelse i sykehus. Ved bruk av elektronisk pasientjournal ligger det til rette for å utvikle funksjoner i journalen som støtter opp under når en bør vurdere kjøreevnen. Det samme gjelder ved innleggelse i sykehus. Noen helseforetak har allerede dette som et fast punkt ved vurdering, blant annet koblet opp mot opplysninger om bruk av medikamenter som ikke er forenlig med å kjøre bil.

9. Konklusjon

I oppdraget har Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gitt hhv. Vegdirektoratet og Helsedirektoratet i oppdrag «å utrede ordninger som kan erstatte dagens aldersbaserte ordning. Det skal i særlig grad vurderes ordninger som kan innebære forenkling for førerkortinnehavere og myndigheter, samtidig som trafikksikkerheten ivaretas.»

Alle førere av motorkjøretøy, uansett alder, har etter vegtrafikklovgivningen et selvstendig ansvar for å oppfylle helsekravene. Sett i et samfunnsperspektiv, kan det likevel være et spørsmål om det er riktig å utelukkende legge dette ansvaret på alle trafikantene alene.

Utviklingen de senere årene har vist at risikobildet for eldre førere har endret seg. Antall eldre på veien har blitt og vil bli flere, men trafikksikkerhetsrisikoen knyttet til eldre bilførere går ned og er lavere i dag enn for et par ti-år siden. Bakgrunnen for endringen er sammensatt, og tross forskning kjenner vi ikke fullt ut alle mekanismer som har bidratt til dette

På grunnlag av begge etaters gjennomgang av litteraturen på området, inkl. dokumenter det er referert til i denne utredningen, og etter en samlet vurdering, går vi inn for å anbefale alternativ 1. Det innebærer at en bevarer krav til aldersbestemt helseattest ved fornying av førerkort i klasse B, men hever aldersgrensen slik at kravet gjelder fra 80 års alder. Kontrollintervallet bør være 2 år som nå, etter fylte 80 år.

Dette alternativet vil ivareta hensynet til helsepersonell som kan vise til formelle krav når de vurderer pasientens helseforhold opp mot egnethet som fører. Det vil samtidig kunne gi større sikkerhet for at bilførere ikke unndrar seg vurdering eller ikke oppsøker lege fordi de mangler sykdomsinnsikt etter at de er fylt 80 år.

Basert på dagens kunnskap om relativ risiko for trafikkuhell ved økende alder vil dette alternativet sannsynligvis ikke innebære økt trafikksikkerhetsrisiko for gruppen mellom 75 og 80 år, sett under ett. Samtidig viser tall fra Statistisk sentralbyrå at personbilførere over 80 år har en markert høyere risiko for å bli drept eller hardt skadet i forhold til antall personkilometer, sammenlignet med aldersgruppene under 75 år.

Dette alternativet vil innebære forenkling for bilførere, helsepersonell og godkjenningsmyndighetene fordi gruppen av de som skal ha helseattest blir mindre når aldersgrensen heves. Det er beregnet at en vil få en halvering av antall bilførere som skal ha helseattest på grunn av alder.

Kilder:

1. Study on driver training, testing and medical fitness, DG MOVE, Unit C2 (Road safety), European Commission, DG MOVE, Contract No: MOVE/C4/SER/2015-166/SI2.722696, 28th December 2016
2. Trafikksikkerhet for eldre. Litteraturstudie, risikoberegninger og vurdering av tiltak TØI rapport 440/1999, Fridulv Sagberg, Alf Glad
3. Rimstad, R. (2010). Hvordan forbedre helsekravene til førerkort som virkemiddel i trafikksikkerhetsstyringen ?, Universitetet i Stavanger
4. Biblioteksøk. SCREENING AV HELSE/SYN/KOGNITIV SVIKT HOS ELDRE BILFØRERE
5. Screeningverktøy for kognitiv funksjon og bilkjøring, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21-2015, Systematisk oversikt

6. Temaanalyse av eldreulykker, En analyse av vegtrafikkulykker med eldre trafikanter i Norge 2005–2011, Statens vegvesen, januar 2013.
7. Dybdeanalyse av dødsulykker i vegtrafikken 2017, Statens vegvesens rapporter Nr 669.
8. Samband mellan sjukdomar och äldre bilförarens inblanding i trafikolyckor, Transportstyrelsen, TSV 2018–4875
9. Carr D.W. Molnar L.J, 2010. Driving fitness and cognitive impairment; issues for physicians. Journal of the American Medical Association 303 (16) 1642–1643.
10. Meuleners LB, NG J, Chow K, Stevenson M, Motor Vehicle Crashes and Dementia: A Population-Based Study. J Am Geriatr Soc 2016; 64(5):1039–45.
11. Mathias, J.L. Lucas, L.K. Cognitive predictors of unsafe driving in older drivers: a metanalysis. International psychogeriatrics 2009; 21:637–53
12. Choi Seong-Youl, Lee Jae-Shin, Song A-Young. Cognitive tests to forecast unsafe driving in older drivers: Meta analysis. Neurorehabilitation 2014; 35:771–8
13. Cochrane Database Syst Rev 2013; (8): CD00622

Oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ga i brev av 18.mars 2019, Tillegg til tildelingsbrev nr 20 – Førerkort, Helsedirektoratet i oppdrag å

- informere fastleger og fylkesmenn på egnet måte om at den kognitive testen kun skal benyttes ved mistanke om kognitiv svikt, jamfør dagens veileder
- å vurdere ulike metoder som på en effektiv måte kan fange opp kognitiv svikt som kan påvirke førerferdighetene
- presisere kunnskapsgrunnlaget for bruk av helseattester for å øke trafiksikkerheten for aldergruppen over 80 år, og å komme med forslag til hvordan kunnskapsgrunnlaget kan økes

Det er bedt om vurdering av økonomiske og administrative vurdering av de to siste punktene.

Oppdraget ble først gitt med svarfrist 1.9.2019. Svarfristen er senere forlenget til 1.11.2019.

Første ledd i oppdraget er ble gjennomført med informasjon til fylkesmenn i tiden fram til 1. juli. Fylkesmennene ble bedt om å videreformidle informasjonen til legene i sitt område. De to neste leddene, kulepunkt 2 og 3, besvares her

Til oppdragets kulepunkt 2

- **å vurdere ulike metoder som på en effektiv måte kan fange opp kognitiv svikt som kan påvirke førerferdighetene**

Bakgrunn

I denne utredningen har vi begrenset omtale og vurdering til kravene for førerkort i førerkortgruppe 1 (personbil).

Trafiksikkerhet påvirkes av mange forhold, i trafikkmiljøet, egenskaper ved kjøretøyet, opplæring og helsetilstanden hos føreren. Bilførerens ferdighet som fører påvirkes av de samme faktorene. Helsetilstanden er en avgjørende individuell faktor, og helsesvikt kan være årsak til uhell og trafikkulykker. Når bilføreren har en kjent helsesvikt, kan dette være grunnlag for begrenset førerrett, eller inndragning av føreretten.

Kognitiv svikt som følge av demenssykdom er den lidelsen som oftest nevnes som risikofaktor for eldre bilførere, men det er også flere andre sykdommer som må vurderes. Oppdraget omfatter ikke vurdering av metoder for å fange opp andre sykdommer som kan påvirke kjøreferdigheten.

Det foreligger ikke sikre nasjonale tall for hvor mange som har demenssykdom i Norge i dag, men det er beregnet til å være mellom 70 000 og 104 000 personer. Antallet vil stige i årene fremover. Forskning har vist at det er dobbelt så høy risiko for å bli involvert i en trafikkulykke dersom en har demenssykdom, sammenliknet med personer på samme alder uten demenssykdom

Blant eldre over 80 år er det anslått at ca. 20 prosent har demens. 1/3 av 7500 tilrådninger fra fylkesmennene om inndragning av føreretten i 2018 gjelder kognitiv svikt. Andelen øker med økende alder.

Antall personer over 80 års alder vil øke i årene som kommer. Tall fra Statistisk sentralbyrås (SSB) viser at det vil være mer enn dobbelt så mange over 80 år i 2040, sammenliknet med 2018:

Framskrevet folkemengde, SSB, alternativ MMMM	
År	80 år og eldre
2018	222 752
2020	230 606
2025	274 416
2030	359 806
2035	424 501
2040	484 113

Det er usikkerhet knyttet til hva som vil være den praktiske konsekvensen av et økende antall eldre bilførere. Den teknologiske utvikling av styringssystem for biler gir et bilde av at ny teknologi vil endre og redusere krav til bilføreren. Det er usikkert hvor fort og hvor langt denne endringen vil gå, og i det videre arbeidet her har vi derfor ikke tatt inn teknologi som en faktor som endrer krav til kognitiv funksjon hos bilføreren.

Bilføreren har et eget ansvar for å vurdere om han/hun er skikket til å kjøre bil. Det gjelder også kognitiv funksjon, men samtidig har personer med kognitiv svikt oftest også svekket evne til å vurdere sin egen situasjon. Leger og psykologer får derfor en sentral rolle i å vurdere kognitiv svikt, både når en person skal ha helseattest for førerkort og når legen vurderer om det skal sendes melding om helsesvikt etter helsepersonelloven §34. Det er vanligvis ikke krav til utvidede undersøkelser ved normale funn. Til eksempel er det ikke krav om at alle eldre bilførere skal gjennomgå tester for kognitiv funksjon (MMS, klokketest eller Trailmaking A eller B). I henhold til førerkortveilederen (IS-2541) skal testene benyttes når legen på bakgrunn av andre funn eller sitt kjennskap til søkeren har mistanke om kognitiv svikt og derfor har grunn til å foreta en utvidet kognitiv vurdering.

Kognitiv svikt hos bilførere kan fanges opp på flere måter

- Ved at bilføreren merker sin egen svekkelse og avbryter kjøring på grunn av det
- At svekkelsen avdekkes av lege eller psykolog, på grunnlag av
 - Kjennskap til sykehistorien fra tidligere konsultasjoner
 - Informasjon fra pårørende eller andre (obs aktiv innhenting av opplysninger fra pårørende eller andre til lege/psykolog krever samtykke fra bilføreren)
 - Funn ved undersøkelsen
 - Samtale
 - Buk av tester for kognitiv svikt
 - Eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Praktisk kjørevurdering

Ett av de sentrale spørsmålene er om leger skal teste for kognitive funksjoner hos alle, eventuelt alle over en gitt alder, når de skal ha helseattest for førerkort, kalt screening. Alternativet er at legen kun bruker testene når det foreligger tegn eller informasjon som tyder på kognitiv svikt. Veilederen til

Førerkortforskriften vedlegg 1 sier at testene skal benyttes ved mistanke om kognitiv svikt. Dette innebærer at testene ikke skal benyttes som screening, men tas i bruk der legen utfra en individuell vurdering finner grunn til det.

Gjeldende bestemmelser

Førerkortforskriften vedlegg 1 - helsekrav og tilhørende veileder omtaler blant annet krav og undersøkelsesmåter ved vurdering av kognitiv svikt:

§ 5.Undersøkelsen av førerkortsøker

Vurdering av om helsekrav er oppfylt for føring av motorvogn skal ut over en generell helseundersøkelse omfatte:

- a) Undersøkelse av sensoriske funksjoner (syn, hørsel)*
- b) Vurdering av kognitiv funksjon, psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser***
- c) Undersøkelse av førlighet*
- d) Vurdering av legemiddelforbruk og bruk av rusmidler*
- e) Blod-, urin- eller andre relevante prøver og undersøkelser i den utstrekning det er nødvendig for å bedømme søkers helsemessige skikkethet*

I henhold til vedlegg 1 § 15 gjelder følgende:

Helsekrav er ikke oppfylt når svekkelse av kognitiv funksjon medfører trafiksikkerhetsrisiko.

Førerkortveilederen sier om vurderingen av kognitiv funksjon:

Førerkortsøkere i førerkortgruppe 2 og 3 skal ved mistanke om kognitiv svikt henvises til nevropsykologisk vurdering.

Bruk av legemidler og rusmidler som kan påvirke kognitive funksjoner: Mange legemidler (inkludert benzodiazepiner) og rusmidler kan gi svekkelse av kognitive funksjoner både under bruk og etter at bruken er opphørt.

Hvordan vurdere helsekravene:

- ***Søkers kognitive funksjon*** vurderes av legen ut fra kjent sykehistorie og undersøkelsessituasjonen, eventuelt supplert med opplysninger fra komparenter, se «Veiledning».
- ***Komparentopplysninger:*** For å kontakte komparenter kreves det informert samtykke fra pasienten. Samtykket journalføres. Se «Veiledning».
- ***Kognitive tester:*** Ved mistanke om kognitiv svikt skal gjennomprøvede tester brukes, se «Veiledning».
- ***Spesialistvurdering:*** Ved behov skal søker henvises til relevant spesialist for nærmere vurdering av kognitive funksjoner.
- ***Kjørevurdering:*** Ved tvil om helsekravet er oppfylt, kan legen anmode fylkesmannen om kjørevurdering. I anmodningen bør attestutsteder be om at søker kjører en beferdet rute til et kjent mål der blant annet kjøreruten går ut i forkjørsvei og til venstre, rundkjøring og tunnelkjøring inngår.

- **Bruk av ergoterapeut:** Ergoterapeuter har utarbeidet et program, P-drive, for vurdering av kjøreevne. Legen kan henvise til slik vurdering hos ergoterapeut som har gjennomgått opplæring i P-drive der slikt tilbud finnes. Slik vurdering erstatter ikke kjørevurdering ved regionvegkontoret.

Søkers kognitive funksjon: Apraksi, agnosi og neglekt er uforenlig med førerett.

Legen må være særlig oppmerksom på søkerens:

- Rom-retningssans
- Psykomotorisk tempo
- Hukommelse
- Dømmekraft
- Evne til planlegging og eksekutiv funksjon
- Sykdomsinnsikt
- Økt trettbarhet
- Panikk/stressreaksjoner
- Impulskontroll
- Irritabilitet/aggressivitet
- Utagerende atferd
- Evne til å utføre kjente handlinger korrekt (apraksi)
- Evne til å tolke kjente sansestimuli korrekt (agnosi)
- Oppmerksomhet mot kontralaterale sansestimuli (neglekt)

Komparentopplysninger: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har lenke til et skjema som er spesielt utformet til komparenters vurdering av søkers kjøreferdigheter (PDF, aldringoghelse.no). Oppdatert i 2018.

Kognitive tester: Ved mistanke om kognitiv svikt, skal gjennomprøvde tester brukes.

TMT-NR3 er best egnet til å avdekke sviktende kjøreevne ved nedsatt psykomotorisk tempo, nedsatt rom/retningssans og nedsatt eksekutiv funksjon. Testene skal gjennomføres i angitt rekkefølge og i samme seanse.

TMT-NR3 Manual 2018 (PDF, aldringoghelse.no)

TMT-NR3 Oppgaveark (PDF, aldringoghelse.no)

MMSE-NR3 (oppdatert 2018) (PDF, aldringoghelse.no) (med tilhørende stimulusark oppgave 14-15 (PDF) og stimulusark oppgave 18-20 (PDF) og Klokketest KT-NR 3 (oppdatert 2018) (PDF, aldringoghelse.no) kan brukes supplerende.

	Indikerer godkjent	Tvil	Indikerer svikt
TMT-A-NR3	≤ 60 sek	61-110 sek	≥ 111 sek
TMT-B-NR3	≤ 170 sek	171-300 sek	≥ 301 sek

Skårene skrives inn i helseattesten under «tilleggsopplysninger».

- Ved skår i kolonnen «indikerer godkjent» er det sjelden tale om kognitiv svikt av betydning for kjøreevnen dersom det ikke kommer fram tegn til kognitiv svikt gjennom helseundersøkelsen forøvrig. Undersøkelsen av søker og opplysninger fra komparenter kan likevel gjøre at en henvisning for videre utredning bør gjøres.
- Ved skåring i feltet for «tvil» vil henvisning som regel være riktig tiltak for en vurdering av søkers kognitive funksjon.
- Ved skåring i kolonnen «indikerer svikt» vil helsekrav sjelden være oppfylt. Der samtale og komparentopplysninger likevel tyder på tilfredsstillende kjøreatferd hos søker, bør søker henvises til nevropsykologisk testing.

Ved skår i kolonnene for «tvil» eller «indikerer svikt», kan MMSE-NR3 (med tilhørende stimulusark) og Klokketest KT-NR3 være supplerende tester (se lenker til testene over).

	Indikerer godkjent	Tvil	Indikerer svikt
MMSE-NR3	≥ 26	19-25	≤ 18
Klokketest KT-NR3	4-5	2-3	0-1

Helseattest

Legen må vurdere om det kan foreligge kognitiv svikt ved en rekke tilstander, jf. anbefalinger om nevrologiske sykdommer, søvnsykdommer, psykiske lidelser, midler som kan påvirke kjøreevnen og respirasjonssykdommer.

Der en kjørevurdering er gjennomført, skal resultatet foreligge før legen gjør sin endelige konklusjon.

Etter fylte 80 år kan helseattesten gis maksimal varighet på tre år. Ved tegn på sviktende kognitive funksjoner bør det ikke gis helseattest for mer enn ett år av gangen. Ved angivelse av varighet på helseattesten skal legen gjøre en vurdering av antatt utvikling for tilstanden som har gitt eller kan gi kognitiv svekkelse.

I Sverige er det ikke krav til regelmessig fornying av førerkort med helseattest på grunn av alder, men det er likevel krav til kognitiv funksjon hos bilførere. Forskriften om medisinske krav til innehaver av førerkort nevner flere av de samme testmetodene og vurderingene som i det norske regelverket.

Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Innehav vid förvärvade hjärnskador

Villkor om läkarintyg

6 § Vid lindrig demens ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras med intervall som bedöms lämpligt i varje enskilt fall. Vid övriga förhållanden som regleras i detta kapitel får villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras med intervall som bedöms lämpligt i varje enskilt fall.

Allmänna råd

Vid tillstånd med minnesstörning, där demensutveckling kan misstänkas, bör villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras minst en gång om året.

Läkarundersökning m.m.

7 § Undersökningen ska omfatta en bedömning av sökandens kognitiva funktioner. Läkarens bedömning kan grundas på neuropsykologisk undersökning utförd av neuropsykolog, annan legitimerad psykolog eller legitimerad arbetsterapeut med god kunskap inom området.

Allmänna råd

☐ Vid hjärnskada och vid misstanke om kognitiva störningar bör ett enkelt test, t.ex. Folsteins Mini-Mental-Test, utföras.

☐ Vid misstanke eller kännedom om minnesstörning bör komp-letterande uppgifter om möjligt inhämtas från anhöriga.

☐ Vid misstanke om störningar i uppmärksamhet bör sökandens förmåga till delad uppmärksamhet och till uppmärksamhet över tid samt effekter av tidspress prövas.

☐ Vid omdömesdefekter bör läkaren försöka bedöma i vad mån dessa har betydelse för trafiksäkerheten.

8 § Bedömningen ska i första hand göras utifrån en medicinsk undersökning. Endast där bedömningen av den medicinska undersökningen ger ett resultat i ett svårbedömt gränsområde bör ett körprov enligt 3 kap. 4 § körkortslagen (1998:488) eller annat slag av körtest göras. Oavsett resultatet av sådant körprov eller körtest ska en helhetsbedömning av utredningsresultaten göras

Danmark

Sundhedsstyrelsen har følgende tekst om vurdering av demenssykdom

Vejledning om helbreds krav til kørekort

7.2 Demens og andre kognitive forstyrrelser (G2)

7.2.1 Demens

7.2.1.1 Generelle forhold

Der er en øget trafikikkerhedsmæssig risiko for personer med reduceret opmærksomhedsevne, demens, visuospatiel svigt (nedsat evne til at opfatte og handle tredimensionalt), agnose (nedsat evne til at genkende genstande) og/eller neglekt (svækket opmærksomhed mod sin egen krop eller rummet på den ene side). Efter ophævelse af aldersscreening for bilister på 75 år og ældre er det et område, hvor der er brug for særlig opmærksomhed fra læger.

7.2.1.2 Lægeligt kørselsforbud

Gruppe 1 og 2

Hvis en fører viser tegn på moderat til svær kognitiv svækkelse, skal lægen sædvanligvis udstede et lægeligt kørselsforbud.

Ved begrundet mistanke om manglende dømmekraft og overblik eller andre funktionsbegrænsninger, uanset om den kognitive test viser tegn på svækkelse eller ej, bør lægen udstede et kørselsforbud, indtil der eventuelt er gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK), med særlig fokus på de kognitive funktioner. For at komme til en vejledende helbredsmæssig køretest skal der påbegyndes en køre- kortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4 »Tvivl eller uenighed om føreregnetheden«.

Ved let kognitiv svækkelse uden andre helbredsmæssige forhold af betydning for føreregnetheden er der som udgangspunkt ikke behov for et kørselsforbud for førere i Gruppe 1. Selv let kognitiv svækkelse vil udgøre en betydelig risiko ved kørsel med køretøjer i Gruppe 2, og lægen bør være særligt opmærksom på de yderligere risici, der er forbundet med at føre de køretøjer, der indgår i denne gruppe. Et kørselsforbud vil sædvanligvis være påkrævet.

7.2.1.3 Undersøgelsesmetoder

Det kognitive funktionsniveau kan indledningsvist vurderes ud fra urskive- og ordgenkaldelsestest og kan derefter groft inddeles i fire grupper: Ingen, let, moderat eller svær kognitiv svækkelse. Urskivetesten er simpel at gennemføre i praksis. Gennemførelse af testen kræver blandt andet sprogforståelse, planlægning, visuel hukommelse, abstrakt tænkning og visuospatiale evner. Nærmere informationer findes i publikationen »Demens i almen praksis«, 2. udgave, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2006.

Er der tegn til demensudvikling, kan det være relevant at udføre en MMSE-test (Mini-Mental State Examination) og oftest mere vidtgående udredning. Urskive- og ordgenkaldelsestest er vejledende for vurderingen af, om der bør udføres vejledende helbredsmæssig køretest. I den samlede vurdering må det blandt andet også indgå, om patienten er fuldt orienteret.

Ved ingen kognitiv svækkelse er personen fuldt orienteret, har upåfaldende funktion i urskiveprøven og husker tre ord efter afledning.

Ved let kognitiv svækkelse er personen **enten** delvist orienteret **eller** har lettere forringet funktion i urskiveprøven **eller** i hukommelsen for tre ord efter afledning. De øvrige to opgaver skal klares upåfaldende.

Ved moderat kognitiv svækkelse er personen kun delvist orienteret og har forringet funktion i **enten** urskiveprøven eller i hukommelsen for tre ord efter afledning.

Ved svær kognitiv svækkelse er personen ikke orienteret og har tydeligt forringet funktion i **både** urskiveprøven og genkaldelse af tre ord.

England

Det engelske Driving and Vehicle Licensing Agency (DVLA) har følgende vejleder for vurdering af demente

Dementia - and/or any organic syndrome affecting cognitive functioning

May be able to drive but must notify the DVLA.

It is difficult to assess driving ability in people with dementia. The DVLA acknowledges that there are varied presentations and rates of progression, and the decision on licensing is usually based on medical reports.

Considerations include:

■ *poor short-term memory, disorientation, and lack of insight and judgement almost certainly mean no fitness to drive*

■ *disorders of attention cause impairment*

In early dementia, when sufficient skills are retained and progression is slow, a licence may be issued subject to annual review.

Det er verdt å merke seg at DVLA også er aktive i å vise til førerkortinnehavers ansvar og konsekvensen for den som ikke tar ansvar for å melde egen svikt i helse, også når det gjelder demenssykdom:

Dementia and driving

You must tell DVLA if you suffer from dementia. You can be fined up to £1,000 if you don't tell DVLA about a medical condition that affects your driving. You may be prosecuted if you're involved in an accident as a result.

Om testene og hvorfor testene ikke egner seg for screening

Helsedirektoratet og Vegdirektoratet leverte 1.2.2019 i samarbeid rapport om helseattest for eldre bilførere – "Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år". Rapporten var bygd på oppdatert kunnskapsgrunnlag og rapporter fra trafikkforskning i Norden. Det ble gjennomført litteratursøk av forskningsartikler som har vurdert effekten av screening av helse/syn/kognitiv svikt hos eldre i forhold til ulykkesrisiko i trafikken. Litteratursøket ble foretatt av biblioteket ved Folkehelseinstituttet. Søket omfattet abstract fra 396 artikler publisert etter 2003 og som omtaler eldre bilførere (hovedsakelig alder 65 år og over) og obligatorisk helseundersøkelse av syn, kognitiv funksjon, medisiner og praktisk kjøreprøve.

Screening

25 av artiklene ble vurdert til å være relevante for problemstillingen. 4 av artiklene baserte seg på systematisk gjennomgang av annen forskning som har vurdert nytten av screening for å redusere risiko for trafikkulykker. Med unntak av at en, mulig til artikler som omtaler at kognitive tester kan være prediktive for vurdering av kjøreevne, er konklusjonen entydig. Det er ikke påvist at screening gir nytte med økt trafikk sikkerhet for eldre bilførere som ikke allerede har et kjent helseproblem som gir økt risiko. Artiklene skiller i liten grad mellom ulike aldersgrupper over 65 år.

Vurdering av skikkethet til å føre bil

Vurdering av om en person har tilstrekkelig kognitiv kapasitet til å føre bil må skje på grunnlag av vurdering av flere forhold. Det sentrale dilemmaet er at søkeren oftest ikke er oppmerksom på graden av egen kognitiv svikt. Fastlegen vil ofte ha kjennskap til søkeren fra tidligere kontakt, og kan benytte det som grunnlag for en første vurdering av om personens helsetilstand er endret. Ut over erfaringen fra tidligere møter benytter legen et sett av vurderinger basert på tester og informasjon fra andre, slik arbeidsmåten er i annet arbeid i møte med pasienter. De aktuelle testene er TMT A NR3, TMT B NR3, MMSE NR3 og Klokketest KT NR3. Disse og andre metoder for vurdering av kognitiv svikt er omtalt veilederen, se avsnitt over.

De kognitive testene som benyttes i Norge, har vært benyttet i mange år og benyttes i mange land, blant annet Sverige, Danmark, England, Canada, USA, Australia. Testene har vært gjenstand for gjentatte vitenskapelige studier. Det er et gjennomgående og gjentatte funn at ingen av testene kan brukes alene som sikker test på om en person er skikket som bilfører. Til illustrasjon viste en systematisk undersøkelse basert på 62 artikler om bruk av TMT B (Trial Making B) (Roy, M, Molnar F, Can ger J, 2013) at 47 studier viste assosiasjon mellom TMT B og praktisk kjørevurdering, men 15 studier ikke viste noen assosiasjon. Det viser at det ikke er kunnskapsgrunnlag for å innføre obligatorisk kognitiv test av alle over en gitt aldersgrense, også kalt screening. Her må en likevel legge til at flere av testene som inngikk i studiet hadde strengere krav til prestasjon ved gjennomføring av testen, enn det vi har angitt i vår Førerkortveileder. Det kan innebære at de som har blitt testet i de nevnte studiene, har fått positivt utslag = "ikke bestått" for testresultater som etter norske retningslinjer ville blitt fulgt opp med flere undersøkelser før det ble tatt stilling til om helsekravene er oppfylt..

Selv om de nevnte testene ikke er egnet for screening, er de likevel egnet til å bruke ved vurdering av en person der det foreligger tegn på kognitiv svikt. Testene må da brukes i kombinasjon med andre tester og vurderingsmetoder.

I rapporten "Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år" viste vi til en australsk metaanalyse fra 2009 som gjennomgikk 21 undersøkelser for å se på hvilke kognitive tester som var best egnet til å forutsi ulykkesrisiko blant bilførere over 55 år. Rapporten konkluderte med å vise til en rekke tester som ser ut til å være egnet for å skille ut de som bør gjennomgå praktisk kjørevurdering eller kjøretest i simulator og for å forutsi kjøreproblemer hos eldre bilførere. Testene som er anbefalt i den norske førerkortveilederen, ble vurdert blant dem som var egnet til dette formålet.

I rapporten fra den australske metaanalysen blir det vist til at selv om eldre bilførere har vesentlig høyere ulykkesrisiko enn yngre bilførere, er det ikke kostnadseffektivt å gjennomføre praktisk kjørevurdering på vei med alle bilførere over en bestemt alder. Det er derfor mer hensiktsmessig å forsøke å finne frem til dem som har en kognitiv svikt, som gjør at de bør gjennomgå en praktisk vurdering av kjøreevnen. Det understrekes at det ikke er enighet om hvilke kognitive evner som bør bli vurdert eller hvilke tester som er best egnet til dette formålet.

I vår rapport fra februar 2019 viste vi også til en studie av Meuleners et al, Motor Vehicle Crashes and Dementia, 2016 som sammenliknet hyppigheten av bilkollisjon for to grupper av bilførere over 50 år. Den ene var en gruppe med demensdiagnose, den andre uten. Sammenlikningen omfatter en tre års periode før og etter diagnostiseringen av demens ved en sykehusavdeling. I gruppen av bilførere som senere fikk demensdiagnose, var 43% involvert i kollisjon i løpet av 3-års perioden før diagnosen ble stilt, mot 30% i kontrollgruppen. Det er ikke beskrevet hvor alvorlige eller omfattende ulykker som inngår i vurderingen.

Etter at diagnose var stilt, hadde de med demensdiagnose 93% lavere kollisjonsrisiko, sammenliknet med kontrollgruppen. Dette har trolig sammenheng med at den gruppen som har fått demensdiagnose etter utredning på sykehus, har så omfattende demenssykdom at de i liten grad fortsetter å kjøre bil. Utfordringen i forhold til personer med demenssykdom ligger derfor i

å informere og begrense kjøreaktiviteten for personer som har demenssykdom i lettere grad, og som er i ferd med å miste ferdighetene til å kunne føre bil på trygg måte.

Dette gir holdepunkter for at det har en verdi å finne fram til bilførere med kognitiv svikt, både for å bidra til å redusere trafikkrisiko og dessuten bidra til at de samme personene følges opp for sykdommen.

Førerkortveilederen er på linje med den australske anbefalingen om å forsøke å finne fram til dem som har en kognitiv svikt, og gjøre en bredere vurdering av dem, inkludert vurdering av kjøreevnen der det er grunnlag for å innhente kunnskap om dette, før legen konkluderer. I denne sammenheng er det relevant å bruke de samme testene som i dag er anbefalt av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og i Førerkortveilederen.

Kjørevurdering

Kjørevurderingen foretas etter henvisning fra fylkesmannen og gjennomføres av Statens vegvesen med spesielt utdannede sensorer. Årlig foretar etaten ca. 2000 slike vurderinger. Kjørevurderingen har hovedvekt på trafikksikkerhet.

Kjørevurdering på bakgrunn av helse og førerlighet tar ca. 90 minutter, noe kortere tid brukes dersom kun synet skal vurderes. Denne tiden inkluderer, i tillegg til selve kjøringen, tid for før- og ettersamtale med kandidaten. I tillegg kommer saksbehandlingstid, slik at Statens vegvesen avsetter tilsvarende 2 førerprøvetimer pr. vurdering. En førerprøvetime er kostnadsberegnet til kr. 1070,- etter Finansdepartementets retningslinjer for kostnadsriktige gebyrer.

Kjørevurdering er kostnadsfritt for kandidaten, Statens vegvesen dekker i dag kostnadene.

Kandidaten må imidlertid dekke utgifter til bil hvor det kreves dobbelt pedalsett. Dette tilbys av trafikkskolene for ca. 2 500 kr.

Vurdering

Alternative tester og arbeidsmåter

Etter søk i litteraturen og etter drøfting med representant for det ledende kliniske fagmiljøet på området, overlege Anne Brækhus ved nevrologisk avdeling og Hukommelsespoliklinikken, Geriatrisk avdeling, OUS, er vi ikke kjent med noe fagmiljø/land som har eller benytter andre tester med testegenskaper som på enkel og pålitelig måte skiller ut testpersonene som er skikket, eller som ikke er skikket, til å føre bil.

Et alternativ kunne være at flere personer henvises til vurdering av spesialist, som del av forarbeidet til konklusjonen.

Dagens veileder (se over) sier at:

- *Ved skår i kolonnen «indikerer godkjent» er det sjelden tale om kognitiv svikt av betydning for kjøreevnen dersom det ikke kommer fram tegn til kognitiv svikt gjennom helseundersøkelsen forøvrig. Undersøkelsen av søker og opplysninger fra komparenter kan likevel gjøre at en henvisning for videre utredning bør gjøres.*
- *Ved skåring i feltet for «tvil» vil henvisning som regel være riktig tiltak for en vurdering av søkers kognitive funksjon.*

- *Ved skåring i kolonnen «indikerer svikt» vil helsekrav sjelden være oppfylt. Der samtale og komparentopplysninger likevel tyder på tilfredsstillende kjøreatferd hos søker, bør søker henvises til nevropsykologisk testing.*

Dersom en setter et lavere skår for testfunn som "indikerer tvil" og "indikerer svikt", vil det kunne føre til at flere bilførere henvises til vurdering i spesialisthelsetjenesten. Det vil kunne gi en bedre sikring for vurdering av kjøreevne hos enkelte, men forutsetter økt kapasitet ved geriatrike poliklinikker, hukommelsespoliklinikker og adgang til nevropsykologiske vurderinger.

Det er i dag for liten kapasitet i de aktuelle spesialistmiljøene til å kunne gjennomføre testing av førerkortinnehavere i større utstrekning enn i dag, uten at det vil gå på bekostning av andre oppgaver. Dersom det er ønskelig å la spesialisthelsetjenesten gjennomføre mer tester av om helsekrav til førerkort er oppfylt, vil det måtte tilføres mer ressurser. Fastlegene vil imidlertid fortsatt måtte gjøre en vurdering av om en førerkortinnehaver skal henvises til spesialistvurdering. Helsedirektoratet anser at dette innebærer at fastlegen først må gjennomføre de aktuelle testene ved mistanke om kognitiv svikt for å kunne vurdere om henvisning til ytterligere testing er aktuelt.

Vurdering av kognitiv funksjon hos bilførere med minoritetsbakgrunn

Krav til helseattest og eventuell utredning av kognitive funksjoner kan by på en spesiell utfordring for personer som mangler lese- og skriveferdigheter på norsk. Det foreligger ikke noe enhetlig testinstrument for denne gruppen. Ved vurdering av bilførere i denne gruppen kreves tilpassede utredningsverktøy og løsningen må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Bilførere som skal vurderes med tanke på kognitive funksjoner i denne gruppen, bør vurderes i spesialisthelsetjenesten

Praktisk kjørevurdering

Som påpekt i rapporten levert i februar 2019, brukes vurdering av praktiske kjøreferdigheter i mange tilfeller som et supplement til vurdering og testing på legekontoet. Det kan gi nyttig tilleggsinformasjon, men er ikke uten videre en "gullstandard". Er kjøreruten vanskelig, risikerer man at flere vil bli bedømt som uskikket uten at det er reelt grunnlag for det. En studie i regi av Transportøkonomisk institutt (TØI) viste at ca. 50 prosent av friske eldre bilførere ble vurdert som for dårlige bilførere ut fra vurderingen av praktiske kjøreferdigheter. På den annen side vil ikke kjørevurdering alltid fange opp en bilfører som ikke burde kjøre.

Det har vært tilfeller der pasienter har klart seg tilfredsstillende på testing av kognitiv funksjon, men der de faller ut på praktisk kjørevurdering. Det kan ha sin forklaring i at de har nedsatt eksekutiv funksjon, som er en funksjon som det ofte ikke testes tilstrekkelig for, delvis fordi det mangler tester som fanger opp disse symptomene i tilstrekkelig grad.

Den australske metaanalysen fra 2009, omtalt ovenfor, pekte på at det ikke er kostnadseffektivt å innføre praktisk kjørevurdering for alle eldre bilførere ved fornyelse av førerkortet etter en viss alder. Kognitive tester kan imidlertid bidra til å skille ut hvilke bilførere som bør gjennomgå en praktisk vurdering av kjøreevnen.

Skal antallet kjørevurderinger økes, er det et ressurs spørsmål for Statens vegvesen. Det er uansett av flere årsaker ikke realistisk å ha en ordning der samtlige eldre gjennomgår kjørevurderinger. Økt bruk av kjørevurdering som supplement til undersøkelse hos fastlege og/eller i spesialisthelsetjenesten, er imidlertid et alternativ som kan vurderes.

Nye metoder, forskning

Ingen av de kognitive testene som brukes i dag er utviklet spesifikt for å vurdere førerevne. Testene er likevel funnet egnet både her i landet og i andre land, som en del av undersøkelsen av kognitiv funksjon og kjøreferdigheter. Forutsetningen er at testene ikke benyttes alene, men inngår i en samlet vurdering av funn og opplysninger om pasienten. Utvikling av nye metoder krever forskning og tid til både utvikling og utprøving nasjonalt/internasjonalt. Se forslag under vurdering og konklusjon.

Legens rolle

Det har vært stilt spørsmål ved når en lege skal gjennomføre kognitiv testing ved vurdering av om bilførere oppfyller helsekravene til førerett. Om en tar utgangspunkt i at personer med kognitiv svikt bør fanges opp av legen, eventuelt for videre utredning, må legen også kunne gjennomføre testingen ut fra eget faglig skjønn. Kognitiv svikt utvikler seg gradvis. Risikoen for å forårsake en trafikkulykke er størst i de siste 2-4 årene mellom tidlig tegn og åpenbar sykdom. Det taler for at leger fortsatt skal ha anledning til å foreta kognitive tester, med tilleggsvurderinger etter anbefalingene i Førerkortveilederen, før det er åpenbart at bilføreren er dement. Dersom det ikke skal være anledning til å teste personer før det er åpenbare tegn på kognitiv svikt, vil det ha liten verdi å gi legen ansvar for testing med tanke på skikkethet til å føre bil.

Legens vurdering av kognitiv svikt skal være forsvarlig, og i utgangspunktet basere seg på mer enn opplysninger fra bare én kilde eller én metode. De mest krevende vurderingene er i de tilfellene der legen har mistanke om kognitiv svikt uten klare tegn. I situasjoner der legen er i tvil, må legen skaffe seg grunnlag for å komme fram til en konklusjon. Avklaringen kan skje gjennom bruk av anerkjente tester, eventuelt med tillegg av opplysninger fra pårørende (krever samtykke fra pasienten) eller ved å henvise til spesialisthelsetjenesten. De vanligste avdelingene i spesialisthelsetjenesten kan være organisert under ulike navn som hukommelsespoliklinikk, geriatrisk poliklinikk og demenspoliklinikk. Førerkortveilederen omtaler i første rekke henvisning til nevropsykolog, men også annen spesialistkompetanse kan være relevant ved vurderingen.

Flere allmennleger har tatt til orde for at det bør være obligatorisk med kognitiv testing av personer som ber om helseattest for førerkort. Legen er i utgangspunktet pasientens hjelper. Begrunnelsen for å gjøre testene obligatoriske er blant annet at det kan være vanskelig å oppdage begynnende kognitiv svikt uten å gjennomføre tester. Det vises videre til at obligatoriske tester kan virke mindre stigmatiserende, fordi man unngår at legen må ta en beslutning om kognitiv testing. Det gjør oppgaven enklere for legen og mindre belastende i forhold til pasienten.

De entydige funnene om at dagens tester ikke egner seg til screening (undersøkelse av alle), men bør brukes ved mistanke, taler mot å innføre et obligatorisk krav til kognitiv testing av alle. Vi mener at alternativet bør være å øke den alminnelige informasjonen om ansvaret ved å ha førerkort og at legen har en rolle som skal ivareta trafikksikkerhet for både pasienten og medtrafikanter.

Konklusjon

Arbeidsmetodene for å vurdere kognitiv svikt har mange likhetstrekk med metodene som benyttes i landene vi ofte sammenlikner oss med. Vitenskapelige studier har vist at kognitive tester alene ikke egner seg for screening, men at de kan benyttes sammen med andre vurderinger (kjennskap til pasienten, undersøkelser og annen informasjon). Når legen har utfra kjennskap til pasienten eller andre opplysninger har mistanke om kognitiv svikt, anbefaler Helsedirektoratet fortsatt bruk av testene nevnt i Førerkortveilederen.

Utvidet adgang til vurdering i spesialisthelsetjenesten vil kreve økte ressurser. Det må vurderes om en utvidet ressurs i geriatrien skal gå til vurdering av førerkort eller til medisinsk vurdering og behandling av eldre.

Leger må ha anledning til å undersøke pasienter som viser tidlig tegn på kognitiv svikt. Dersom en person nekter å la seg vurdere med kognitive tester og legen mener det er behov for å foreta testing for å kunne vurdere om helsekravet til førerkort er oppfylt, må legen vurdere om det er grunnlag for å melde fra til Fylkesmannen. Manglende medvirkning vil være et moment i vurderingen sammen med andre opplysninger og kjennskap til pasienten.

Utvikling av nye metoder vil kreve forskning. Se svar til tredje kulepunkt

Det bør utvikles informasjon til publikum og bilførere om ansvaret som følger med å føre bil, og om legenes rolle.

Administrative/økonomiske kostnader av ulike alternativer

I vurderingen av andre metoder som kan avdekke kognitiv svikt, er det pekt på økt bruk av praktisk kjørevurdering i tillegg til gjennomføring av kognitive tester der det er mistanke om kognitiv svikt.

Opplysninger fra Statens vegvesen viser at kjørevurdering på bakgrunn av helse og førerlighet vanligvis tar ca. 90 minutter. I tillegg kommer saksbehandlingstid, slik at Statens vegvesen avsetter tilsvarende 2 førerprøvetimer pr. vurdering. En førerprøvetime er kostnadsberegnet til kr. 1070,- etter Finansdepartementets retningslinjer for kostnadsriktige gebyrer. Kjørevurdering er kostnadsfritt for kandidaten, Statens vegvesen dekker i dag kostnadene. Kandidaten må imidlertid dekke utgifter til bil hvor det kreves dobbelt pedalsett. Dette tilbys av trafikkskolene for ca. 2 500 kr.

I 2018 ga fylkesmannen tilrådning om inndragning av førerkortet på grunnlag av kognitiv svikt for ca. 2500 personer. Dersom alle skulle ha vært testet i spesialisthelsetjenesten ville det ha ført til en betydelig økt belastning på denne delen av helsetjenesten. Om en tar høyde for framskrivningen fra SSB vil det utgjøre mellom 5000 og 7000 personer i 2040.

Til oppdragets kulepunkt 3

- **presisere kunnskapsgrunnlaget for bruk av helseattester for å øke trafikksikkerheten for aldergruppen over 80 år, og å komme med forslag til hvordan kunnskapsgrunnlaget kan økes**

Bakgrunn

Trafikksikkerhet er avhengig av flere faktorer, både vei, kjøretøy og fører. Vi har sett nærmere på tiltak rettet mot fører for å øke trafikksikkerheten.

Helsevurdering

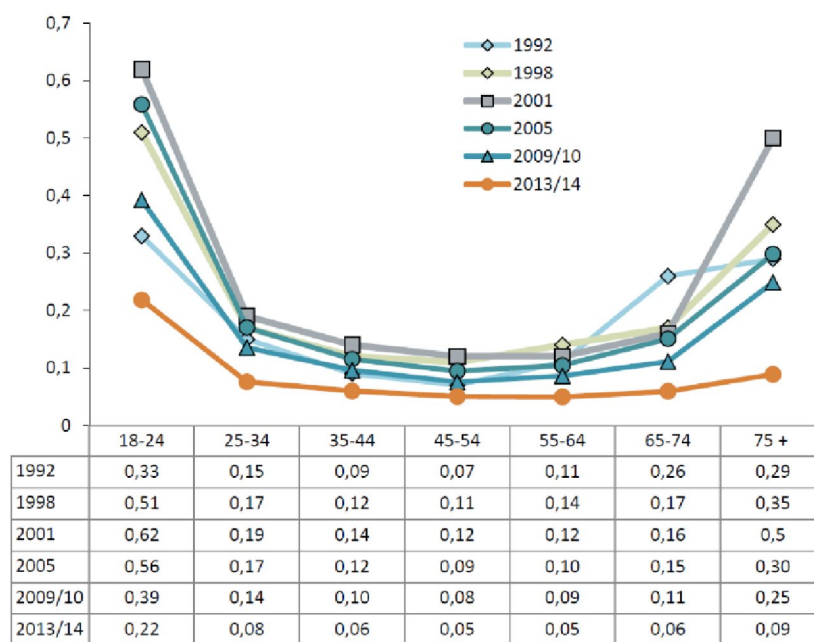
Kunnskapsgrunnlaget for bruk av helseattester ble utredet i rapporten Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år. Under arbeidet med rapporten ble det gjennomført et litteratursøk, og relevant litteratur om forskning og undersøkelser på sammenhengen mellom screening og trafikksikkerhetsrisiko ble gjennomgått. Se informasjon og vurdering under kulepunkt 2.

I rapporten er det pekt på at flere land har valgt å gå bort fra kravet om obligatorisk helseattest for alle, herunder Danmark og Sverige. De fleste EU-land har likevel krav til aldersbestemte medisinske tester for eldre bilførere. Helsepersonell har i ulik grad plikt til å melde fra dersom en person ikke fyller helsekravene til å føre bil.

Helsedirektoratet og Vegdirektoratet kom etter en samlet vurdering med anbefaling om å heve aldersgrensen for krav til helseattest til 80 år, og at det deretter kunne gis helseattest for inntil to år av gangen.

Ulykkesrisiko

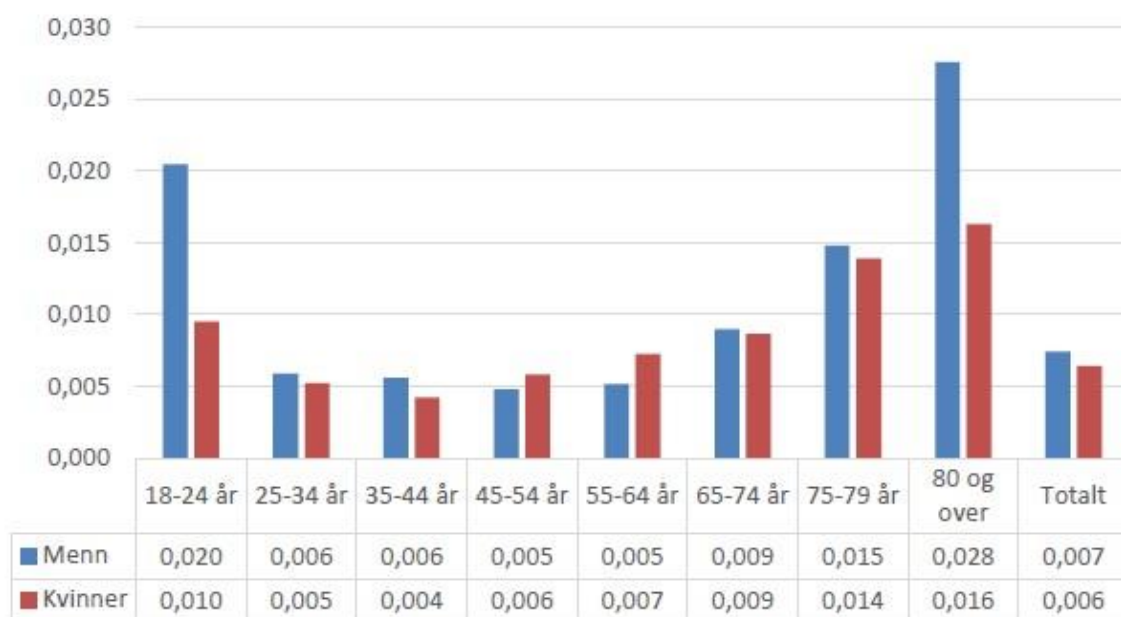
Nyere data for utvikling av ulykkesfrekvens og relativ risiko for personskade viser at gruppen bilførere over 75 år har hatt en vesentlig reduksjon i antall drepte og skadde personbilførere i denne perioden. For bilførere over 65 år var relativ risiko redusert fra 1,228 i 2001 til 1.039 i 2013/2014



Personbilførere drept eller skadd per million personbilkilometer fordelt på alder i 1992, 1998, 2001, 2005, 2009/10 og 2013/14

Ifølge trafikkforsker Rune Elvik ved Transportøkonomisk institutt hadde førere over 65 år 70 prosent høyere personskaderisiko i trafikken i 1992 enn førere under 65 år. I 2014 var denne forskjellen redusert til knapt 4 prosent. Han påpeker imidlertid at hvis man gjør en finere inndeling i aldersgrupper, viser det seg at de aller eldste førerne fortsatt har høyere risiko enn andre førere.

En oversikt fra Statistisk Sentralbyrås reisevaneundersøkelse fra 2013/2014 viser en markant økning i antall drepte eller hardt skadde personbilførere per million personkilometer fra 80 års alder og oppover, spesielt blant menn. Menn har samtidig mer tilgang til bil i høy alder enn kvinner.



Personbilførere drept eller hardt skadd per million personkilometer i 2013/14 fordelt på aldersgruppe og kjønn. Offisielle ulykkesdata fra SSB, eksponeringsdata fra Reisevaneundersøkelsen 2013/2014

I rapporten fra Helsedirektoratet og Vegdirektoratet fra februar 2019 er det påpekt at ulykkesstatistikk og beregnet ulykkesrisiko ved ulike sykdommer og aldersgrupper ikke omfatter bilførere som av ulike grunner har sluttet å kjøre bil, enten det skyldes at de ikke har fått helseattest ved fornyelse av førerkortet, at førerkortet har blitt inndratt eller at de selv har valgt å slutte å kjøre bil.

Det finnes ikke noen oversikt over hvor mange som får avslag på helseattest hos legen og hvor mange som selv velger å ikke fornye førerkortet, eventuelt etter råd fra lege eller av andre grunner. En oversikt fra Statens vegvesen viser imidlertid at med høyere alder øker andelen som bare får fornyet førerkortet for ett år av gangen, selv om de etter førerkortforskriften kunne fått inntil to eller tre år. Det betyr at legen anser at det er usikkert om helsekravene vil være oppfylt i mer enn ett år fremover, og at det grunn til å gjennomføre en ny helseundersøkelse om ett år.

Statistikk over fornyelser av førerkort før aldersgrensen ble hevet fra 75 til 80 år, viser at ved 78 års alder fikk 93 prosent av de som fornyet førerkortet, to års varighet, som var maksimal varighet for aldersgruppen. Ved 80 år sank andelen som fikk to års varighet, til 83 prosent, og ved 82 års alder var andelen sunket til 72 prosent. De øvrige fikk ett års varighet.

Det vises ellers til informasjon under punkt 2 ovenfor angående forekomst av demens. Blant personer over 80 år har 20 prosent demens. Sykdommen er for øvrig betydelig underdiagnostisert.

Av innlagte på sykehjem har 85 prosent demens, men bare 50 prosent har fått diagnosen før innleggelse, opplyser overlege Anne Brækhus ved Hukommelsesklinikken ved OUS.

Helseattest er mer enn kognitiv funksjon

I den offentlige debatten om krav til helseattest for alle bilførere over en bestemt alder har det i stor grad vært fokusert på testing av kognitiv funksjon. En del av undersøkelsene om eventuell sammenheng mellom screening og ulykkesrisiko har også fokus på kognitiv testing.

Ved utfylling av helseattesten er det imidlertid en rekke forhold som skal vurderes, herunder syn, førlighet, hjertefunksjon og at det ikke benyttes legemidler som utgjør en trafikk sikkerhetsrisiko. Med økende alder er det høyere risiko for helsesvekkelser som kan utgjøre en trafikk sikkerhetsrisiko.

To og tre tilrådninger fra fylkesmennene til politiet om å inndra førerkortet gjelder annen helsesvekkelse enn kognitiv svikt (statistikk fra fylkesmennene i 2018). Hvordan fordelingen er blant de som ikke får helseattest fra legen ved fornyelse av førerkortet, finnes det ikke oversikt over.

Vurdering ved mistanke om kognitiv svikt

Vurdering av om en person har tilstrekkelig kognitiv kapasitet til å føre bil må skje på grunnlag av vurdering av flere forhold. Det sentrale dilemmaet er at søkeren oftest ikke er oppmerksom på graden av egen kognitiv svikt. Fastlegen vil ofte ha kjennskap til søkeren fra tidligere kontakt, og kan benytte det som grunnlag for en første vurdering av om personens helsetilstand er endret. Ut over erfaringen fra tidligere møter benytter legen et sett av vurderinger basert på tester og informasjon fra andre, slik arbeidsmåten er i annet arbeid i møte med pasienter. De aktuelle testene er TMT A NR3, TMT B NR3, MMSE NR3 og Klokketest KT NR3. Disse og andre metoder for vurdering av kognitiv svikt er omtalt i Førerkortveilederen, publisert på Helsedirektoratets hjemmesider.

I rapporten "Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år" viste vi til en australsk metaanalyse fra 2009 som gjennomgikk 21 undersøkelser for å se på hvilke kognitive tester som var best egnet til å forutsi ulykkesrisiko blant bilførere over 55 år. Rapporten konkluderte med å vise til en rekke tester som ser ut til å være egnet for å skille ut de som bør gjennomgå praktisk kjørevurdering eller kjøretest i simulator og for å forutsi kjøreproblemer hos eldre bilførere. Testene som er anbefalt i den norske førerkortveilederen, ble vurdert blant dem som var egnet til dette formålet.

Screening av alle eldre

Det er mange som ønsker at kognitiv svikt kunne avklares ved en enkel test, som kunne gi svar på om en person er skikket som bilfører. Representanter for allmennlegene/fastlegene har gitt uttrykk for at det kan bli vanskeligere å ta opp helsesvikt hos pasienter med førerkort dersom de bare kan gjøre det ut fra bestemmelsen om meldeplikt etter helsepersonelloven § 34.

Forskning viser imidlertid at de testene vi har tilgjengelige og som brukes i land vi sammenlikner oss med, ikke er gode nok til at de kan benyttes alene som grunnlag i de vanskeligste tilfellene, når det er tvil om kognitiv svikt. Det er bakgrunnen for at Førerkortveilederen til Helsedirektoratet viser til bruk av en rekke tester og vurderinger før en kan konkludere i tvilstilfeller.

Selv om tester brukt ved undersøkelse av alle (screening) ved en gitt alder, kan påvise 60-80 prosent av de som ikke fyller helsekravene, f.eks. ved kognitiv svikt, er testene ikke gode nok til å skille ut alle som er friske nok til å kjøre bil, dersom testene brukes på en gruppe med en stor andel friske. Det fører til en del "falsk positive", dvs. personer som er friske nok til å fortsette å kjøre, men ikke skårer høyt nok på testen.

Dette er bakgrunnen for konklusjonen i rapporten "Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år"

"Kunnskapsgrunnlaget, slik vi finner det i forskning og utredninger, gir ikke holdepunkter for at krav til helseattest og screening av alle over 75 år, gir større fordeler enn ulemper med tanke på å avverge ulykker dersom en samtidig tar hensyn til at en også inndrar føreretten for et stort antall friske bilførere.

Samtidig må det legges til at det er svakheter ved forskningen på sammenhengen mellom helseforhold og trafikkrisiko. Det er mange samtidige variabler som påvirker evnen til å kjøre bil, og det er vanskelig å skille ut hver av variablene, så som individuell variasjon i helse, tidligere kjøreerfaring og kjørelengde per år. Det hører også med at utfallet ved en trafikkulykke ofte er alvorlig for eldre personer, både som bilførere, passasjerer og andre trafikanter.

Det er også mulig at de lave tallene for trafikkulykker i Norge har sammenheng med dagens rutiner med aldersbestemte helsekontroller."

Vi har ikke opplysninger, per oktober 2019, som gir grunnlag for å endre denne konklusjonen verken når det gjelder somatiske helseforhold eller kognitiv funksjon.

I rapporten ble det anbefalt å opprettholde kravet til helseattest, men å heve aldersgrensen for krav til helseattest til 80 år. Vurderingene som ble gjort og grunnlaget for anbefalingen, fremgår av rapporten. Aldersgrensen ble hevet ved endring av førerkortforskriften i juni 2019.

Etterprøving av erfaring etter innføring av nye alderskrav for helseattest fra 2019

Det er for tidlig å vurdere effekt og andre konsekvenser etter at kravet til helseattest ble endret i juni 2019. Det er aktuelt å vurdere erfaringene etter 3-5 år og det bør forberedes et evalueringsopplegg for gjennomgang av endringen, herunder også om det fortsatt skal være et aldersbestemt krav til helseattest ved fornying av førerkort og fra hvilken alder.

En evaluering bør omfatte innvirkning på ulykkesrisiko knyttet til helseforhold i aldersgruppen 75 til 80 år, der krav til helseattest er bortfalt, og utviklingen i aldersgruppene over 80 år. Det bør samtidig legges til rette for en mer spesifisert aldersinndeling ved vurdering av ulykkesrisiko knyttet til helseforhold, f.eks. med inndeling i aldersgruppene 80-85, 85-90 og 90+. Det er en svakhet ved mange av undersøkelsene som finnes i dag at de opererer med "Eldre" som en gruppe på 65+.

Informasjon til bilførere, publikum og helsepersonell

I rapporten "Alternative ordninger til krav om helseattest for bilførere over 75 år" ble det også tatt opp at det kan være noe å vinne ved å legge mer vekt på informasjon til publikum. Uavhengig av aldersgrense eller eventuelt bortfall av krav til helseattest, ble det anbefalt å legge betydelig mer vekt på informasjon, spesielt rettet mot bilførere, pårørende og helsepersonell.

Bilføreren har det primære ansvaret for å vurdere at hun/han fyller helsekravene og er skikket til å kjøre bil, jf. vegtrafikkloven § 21. Etter førerkortforskriften vedlegg 1 § 2 har førerkortinnehaver plikt til å oppsøke lege før videre kjøring, dersom han eller hun er i tvil om helsekravet er oppfylt.

Utviklingen av demenssykdom er i de fleste tilfeller langsam, og mange av symptomene kan være vanskelig å påvise uten objektiv testing. Flertallet av pasientene med demenssykdom har liten eller ingen sykdomsinnsikt, ifølge nevrolog Anne Brækhus ved Hukommelsespoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. Liten eller manglende sykdomsinnsikt medfører at personen selv ikke anser seg som dårligere sjåfør enn han/hun har vært tidligere. Dette gjør at mange ikke slutter å kjøre på eget initiativ.

Dersom legen vil innhente komparentopplysninger, krever det samtykke fra den det gjelder. På den annen side kan pårørende eller andre melde fra til lege eller politiet om en person som ikke fyller helsekravene. Erfaringen er at dette ofte er vanskelig for pårørende, og det bør fortrinnsvis skje med åpenhet i forhold til den det gjelder.

Informasjon til helsepersonell

Leger optikere og psykologer har ansvar for å reagere og melde fra dersom bilførere ikke fyller helsekravene i mer enn seks måneder. Det er viktig at disse yrkesgruppene har enkel adgang til oppdatert informasjon om gjeldende regelverk og rutiner

I forbindelse med programmet "Digital førerett" arbeider Helsedirektoratet med å utvikle en digital helseattest med integrert beslutningsstøtte. Det vil gi legen direkte tilgang på oppdaterte bestemmelser og relevant veiledning om helsekravene under utfyllingen av helseattesten. Innebygd skjemalogikk skal også bidra til at det blir enklere å komme fram til riktig konklusjon på om helsekravet til førerett er oppfylt.

Opplæring, oppfriskningskurs

Siden 1991 har Statens Vegvesen i Vestfold arrangert "oppfriskningskurs" for eldre førere, kalt "Bilfører 65+". "Bilfører 65+" er et landsdekkende, frivillig tilbud til alle bilførere over 65 år. Hensikten med kurset er å bevare eldre bilføreres bevegelsesfrihet (mobilitet) og å redusere risikoen for ulykker. Tiltaket er vurdert av Transportøkonomisk institutt som publiserte resultatet i rapport 841/2006. Fra sammendraget siteres:

Effekten av kurset "Bilfører 65+" ble evaluert blant bilførere over 65 år. Blant kursdeltakerne er risikoen for trafikkulykker redusert med anslagsvis 22 prosent ett år etter kurset, sammenlignet med førere som ikke har tatt kurset. Reduksjonen var imidlertid ikke statistisk signifikant, og kan dermed skyldes tilfeldige svingninger i ulykkestall. Hvis man tar utgangspunkt i at kurset reduserer ulykkesrisikoen med 22 prosent, er nytteverdien ved kurset beregnet å være tre

ganger større enn kostnadene. Kurset synes å ha liten betydning for eldres bruk av bil og synes heller ikke å bidra til mindre opplevd usikkerhet når de ferdes i trafikken.

Vurdering

Etter en vurdering av en rekke forhold knyttet til screening og ulykkesrisiko, ble det i rapporten i februar 2019 anbefalt å opprettholde kravet til helseattest, men heve aldersgrensen for krav til helseattest til 80 år. Dette ble vedtatt ved endring av førerkortforskriften i juni 2019. Det er ikke kommet nye opplysninger som tilsier en annen vurdering i dag.

Vi anbefaler at det gjennomføres en evaluering etter 3-5 år av effekt og konsekvenser av heving av aldersgrensen til 80 år. En evaluering bør omfatte innvirkning på ulykkesrisiko knyttet til helseforhold for aldersgruppen 75-80 år og for aldersgruppene over 80, samt endringen fra to til tre års intervaller for krav til helseattest for bilførere over 80 år.

Kognitiv svikt er et sammensatt fenomen og kan ha mange former. Det kommer også gradvis Internasjonal forskning som viser at det ikke foreligger en enkelt test som kan benyttes alene for vurdering av kognitiv svikt. Alle land det er naturlig å sammenlikne seg med benytter derfor et sett av tester for vurdering av kognitiv svikt. Ulykkesrisikoen i trafikken har falt markert de siste årene, og det gjelder også eldre bilførere. Kognitiv svikt er en av flere årsaker til at eldre har økt ulykkesrisiko. Andre sykdomsforhold og økt sårbarhet på grunn av aldersforandringer er også medvirkende til økt risiko for ulykker hos eldre trafikanter, inkludert bilførere

Selv om hver enkelt kognitiv test ikke er egnet som screeningmetode for å avdekke redusert sikkerhet i trafikken, har vi kunnskapsgrunnlag for å benytte de kognitive testene som er i bruk i Norge som en av flere metoder i vurdering av den samme personen, for å avklare mistanke om kognitiv svikt.

Det er likevel verdt å merke seg at de kognitive testene som benyttes er utviklet for andre formål enn å vurdere trafikksikkerhet hos eldre. Det er derfor grunn til å etterspørre et bredt nasjonalt eller internasjonalt forskningsprosjekt for å øke kunnskapsgrunnlaget og finne fram til et bedre alternativ enn dagens tester.

Kunnskapsgrunnlaget kan også økes ved at bilførere, pårørende og helsepersonell er mer informert, både om risiko og ansvar for ikke å kjøre bil ved tegn til kognitiv svikt. Det stilles store krav til utforming av slik informasjon. For enkelte pårørende kan det være belastende å bli pålagt for mye ansvar med hensyn til om en eldre bilfører skal kunne fortsette å kjøre. Det er også et faktum at mange ikke har pårørende, som vil kunne ta initiativ til å få en eldre bilfører til å oppsøke lege for vurdering eller bestemme seg for å avslutte kjøringen.

Det pågår arbeid som skal føre til at legene får integrert veiledning om bruk av kognitive tester samtidig som de fyller ut skjema for helseattest i det elektroniske journalsystemet.

En kan øke presisjonen av kognitiv testing dersom allmennlegene kunne henvise alle personer med tvil til vurdering i spesialisthelsetjenesten. Se vurdering av dette under svar til kulepunkt 2

Opplæringstiltak, som gjennomført i Bilførere 65+ kan utvides til å omfatte et tilbud til alle som passerer 65 år

Konklusjon

Det foreslås et forskningsprosjekt for å utvikle kognitive tester som er mer egnet for vurdering av trafiksikkerhet, enn de testene vi har i dag. Det bør vurderes om et slikt forskningsprosjekt kan gjennomføres i samarbeid med andre land.

Det foreslås en evaluering etter 3-5 år av endringene i krav til helseattest som trådte i kraft i juni 2019.

Det utvikles informasjonstiltak om konsekvensen av kognitiv svikt for bilførere, rettet mot bilførere, pårørende og helsepersonell

Det bør vurderes å utvide av tilbudet med Bilfører 65+

Administrative og økonomiske konsekvenser

Forskningsprosjekt for å utvikle nye metoder for kognitiv testing vil anslagsvis koste minst 10 millioner kroner. Tiltaket vil ikke medføre administrative kostnader før det foreligger et resultat som skal følges opp.

Kostnadene til økt informasjon til bilførere, pårørende og helsepersonell har ikke en faste ramme, men det bør avsettes fra 1 til 10 millioner per år. Den administrative oppgaven kan legges på direktoratsnivå.

Kostandene til å øke tilbud gjennom Bilfører 65+ er kjent i Vegdirektoratet

Synsutvikling ved økende alder

Norges Optikerforbund takker for spørsmålene rundt trafikk og syn hos eldre, og ønsker å belyse spørsmålene rettet av Trine Hesdevik Paulsen via publisert og annen dokumenterbar kunnskap innen feltet.

Hvordan er øyehelsen i den eldre befolkningen?

Når man diskuterer syn og øyehelse hos eldre personer bør man skille naturlige endringer på grunn av alder fra øyesykdom. Det er kjent at det er vanskelig for den enkelte å vurdere egen synsfunksjon. Enkeltmennesker kompenserer gjerne for synstap, spesielt hvis en er bevisst egen synsfeil. Personer som er gjort kjent med at de har redusert syn vil ha større forutsetninger for å tilpasse seg omgivelsene. Dette gjelder også i trafikken.

Naturlige synsendringer:

Synsfunksjonen endres gjennom hele livet. Presbyopi (problemer på nært) merkes av de fleste fra 40 års alder. Presbyopi påvirker normalt i liten grad bilkjøring, utover eventuelle problemer med å se/lese instrumenter/dashbordet i bilen.

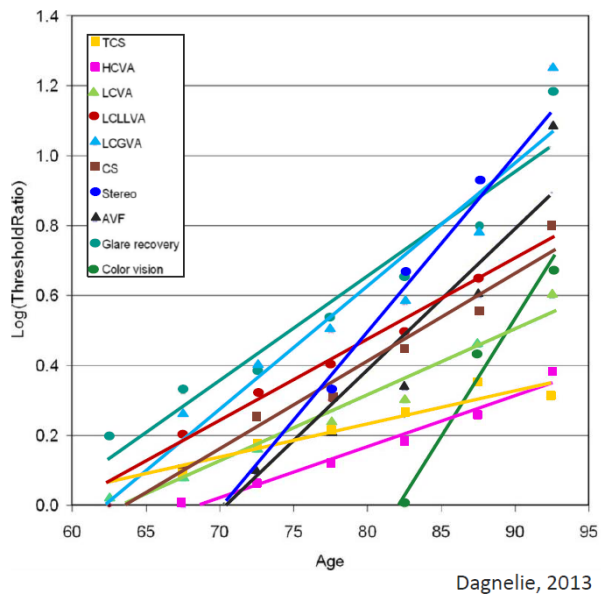
Fra 60-års alder skjer det derimot ulike endringer som påvirker synsfunksjonen negativt, generelt og relatert til bilkjøring.

I artikkelen «Age-related Psychophysical Changes and Low Vision» (1) med hovedforfatter Gislin Dagnelie er det laget en oversikt som viser redusert sensitivitet/funksjonalitet innen flere synsrelaterte funksjoner som også påvirker vår evne til å kjøre bil:

- Redusert temporal kontrastsensitivitet
- Svekket synsstyrke (høykontrast, en del av dagens helsekrav)
- Redusert lavkontrast synsstyrke (kontrastsensitivitet er en del av dagens helsekrav)
- Svekkelse i lavkontrast synsstyrke i dårlig lys
- Svekkelse i lavkontrast synsstyrke i blindingssituasjoner
- Redusert stereosyn
- Negative endringer delen av synsfeltet vi klarer å ha oppmerksomhet innen (Tilsvaret det som ofte betegnes «Usefull field of view» OBS – tilsvaret ikke direkte målt synsfelt som det er krav til i dagens helsekrav)
- Redusert evne til å normalisere syn etter å ha blitt utsatt for blinding
- Endret og svekket fargesyn

Se artikkelens figur 1 og se avsnittet «Vision Changes in Normal Vision».

Ulike synsfunksjoner og alder



Age-related Psychophysical Changes and Low Vision:
Grafene viser økning av ulike synsrelaterte utfordringer mot alder.

Endringene i disse ulike synsfunksjonene slår inn på ulike alderstrinn. Alle utenom fargesynsendringer har inntreden før fylte 75 år. Synsstyrke er ut fra figuren et element som endres i liten grad, men er ofte funksjonen som får størst oppmerksomhet i førerkortvurderinger.

Husk at grafen er logaritmisk, noe som betyr at synstapet ikke er lineært, men øker eksponentielt.

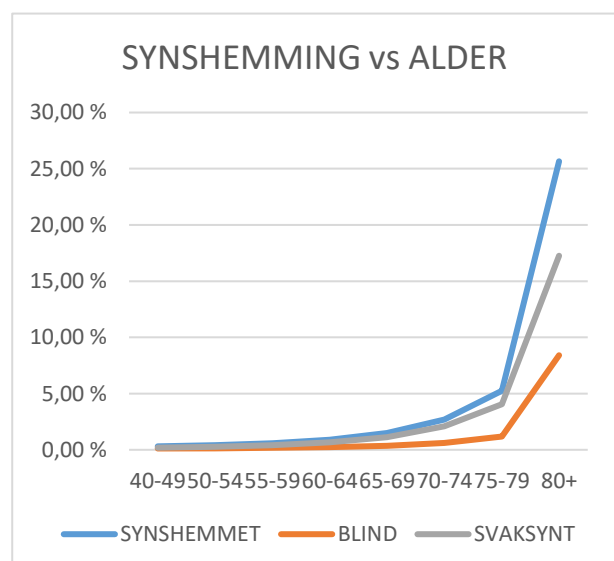
Artikkelen poengterer at det er store individuelle forskjeller. Eldre kan ha syn som en 30 åring, men de kan også ha svært svekket syn uten at dette assosieres med sykdom eller skade.

Gislin Dagnelie viser til at de fleste studier finner en sammenheng mellom kjøreevne og alder, men at rollen synet har i denne sammenheng ikke fremgår like tydelig i alle studier.

Grafen viser tall fra the National Eye Institute (NEI) 2010 (<https://nei.nih.gov/eyedata>) som syn som funksjon av alder.

Det er viktig å være klar over at definisjonen av synshemming i NEI visusmessig sammenfaller med krav til førerkort i Norge: 0,5.

Det skjer en markert endring i befolkningen etter fylte 75 år.



Hvilke øyetilstander er hyppigst forekommende?

Bruker en «Eldrehelseatlas for Norge» (2) som utgangspunkt finner en disse øyetilstander beskrevet:

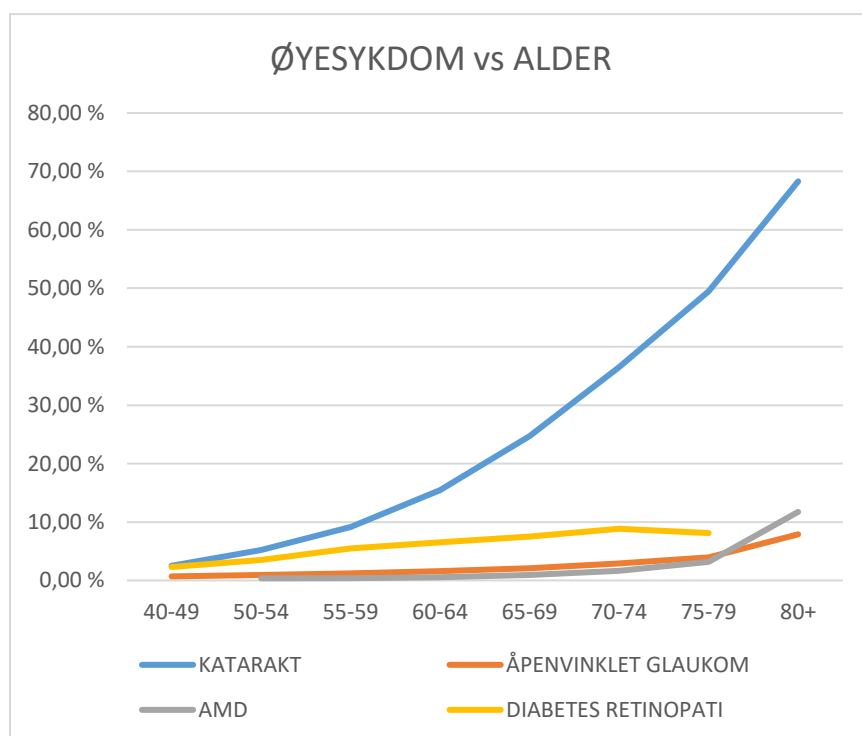
- Katarakt
- Aldersrelatert maculadegenerasjon
- Diabetes retinopati
- Blodpropp i øyet

Norsk oftalmologisk forening (øyelegeforeningen) har i sin KONUS-rapport (3) beskrevet følgende øyesykdommer:

- Aldersrelatert maculadegenerasjon
- Katarakt
- Glaukom
- Diabetes
- Overflatetilstander (sår/uregelmessigheter øyets overflate)
- Karokklusjoner

Det er vanskelig å finne sammenliknbare tall for de ulike mest normale øyesykdommene i Norge, som kan sammenstilles i en enkel graf for å gi et visuelt bilde av økning versus alder.

Det er derfor hentet ut tall fra the National Eye Institute (NEI) 2010 (<https://nei.nih.gov/eyedata>) for å kunne vise at katarakt, glaukom og aldersrelatert maculadegenerasjon er tilstander som øker kraftig i aldersgruppen 75+. Tallene for diabetes ser noe annerledes ut, blant annet fordi personer med diabetes i USA generelt er dårligere regulert og derved dør tidlig, samt at det ikke er datamateriale i like høy alder som innenfor de andre gruppene tilgjengelig på nettsiden.



Joanne Wood er en kjent forsker innen syn og trafikk. Hun har publisert flere artikler direkte relatert til problemstillingen som diskuteres i dette skrevet. I oversiktsartikkelen «Ocular disease and driving» (4) publisert i Optometry diskuterer hun trafikkpåvirkning av de viktigste øyesykdommene:

- Katarakt
- Glaukom
- Aldersrelatert maculagenerasjon
- Diabetes retinopati
- Homonym Hemianopsi (synsfeltsutfall, normalt pga slag)

Wood poengterer i sin artikkel at kjøreevnen reduseres både ut fra normale aldersendringer og på grunn av øyesykdom. Hun poengterer i sin artikkel at det er førere i høy alder som ikke tilfredsstillende synskravene til førerkort, men som likevel kjører bil.

Wood har laget noen karakteristika ut fra de ulike øyesykdommene:

Katarakt:

En del kjører uten at synet er tilfredsstillende. Førere med katarakt forteller om økende problemer i trafikken, de kjører kortere distanser og sjeldnere enn før. Disse sjåførene prøver å unngå utfordrende situasjoner som kjøring i regn, i skumring og i mørket. Personer med katarakt har en 2,5X risiko for ulykker (MVC – motor vehicle crash). Disse som har krasjet har en 8X større sannsynlighet for redusert kontrast sammenliknet med kontrollgrupper som ikke har hatt ulykker. Redusert kontrast er en følge av katarakt. Kataraktkirurgi gir en 88 prosent reduksjon i trafiksikkerhetsrisikoen.

Glaukom:

Glaukom er hovedårsaken til tap av synsfelt hos eldre. 20 prosent av de med glaukom opplever progressivt tap av synsfelt selv om de får god oppfølging og behandling. Det regnes at halvparten av de med glaukom ikke har fått noen diagnose, det vil si at de ikke er kjent med at de har tilstanden. Glaukompasienter rapporterer selv om problemer i trafikken. Dette er typisk problemer med blinding, vanskeligheter ved kjøring i mørket, vanskelig å utføre synsoppgaver som krever perifer oversikt. Kjent glaukom er den viktigste årsaken til at førere selv velger å kutte ut å kjøre bil.

Wood har forsket mye på sammenheng mellom tap av synsfelt og kjøreevne. Hun poengterer at det i kjøresimulator og ved kjøring på vei, tilsynelatende er slik at synsfelt ikke er like viktig om mange antar. Dette trolig fordi en person med kjent glaukom kan bevege øynene og hodet for å kompensere for bortfall av synsfelt, eller benytte andre visuelle strategier for å kompensere. Wood poengterer likevel at glaukom kan påvirke trafiksikkerheten for sjåfører.

Aldersrelatert maculadegenerasjon:

Tapet av sentralsyn påvirker kjøreevnen i stor grad. Sjåfører med aldersrelatert maculadegenerasjon forteller om problemer på veien og selvregulerer sin kjøreadferd. Disse unngår utfordrende situasjoner som kjøring om natten, å kjøre på ukjente steder og kjøring i rush-trafikk. Typiske adferdsendringer vil være sen oppbremsing, kjøring i sakte fart (mot fartsgrensene) og at de ikke holder veibanen. Førere med maculadegenerasjon har en større risiko for å kjøre på fotgjengere langs veien.

Diabetes retinopati:

Diabetes retinopati kan påvirke både sentralt og perifert syn. De fleste som har hatt diabetes i mer enn 20 år har en grad av diabetesretinopati. Behandling av diabetesretinopati, for eksempel fotokoagulasjon med laser, kan påvirke synsfunksjonen negativt med tap av synsfelt, redusert fargesyn – kontrastfølsomhet – mørkeadaptasjon eller økende blendingsproblemer.

Wood viser til at det er lite forskning som direkte ser på sammenheng mellom diabetes og kjøreevne. Et studie har vist sammenheng mellom retinal fortykning (pga behandling av retinopati) og kollisjoner samt det å bedømme avstander for eksempel ved rygging. Wood peker på at det kan være mer fornuftig å vurdere konsekvensen av diabetes retinopati, som endringer av synsfeltet, redusert kontrastfølsomhet eller tap av synsskarphet, i stedet for å vurdere tilstanden som en helhet.

Homonym hemianopsi:

Dette er oftest en tilstand som relateres til hjerneslag. Personer med hemianopsi (ofte betegnet på norsk samsidig hemianopsi) eller kvadrantutfall, er ut fra lovverk forhindret i fra å ha førerkort mange steder i verden. Wood påpeker at trafikksikkerhetsrisikoen ikke er dokumentert fullgodt innenfor denne gruppen. Det er dokumenter at gruppen problemer med å holde veibanen og krysser midtlinjen. Personer med denne typen utfall lager kompensasjonsstrategier og sørger for å se i sine blinde områder ved kompenserende hodebevegelser.

Joanne Wood skriver i sin konklusjon i artikkelen «Ocular disease and driving» at det er økende bevis for sammenhengen mellom øyesykdom og risiko i trafikken. Hun påpeker at ulike øyesykdommer påvirker kjøreevnen forskjellig.

Wood fremhever spesielt at eldre sjåførere kan være uvitende om synsfeil da disse ofte kommer gradvis og ikke er lett å oppdage selv uten at andre gjør dem oppmerksom på dette, for eksempel under en synsundersøkelse.

Wood skriver også at reduksjon i synsstyrke trolig påvirker førerevnen i liten grad hvis kontrastfølsomheten opprettholdes. Hun peker på kontrastsensitivitet, synsfelt, evnen til å oppfatte fart, visuell oppmerksomhet og evnen til å oppdage objekter i bevegelse som viktigere en høykontrastvisus.

Vedlagt ligger to andre artikler Joanne Wood har skrevet: «Driving and vision» (5) og «Older drivers: Implications of visual changes with age» (6). Innholdet i disse artiklene har delvis overlapp med informasjonen allerede gitt. Men de belyser problemstillingen fra ulike sider og viser til noen andre tall og fakta som gir grunnlag for argumentasjonene.

«Driving av vison» (5) er en noe enklere sammenstilling da dette er en oversiktsartikkel som en del av en faglig serie etterutdanningsartikler for optikere. «Older drivers: Implications of visual changes with age» (6) er mer å regne som en populærvitenskapelig artikkel, og er dermed skrevet i enklere former og er mer lettfattelig og konkret.

Effekt av obligatorisk helseattest:

Norge er et av verdens mest trafikksikre land. Grunnen til dette er sammensatt. Det er stor oppmerksomhet rundt ulike tiltak for å sikre enda bedre trafikksikkerhet, blant annet ved endring og bedring av vei, sikre kjøretøy, det å skille myke og harde trafikanter mm.

EU har via direktivene 2006/126/EF og 2009/113/EC pekt på ulike synsmessige forhold de ulike medlemslandene i EØS-området skal være oppmerksomme på.

2009/113/EC har følgende viktige prinsipp:

All applicants for a driving licence shall undergo an appropriate investigation to ensure that they have adequate visual acuity for driving power-driven vehicles.

*Where there is reason to doubt that the applicant's vision is adequate, he/she shall be examined by a competent medical authority. At this examination attention shall be paid, in particular, to the following: **visual acuity, field of vision, twilight vision, glare and contrast sensitivity, diplopia and other visual functions that can compromise safe driving.***

Sett i lys av at nært alle over 75 år har endringer innenfor ett eller flere av de angitte områdene i EU-direktivet er det rart å tenke seg at Norge som arbeider for 0-visjonen samtidig går bort fra obligatorisk helsekontroll av sjåførere over 75 år. Vi er villige til å gjøre store fysiske inngrep på vei og kjøretøy, men vurderer å overlate ansvar for helse til hver enkelt. Også synet, som er svært viktig som sjåfør. En sans som er vanskelig for mange å vurdere.

I artikkelen «The impact of a Vision Screening Law on Older Driver Fatality Rates» (7) vises det til en reduksjon i trafikkkulykker blant befolkningen på 80+ etter innføring av obligatorisk synsundersøkelse. Dette taler mot en fjerning av obligatorisk helseundersøkelse i Norge, som fører til at undersøkelse av syn bortfaller.

I en undersøkelse YouGov har gjort for Norges Optikerforbund svarer fire av ti at de har opplevd farlige situasjoner i trafikken på grunn av eget eller andres dårlige syn. I en pressemelding som ble laget i denne forbindelse sier Statens vegvesen:

– Det er all grunn til å anta at dårlig syn er direkte årsak eller medvirkende faktor til veitrafikkulykker i Norge. Synet er den viktigste av alle våre sanser når vi ferdes i trafikken, og det er ikke uten grunn at det står på førerkortet om du trenger briller eller ikke for å kunne kjøre bil, sier Guro Ranes, trafikksikkerhetsdirektør i Statens vegvesen.

I artikkelen vises det til at bedre syn kunne bidratt til færre drepte og hardt skadde i trafikken. Les mer på Newswire sine nettsider: <http://www.newswire.no/art/11148>

Det er også kjent at brillebrukere slurver i trafikken, og derved skaper trafikkfarlige situasjoner. Det at folk med kjente synsproblemer velger å ikke benytte brille bak rattet indikerer at synet ikke tas på alvor. Les mer her: <http://www.newswire.no/art/11022>

Direkte spørsmål fra Helsedirektoratet:

Helsedirektoratet spør direkte om det er kunnskap om hvorvidt dagens obligatoriske helseattest for eldre medfører at synet undersøkes:

Undersøkelse av syn er en del av helseattesten, og ut fra vår erfaring undersøkes synet hos lege eller optiker i forbindelse med utfylling av attesten. Beskrivelsen av «Enkel synstest» her viser jo til en svært rask undersøkelse av brillestyrke, synsstyrke og synsfelt. Det er en generell oppfatning i optikerbransjen at mange kommer for synsundersøkelse som en konsekvens av kravene til synsundersøkelse.

Helsedirektoratet ønsker også en vurdering om at det er det grunn til å tro at eldre vil unnlate å få synet undersøkt dersom kravet fjernes?

De som har behov for individuelt tilpassede briller vil fortsette å undersøke synet som før. En fjerning av det obligatoriske kravet vil føre til at færre enn i dag undersøker synet, da dette nettopp er hovedårsaken til at noen gjør dette hos lege eller optiker. Hvor stor andelen er, er vanskelig å anslå. Tallene varierer stort i undersøkelsene på hvor mange som kjører med for dårlig syn. Det er kjent i dag at noen vegrer seg for å gå til lege eller optiker av frykt for å miste føreretten.

Helsedirektoratet ønsker informasjon fra andre land:

Her er det ulike kilder. Norge er et av de landene som tar lettest på syn og synsfunksjonen blant medlemslandene i EØS. Dette gjelder både nye søkere til førerkort og oppfølging av eksisterende sjåførere. Norge har heller ikke fulgt opp EU-direktivene slik disse er tiltenkt.

EU-rapporten «The implementation of Directive 2006/126/EC on driving licences» (8) viser dette. Det finnes andre rapporter internasjonalt som peker på det samme.

Ønskes ytterligere dybdeinformasjon kan rapporten «Sammenhengen mellom synsevne og alder» (9) skrevet av Alf Glad i Vegdirektoratet eller TØI-rapporten «Impairments, diseases, age and their relative risks of accidents involvement: Results from meta-analyses» (10) skrevet av Truls Vaa gi mer informasjon.