

Førerrett og helse blant eldre førere

Helseattest førerrett
Ved søknad om førerrett, kompetansebevis eller kjøreseddel.
Skal fylles ut av lege.

Hovednavn, fornavn og mellomnavn Fødselsnummer

Jeg er søkers fastlege.
 Eventuell annen tilknytning (vikar, behandlende spesialist o.l.).

Søkers identitet er kjent fra tidligere.
 Det er forevist [akseptabel legitimasjon](#) med navn, fødselsnummer/D-nummer og bilde.

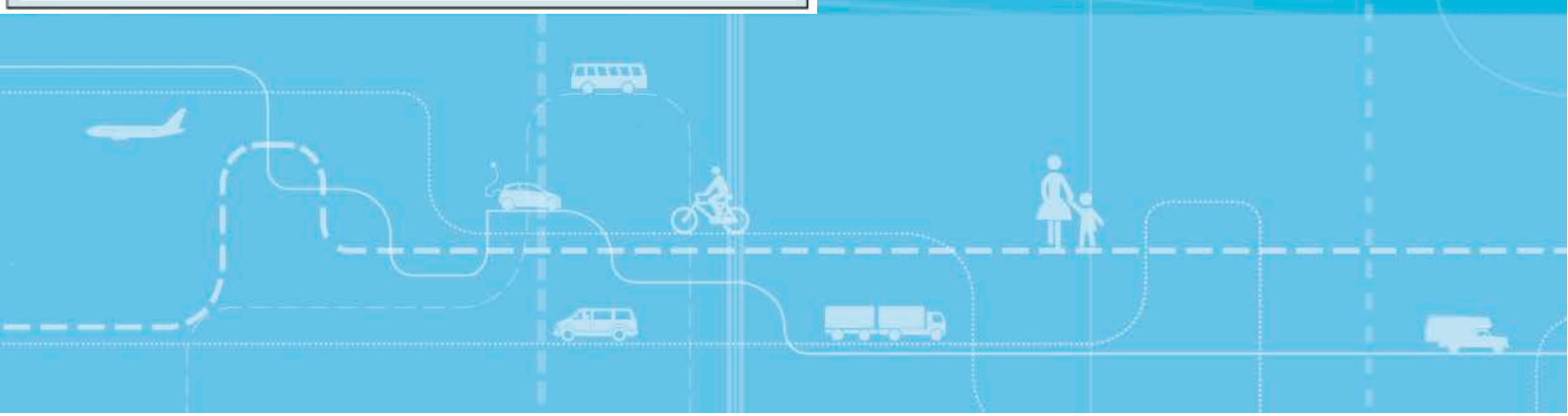
Jeg har lest søkers egenerklæring om helse.

Helseattesten gjelder

<input type="checkbox"/> Førerkort første gang	<input type="checkbox"/> Tilbakelevering	<input type="checkbox"/> Godkjenning som trafikkfører
<input type="checkbox"/> Utvidelse	<input type="checkbox"/> Utrykningskompetanse	<input type="checkbox"/> Godkjenning som førerprøvesensor
<input type="checkbox"/> Fornyelse	<input type="checkbox"/> Kjøreseddel for drosje inntil 8 passasjerer	
<input type="checkbox"/> Innbytte av utenlandsk førerkort	<input type="checkbox"/> Kjøreseddel for buss	

Førerkortgruppe

<input type="checkbox"/> Førerkortgruppe 1	<input type="checkbox"/> Førerkortgruppe 2	<input type="checkbox"/> Førerkortgruppe 3
--	--	--



Førerrett og helse blant eldre førere

Vibeke Milch
Alena K. Høye
Fridulv Sagberg

Forsidebilde: Helsedirektoratet

Transportøkonomisk institutt (TØI) har opphavsrett til hele rapporten og dens enkelte deler. Innholdet kan brukes som underlagsmateriale. Når rapporten siteres eller omtales, skal TØI oppgis som kilde med navn og rapportnummer. Rapporten kan ikke endres. Ved eventuell annen bruk må forhåndssamtykke fra TØI innhentes. For øvrig gjelder [åndsverklovens](#) bestemmelser.

Tittel: Førerrett og helse blant eldre førere

Title: Re-licensing and health among older drivers

Forfattere: Vibeke Milch
Alena K. Høye
Fridulv Sagberg

Dato: 06.2022

TØI-rapport: 1885/2022

Sider: 45

ISSN elektronisk: 2535-5104

ISBN elektronisk: 978-82-480-1930-5

Finansieringskilde: Samferdselsdepartementet

Authors: Vibeke Milch
Alena K. Høye
Fridulv Sagberg

Date: 06.2022

TØI Report: 1885/2022

Pages: 45

ISSN: 2535-5104

ISBN Electronic: 978-82-480-1930-5

Financed by: Ministry of Transport and Communications

Prosjekt: 5109 – Førerrett og helse blant eldre førere

Prosjektleder: Alena K. Høye

Kvalitetsansvarlig: Tor-Olav Nævestad

Fagfelt: 21 – Trafikksikkerhet og resiliens

Emneord: Førerrett; Eldre førere; Helseattest; Førerkortveileder; Kognitiv svikt; Fastleger

Project: 5109 – Licensing and health among older drivers

Project Manager: Alena K. Høye

Quality Manager: Tor-Olav Nævestad

Research Area: 21 – Road safety and resilience

Keywords: Driving license; Older drivers; Medical screening; Dementia; Family doctor

Sammendrag:

Rapporten presenterer en studie av førerrett og helse blant eldre førere, som er basert på intervjuer med fastleger og registerdataanalyser. Det er forholdsvis få førere over 80 år som søker men ikke får utstedt helseattest for fornyelse av føreretten hos fastlegen. Relevante helsetilstander fanges trolig stort sett opp i andre konsultasjoner. Den vanligste årsaken til at førerkortinnehavere ikke får utstedt helseattest, er kognitiv svikt. Andre årsaker er synssvekkelser, medikamentbruk og nevrologiske sykdommer. Fastlegene har i hovedsak et positivt syn på helseattestordningen. De kognitive testene som anbefales i førerkortveilederen, anses som nyttige, og de brukes i stor grad, men noen ganger med individuelle tilpasninger. Fastlegene mener at helseattestordningen bidrar til at man fanger opp personer som utgjør en fare i trafikken. I tillegg kan den bidra til at eldre førere i større grad vurderer egen helse og kjøreferdighet. Noen svake punkter ved helseattestordningen er at helsekontrollen kan være en belastning for lege-pasientforholdet og at systemet ikke fanger opp eldre som gjør gjentatte forsøk på å få helseattest etter avslag.

Summary:

The report describes a study of license renewal requirements for older drivers in Norway, based on qualitative interviews with family doctors and an analysis of licensing register data. In Norway, car drivers are required to provide a health certificate, usually based on a medical assessment by their family doctor, to renew their license in three-year intervals from the age of 80. The results of our study indicate that only a few of the drivers above 80 who apply are not granted a health certificate. The most common cause for not issuing a health certificate is cognitive impairment. Other common causes are visual impairments, use of prescription drugs, and neurological disorders. The family doctors are generally positive towards the age-based health assessment program. The recommended cognitive tests are regarded as useful, and these tests are for the most part administered according to official guidelines, although some doctors make some individual adjustments. According to the doctors, the health certificate requirement contributes to the identification of older drivers with high crash risk. Additionally, it may be an incentive for older drivers to consider their own health and driving skills. A potential weakness of the system is that it may impair the doctor-patient relationship. Moreover, the system does not prevent older drivers from making repeated attempts to get a health certificate after being denied one by their family doctor.

Transportøkonomisk Institutt
Gaustadalléen 21, 0349 Oslo
Telefon 22 57 38 00 - www.toi.no

Language of report: Norwegian

Institute of Transport Economics
Gaustadalléen 21, N-0349 Oslo, Norway
Telephone +47 22 57 38 00 - www.toi.no

Forord

Bakgrunnen for denne rapporten er at Samferdselsdepartementet ønsker å få mer kunnskap om førerett og helse blant eldre bilførere (hovedsakelig de over 80 år) etter at Stortinget vedtok å fjerne det nåværende kravet om helseattest for å fornye føreretten, som gjelder for personer over 80 år. Mer spesifikt undersøkes omfanget av førerkortinnehavere som ikke får fornyet helseattesten, årsaker til at søkere ikke får utstedt ny helseattest, og hvordan og hvor ofte kognitive tester brukes av fastleger for å undersøke om førerkortinnehavere er helsemessig skikket for å ha førerkort.

Rapporten er skrevet på oppdrag av Samferdselsdepartementet. På TØI har Alena Katarina Høyе vært prosjektleder, Vibeke Milch har hatt ansvaret for planlegging og gjennomføring av intervjuene. Fridulv Sagberg har gjennomført analysene av registerdata fra Helsedirektoratet. Kvalitetssikrer på TØI har vært Tor-Olav Nævestad. Trude Kvalsvik har tilrettelagt rapporten for elektronisk publisering.

Vi vil takke alle fastlegene som har deltatt som informanter i undersøkelsen. Vi vil også takke Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk forening for allmenntmedisin, for uvurderlig hjelp med rekruttering av informanter.

Oslo, juni 2022

Transportøkonomisk institutt

Bjørne Grimsrud
Administrerende direktør

Trine Dale
Avdelingsleder

Innhold

Sammendrag

Summary

1	Innledning	1
1.1	Fornyelse av førerett for førere over 80 år.....	1
1.2	Helseattest.....	1
2	Metode	4
2.1	Kvalitative intervjuer.....	4
2.2	Analyse av registerdata.....	7
2.3	Forskningsetikk.....	8
3	Resultater fra intervjuene	9
3.1	Omfang av helseattestforespørsler og avslag på helseattest for førerkortinnehavere over 80 år.....	9
3.2	Årsaker til at helseattest ikke utstedes.....	11
3.3	Bruk av kognitive tester.....	12
3.4	Pårørendes rolle.....	17
3.5	Ikke-utstedt helseattest.....	18
3.6	Førerkortinnehavere som bytter fastlege.....	19
3.7	Midlertidige helsetilstander.....	20
3.8	Helseattest med kortere varighet.....	21
3.9	Synspunkter på helseattestordningen og fastlegens rolle.....	21
4	Registerdata	24
4.1	Manglende fornyelse av førerett ved obligatorisk helsekontroll.....	24
4.2	Inndragning av førerett utenom obligatoriske helsekontroller.....	27
4.3	Førere som frivillig gir fra seg førerkortet.....	30
5	Oppsummering og diskusjon	32
5.1	Omfang: Hvor mange førerkortinnehavere får ikke fornyet helseattesten ved obligatorisk helsekontroll?.....	32
5.2	Årsaker: Hva er årsaker til at leger ikke utsteder ny helseattest?.....	34
5.3	Kognitive tester: Hvor ofte brukes kognitive tester for å undersøke om pasienten er skikket til å ha førerkort?.....	35
5.4	Legenes generelle syn på helseattest.....	37
5.5	Metodiske betraktninger.....	38
5.6	Videre forskning.....	40
6	Referanser	42
	Vedlegg 1: Intervjuguide	43
	Vedlegg 2: Beregning av årlig andel som sluttet frivillig å kjøre eller ikke fikk fornyet helseattest i perioden 2016-2018	45

Sammendrag

Førerrett og helse blant eldre førere

TØI rapport 1885/2022

Forfattere: Vibeke Milch, Alena K. Høye, Fridulv Sagberg

Oslo 2022 45 sider

Denne rapporten presenterer en studie av førerrett og helse blant eldre førere, som er basert på intervjuer med fastleger og analyser av registerdata. Resultatene viser at det er forholdsvis få førere over 80 år som søker men ikke får utstedt helseattest for fornyelse av føreretten hos fastlegen. Dette henger sammen med at helse-tilstander som virker inn på kjøreevne hos denne aldersgruppen, stort sett fanges opp og rapporteres i andre konsultasjoner og undersøkelser. Til tross for at andelen som ikke får fornyet helseattest er lav, er det likevel ikke et ubetydelig antall. Funnene i denne undersøkelsen viser at den vanligste årsaken til at førerkort-innehavere ikke får utstedt gyldig helseattest, er kognitiv svikt. Andre viktige årsaker er synssvekkelser, bruk av medikamenter og neurologiske sykdommer. Fastlegene vi intervjuet, har i hovedsak et positivt syn på helseattestordningen og følger anbefalingene, men enkelte leger gjør også individuelle tilpasninger. De kognitive testene som anbefales i førerkortveilederen, anses som nyttige, og de brukes i stor grad. De brukes imidlertid ikke alltid nøyaktig som foreskrevet, bl.a. bruker enkelte leger dem ikke kun ved mistanke, og noen leger gjør noen tilpasninger for å gjøre testsituasjonen mindre stressende. Noen svake punkter ved ordningen er at helsekontrollen kan være en belastning for lege-pasient-forholdet og at det ikke er noen system for å fange opp eldre som gjør gjentatte forsøk på å få helseattest etter avslag, f.eks. ved å bytte fastlege. Samtidig er det bred enighet blant fastlegene om at helseattestordningen bidrar til at man fanger opp personer som utgjør en fare i trafikken, og som ikke ellers vil bli fanget opp.

I dag må førere med førerkort i lette klasser (inkludert førerkort for personbil klasse B) som er over 80 år, legge fram en gyldig helseattest fra lege for å få fornyet førerkortet. I denne studien har vi undersøkt:

- **Omfang:** Hvor mange førerkortinnehavere får ikke utstedt helseattesten ved obligatorisk helsekontroll?
- **Årsaker:** Hva er årsaker til at leger ikke utsteder ny helseattest?
- **Kognitive tester:** Hvor ofte brukes kognitive tester for å undersøke om pasienten er skikket til å ha førerkort?

For å svar på disse spørsmålene har vi gjort intervjuer med 10 fastleger og analysert data fra førerkortregisteret.

Omfang: Hvor mange førerkortinnehavere får ikke fornyet helseattesten?

Det er ikke mulig å beregne nøyaktig hvor mange førere som ikke får fornyet føreretten etter at de har fylt 80 år. Våre analyser viser at det kun er svært få førere som søker, men ikke får fornyet helseattest av fastlegen. Vi har beregnet omtrentlige anslag på hvor mange dette gjelder:

- Hvert år er det mellom 1,1 og 2,2 prosent av førerne over 80 år som søker, men ikke får utstedt helseattest. Dette viser en kombinert analyse av intervju- og registerdata.
- Blant dem som fyller 80 år, er det ifølge en kohortanalyse av registerdata trolig under én prosent som ikke får fornyet førerkort som følge av ordningen med helseattest.

Førerne som ikke får helseattest kunne tenkes å ha fortsatt å kjøre bil til tross for betydelige helsemessige svekkelser.

I tillegg kommer omtrent 1,6 prosent av førerne over 80 år som får inndratt førerkortet av helsemessige årsaker hvert år (etter melding fra fastlege eller annet helsepersonell), uten at dette har sammenheng med helseattestordningen.

Videre kan en del førere frivillig avstå fra å søke om helseattest, enten fordi de uansett ikke lenger kjører bil eller fordi de vurderer sannsynligheten for å få helseattest som liten. Våre analyser viser at andelen trolig er større enn andelen som søker men får avslag på helseattest.

Årsaker: Hva er årsaker til at førere ikke får utstedt ny helseattest?

Den klart dominerende årsaken til at eldre førere mister føreretten, er kognitiv svikt. Personer med kognitiv svikt utgjør en stor andel av pasientene som nektes helseattest hos fastlegen og omtrent halvparten av dem som får inndratt førerkortet av helsemessige årsaker.

En særlig utfordring med kognitiv svikt er at førerkortinnehavere – i motsetning til hva som vil være tilfellet ved mange andre helseproblemer – ofte i liten grad er klare over sine egne begrensninger. En person med kognitiv svikt vil dermed ha vanskeligheter med å vurdere hvordan egen helsetilstand påvirker kjøreevnen. Videre kan førere bevisst forsøke å skjule kognitive problemer for å unngå å miste føreretten.

Andre relevante årsaker for ikke-utstedelse av helseattest er svekket syn, bruk av medikamenter, nevrologiske sykdommer, hjerte- og karsykdommer, samt generell svekket helse-tilstand. Ved problemer med syn og bruk av medikamenter, er begrensningen ofte midlertidig, og det er ofte mulig å korrigere problemene.

Kognitive tester: Hvor ofte brukes kognitive tester for å undersøke om førerkortinnehaveren er skikket til å ha førerkort?

Ifølge fastlegene som deltok i intervjuene brukes kognitive tester i hovedsak etter hensikten, dvs. ved mistanke om kognitiv svikt, men noen fastleger bruker dem generelt for alle eldre førere som søker om helseattest.

Hvordan testene brukes, hvilke tester som brukes og i hvilken rekkefølge de brukes, varierer imidlertid mellom fastlegene. Noen følger nøyaktig anbefalingene i førerkortveilederen, mens andre gjør individuelle tilpasninger.

De fleste fastlegene vi snakket med, mente at kognitive tester er godt egnet til å avdekke kognitiv svikt, også blant en del førerkortinnehavere hvor dette kunne ha vært vanskelig å oppdage uten test. Når noen ikke får helseattest, kan det også gjøre det lettere å formidle budskapet når legen kan henvise til resultatet fra en test, noe som kan være en fordel for lege-pasient-relasjonen.

Generelt positivt syn på helseattestordningen til tross for enkelte kritiske punkter

I tillegg til at vi har fått svar på de tre hovedspørsmålene, har vi fått en rekke opplysninger fra fastlegene som viser hvordan de generelt ser på helseattestordningen og hvilke fordeler og problemer denne kan medføre for deres arbeid som fastleger:

- Generelt er synet på ordningen positiv. Fastlegene er av den oppfatning at den gjør det mulig å fange opp både midlertidige og permanente helsetilstander som påvirker kjøreevne, og at helseattestordningen dermed har en viktig kontrollfunksjon. Dette gjelder især kognitiv svikt, som hos noen kan være vanskelig å oppdage uten bruk av standardiserte tester.
- Helseattestordningen kan i seg selv bidra til at eldre førere gjør en vurdering av egen helse og kjøreevne og at noen som følge av denne vurderingen lar være å kjøre bil.
- Det er ulike oppfatninger av hvem som bør gjennomføre helsekontrollene: Fastlegene som har god kjennskap til førerkortinnehavernes helse, eller en nøytral tredjepart for å unngå at legene får en dobbeltrolle overfor pasientene.
- Det varierer mellom legene i hvilken grad de følger anbefalingene i førerkortveilederen eller gjør individuelle tilpasninger; dette gjelder især gjennomføringen av kognitive tester og hvorvidt de tar hensyn til den individuelle livssituasjonen til pasientene og hvilke konsekvenser tap av føreretten vil medføre.
- En svakhet ved systemet med helsekontroll hos fastlegen er at det ifølge fastlegene er forholdsvis vanlig at eldre som nektes helseattest hos en fastlege, enten bytter fastlege eller oppsøker private helseforetak. Slike forsøk på å få gyldig helseattest etter avslag, fanges ikke systematisk opp av systemet, men det ser ut til at fastlegene stort sett er bevisst dette problemet og at de tar forholdsregler.

Summary

License renewal and health among older drivers

TØI Report 1885/2022

Authors: Vibeke Milch, Alena K. Høy, Fridulv Sagberg

Oslo 2022 45 pages Norwegian language

The report describes a study of license renewal requirements for older drivers in Norway, based on qualitative interviews with family doctors and an analysis of licensing register data. In Norway, car drivers are required to provide a health certificate, usually based on a medical assessment by their family doctor, to renew their license in three-year intervals from the age of 80. The results of our study indicate that only a few of the drivers above 80 who apply are not granted a health certificate. The most common cause for not issuing a health certificate is cognitive impairment. Other common causes are visual impairments, use of prescription drugs, and neurological disorders. The family doctors are generally positive towards the age-based health assessment program. The recommended cognitive tests are regarded as useful and these tests are for the most part administered according to official guidelines, although some doctors make some individual adjustments. According to the doctors, the health certificate requirement contributes to the identification of older drivers with high crash risk. Additionally, it may be an incentive for older drivers to consider their own health and driving skills. A potential weakness of the system is that it may impair the doctor-patient relationship. Moreover, the system does not prevent older drivers from making repeated attempts to get a health certificate after being denied one by their family doctor.

Norwegian drivers with a license for light vehicles (including passenger cars, class B) are required to present a valid health certificate to renew their license from the age of 80. The health certificate is normally issued by family doctors after a medical examination.

In the present study we have investigated:

- **Scope:** How many drivers fail to pass the medical assessment and consequently do not get a health certificate?
- **Reasons:** What are the most common reasons for family doctors not to issue a health certificate?
- **Cognitive tests:** How often are cognitive tests used to assess older drivers' fitness to drive?

To answer these questions, we interviewed 10 family doctors and analyzed data from the Norwegian license register.

Scope: How many drivers fail to pass the medical examination?

Precise information about how many drivers above 80 years fail to pass the medical examination is not available. Results from our study indicate that only a relatively small proportion of drivers applying for the health certificate fail to pass the examination.

However, we have calculated approximate estimates:

- Per year, between 1.1 and 2.2 percent of drivers 80 years or older apply for the health certificate, but fail to pass the medical examination. This is based on an analysis of interview and licensing register data.
- Among 80-year old drivers, the proportion who does not renew their license is most likely below one percent. This is based on a cohort analysis of register data.

Those drivers who fail to pass the medical examination might have continued to drive, had they not been examined, despite significant impairments.

Additionally, about 1.6 percent of drivers above 80 years get their license revoked for health reasons each year, mostly based on notifications from doctors or other medical staff. Moreover, a considerable number of drivers may voluntarily refrain from applying for a health certificate. They may have stopped driving anyway, or they may consider the chances of passing the examination as small. Our analyses indicate that the proportion of drivers in this category is greater than the proportion of drivers who fail to pass the examination.

Reasons: What are the most common reasons for family doctors not to issue a health certificate?

The main reason for failing to pass the medical examination or to get the license revoked is cognitive impairment / dementia. Drivers with cognitive impairment make up a large proportion of patients who fail to pass the medical examination at their family doctor's and about half of those who get their license revoked for health reasons.

Drivers with cognitive impairments are often unaware of their own limitations. This makes cognitive impairments more challenging than many other health impairments because drivers often have trouble accepting restrictions. Some drivers may even try to hide their problems in order to avoid losing their drivers license.

Other relevant reasons for failing to pass the medical assessment are impaired vision, use of prescription drugs, neurological diseases, cardiovascular diseases, as well as general health impairments. Visual impairments and drug used are often temporary and/or may be amended.

Cognitive tests: How often are cognitive tests used to assess older drivers' fitness to drive?

Cognitive tests are recommended as part of the medical assessment if there are indications of cognitive impairment. According to the family doctors we interviewed, they mostly use cognitive tests according to the guidelines. Some doctors use them in all health assessments for license renewal of older drivers.

The family doctors differ regarding how they administer the tests, e.g. in which order they use the tests and to what degree they make individual adjustments.

Most family doctors said that cognitive tests are useful in discovering cognitive impairments, even in cases where this may be difficult to discover otherwise. Test results also may facilitate communication and avoid conflicts in cases where a doctor has to refuse the health certificate.

Overall positive view of the age-based health assessment program, and some critical issues

In addition to answering the three main questions for this study, the results from the interviews allow some conclusions about the doctors' overall view of the health assessment program for older drivers and its advantages and disadvantages.

- The doctors' overall view of the health assessment program for older drivers is positive. They are of the opinion that the assessments lead to the detection of both temporary and permanent health conditions that impair driving ability. This is especially relevant for cognitive impairments which may be difficult to detect without testing.
- The health assessment program may in itself motivate older drivers to consider their own fitness to drive; consequently, some drivers are likely to give up driving voluntarily because of health-issues.
- There are different opinions about who should make the medical assessments: Family doctors with good knowledge about the older drivers health, or a neutral part which would relieve the family doctors from having a double role towards their patients.
- The doctors differ in the degree to which they adapt the procedure of the medical assessment to the individual patient and in how far they are willing to take individual life circumstances into account, such as consequences of losing the drivers' license for quality of life.
- A weakness with the health assessment program is that some older drivers who do not get a health certificate from their family doctor either change family doctor or go to private health institutions. Such attempts are not detected within the current system.

1 Innledning

Denne rapporten beskriver en studie som er gjort på oppdrag av Samferdselsdepartementet om helsekontroller blant førere over 80 år i forbindelse med ordningen om helseattest for fornyelse av føreretten. Formålet med denne rapporten er å framskaffe kunnskap om:

- **Omfang:** Hvor mange førerkortinnehavere får ikke utstedt helseattesten ved obligatorisk helsekontroll?
- **Årsaker:** Hva er årsaker til at leger ikke utsteder ny helseattest?
- **Kognitive tester:** Hvor ofte brukes kognitive tester for å undersøke om føreren er skikket til å ha førerkort?

Studien er gjort ved hjelp av kvalitative intervjuer med fastleger og analyser av registerdata.

1.1 Fornyelse av førerett for førere over 80 år

For førere med førerkort i lette klasser (inkludert førerkort for personbil klasse B) gjelder føreretten fram til man fyller 80 år. For alle førere gjelder en rekke helsekrav som er spesifisert i vedlegg 1 i førerkortforskriften, og alle som søker om førerkort, må fylle ut en egen-erklæring om helse. Førere med en sykdom eller tilstand som kan virke inn på kjøreevnen, må i tillegg ha en helseattest fra lege. Leger, optikere og psykologer har meldeplikt dersom de vurderer at en fører har en varig helsesvekkelse (over seks måneder), som gjør at han ikke kan føre motorvogn på trafikksikker måte.

Alle personer over 80 år må søke om å fornye føreretten og må framlegge gyldig helseattest fra lege. Helseattesten er en medisinsk sakkyndig uttalelse fra legen til Statens vegvesen om at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt. Attesten baseres på en obligatorisk helseundersøkelse som gjennomføres av fastlege, spesialist eller i enkelte tilfeller optiker, med formål å utrede hvorvidt personen oppfyller helsekravene for å ha førerett.

Per i dag finnes det ingen oversikt over hvor mange som får avslag på helseattest hos legen og hvor mange som selv velger å ikke fornye føreretten, eventuelt etter råd fra lege eller av andre grunner.

1.2 Helseattest

Ved utstedelse av helseattest gir legen en medisinsk sakkyndig uttalelse til vegmyndighetene om at helsekravene er oppfylt. Helseattesten skal omfatte:

- Undersøkelser av sensoriske funksjoner
- Vurdering av kognitiv funksjon, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- Undersøkelse av førlighet
- Vurdering av legemiddelbruk og bruk av rusmidler
- Blod-, urin-, eller andre relevante prøver og undersøkelser i den grad det er nødvendig for å bedømme søkers helsemessige skikkethet.

Ordningen med krav om helseattest for eldre førere¹ bygger på følgende forutsetninger:

- Helseproblemer kan medføre økt ulykkesrisiko i trafikken, og det er derfor spesifisert en rekke helsekrav til førerkort
- Forekomsten av trafikkfarlige helseproblemer øker med alderen
- Obligatorisk legekontroll gjør at trafikkfarlige helseproblemer blir oppdaget, og at personer som ikke oppfyller helsekravene, ikke får fornyet føreretten.

For de første to punktene finnes solid empirisk dokumentasjon (for en oppsummering se Sagberg & Høye, 2020). Hvorvidt obligatorisk helsekontroll har positive effekter på trafikksikkerheten, er likevel i liten grad empirisk dokumentert (Siren & Haustein, 2015).

Aldersgrensen for krav om helseattest ble hevet fra 75 til 80 år med virkning fra og med 19. juni 2019. Før dette tidspunktet var det krav om helseattest og fornyelse av førerett fra 75 år, en ordning som ble innført i januar 2013. Før 2013 var førerkortet gyldig til fylte 100 år, men førere over 70 år måtte medbringe gyldig helseattest sammen med førerkortet; dvs. at det var obligatorisk helsekontroll for førere over 70 år. Aldersgrensen for krav om helseattest har dermed økt fra 70 til 80 år fra 2012 til 2019.

Slik ordningen fungerer i dag, må alle personer som er fylt 80 år søke om å fornye føreretten fra det året de fyller 80. For å gjøre det kreves ifølge førerkortveilederen:

Førerkortinnehavere må fra fylte 80 år gjennomgå en helseundersøkelse hos fastlegen eller annen lege. Hvis man oppfyller helsekravene, kan legen utstede helseattest og man kan få førerett med varighet på inntil 3 år. Søkeren må ta med utfylt egenerklæring til legen.

Etter legebesøket må søkeren levere helseattesten på en av Statens vegvesen sine trafikkstasjoner. Helseattesten kan ikke være eldre enn 3 måneder når den leveres. Søkeren vil da få nytt førerkort med begrenset varighet på tre år, hvis ikke kortere varighet er anbefalt i helseattesten.

Ved senere fornyelser må samme prosess med ny helseattest og nytt førerkort gjentas. Fornyelse må skje før utløpsdato for å kunne ha uavbrutt førerett.

(<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveileder/forers-ansvar-egenerklaring-meldeplikten-2-3#fornyelse-av-forerkort-etter-fylte-80-ar>)

Legen har her en rolle som medisinsk sakkyndig, og har dermed et seleksjonsrolle framfor en behandlerrolle når det er snakk om helseattest (Helsedirektoratet, 2022).

Dersom fastlegen finner at helsekravene ikke oppfylles, vil det i mange tilfeller være behov for nærmere utredning, for eksempel ved synssvekkelser eller andre helsetilstander som krever utredning hos spesialist eller optiker. I slike tilfeller vil fastlegen henvise til spesialist eller optiker som vil gjøre nærmere utredninger, som da vil attestere for gjeldende forhold. Den som søker om fornyelse vil som regel få et muntlig kjøreforbud i påvente av utredning eller bedring av helsetilstand. Et muntlig kjøreforbud kan gis med varighet på inntil seks måneder. Et muntlig kjøreforbud vil også gis ved forbigående helsetilstander som forventes å ikke vare lenger enn seks måneder.

Hvis legen finner tegn på sviktende kognitive funksjoner, bør helseattesten ikke gis for mer enn ett år av gangen. Førerkortveilederen beskriver relativt detaljert hvordan kognitive funksjoner skal undersøkes, bl.a. med kognitive tester samt ved behov spesialistvurdering og/eller kjøreprøve.

¹ I denne sammenheng snakker vi om helseattest for lette førerkortklasser (primært klasse B).

Når en lege (eller annet helsepersonell) finner at en førerkortinnehaver ikke oppfyller helsekravene til førerkort og tilstanden forventes å være varig (mer enn seks måneder), skal vedkommende sende melding til statsforvalteren. Denne meldeplikten er regulert i førerkortforskriftens vedlegg 1, §1 («Generelle bestemmelser om helse») med hjemmel i helsepersonellovens §34. Statsforvalteren avgjør hvorvidt politiet skal anmodes om å tilbakekalle føreretten. Politiets myndighet til å inndra førerkortet for førere som ikke lenger fyller helsemessige eller andre lovbestemte krav til å inneha førerkort, er hjemlet i vegtrafikklovens §34.

Det finnes flere tidligere evalueringer av helseattestordningen i Norge. De mest sentrale er Brækhus (1998) og Brækhus, Wyller og Engedal (2010) sin undersøkelse av leger og spesialisters opplevelser knyttet til helsevurderingen i forbindelse med helseattesten. Undersøkelsene viste at både vurdering av helse og utfylling av selve helseattesten opplevdes som utfordrende for mange leger. Dette kan ha endret seg da førerkortveilederen og helseattesten har vært gjenstand for flere endringer etter at studiene ble gjort. I undersøkelsene kommer det fram at leger og spesialister særlig trakk fram aspekter ved kognitiv svikt, helsetilstander som henger sammen med høy alder, samt rus- og alkoholproblemer som det vanskeligste å vurdere.

2 Metode

I denne studien har vi benyttet både kvalitative og kvantitative datakilder for å besvare problemstillingene. Kvalitative metoder er benyttet for å besvare alle tre problemstillingene (omfang, årsaker og kognitive tester), mens kvantitative metoder belyser problemstillingene om omfang av fornyelse av helseattest.

En **kvalitativ** tilnærming innbefatter innsamling og analyse av detaljert informasjon fra relativt få enheter, hvor formålet er å få dybdeinnsikt i et fenomen. Kvalitative metoder er velegnet for å beskrive sosiale eller organisatoriske prosesser, eller belyse nyanser i menneskers opplevelser, oppfatninger og erfaringer, og er nyttige når det finnes begrenset kunnskap fra før og når det er behov for detaljerte beskrivelser om et fenomen (Tjora, 2017; Malterud, 2017).

Gjennom innhenting av kvalitative data ønsker vi i denne studien å få innsikt i hvordan obligatorisk helsekontroll i forbindelse med fornyelse av førerett for personer over 80 år foregår, med særlig vekt på kognitive tester. Videre ønsker vi å få bedre innsikt i hvordan medisinsk sakkyndige foretar vurderingen av hvorvidt helsekravene oppfylles, samt fange opp nyanser i praksis, erfaringer og opplevelser blant medisinsk sakkyndige.

For å få kunnskap om omfanget av førerkortinnehavere som ikke får fornyet helseattest, har vi i tillegg gjort **kvantitative** analyser av registerdata fra Helsedirektoratet.

I den første delen av kapitlet gis en beskrivelse av innhenting og analyse av kvalitative data. Mer spesifikt redegjøres det for rekruttering av informanter, gjennomføring av dybdeintervjuer, og analyse av datamaterialet. Deretter følger en beskrivelse av innhenting og analyse av registerdata. Til sist gis en beskrivelse av hvordan forskningsetikk er ivaretatt i studien.

2.1 Kvalitative intervjuer

Vi har gjennomført kvalitative forskningsintervjuer med til sammen 10 fastleger. Hensikten med intervjuene var å oppnå detaljert kunnskap om helseattestordningen fra den sakkyndiges perspektiv, samt fange opp variasjoner og nyanser i erfaringer og opplevelser hos denne gruppen.

Formålet med intervjuene har vært å få mer dyptgående innsikt i alle tre problemstillingene; nærmere spesifisert i hvordan fastleger bruker kognitive tester i konsultasjoner om helseattest, hva som er typiske helsemessige årsaker til at førerkortinnehavere over 80 år ikke får utstedt gyldig helseattest, samt få innsikt i hvilke forhold som spiller inn i vurderingen fastleger gjør om hvorvidt førerkortinnehaveren møter helsekravene eller ikke.

Videre har et formål med intervjuene vært å få en omtrentlig indikasjon på omfanget av førerkortinnehavere som ikke får gyldig helseattest i forbindelse med den rutinemessige helsekontrollen, og andelen som selv velger å ikke fornye føreretten. Kvalitative data er i utgangspunktet ikke egnet til å gi konkrete anslag på antall og andeler. I denne studien kan de likevel supplere de kvantitative resultatene fra registeranalysen (jf. avsnitt 5.1).

Opprinnelig var det planlagt å gjennomføre intervjuene som fokusgruppeintervjuer, men på grunn av store utfordringer med rekrutteringen, og med hensyn til koronasituasjonen på daværende tidspunkt, ble det vurdert at enkeltintervjuer var mer hensiktsmessig (jf. avsnitt 2.1.2 Rekruttering). I diskusjonskapitlet under Metodiske betraktninger (5.5) diskuteres implikasjonene av dette for informasjonen som er samlet inn og kvaliteten på denne i mer detalj.

Det er viktig å presisere at kvalitative data som hovedregel ikke har som formål å gi representativ informasjon som kan generaliseres til en populasjon, for eksempel om forekomsten av sjåfører som får trukket tilbake føreretten. Kvantitative data som er trukket fra et stort, representativt utvalg kan gi slik representativ og generaliserbar informasjon (Tjora, 2017). Det kvalitative datamaterialet i denne studien er basert på et utvalg fastleger som er mest mulig heterogent for å gi informasjon fra ulike synsvinkler, men som ikke nødvendigvis er representativt for alle fastleger i landet (jf. avsnitt 5.5.1 Kvalitative vs. kvantitative studier).

2.1.1 Kriterier for sammensetning av utvalget

Vi har valgt å konsentrere oss om fastleger i denne studien, ettersom fastleger er de som vanligvis foretar helsekontrollen for personer over 80 år som søker om fornyet førerett, og også de som har myndighet til å utstedte helseattest.

Optikere og psykologer har også meldeplikt overfor statsforvalteren dersom de finner at personer over 80 år med førerett som de behandler, ikke lenger oppfyller helsekravene. Særlig optikere har en viktig rolle som sakkyndig overfor denne aldersgruppen, ettersom forekomsten av synsproblemer er økende og svært prevalent for personer i denne aldersgruppen. Vi vurderte å inkludere optikere i utvalget, dersom det var aktuelt. Ut fra intervjuene med fastlegene vurderte vi imidlertid at det var mindre relevant å intervjuer optikere i denne sammenhengen ettersom det er fastlegen som foretar den obligatoriske helsekontrollen, som henviser til optiker og også fungerer som siste instans i å godkjenne/ikke godkjenne helseattesten.

Utvalgsmetoden kan beskrives som en kombinasjon av strategisk utvelgelse og bekvemmelighetsutvelgelse. Strategisk utvelgelse betyr at man velger informanter med utgangspunkt i visse kriterier som er relevante for problemstillingen(e) man ønsker å belyse.

Det er flere forhold som kan tenkes å ha betydning både for omfanget av dem som søker helseattest, og praksis omkring utstedelse av helseattest. For det første vil det antagelig være store variasjoner mellom distrikt og sentrale områder når det gjelder hvor avhengig eldre bilførere er av bilen, og hvor stor innvirkning tap av førerett vil ha med tanke på mobilitetsmuligheter og livskvalitet for personen. Det vil også trolig være store variasjoner med tanke på trafikkompleksitet i distriktsområder og sentrale strøk, som kan tenkes å ha betydning for hvor strenge/liberale fastlegene er med utstedelse av gyldig helseattest.

For å fange opp nyanser på disse dimensjonene, har vi hatt som målsetting å sette sammen et utvalg med fastleger fra forskjellige regioner i Norge, med en balansert kjønns- og alderssammensetning.

2.1.2 Rekruttering

Vi har benyttet flere rekrutteringsmetoder for å rekruttere fastleger. Først forsøkte vi å rekruttere fastleger ved å kontakte legesentre med flere fastleger. Vi tok kontakt per telefon, og etter avtale med administrasjonen, ble skriftlig henvendelse sent til 10 utvalgte legekontor i forskjellige deler av landet. På grunn av liten respons, ble det i tillegg gjennomført

supplerende rekruttering gjennom en kontaktperson i allmennelegeforeningen, og gjennom prosjektgruppens eksisterende nettverk.

Rekrutteringen viste seg å være svært krevende og førte til at vi måtte gjøre noen endringer ved den opprinnelige planen for å kunne gjennomføre intervjuene. Kun to av legene vi kontaktet i første omgang, var villige til å stille opp på et intervju som varer en hel time og det viste seg også å være praktisk umulig å avtale intervjuer med flere leger samtidig. En typisk tilbakemelding var at arbeidspresset er så stort at legene ikke engang har nok tid til de mest grunnleggende oppgaver overfor pasientene sine. Det var for de fleste leger heller ikke mulig å gjennomføre intervjuene innenfor vanlig arbeidstid.

Disse problemene førte i hovedsak til to endringer for å i det hele tatt kunne gjennomføre intervjuer. For det første gjennomførte vi enkeltintervjuer istedenfor gruppeintervjuer og for det andre måtte vi korte ned lengden på intervjuene.

2.1.3 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte enkeltintervjuer. Et semi-strukturert intervju kjennetegnes ved at enkelte aspekter av intervjuet følger en struktur, satt opp i en intervjuguide med forhåndsdefinerte hovedtemaer. Samtidig er det en stor grad av fleksibilitet når det gjelder rekkefølge på spørsmål, oppfølgingsspørsmål osv., noe som også gjør det mulig å følge opp temaer som åpenbarer seg underveis som ikke nødvendigvis var definert på forhånd (Kvale & Brinkmann, 2015).

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt via programvaren Microsoft Teams av en og samme forsker. Intervjuene varte mellom 25-58 minutter. Det ble gjort lydopptak av samtlige intervjuer. For hvert intervju ble det tatt notater i stikkordsform underveis. Materialet ble så grovtranskribert i etterkant av intervjuet, med utgangspunkt i lydopptakene og notatene.

2.1.4 Intervjuguide

Intervjuguiden som ble benyttet inneholdt spørsmål om de intervjuedes anslag over omfanget av førerkortinnehavere over 80 år som ikke får gyldig helseattest, om selve konsultasjonen og hvordan den foregår, om bruken av kognitive tester, om hvordan legene vurderer hvorvidt førerkortinnehaveren oppfyller helsekravene i førerkortforskriften eller ikke, samt spørsmål om legenes oppfatninger om dagenes ordning med helseattest. Intervjuguiden gjengis i sin helhet i vedlegg 1.

Intervjuguiden ble opprinnelig utviklet for intervjuer på én time per intervju. Av rekrutteringshensyn måtte vi imidlertid redusere intervjutiden til en halvtime. Dette førte til at vi til slutt klarte å få med 10 leger på intervjuene. Enkelte av underpunktene kunne derfor ikke bli tatt opp i alle intervjuene, men alle intervjuene dekket hovedtemaene og de aller fleste detaljspørsmål.

2.1.5 Analyser

Det ble gjort en forenklet tematisk analyse av materialet, med utgangspunkt i deler av Braun og Clarke sin tilnærming (2005). Analysen er konsentrert rundt de tre hovedproblemstillingene i studien, som danner en tydelig ramme for analysen. I første trinn ble det foretatt en gjennomlesning av alle intervjuene for å danne et overblikk over datamaterialet. Deretter ble materialet gjennomgått systematisk for å fange opp sentrale temaer, samt variasjoner i informantenes beskrivelser.

2.1.6 Utvalg

Utvalget bestod av til sammen ti informanter, hvorav syv er menn og tre er kvinner. Alle informantene er fastleger med praksis i ulike deler av landet. I tabell 2.1 gis en oversikt over hvordan utvalget fordeler seg demografisk, hvilket fylke de har praksis i, demografiske kjennetegn ved området de praktiserer i, og rekrutteringsmetode.

Tabell 2.1: Oversikt over informanter i utvalget.

Informant	Kjønn	Alder	Fylke	Type område	Rekrutteringsmetode
1	Mann	65-70 år	Oslo	Byområde	Eksisterende nettverk
2	Mann	35-40 år	Innlandet	Tettsted	Henvendelse til legekantor
3	Kvinne	35-40 år	Vestland	Liten by	Eksisterende nettverk
4	Mann	35-40 år	Oslo	Byområde	Allmennlegeforeningen
5	Mann	30-35 år	Nordland	Tettsted	Eksisterende nettverk
6	Mann	50-55 år	Viken	Tettsted	Allmennlegeforeningen
7	Kvinne	45-50 år	Innlandet	Liten by	Allmennlegeforeningen
8	Mann	30-35 år	Viken	Byområde	Eksisterende nettverk
9	Mann	35-40 år	Finnmark	Tettsted	Allmennlegeforeningen
10	Kvinne	45-50 år	Innlandet	Liten by	Allmennlegeforeningen

Formålet ved rekrutteringen var å intervju fastleger fra forskjellige regioner i Norge, og at de skulle ha en balansert kjønns- og alderssammensetning.

Som det framgår av Tabell 2.1, er det god variasjon i utvalget når det gjelder geografisk lokalisering og type område. Også alderssammensetningen er relativt balansert, men med en overvekt av leger under 50 år. De fleste er mellom 30 og 40 år, fire er over 40 år og blant disse er to over 50 år. Videre er det en overvekt av mannlige leger i utvalget (syv av 10).

2.2 Analyse av registerdata

For å besvare spørsmålet om omfanget av førerkortinnehavere som ikke får fornyet helseattesten, har vi benyttet både informasjon fra de kvalitative intervjuene og registerdata fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet utarbeider årlig statistikk over antall tilrådinger fra statsforvalterne om tilbakekalling av førerett for ulike aldersgrupper, hvor hovedårsakene til inndragning er spesifisert. Statistikken bygger på statsforvalternes anbefalinger til politiet om tilbakekall av førerett, som igjen er basert på en vurdering av meldinger fra helsepersonell.

Denne statistikken gir et anslag på hvor mange i de ulike aldersgruppene som har fått tilbakekalt føreretten pga. manglende oppfyllelse av helsekravene. For hver aldersgruppe kan vi beregne andelen inndratte førerkort i forhold til antallet førerkortinnehavere i aldersgruppen, som vi kan få tall på fra Statens vegvesens førerkortregister. Når vi sammenligner disse andelene mellom aldersgruppen like under og like over 80 år, vil vi forvente en større økning i andel inndratte førerkort enn når vi sammenligner øvrige aldersgrupper. På denne måten kan en anslå effekten av obligatorisk helsekontroll ved fylte 80 år. Siden aldersgrensen for obligatorisk helsekontroll ble økt til 80 år i juni 2019, vil denne analysen kunne gjennomføres bare for kalenderåret 2020, da det er vanskelig å få data for mindre enn ett kalenderår.

I tillegg kan man eventuelt gjøre tilsvarende analyser for årene 2013-2018, men med 75 år som grense, for å få et større datagrunnlag. Da må man ta i betraktning at andelen som ikke fikk utstedt helseattest da grensen var 75 år, kan være lavere fordi helsetilstanden ved 75 år kan antas å være noe bedre enn ved 80 år. På den andre siden kan det tenkes at andelen som selv velger å ikke fornye føreretten, er høyere ved 80 år.

Det er viktig å være klar over at denne statistikken ikke inkluderer personer som selv velger å ikke fornye føreretten ved 80 år, f.eks. etter råd fra leger eller andre (se neste avsnitt). Statistikken fra Helsedirektoratet vil heller ikke fange opp tilfeller der manglende utstedelse av helseattest ikke blir meldt til statsforvalteren. Hvorvidt dette er et problem, og ev. omfanget av det, har vi fått en indikasjon på gjennom intervjuene med fastleger.

2.3 Forskningsetikk

Studien er meldt til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og gjennomført i tråd med etiske retningslinjer for forskning. Samtlige informanter mottok skriftlig informasjon om studien og om behandling av personopplysninger i forkant. Informert samtykke ble innhentet skriftlig, og det ble lagt vekt på at samtykket til enhver tid kan trekkes tilbake. Ingen informanter har benyttet seg av denne muligheten. Alle informantene mottok et honorar på 1000 kr. som kompensasjon for tidsbruken.

3 Resultater fra intervjuene

I dette kapitlet beskriver vi resultatene fra intervjuene, først for de tre punktene som er hovedproblemstillingene (omfang, årsak og kognitive tester) og etterpå for andre forhold som kom fram i intervjuene og som også er relevante i forbindelse med helseattestordningen.

3.1 Omfang av helseattestforespørsler og avslag på helseattest for førerkortinnehavere over 80 år

3.1.1 Varierende antall førerkortinnehavere over 80 år på legelistene

Det er stor variasjon blant fastlegene i utvalget når det gjelder hvor mange pasienter de har totalt på sin liste. Spennet varierer fra 550 pasienter på det minste, og 1600 på det høyeste. Hovedvekten av legene har mellom 700 og 1000 pasienter på listen. Legene ble bedt om å anslå omtrent hvor mange pasienter de har på listen over 80 år. Noen hadde nokså nøyaktig tall på hvor mange som var i denne aldersgruppen, men de fleste hadde ikke tilgang til listen på intervjutidspunktet og kom derfor med et omtrentlig tall. To av legene har en pasientliste med forholdsvis lav snittalder og bare et fåtall over 80 år, og får generelt få forespørsler om helseattest fra personer i denne aldersgruppen. To av legene anslo at rundt 5-7 prosent av pasientene var over 80 år, mens fire av legene anslo at omtrent 10 prosent av pasientene på deres liste er 80 eller mer. Blant disse var det noen som oppgav at de fikk forespørsler om helseattest omtrent månedlig fra førerkortinnehavere over 80 år. De fleste legene i utvalget anslår at de behandler omtrent en til fire forespørsler om fornyelse av førerett i løpet av en måned fra førerkortinnehavere som er 80 år eller mer.

3.1.2 Få forespørsler om helseattest, få avslag på forespørsler, men flere som får inndratt føreretten etter andre konsultasjoner

Informantene ble bedt om et anslag på hvor mange av dem som forespør helseattest av førerkortinnehavere som er 80 eller mer som ikke får godkjent helseattest.

Majoriteten av legene fortalte at de fleste av dem som søker får godkjent helseattest. Likevel er det mye som tyder på at andelen som søker i utgangspunktet er lav.

Flere leger var av en oppfatning at mange førerkortinnehavere i denne aldersgruppen enten mister føreretten på grunn av at man avdekker helsetilstander som er uforenelige med førerett i andre konsultasjoner, eller at førerkortinnehaveren selv kommer til konklusjonen at helsen ikke er god nok og slutter å kjøre. Sitatene under illustrerer dette:

«Noen kommer til konklusjonen selv, og så er det noen som har en helsehendelse da som gjør at de skjønner at nå kan de ikke kjøre bil. Eller så skjer det noe med helsa deres, at de er innom kontoret av en annen årsak, så får de beskjed om at de har kjøreforbud for eksempel eller at førerkortet er inndratt.» Informant 2

«Det er jo noen som mister førerkortet i forbindelse med førerkortattest også. Det er det, men jeg vil si at det er oftere at jeg fratrar føreretten fordi vi oppdager en tilstand som gjør at de ikke kan kjøre bil, uavhengig av om de kommer for å fornye førerkortet.» Informant 7

«Det er forholdsvis stor prosentandel som får gyldig helseattest. Det er nok mange som opplever at helsen er for dårlig til at de i det hele tatt kommer inn, at de bare lar attesten gå ut». Informant 2

«Det er mange som legger bort bilen selv (...) Over 85 er det en del som har yngre kone eller mann som kjører eller bor i byen i leilighet og ikke bruker bil. Det er en del som tar ansvar selv».

Informant 10

«De fleste blir demente, også er det på en måte ikke noe tema mer med den bilen, det skjer som oftest en eller annen en stor hendelse i livene deres, som gjør at funksjonstapet blir veldig stort, og da prøver de heller ikke å få fornyet hos meg, men de ville jo fått nei, da.» Informant 8

Selv om det generelt er få av dem som søker som får avslag på helseattesten, er det likevel ikke en ubetydelig andel. De fleste informantene vi snakket med anslo at de gav avslag på forespørsler om fornyelse fra personer over 80 år en til to ganger i året. De som ikke får gyldig helseattest kan for eksempel være førerkortinnehavere som har fått en brå forverring av en allerede kjent helsetilstand, slik dette sitatet illustrerer:

«Det er noen altså, det er noen som kommer for å få fornyet førerkortattest, også har helsesituasjonen forverret seg, slik at de ikke lenger fyller forskriftskravene til helseattesten». Informant 2

3.1.3 Varierende grad av selvinnsikt blant førerkortinnehavere

Flere mente at det at helseattestordningen finnes og at det finnes en aldersgrense gjør at pasientene i større grad blir tvunget til å gjøre en vurdering av egen helse, og at mange førerkortinnehavere selv forstår når helsen ikke lenger er god nok.

«Min erfaring er at den store majoriteten forstår selv at de skal gi seg. Jeg tror at bare det er en helseattestgrense, gjør at man tenker seg om. «Nei, helsen er for dårlig», også stopper de bare å kjøre selv.» Informant 1

Det var imidlertid ikke alle legene vi snakket med som delte oppfatningen om at de fleste førerkortinnehavere forstår selv når helsen er for dårlig. En av legene sa at det var få av pasientene som hadde innsikt i når egen helse ikke lenger var god nok:

«Det står i førerkortforskriften at man skal avbryte kjøringen dersom egen helse ikke er god nok til å fylle kravene, men det er jo veldig få som har denne innstillingen.» Informant 6

Flere informanter påpeker at det er særlig de med kognitiv svikt som har mangelfull innsikt i egen helsetilstand og hvordan den påvirker egen evne til å kjøre bil. Flere opplevde også at førerkortinnehavere med kognitiv svikt kom for å fornyet førerkortet og fikk avslag.

Sitatene under illustrerer dette:

«Et karaktertrekk ved det å bli kognitivt svekket er at man mister egen vurderingsevne. Det er sjeldent at de kommer selv og sier at de er så dårlige at de ikke kan kjøre bil lenger» Informant 6

«Jeg skal ikke sette noen i bås, men demente, bestemte menn, det er ikke alle som skjønner at de må parkere bilen.» Informant 8

«Men han hadde ingen innsikt selv, altså. Nei, han skulle kjøre, men jeg sa at «det kan du ikke, du har ikke noe førerkort». (...) Han var begynnende dement. Det er ikke så ofte det skjer, men det skjer av og til. Han var sånn som kjørte til praksis, selv om han var helt uegnet. Informant 1

3.1.4 Kjennskap til førerkortinnehavers helsetilstand forutsetter regelmessig kontakt

Det framgår av intervjuene at informantene stort sett opplever at de har svært god oversikt over helsetilstanden til førerkortinnehavere som er regelmessig innom fastlege som gjør at de kan intervensjonere tidlig om de avdekker helsetilstander som ikke er forenelige med bilkjøring. Mange av dem som er over 80 år som har problemer med helsen, går hyppig til fastlegen, og følges dermed tett opp.

«Jeg kjenner dem veldig godt, og de pasientene som er syke over 80 år går ofte til legen. Man får en god oversikt over helsetilstanden deres. Man har et veldig godt bilde av hvordan det går med dem».

Informant 2

Det er imidlertid en del førerkortinnehavere, selv om tallet er minkende for førerkortinnehavere over 80 år, som sjeldent eller aldri er innom fastlegen. Flertallet av legene fortalte at de ikke sjeldent fanger opp helsetilstander hos denne gruppen, som de ikke ville gjort om helseattestordningen ikke fantes.

«Problemet er om de har en tilstand [som ikke er forenelig med bilkjøring], og ikke kommer da. Eller hvor lenge de har drevet og kjørt bil før de kommer, før de selv beskriver problemet for meg, slik at jeg tar tak i det. Det er litt av utfordringen om man fjerner de rutinemessige førerkortattestene, som for så vidt ikke er noe stasarbeid som jeg drømmer om å ha. Utfordringen er at da kommer de ikke inn for det heller, så da er det jo noen som går under radaren og fortsetter å kjøre bil fordi de ikke går til legen i det hele tatt». Informant 7

Flertallet av informantene fortalte at de ofte har førerkort i tankene når de avdekker helsetilstander som kan ha betydning for bilkjøring i møte med førerkortinnehavere over 80 år.

«Det er åtte stykker over 80 som kjører bil. De har jeg på en ettårskontrakt, kan vi kalle det (...). Hvis pasienten har sykdommer som potensielt kan utvikle eller endre seg, så kan man redusere på godkjenningstiden for å fange opp endringer. Da blir de tvunget til å holde kontakt for å få gyldig førerkort.» Informant 4

Tidlig tegn til demens, nevrologiske sykdommer, diabetes, synssvekkelser, hjerteproblemer og redusert førlighet er eksempler på helsetilstander som flere leger er særlig på vakt for hos førerkortinnehavere over 80 år.

«Det ligger langt framme i panna mi. De som ikke er innom, det er problemet. De som jeg har inne er jeg oppmerksom på, også med tanke på alkoholbruk og rusmiddelbruk» Informant 9

3.2 Årsaker til at helseattest ikke utstedes

Som nevnt kom det fram i intervjuene at flertallet av dem som søker, får godkjent helseattest. Andelen som søker er imidlertid i utgangspunktet lav, bl.a. fordi mange har fått inndratt føreretten på grunn av helsetilstander som er blitt fanget opp i andre sammenhenger (f.eks. etter melding fra annet helsepersonell), eller har latt være å fornye føreretten.

3.2.1 Kognitiv svikt en av de vanligste grunnene til ikke-utstedelse av helseattest

Blant dem som ikke får godkjent helseattest, er kognitiv svikt den hyppigste helsemessige grunnen til avslag som nevnes.

En av legene fortalte at enkelte ikke får ny helseattest fordi den generelle helsen er blitt for dårlig til at føreren vil kunne oppfatte trafikkbildet og agere raskt nok.

«Noen ganger har jeg rett og slett sagt at den generelle helsetilstanden, altså selv om de er klare i hodet så går det for langsomt. Så det har jeg også gjort noen ganger» Informant 1

Andre viktige helsemessige grunner som ble nevnt er:

- Redusert syn
- Nevrologiske sykdommer (Parkinsons, MS og lignende)
- Helsetilstander som medfører bruk av medisiner som ikke er forenelig med kjøring
- Generelt nedsatt somatisk funksjonsevne.

Dette samsvarer godt med det vi finner i analysen av Helsedirektoratets statistikk over inndragninger av førerkort.

3.2.2 Forskjeller mht. varige og midlertidige tilstander

På spørsmål om hva som er de vanligste grunnene til ikke-utstedt helseattest, kan det synes som om det er forskjeller i hvordan informantene har tolket spørsmålet. Noen nevnte forbigående tilstander som medfører midlertidig tap av førerett som årsaker til ikke godkjent helseattest, mens andres synes å kun nevne tilstander som medfører permanent tap av førerett.

Svekket syn og bruk av medisiner er helsetilstander som for mange førerkortinnehavere kan korrigeres eller justeres, slik at de kun vil få et midlertidig kjøreforbud i en periode. For eksempel vil flere førerkortinnehavere kunne få utbedret synet med synskorrigerende eller operasjon eller få endret medisindosen slik at de kan kjøre bil. I disse tilfellene vil det ofte være slik at førerkortinnehaveren får et midlertidig kjøreforbud, til tilstanden er bedret. De vil da gjennomgå en ny undersøkelse, og får da eventuelt gyldig helseattest. Likevel er det også mange som vil ha synssvekkelser som ikke vil kunne behandles, eller medikamenter som er så sterke at det vil medføre permanent tap av føreretten.

3.3 Bruk av kognitive tester

Bruken av kognitive tester varierer mellom fastlegene, både når det gjelder hvor hyppig de brukes i konsultasjon om helseattest, samt hvilke tester som brukes, rekkefølgen på testene, og hvorvidt legene tilrettelegger for å gjøre gjennomføringen mindre belastende.

3.3.1 Ulike oppfatninger om når man bør bruke kognitive tester

Ifølge førerkortveilederen gjelder: «Ved mistanke om kognitiv svikt skal gjennomprøvede tester brukes».

Tre av fastlegene fortalte likevel at de bestandig gjennomfører kognitive tester på førerkortinnehavere som er over 80 år. Blant disse er det noe variasjon med tanke på når kognitive tester introduseres som en fast del av konsultasjonen. En av legene sa at han/hun alltid benytter kognitive tester i møte med førerkortinnehavere over 70 år, mens en annen fortalte at han/hun som hovedregel tester alle over 75 år. Den tredje operer med en grense på 80 år. Det kan tyde på at ikke alle fastleger er like oppdatert på gjeldende retningslinjer for bruk av kognitive tester.

«Jeg bruker det stort sett alltid. Det skal nesten en grunn til å fravike, fordi det er mange av dem som man fanger opp kognitiv svikt hos som man ellers ikke ville merket.» Informant 9

Syv av informantene fortalte at de i henhold til gjeldende regelverk kun bruker kognitive tester dersom de har en mistanke om kognitiv svikt, eller om de er usikre på den kognitive tilstanden til førerkortinnehaveren.

«Hvis jeg er usikker på den kognitive helsetilstand eller at det er lenge siden at jeg har hatt pasienten på kontoret, eller andre grunner til at jeg tenker at det ikke er åpenbart at denne personen skal kunne kjøre bil» Informant 3

Flere nevnte at det har vært endringer i hvilke anbefalinger de har fått med tanke på bruk av kognitive tester. Mens det tidligere har vært vanlig å teste alle som er over den gjeldende aldersgrensen, er det det i de senere årene er blitt presisert at man kun skal bruke kognitive tester ved mistanke.

«Det var en periode hvor vi gjorde kognitive tester på alle eldre som kom til førerkortattest, fordi da ble det uttrykt at dette skulle gjøres ganske rutinemessig, så gjorde vi det. Så når førerkortinnehavere lurte på hvorfor de ble utsatt for tester, så sa vi at vi gjør dette på alle. Så ble det en politisk sak, og så skulle vi ikke gjøre det lenger. Så ble det skriftliggjort at det bare skulle gjøres på mistanke.»

Informant 7

Enkelte uttrykte at de syntes det var uheldig at det ikke lenger legges opp til at man skal undersøke alle førerkortinnehavere, slik som tidligere, og at terskelen nå er høyere for å kunne gjennomføre kognitive tester. Disse legene trekker frem at en opplevd konsekvens av mer selektiv testing er at det er vanskeligere å fange opp kognitiv svikt, særlig hos førerkortinnehavere som sjeldent eller aldri er innom legekantoret.

«Jeg mener hele poenget er borte, fordi de man fanger opp på mistanke, fanger man opp uansett blant de som kommer til legen. De har jeg allerede fanget opp på et tidligere tidspunkt. Men de andre, som enten ikke kommer til legen i det hele tatt eller som jeg ikke skal teste fordi jeg ikke har fått noen mistanke, de får jeg ikke noen tilfeldig oppfangning av da.» Informant 7

«Men hvis det nå kommer endringer fordi enkelte føler seg tråkket på med tanke på testene, så er det vanskelig å gjøre vurderingen. Da skal de ha kommet veldig langt, og veldig iøynefallende forandringer som gjør at vi kan gripe inn, eller så er vi avhengig av pårørende som varsler (...) Det er viktig at vi får lov til å spørre om ting, slik at vi kan oppdage eventuell svikt og behandle det i tide.» Informant 6

3.3.2 Skape en trygg testsituasjon

Flere av legene vi snakket med, var opptatt av å skape en trygg testsituasjon for personen som skal gjennomgå kognitive tester, ettersom enkelte blir stresset og ukomfortable når de skal gjennomgå testene. Dette henger antagelig både sammen med at det er et visst stigma i samfunnet knyttet til demens, og at konsekvensene av å ikke bestå testene kan oppleves som store, da man potensielt kan miste et viktig gode og selvstendighetssymbol som førerkortet for mange er.

Det å gjøre situasjonen mest mulig komfortabel gjennom å ufarliggjøre den med humor, eller å innlede med de enkleste testene, ble nevnt som strategier for å legge til rette for en god testsituasjon:

«Prøver å gjøre litt morsomt ut av det, så er det mange som synes det er litt artig å løse de oppgavene. Det handler om å skape en testsituasjon som ikke er ubekvem, at man føler seg mistenkeliggjort.»

Informant 9

Noen mente at den stressende situasjonen kunne føre til at pasienten presterte dårligere enn de ville gjort utenfor en testsituasjon. To av legene fortalte at de noen ganger tar grep for å tilrettelegge for at personen skal oppleve testene som mindre stressende. Den ene gjorde dette ved å la hjemmehjelpen administrere testene hjemme hos førerkortinnehaveren, mens den andre legen fortalte at han/hun har latt en som søkte om fornyelse trene hjemme før vedkommende skulle undersøkes.

«Merket at hun var superstresset, og jeg kjenner henne som fastlege. Det her har du inne. Ba henne komme tilbake om 14 dager. Også kan du jo trene litt. Du kan jo lage et lite kart selv, så vet du hva du skal gjøre. Da kom hun tilbake og kjørte testen like fort som deg og meg.» Informant 6

Det er altså variasjoner i hvor langt man går i å skape en trygg testsituasjon. Intervjuene gir indikasjoner på at enkelte gjør større grep for å legge til rette for at personen skal kunne prestere best mulig. Det er imidlertid vanskelig ut fra intervjuene å si noe om hvor utbredt dette er. Vi har heller ikke grunnlag for å vurdere hvordan det påvirker utfallet av testene.

3.3.3 Valg av tester og rekkefølge på tester

Ifølge førerkortveilederen skal følgende tester gjennomføres ved undersøkelse av ev. kognitiv svikt, i denne rekkefølgen:

- (1) Trailmakingtest TMT-NR3 (A og B)
- (2) Mini mental status MMSE-NR3
- (3) Klokketest KT-NR 3.

Testene og hvordan de skal gjennomføres fremgår av testmanualene som ligger vedlagt i førerkortveilederen.

I intervjuene kom det fram at det varierer hvilke tester som brukes og rekkefølgen på testene. Av dem vi snakket med bruker de færreste hele testbatteriet hver gang, slik det er anbefalt i førerkortveilederen. Tre av legene sa de bruker hele batteriet om de har mistanke om kognitiv svikt, men det kommer fram at det er en vurdering som gjøres underveis i undersøkelsen. De fleste fortalte at de som hovedregel gjennomfører tre av testene, men hvilke tre varierer også. Hos ni av legene inngår trailmaking A og B som en del av undersøkelsen hver gang.

Når det gjelder rekkefølge på testene, er det også variasjoner mellom fastlegene. Fire av legene fortalte at de stort sett gjennomfører testene i rekkefølgen som anbefales i førerkortveilederen. Det vil si at de starter med trailmakingtestene A og B, for deretter å gjennomføre MMSE. Majoriteten gjennomfører imidlertid testene i en annen rekkefølge enn det som er anbefalt i veilederen.

Tre av legene sa de foretrekker å starte med klokketesten, som i veilederen er anbefalt å gjennomføre som siste test, mens en bruker MMSE først, deretter de to Trailmaking-testene. Dette ble blant annet forklart med at man ønsker å skape mest mulig trygge rammer for personen i testsituasjonen, og dermed starte med testene som er minst stressende for førerkortinnehaveren. Både MMSE og Trailmaking B ble trukket fram som de testene som oppleves som særlig utfordrende for de som gjennomgår testene og som tar lengst tid.

3.3.4 Trailmakingtest B

I trailmakingtesten må man tegne en linje mellom sirkler med bokstaver og tall. Test A inneholder kun tall og man må tegne en linje fra 1 til 25 (fra 1 til 2, fra 2 til 3, fra 3 til 4 etc.). Trailmakingtest B er noe vanskeligere enn A da den inneholder både tall og bokstaver. Man må tegne en linje vekselvis mellom tall og bokstaver i riktig stigende rekkefølge (1-A-2-B-3-C-4- etc.). For begge testene tas tiden som pasienten trenger for å fullføre hele oppgaven, ev. med hjelp etter konkret definerte retningslinjer.

Som nevnt bruker alle unntatt en av fastlegene vi snakket med trailmakingtestene når de vurderer kognitiv funksjon som et ledd i helseundersøkelsen. Enkelte var av den oppfatning at personer over 80 generelt strevde med trailmakingtestene, og da særlig Trailmaking-B.

To av legene stilte også spørsmålstegn ved hvorvidt vanskelighetsgraden for Trailmaking B er for høy og at det kunne være vanskelig å forklare testen på en god måte til den som skal ta testen:

«Trailmaking B er egentlig en ganske vanskelig test. Noen ganger lurer jeg litt på om den er for vanskelig. (...) Den gir en liten indikasjon på tempo og det å ha oppmerksomhet på ting som skjer samtidig, så sånn sett er det en god test.» Informant 10

«Trailmakingtestene kan være vanskelig å få forklart. Særlig den trailmaking B-testen»
Informant 2

Selv om enkelte stilte spørsmål vedrørende vanskelighetsgrad, var det flere som mente at trailmakingtestene er gode og ofte avdekker tidlig tegn på demens som man ikke har oppdaget gjennom samtale, og som ikke er like framtrødende i de andre testene.

Trailmaking B avdekker eventuelle problemer med tempo og evne til å ha oppmerksomhet på flere ting samtidig. I så måte var det flere som mente at testen gir en god indikasjon på om hvor godt man vil være i stand til å kjøre bil og samtidig følge med på trafikken.

«Den [trailmaking B] viser fint hvordan du skal følge med på bilen samtidig som du skal følge med på trafikkbildet. Dele oppmerksomheten og veksle mellom å gi oppmerksomhet til forskjellige ting.»

Informant 6

«Hvis du får forklart den [trailmaking B] godt og pasienten forstår den og kan utføre og setter i gang som tenkt, da fungerer den testen godt» Informant 2

3.3.5 Generelt positiv syn på kognitive tester

Selv om enkelte uttrykket at testene i utgangspunktet kan oppleves som vanskelige, er det en felles oppfatning at de kognitive testene er godt egnet til å fange opp kognitiv svikt, særlig på et tidlig stadium. De fleste legene erfarte at de gjennom kognitive tester avdekker tegn på demens som kan være vanskelig å avdekke i en vanlig samtale.

«Med de objektive tester er det lettere å teste hvordan det ligger an, om de snakker sant. Synes testene er gode til å fange opp om det er noe på gang som vi må se nærmere på.» Informant 6

«Jeg stoler ganske mye på dem. De er jo validerte, og jeg føler det er en korrelasjon mellom... altså hos de med demens, så ser jeg jo veldig godt at MMSE fanger det opp da. Jeg bruker jo klokke testen mest for jeg tror den fanger opp mer enn det jeg klarer i en normal samtale. (...) Synes de er gode og gode nok til å bli brukt.» Informant 9

Flere fortalte at førerkortinnehavere med demens ofte forsøker å skjule sin egentlige helsetilstand og at flere utvikler gode kompensatoriske metoder for å kunne fremstå klarere enn det de faktisk er. Flere informanter fortalte at selv om de kjenner personen godt, har de ikke alltid klart å avdekke kognitiv svikt gjennom samtale med pasienten.

«Mange er godt trent i å skjule det. De kan framstå en god del bedre enn de egentlig er»

Informant 3

«Det skal mye til for å finne ut av det før du har verktøy. Jeg har blitt lurt mange ganger.»

Informant 6

En av legene problematiserer bruken av kognitive tester i forbindelse med førerkortvurdering, og synes heller det burde inngå som en del av demenstesting i befolkningen for å avdekke demens:

«Det er på en måte det eneste verktøyet vi har. Jeg tenker nok at det er nyttig i en kognitiv sviktutredning og i en demensutredning. Men jeg tenker at hvis man reelt sett skal plukke ut de som er trafikkfarlig, så burde man jo hatt dem i en simulator eller i en praktisk, reel test.» Informant 3

3.3.6 Vurdering av om helsekravene for kognitiv fungering er oppfylt

Fastlegene vi snakket med fortalte at de gjør en helhetlig vurdering av helsetilstanden basert på helseundersøkelsen, og de opplysningene de har om førerkortinnehaverens helsetilstand fra før.

Enkelte mente at vurderingen av kognitivt svikt var forholdsvis enkelt og rett fram, mens andre opplevde at det var gråsoner som gjør at det kan være vanskelig å vurdere hvor grensen går. En av informantene gav uttrykk for at han/hun opplevde det mer utfordrende å vurdere det kognitive sammenlignet med en del av de fysiske helsetilstandene i helsekontrollen, da det ikke er like tydelig definerte grenseverdier, og det åpner for mer diskusjon med førerkortinnehaveren:

«Det kognitive er et litt vanskelig punkt. I vurderingen av hjertestans eller hjerteinfarkt er det konkrete tidsrammer, og lite rom for diskusjon. Prøver på det kognitive og, med testene, men det er litt mer gråsoner enn andre. Vanskeligere punkt og litt sårere punkt for noen.» Informant 8

I mange tilfeller vil de kognitive testene gi godt nok grunnlag for å komme til en konklusjon om hvorvidt førerkortinnehaveren oppfyller helsekravene, for eksempel om man får dårlige skårer på samtlige tester. Det hender også at det er tvilstilfeller, for eksempel om personen skårer godt på en test og dårlig på annen.

De fleste fastlegene fortalte at de ved tvil eller ved testskårer som er i grenseland enten vil rekvirere en kjørevurdering hos Statens vegvesen eller følge opp med en utredning hos spesialist. I begge tilfeller vil førerkortinnehaveren få et muntlig kjøreforbud til endelig resultat fra kjørevurdering, eller endelig utredning hos spesialist foreligger. Noen fortalte også at de ville rekvirere en kjørevurdering dersom personen opplevde at det var vanskelig å akseptere testen, eller hadde et svært sterkt ønske om å kjøre bil istedenfor å ta testene.

«I veldig mange tilfeller, hvis det blir vanskelig for pasienten å svelge, så pleier jeg å gå for en pragmatisk løsning. Da ber vi om en praktisk kjørevurdering. Det er jo mitt ord til syvende og sist, som er lov og rett i det her, men ofte så vil en second opinion gjennom en kjørevurdering gi pasienten... da disseminerer² man ansvaret litt. Det er ikke du som må ta sertifikatet, det er faktisk en test som viser at du ikke kan kjøre bil.» Informant 5

² Han/hun mente trolig «fordeler ansvaret».

«Noen sier: «da vil jeg ikke kjøre bil mer», og da aksepterer jeg det. mens for andre kommer det litt brått på, man klarer ikke å finne en felles forsoning og forståelse for at dette kanskje ikke går lenger. Noen ganger virker det ikke riktig at det ikke går lenger beller. Det de beskriver, de pårørende, er at de håndterer bilen ganske godt. Og da blir det sånn at man går videre med en sånn førerprøve da.»

Informant 2

De fleste erfarte imidlertid at det var sjeldent at personer som skårer dårlig på de kognitive testene består en praktisk kjøreprøve

«Jeg vet jo ikke noe om kunnskapsgrunnlaget for at akkurat testen brukes, ikke sant. Men jeg har nå brukt den og har inntrykk av at hvis man sliter med den testen så sliter man også med å kjøre opp.» Informant 2

3.4 Pårørendes rolle

Det kommer fram i intervjuene at pårørende har en viktig rolle i forbindelse med fornyelse av førerkort. I mange tilfeller tar pårørende kontakt med fastlegen og uttrykker bekymring om pasientens helsetilstand. Dette skjer ofte i forbindelse med at førerkortet skal fornyes, men flere av informantene fortalte at de også opplever at pårørende tar kontakt utenom når førerkortet skal fornyes. Det kan være førerkortinnehaverens partner eller barn som uttrykker bekymring.

«Hender at kona kommer og ber oss ta fra mannen førerkortet? Det er kanskje hyppigere. De sier at nå må du ta det, for nå kjører han så rart at jeg tør ikke sitte på.» Informant 1

Flere av legene fortalte at de pleier å snakke med pårørende i forkant av at førerkortet skal fornyes, og særlig dersom de har mistanke om kognitiv svikt. Pårørende som kjenner førerkortinnehaveren godt, vil i mange tilfeller kunne oppdage endringer i kjøreatferd eller tidlige tegn på kognitiv svikt, som ikke alltid legene vil kunne oppdage i samtale med førerkortinnehaveren på legekantoret. Flere av legene fortalte at de er avhengig av en god dialog med pårørende:

«Jeg pleier å ta kontakt med de pårørende i forkant av at førerkortet skal fornyes. To av dem jeg fratok førerkortet fra i år, der var det pårørende som tok initiativ til en samtale først for å fortelle om ting som kanskje ikke kom opp under samtalen. Man er helt avhengig av å spille på lag med familie». Informant 4

På den andre siden hender det også at pårørende forsøker å dekke over den reelle helse-tilstanden til eldre personer, og at de hjelper førerkortinnehaveren med å trene på å svare på spørsmål osv. For eldre par, for eksempel, hvor førerkortinnehaveren er den eneste med førerkort, vil tap av førerrett medføre store omveltninger. Dermed er det ikke uvanlig at pårørende også forsøker å dekke over eventuelle helsesvekkelser som kan medføre tap av førerrett:

«Jeg har hatt situasjoner der det har vært pårørende som har hjulpet pasienten med å pugge»
Informant 4

En av informantene fortalte at hjemmetjenesten hadde uttrykt bekymring for at en pasient kjørte bil, men det er sjelden at hjemmetjenesten melder inn bekymring.

3.5 Ikke-utstedt helseattest

3.5.1 Reaksjoner og innvirkning på relasjonen til pasienten

Flertallet av informantene fortalte at de fleste som ikke får fornyet føreretten, tar denne beskjeden med fatning. Likevel er det mange som reagerer med sinne og frustrasjon. Flere opplever at det er krevende å frata førerkortinnehavere føreretten, men anså det likevel som en viktig og meningsfull del av jobben.

De fleste opplevde at det også har gått ut over forholdet med pasienten. Flere mente at det å frata føreretten påvirker forholdet til pasienten negativt, og kan ha betydning for videre oppfølging og behandling:

«Jeg opplever at, for min del så går det bra, men jeg opplever jo at pasienten ikke klarer å forstå, og dermed kan bli forholdsvis sint. Og jeg tror nok også at det har betydning for pasientens kontakt med meg den kommende tiden. Sånn at pasienten unngår meg en periode etterpå, det tror jeg at det er stor sannsynlighet for. Det kan være ugunstig i forhold til somatisk oppfølging» Informant 3

«Jeg opplever at det er ubehagelig. Samtidig må man ta den rollen noen ganger i forhold til sikkerhet. Det er ikke til å stikke under en stol at det er ubehagelig. Det er pasienter som gjerne har gått hos meg lenge, så da er det egentlig ganske ubehagelig.» Informant 10

3.5.2 Vurdering av konsekvenser for førerkortinnehaveren

Det varierer i hvilken grad legene tar inn forhold som har med førerkortinnehaverens livssituasjon og transportbehov i vurderingen om hvorvidt godkjent helseattest kan utstedes. Noen mener det ikke bør spille inn overhodet:

«Det skal jo ikke spille inn. Og hvis de er avhengig av å kjøre bil, så er det jo ekstra viktig at det... hvis de på en måte ikke har helse til å kjøre at de slutter. Så det skal jo ikke spille inn. Det skal være en forskriftsfestet oppgave med ganske klare krav sånn at du prøver å unngå at det skal spille inn» Informant 2

En av legene fortalte at han/hun i grensetilfeller vil høre med personen hvordan vedkommende har tenkt å bruke bilen, og ta det med i vurderingen:

«Men da er det jo og sånn at hvis de ikke klarer det på kontoret, og må drive å ta den hjemme for å bestå den, så pleier jeg å ha en samtale med pasienten. Høre hvor de egentlig har tenkt å bruke førerkortet. Hvis det er nede i Oslo sentrum, at de skal tute rundt nede i rushtrafikken, så kanskje vi burde parkere den bilen, men skal du kjøre til det lokale kjøpesentret eller gjøre ukehandelen, så er det på en måte greit.» Informant 4

En annen informant med praksis i et typisk distriktsområde fortalte at det tidligere hadde vært en «gentlemans agreement», hvor man tillot at førerkortinnehavere som bodde grise-grendt til fikk lov til å beholde førerkortet om de kun skulle kjøre korte turer i nærområdet utenom trafikkerte områder, men at dette ikke lenger er tilfelle. Et minimumskrav er at man skal kunne kjøre på de mest trafikkerte veiene:

«De har jo et transportbehov. Det er mange som bor i grise-grendte områder, og er veldig avhengig av førerkort, men det må være forsvarlig. Man må kunne kjøre på riksvei 7 som er tungt trafikkert. I gamledager hadde man ofte en «gentlemans agreement», det vil si at du kun fikk kjøre fra huset ditt, til butikken i nærområdet, men sånn er det ikke lenger. Har du førerkort så skal du kunne kjøre på E6.» Informant 4

Intervjuene antydte at det er variasjoner i hvilken grad legene tar hensyn til førerkortinnehaverens livssituasjon og kjøremønster. Det er nærliggende å tro at det kan være forskjeller mellom distrikt og sentrale områder når det gjelder i hvilken grad fastleger tar hensyn til forhold ved førerkortinnehaverens livssituasjon og eventuelle konsekvenser det kan ha for personen å miste føreretten. Det er imidlertid ikke empirisk grunnlag for å si noe generelt om dette ut fra intervjumaterialet som er samlet inn i denne studien.

3.6 Førerkortinnehavere som bytter fastlege

3.6.1 Ikke uvanlig at førerkortinnehavere bytter fastlege som følge av ikke-godkjent helseattest

Samtlige informanter har opplevd at pasienter byttet fastlege på grunn av at de ikke fikk godkjent helseattest. Ut fra det de fortalte er det ikke noe som forekommer ofte, men det skjer av og til. De fleste hadde opplevd både å miste pasienter som ikke fikk godkjent helseattest, og å få nye pasienter som ville fornye føreretten.

«Jeg har fått andre pasienter fra andre leger som har ønsket en ny vurdering, og jeg har mistet pasienter som jeg har tatt førerkortet fra og.» Informant 4

«Nei, jeg tror bare jeg har opplevd det en gang. Hun byttet lege fordi hun hadde hørt at jeg var litt flink, også skulle hun samtidig gjerne fornye førerkortet. Jeg ble jo skeptisk da, selv om det er flatterende å høre at man er flink.» Informant 1

«Det er veldig sjeldent at de over 80 bytter fastlege. De som bytter er gjerne yngre og mer ressurssterke, og det er sjeldent de med demens.» Informant 5

3.6.2 Svakheter ved dagens system

I tilfeller hvor helseattesten er i ferd med å utløpe, og førerkortinnehaveren ikke får fornyet førerkortet, er ikke dette noe som legen er pliktig til å melde til statsforvalteren, da føreretten uansett utløper. Per dags dato finnes det ingen system for å fange opp førerkortinnehavere som har fått avslag på fornyelse av førerkortet, som prøver lykken hos en ny lege.

Førerkortinnehavere som ikke får fornyet helseattest, kan i prinsippet velge å enten bytte fastlege eller gå til en privat lege og få en ny vurdering, uten at legen automatisk har innsyn i den forrige legens vurdering. Pasienten må nemlig selv videreformidle journalen fra sin tidligere fastlege til den nye, og dette gjøres på frivillig basis. Det vil si at dersom pasienten nekter, så vil ikke den nye legen få innsyn i pasientens gamle journal. Det kommer imidlertid fram av intervjuene at det er vanlig praksis blant flere fastleger at man ber pasienten framlegge journalen, og flere forteller at de er skeptiske når de får en ny pasient som «tilfeldigvis» også ønsker å fornye føreretten.

«For meg, og jeg håper det gjelder for alle, så blinker det røde lys [når pasienter nettopp har byttet lege og ønsker å fornye førerkortet]. Jeg pleier å si til mine pasienter når de har byttet til meg og de er godt voksne eller midten av 40-årene og ønsker å fornye førerkortet, så pleier jeg alltid å si at du det kan jeg hjelpe deg med, men jeg trenger din gamle journal først.» Informant 4

«Da ringte jeg legen hennes og sa det at jeg kan ikke skrive ut en sånn førerkortattest nå. Jeg kjente jo den gamle legen hennes, og da fikk jeg bekreftet mistanken om at her var det en eldre dame som hadde fått beskjed om at han ikke ville fornye førerkortet, også hadde hun bare byttet fastlege.»

Informant 1

«Jeg skriver i journalen hvilken vurdering jeg har gjort. Journalen sendes over til den nye fastlegen. Hvis pasienten ikke vil ha den nye journalen... de fleste fastleger ber om den gamle journalen»

Informant 10

«Ja, det bender jo. De kan jo skifte fastlege. Jeg jobber jo i en gruppepraksis, så de kommer ofte ikke så langt med det. De kan jo prøve å skifte legekontor, men da er det jo journalført, så da står det jo hvilke tester vi har gjort.» Informant 6

Selv om flere opplevde at det stort sett er mange leger som ber om å få se pasientens journal før de fornøyer førerkortet, framkommer det at det likevel finnes tilfeller der førerkort-innehavere som i utgangspunktet har fått avslag på fornyelse av førerkort, har fått godkjent helseattest hos ny lege. En av informantene fortalte at de på legesentret der vedkommende praktiserte har opplevd at førerkortinnehavere går til et privat helseforetak og får godkjent attest der.

«En annen svakhet ved systemet er at vi har opplevd at noen går til [navn på privat helseforetak] og får helseattest der.» Informant 2

3.7 Midlertidige helsetilstander

Det er som nevnt ikke alle helsetilstander som medfører at helsekravene i forskriften ikke oppfylles, som vil medføre permanent tap av førerrett. I mange tilfeller vil førerkortinnehavere ha helsetilstander som er forbigående, som kan medføre svekket kjøreevne i en periode. Det kan være at førerkortinnehavere går på sterke medisiner i en periode og derfor ikke kan kjøre bil, eller det kan være at personen har for dårlig syn eller har en øyesykdom som må behandles. Dette er også helsetilstander som fanges opp gjennom helseattestordningen. I mange tilfeller er det alvorlige svekkelser eller tap av funksjoner som påvirker kjøreevne og som må utredes videre, enten hos spesialist eller optiker.

3.7.1 Midlertidig muntlig kjøreforbud vanlig ved midlertidige helsetilstander

Samtlige informanter fortalte at de ved midlertidige helsetilstander som medfører svekket kjøreevne, ville gi et muntlig kjøreforbud for en periode. På slutten av denne perioden vil man gjøre en ny vurdering om helsekravene oppfylles.

Synssvekkelser som krever synskorreksjon, eller mer alvorlige synssvekkelser som grønn eller grå stær, som krever operasjon, er eksempler hvor pasienten vil få et muntlig kjøreforbud i påvente av aktuell behandling. I slike tilfeller vil pasienten måtte framlegge skriftlig dokumentasjon fra optiker eller øyelege til sin fastlege, som da vil kunne gjøre en ny vurdering og utstedte godkjent helseattest.

«Det hender at de ser for dårlig, slik at jeg ikke kan godkjenne. Da sender jeg dem ned til en lokal optiker. Mange må ha synskorrigerende for å greie kravet. Da må de dokumentere synskorrigerende.»

Informant 1

«Det hender pasienter blir henvist til optiker eller øyelege om de ikke oppfyller helsekravene. Optiker vil da gjøre en synsvurdering og pasienten må framlegge gyldig synsattest neste gang vedkommende er hos fastlegen. Det er fastlegen som vil utstede gyldig helseattest, med forbehold om at gyldig synsattest kan framlegges.» Informant 10

3.7.2 Samarbeid med sykehus ved midlertidige helsetilstander

To av informantene fortalte at det hendte sykehuset hadde glemt å gi pasienten midlertidig forbud dersom de hadde vært innlagt med akutte helsetilstander som påvirker kjøreevnen, slik som drypp, epileptisk anfall eller andre akutte helsetilstander. Pasienten skal egentlig ha en karenstid og få midlertidig kjøreforbud, men det hender sykehuset glemmer å informere pasienten.

«Hvis du har hatt et hjerneslag, epileptiske anfall, så skal de ha en karenstid. Og det er også greit at vi følger litt med på det, for det er ikke alltid det fanges opp på sykehus, for eksempel. Det hender at det blir glemt.» Informant 1

«Noen ganger er det så opplagt at det har skjedd ting. Da må vi passe på at de på sykehuset husker å si ifra, de skal jo ha en karenstid. Det har av og til blitt glemt. De siste årene har vi blitt flinkere til å ta en felles ansvar for det. Da blir fastlegen sittende som den strenge, også sier pasienten «de sa de ingenting om på sykehuset, det kan jo ikke stemme.»» Informant 6

3.8 Helseattest med kortere varighet

Fastleger kan utstede helseattest med varighet på tre år, men i enkelte tilfeller kan fastlegen utstede en helseattest med kortere varighet. Ved kognitiv svikt bør helseattesten ikke utstedes for mer enn ett år.

Vi fikk dessverre ikke spurt alle informantene hvordan de vurderer varigheten på helseattesten, men vi kom inn på temaet i tre av intervjuene. Det kom fram at varigheten på helseattesten henger sammen med hvor avklart førerkortinnehaverens helsesituasjon er. En kortere varighet vil vurderes dersom førerkortinnehaveren har fått påvist et sykdomsforløp eller en helsetilstand som vil kunne påvirke kjøreevnen på sikt, slik at man kan ha en tett oppfølging av tilstanden.

Det synes å være ulik praksis også her med tanke på hvor lang varighet man gir. En av informantene fortalte at vedkommende hadde alle pasienter over 80 år med førerrett på «ettårs-kontrakt», mens en annen fortalte at han/hun utsteder helseattest med kortere varighet ved spesifikke sykdomsforløp som kan innvirke på kjøreevnen, slik som kardiovaskulære sykdomstilstander.

Siden kognitiv svikt trolig utgjør en stor andel av alle ikke-utstedte helseattester, antar vi at en tilsvarende andel av helseattestene har en varighet på ett år av gangen, da dette er kravet i førerkortveilederen.

3.9 Synspunkter på helseattestordningen og fastlegens rolle

3.9.1 Generelt positivt syn på helseattest

De fleste av legene vi snakket med uttrykte at de opplever arbeidet med helseattest som en meningsfull og viktig del av arbeidet, selv om det kan være ubehagelig og kan påvirke relasjonen med pasienten negativt.

Ni av de vi snakket med synes helseattestordningen er en viktig kontrollfunksjon, og at den bidrar til at man fanger opp personer som utgjør en fare i trafikken, som ikke ellers vil bli fanget opp.

«Tror det systemet vi har hatt har fungert ganske bra. Tror det er dumt å ta bort. Hvis vi plukker ut en i året er det nok altså. Jeg synes det rettferdiggjør et sånt system.» Informant 1

«Jeg synes den norske helseattestordningen er rimelig fornuftig altså. Hvis man slutter denne praksisen så tror jeg ... jeg kan ikke helt skjønne at det blir mye tryggere å gjøre det, å slutte.» Informant 2

«Jeg opplever til stadighet mennesker som ikke frivillig stopper å kjøre. Så jeg opplever det som ganske meningsfylt å gjøre den vurderingen og bruke tid på å «avskilte» noen av dem. Med tanke på barn og andre i trafikken. Vi har diskutert det. Vi opplever at vi fanger opp en her og der. Ingen systemer er perfekte, men dagens system er ganske hensiktsmessig» Informant 8

Personer med kognitiv svikt trekkes fram som en spesielt viktig gruppe i denne sammenhengen, ettersom personer som er kognitivt svekket gjerne mangler selvinnsett og dermed har vanskelig for å vurdere hvordan helsetilstanden påvirker egen kjøreevne. Det var stor samstemthet mellom fastlegene vi snakket med om at helsekontrollen er viktig for å fange opp personer i denne gruppen:

«Noen ganger når man har kognitiv svikt så klarer man ikke selv å innse at ting ikke fungerer, man skal være ganske dårlig før man oppdager at ting ikke fungerer, og da tenker jeg det er viktig at vi har en kontrollmulighet for de menneskene og. Det er ikke at vi har et system som er laget for å være slem, men det at vi kan fange opp de som ikke kan ta vare på seg selv eller gjøre gode vurderinger er viktig». Informant 4

3.9.2 Syn på aldersgrensen på 80 år

Det var forskjellige synspunkt angående aldersgrensen for helseattesten. De fleste mente at det var positivt at det er en aldersgrense, og flertallet synes at 80 år er en fornuftig grense. Det var imidlertid enkelte som mente at man fanger opp flere om grensen er 75 år, særlig med kognitiv svikt:

«Jeg fanget opp langt flere når grensen var på 75 enn nå når den er på 80.» Informant 5

En av informantene uttrykte at det er vanskelig å stadfeste hvor aldersgrensen bør gå, men at den bør være et sted mellom 75 og 80:

«Alder, det er vanskelig, men det er et sted mellom 75 og 80. Det er feil å senke det for lavt også.» Informant 9

3.9.3 Varierende syn på legens rolle som medisinsk sakkyndig

Det var også varierende synspunkter på hvorvidt det er fastlegen som er best egnet til å foreta helsekontroll eller om den bør ligge hos andre instanser.

Noen synes det er riktig at det er fastlegen som har rollen som sakkyndig, fordi det er de som kjenner pasientene best og dermed er best egnet til å gjøre en helhetlig medisinsk vurdering:

«Jeg tror det er riktig at det gjøres hos fastlegen. Det er fastlegen som kjenner pasienten best og best er i stand til å ivareta og følge opp og også plukke opp tråden senere». Informant 9

Andre var av den oppfatning at det vil være best om det gjøres av en tredjepart med spesifikk kompetanse på området eller en fylkeslege. En av grunnene som ble nevnt er at helsekontrollen i enkelte tilfeller påvirker relasjonen med pasienten negativt i videre behandling. En fylkeslege, eller en ekspert som ikke kjenner pasienten, vil ikke ha en slik dobbeltrolle opp mot pasienten, og vil dermed ikke komme i samme konflikt:

«Vi fastleger er godt egnet til å gjøre den vurderingen, men vi kommer i en konflikt opp mot pasienten som kanskje er litt uheldig. Jeg støtter ikke det faglige rasjonale for at det må være fastlegen som må gjøre den vurderingen.» Informant 5

«Jeg synes nok at hvis målsettingen med ordningen er å fjerne farlige sjåførere fra veien, burde det i større grad ha vært en praktisk førertest, for det er det som avdekker hvorvidt de faktisk får det til».

Informant 3

En av informantene var i tvil om hvorvidt fastlegen eller trafikkstasjonene er best egnet når det gjelder å vurdere hvorvidt pasienten oppfyller helsekravene, men poengterte at fastlegene, i kraft av at de kjenner pasientens helsehistorikk, i større grad er i stand til å vurdere varigheten på forlengelsen.

«Om det er da legen eller om det er biltilsynet som skal gjøre det blir litt vanskelig å si, men disse kjøreprøvene, de er veldig treffsikre de også (...) Men det er veldig vanskelig for en kjørelærer å vurdere hvor lenge ikke sant, hvis dem kan kjøre da eller biltilsynet. Eller om de har progredierende sykdommer eller demens og den utvikler seg også klarer du førerprøven og så hvor lenge kan du kjøre da, ikke sant, sånt.» Informant 2

4 Registerdata

I dette kapitlet benytter vi statistikk fra registerdata for å svare på spørsmålet om hvor mange førerkortinnehavere (lette klasser, inkl. B) som ikke får fornyet helseattesten ved obligatorisk helsekontroll. Siden det ikke finnes noe sentralt register som registrerer alle som søker om helseattest samt svar på søknaden og ev. videre forløp, har vi benyttet eksisterende data om førerkortbestanden i ulike aldersgrupper.

Det er i hovedsak tre mulige årsaker til at eldre bilførere ikke fornyer føreretten av helsemessige grunner:

- (1) **Helsekontroll:** Den obligatoriske helsekontrollen ved 80 år (tidligere 75 år) avdekker manglende oppfyllelse av helsekravene til førerkort (som angitt i vedlegg 1 til førerkortforskriften). Føreren får derfor ikke gyldig helseattest, og føreretten kan dermed ikke fornyes.
- (2) **Annen undersøkelse/tilbakekall av førerett:** Undersøkelse utenom obligatoriske helsekontroll hos lege, optiker eller psykolog avdekker manglende oppfyllelse av helsekravene til førerkort. Vedkommende helsepersonell skal da sende melding til statsforvalteren, som igjen sender tilrådning til politiet om å tilbakekalle føreretten.
- (3) **Selvvalgt:** Føreren lar være å be om helseattest på grunn av egen vurdering av helsemessige problemer, eller etter anmodning fra pårørende, og oppsøker derfor ikke lege for å be om helseattest.

I tillegg til at helsepersonell skal rapportere manglende oppfyllelse av helsekrav til statsforvalteren, kan også politiet på selvstendig grunnlag be om at en fører de mistenker for ikke å fylle helsekravene, gjennomfører en helseundersøkelse.

På grunnlag av tilgjengelig statistikk vil vi beregne hvor stor andel av eldre førere som slutter å kjøre ved ulike alderstrinn, og å forsøke å anslå hvor mye hver av de nevnte årsakene bidrar til nedgangen i andel førerkort.

4.1 Manglende fornyelse av førerett ved obligatorisk helsekontroll

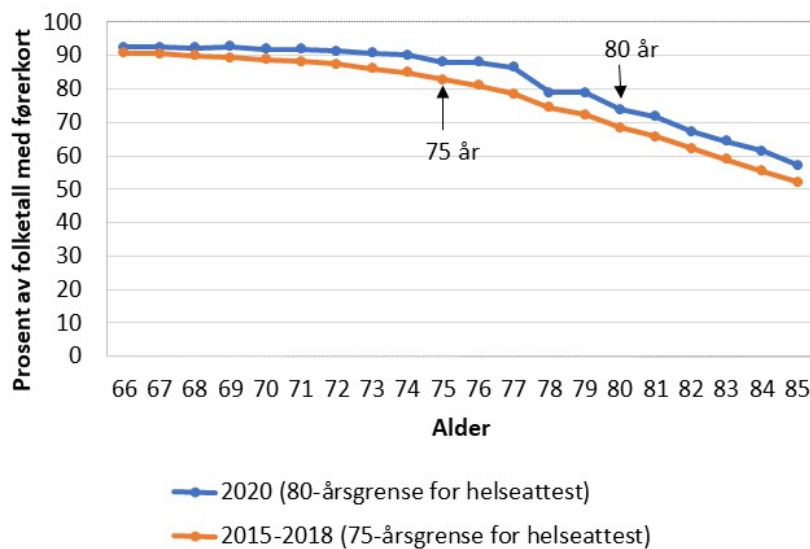
Vi har brukt to ulike tilnærminger for å undersøke hvor mange førere som ikke får fornyet føreretten i forbindelse med obligatorisk helsekontroll: En analyse av andelen førerkort i ulike aldersgrupper og en kohortanalyse. I tillegg har vi kombinert informasjon fra register- og intervjudata for å beregne anslag på hvor mange eldre førere som hvert år nektes helseattest.

4.1.1 Andel førerkort i ulike aldersgrupper

En framgangsmåte for å finne ut i hvilken grad kravet om helseattest påvirker andelen i befolkningen som fortsetter å kjøre bil, er å analysere hvordan førerkortandelen endrer seg med alder og om det er noen tydelig forskjell mellom aldersgruppene like under og like over alderen hvor kravet om helseattest slår inn.

En begrensning i denne tilnærmingen for å undersøke effekten av kravet om helseattest er at en god del førere har førerkort med gyldighet til 100-årsdagen. Det er førere som fikk utstedt førerkortet før januar 2013, og disse vil fortsatt stå i førerkortregisteret selv om de ikke får utstedt helseattest. Det betyr at en evt. nedgang i antall førerkortinnehavere som følge av kravet om helseattest, bare vil omfatte førere med nyere førerkort, dvs. førerkort som har vært fornyet etter januar 2013.

Siden kravet om helseattest ved 80 år ble innført i 2019, er det mulig å foreta denne analysen bare for kalenderåret 2020 når det gjelder 80-årsgrensen. Da et enkelt kalenderår er et nokså lite datagrunnlag for slike analyser, har vi i tillegg gjort en tilsvarende analyse av 75-årsgrensen som gjaldt i perioden fra 2013 og fram til 80-årsgrensen ble innført i 2019. Figur 4.1 viser førerkortandel etter alder fra 66 til 85 år for årene 2015-2018 da 75-årsgrensen gjaldt, og for 2020, dvs. etter at 80-årsgrensen ble innført.



Figur 4.1: Andel førerkort klasse B i befolkningen, etter alder (66-85 år) og år (2015-18 vs. 2020). Kilder: Statens vegvesens førerkortregister og SSBs Statistikkbank (folketall).

Vi ser ikke noe tydelig fall i førerkortandelen ved 75-års alder i perioden 2015-2018 da 75 år var grensen for å kreve helseattest.

Vi ser imidlertid en tiltakende nedgang i førerkortandelen med økende alder. Denne nedgangen vil være funksjon både av at en del førere ikke har fornyet førerkortet, og at andelen som aldri har hatt førerkort, er høyere blant de aller eldste.

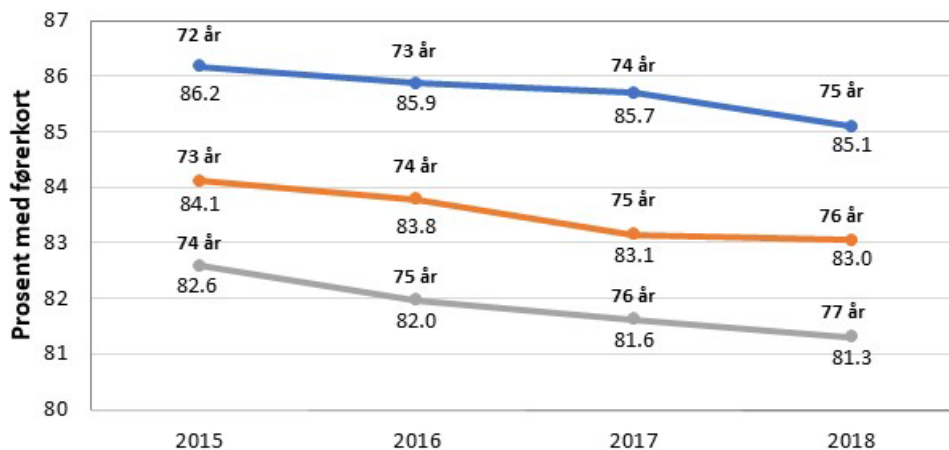
I 2020 var førerkortandelen høyere for alle aldersgruppene, siden disse førerne representerer en yngre alderskohort med høyere førerkortandel i utgangspunktet. Heller ikke her ser vi noen tydelig nedgang ved alderen for obligatorisk helseattest, som var 80 år for denne gruppen. Den største forskjellen i endring mellom aldersgruppene ser vi fra 77 til 78 år, der det er en større nedgang i 2020. Dette skyldes at innehavere som fornyet ved 75 år med 2-3 års forlengelse og som ikke fikk helseattest ved neste fornyelse, ikke lenger ville telles som førerkortinnehavere. Det er også en tendens til større nedgang fra 79 til 80 år i 2020. Imidlertid vil det være større tilfeldig variasjon i kurven for 2020, da den representerer bare et enkelt år og dermed lavere antall.

På bakgrunn av begrensningen som er nevnt ovenfor, er det vanskelig å si noe om effekten av kravet om helseattest ut fra disse analysene.

4.1.2 Kohortanalyse

Analysen av førerkortandeler i forrige avsnitt er en tverrsnittsanalyse av ulike aldersgrupper på samme tidspunkt. En mer følsom analyse er å se på endringer over tid for én og samme aldersgruppe, dvs. en kohortanalyse. Da vil vi kunne se hvorvidt det var større nedgang fra 74 til 75 år enn for øvrige alderstrinn for de samme personene da aldersgrensen for helseattest var 75 år, og om det var større nedgang fra 79 til 80 år enn for øvrige alderstrinn i 2020.

Figur 4.2 viser endringer i perioden 2015-2018 for de tre alderskohortene som passerte 75 år i denne perioden, dvs. de som var henholdsvis 72, 73 og 74 år i 2015.



Figur 4.2: Førerkortandel etter år (2015-2018) for tre alderskohorter (72, 73 og 74 år i 2015). Prosent av folketall.

Figur 4.2 viser at nedgangen i førerkortandelen fra 74 til 75 år er større enn nedgangen for foregående og/eller etterfølgende år for alle tre kohortene. Dette indikerer at kravet om helseattest ved 75 år bidro til at en del førere sluttet å kjøre. Nedgangen fra 74 til 75 år er på 0,7 til 0,8 prosent, mens nedgangen mellom de øvrige alderstrinnene ligger mellom 0,1 og 0,4 prosent.

Den ekstra nedgangen som følge av kravet om helseattest kan dermed anslås til ca. 0,5 prosent, dvs. at omtrent 0,5 prosent av førerne som oppnår alderen for obligatorisk helsekontroll, mister føreretten som følge av denne. Dette kan være førere som ikke får utstedt helseattest etter vurdering av fastlegen og førere som ikke ber om helseattest.

Dette er imidlertid et minimumsanslag, da det ikke inkluderer personer som har førerkort med gyldighet til 100-årsdagen og som derfor fortsatt er registrert som førerkortinnehavere i førerkortregisteret selv om de ikke får helseattest.

4.1.3 Beregnet antall helsekontroller og antall førere som ikke får helseattest

Ved utgangen av 2020 var det 130538 førerkortinnehavere over 80 år. Disse må ha fått utstedt en helseattest i løpet av de siste tre år for å få beholde førerkortet. Basert på tall fra Autosys, gjengitt i utredning fra Statens vegvesen (2021), har 43,5 prosent av disse førerne fått fornyet førerkort med normal varighet, dvs. tre år, 12,3 prosent med varighet to år, og 13,1 prosent med varighet ett år. De resterende (23,5 prosent) hadde ennå ikke fornyet førerkortet; dette utgjør 30676 personer. Vi forutsetter at dette i hovedsak gjelder personer som har sluttet å kjøre, men som fortsatt står i førerkortregisteret fordi de har førerkort med gyldighet til 100-årsdagen. Antall personer over 80 år med gyldig førerkort kan dermed anslås til ca. 100.000.

Ut fra disse tallene kan vi beregne antall utstedte helseattester i løpet av siste år til ca. 44000. Da har vi forutsatt at alle med gyldighet ett år har fått helseattest siste år, samt halvparten av dem med gyldighet to år, og en tredel av dem med gyldighet tre år.

Det var ca. 4900 fastleger i Norge ved utgangen av 2020 (Helsedirektoratets fastlegestatistikk <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>). Med 44000 årlige utstedelser av helseattest blir det i gjennomsnitt ni utstedelser per fastlege per år.

Fastlegene som ble intervjuet, rapporterte i gjennomsnitt mellom 1,8 og 3,2 henvendelser om helseattest per måned, dvs. mellom 22 og 38 per år, med 30 som beste anslag. En mulig forklaring på at legene rapporterte flere henvendelser enn det beregnede gjennomsnittet, kan være at noen av dem som valgte å delta i intervjuet, var leger med særlig mange førerkortinnehavere i den aktuelle aldersgruppen.

Antall avslag på forespørsel om helseattest er ifølge legene mellom 1 og 2 per år. Tar vi utgangspunkt i anslaget på 30 forespørsler per år basert på intervjuene, er andelen avslag mellom 3,3 og 6,7 prosent.

Basert på 44000 årlige utstedelser av helseattest betyr dette at mellom 1450 og 2900 førere blir nektet helseattest hvert år. Regnet i prosent av 100000 personer over 80 år med gyldig førerkort, blir dette mellom 1,5 og 2,9 prosent. Dette omfatter både førere som for første gang søker om helseattest når de fyller 80 år, og eldre førere.

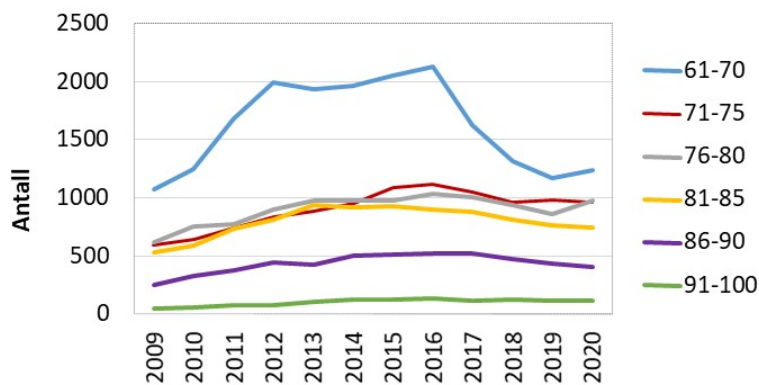
4.2 Inndragning av førerett utenom obligatoriske helsekontroller

Når statsforvalteren ber politiet om å tilbakekalle føreretten som følge av henvendelser fra helsepersonell vedrørende mulig³ manglende oppfyllelse av helsekrav, registreres dette samtidig i databasen Trafikk hos Helsedirektoratet. Helsedirektoratet utgir årlig statistikk over antall inndragningssaker, fordelt på bl.a. alder, kjønn og årsak til inndragning.

4.2.1 Førere som får inndratt føreretten utenom obligatoriske helsekontroller

Figur 4.3 viser antall inndragssaker for førere over 60 år for perioden 2009-2020 etter aldersgruppe. Dette omfatter kun inndragninger som følge av henvendelser fra helsepersonell utenom obligatoriske helsekontroller i forbindelse med helseattest. I forbindelse med helseattest sendes ingen melding til statsforvalteren da førerkortet automatisk mister sin gyldighet uten helseattest og disse sakene er følgelig ikke inkludert i statistikken. Inndragelser av politiet på grunn av trafikkovertrедelser (f.eks. som følge av promillekjøring eller kjøring over fartsgrensen) inngår heller ikke i tallene.

³ «Mulig» refererer her til henvendelsen fra helsepersonell, det kan være tilfeller hvor de melder til statsforvalter fordi de er usikre på om helsekravene er oppfylt.



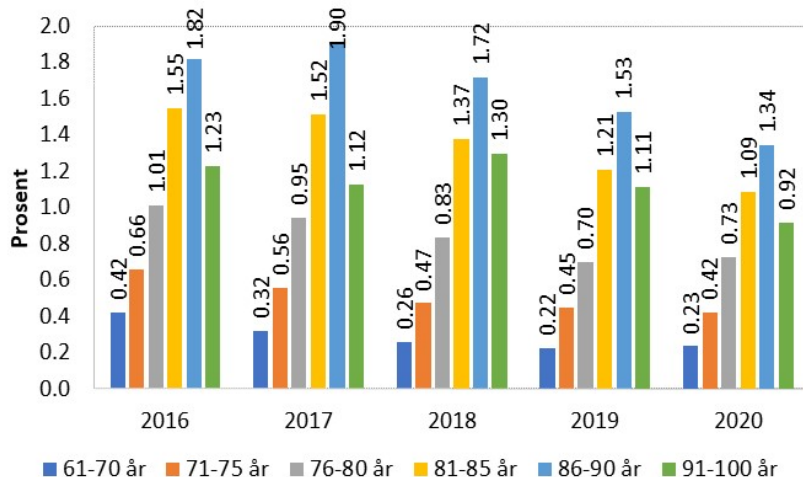
Figur 4.3: Antall anmodninger fra Statsforvaltere til politiet om inndragning av førerett, etter aldersgruppe og år. Kilde: Helsedirektoratet.

Det totale antall inndragningssaker blant førere over 60 år økte betydelig fram til og med 2016 (fra 3402 i 2009 til 5858 i 2016; 4435 i 2020), trolig først og fremst som en funksjon av økningen i andelen eldre med førerkort.

Når det gjelder nedgangen fra og med 2017, bør det nevnes at helsekravene ble endret fra 1. oktober 2016, fra overordnede regler til mer spesifikke – og til dels strengere – krav. Helseattesten ble også endret. Det er imidlertid vanskelig å se hvorfor disse endringene eventuelt skulle ha ført til færre rapporteringer om ikke oppfylte helsekrav.

Blant førere over 80 år er det i 2009-2020 i gjennomsnitt inndratt 1326 førerkort per år. Antallet har økt fra 824 i 2009 til et maksimum på 1556 i 2015 og deretter gått ned til 1255 i 2020.

Inndragninger av førerett per førerkortinnehaver: For å korrigere for antall førerkort har vi beregnet antall inndragningssaker per 100 førerkort, dvs. som prosentandel av antall førerkort. For årene 2016-2020 har vi førerkortdata med samme aldersinndeling som i statistikken fra Helsedirektoratet, som vist i figur 4.4⁴.

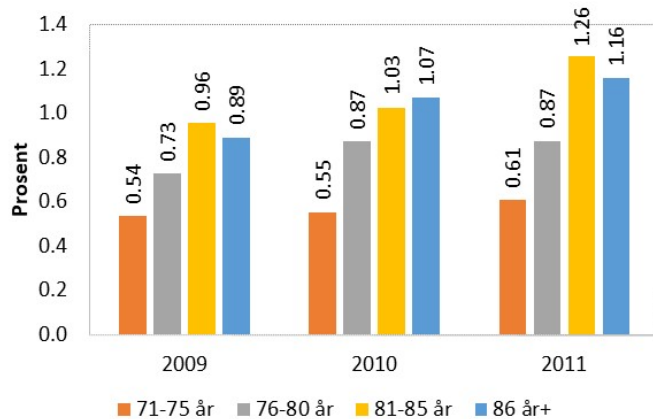


Figur 4.4: Inndragningssaker i prosent av antall førerkortinnehavere, etter aldersgruppe og år (2016-2020). Kilder: Helsedirektoratet og Statens vegvesens førerkortregister.

⁴ Tallene i figurene 2, 3 og 4 er basert på totalt antall førerkortinnehavere, dvs. inkludert dem som står i førerkortregisteret uten å ha gyldig helseattest.

Figur 4.4 viser at andelen førerkort som inndras, øker betydelig med alderen til og med aldersgruppen 85-90 år, mens det er en liten nedgang til den eldste gruppen (90 år og eldre). Det har jevnt over vært en nedgang over tid i andelen inndragninger.

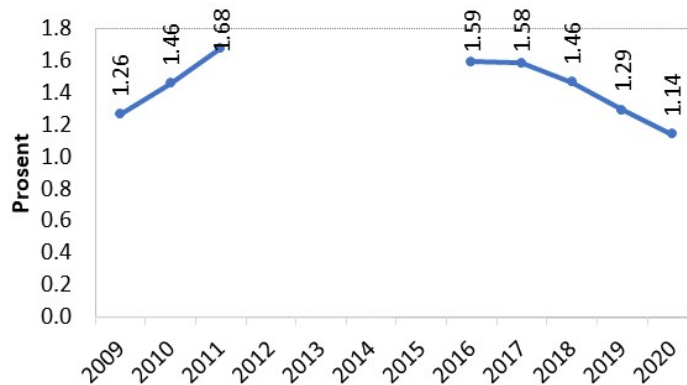
Vi så av figur 4.3 at *antall* inndragninger har gått ned etter 2016, og siden antall personer med førerett har økt, blir denne tendensen enda tydeligere når vi ser på *andel* inndragninger. Figur 4.5 viser tilsvarende andeler for årene 2009-2011 som figur 4.4, men med en litt annen aldersinndeling.



Figur 4.5: Inndragningssaker i prosent av antall førerkortinnehavere, etter aldersgruppe og år (2009-2011). Kilder: Helsedirektoratet og Statens vegvesens førerkortregister.

Statistikken for 2009-2011 (Figur 4.5) viser samme tendens til økende andel inndragninger med økende alder.

Andelen inndragninger av førerkortet blant førere over 80 år har vært økende over tid for 2012, og har gått ned fra 2017 til 2020 (Figur 4.6). I 2020 fikk 1255 førere over 80 år tilbakekalt føreretten. Dette utgjør 1,26 prosent av de anslagsvis 100000 personene med gyldig førerett i denne aldersgruppen.



Figur 4.6: Inndragningssaker i prosent av antall personer med førerett, førere 80 år og eldre (2009-2011 og 2016-2020; i mellomperioden mangler data om antall førerkortinnehavere). Kilder: Helsedirektoratet og Statens vegvesens førerkortregister.

4.2.2 De viktigste helsemessige grunnene til inndragning av førerkort

Tabell 4.1 viser sykdommer og helsevekkelser som har medført inndragning av førerkort for eldre førere (over 70 år) i 2016-2020. Tabellen er basert på Helsedirektoratets statistikk over tilrådninger fra statsforvalterne til politiet om å inndra føreretten.

Det finnes ingen statistikk over grunner til manglende utstedelse av helseattest ved obligatorisk legeundersøkelse for fornyelse av førerett for 80-åringene. Imidlertid er det grunn til å tro at helseproblemene som medfører at helsepersonell gir beskjed til statsforvalteren om manglende oppfyllelse av helsekrav til førerkort, og som er grunnlaget for tallene i tabell 4.1, i stor grad sammenfaller med grunnene til manglende helseattest for førere over 80 år.

Tabell 4.1: Viktigste grunner til tilrådning fra statsforvaltere til politiet om å inndra førerkort for førere over 70 år. (Helsedirektoratets statistikk for 2016-2020).

Bare over 70 år	Antall	Prosent
Kognitiv svikt (§ 15)	8.180	48,2
Syn (§§ 9-13)	1.682	9,9
Psykiske lidelser (§§ 33-34)	1.601	9,4
Andre sykdommer og helsesvekkelse (§§ 42-44)	1.511	8,9
Nevrologiske sykdommer (§§ 16-17)	1.297	7,6
Epileptiske anfall (§§ 18-20)	1.026	6,0
Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen (§§ 35-37)	851	5,0
Synkoper og bevissthetsforstyrrelser (§§ 21-22)	293	1,7
Hjerte- og karsykdommer (§§ 25-29)	202	1,2
Respirasjonssvikt (§ 38)	141	0,8
Svekket førlighet (§ 41)	120	0,7
Diabetes mellitus (§§ 30-32)	39	0,2
Søvn sykdommer (§§ 23-24)	13	0,1
Nyresykdommer (§§ 39-40)	10	0,1
Hørsele (§ 14)	2	0,0
Alle	16.968	100

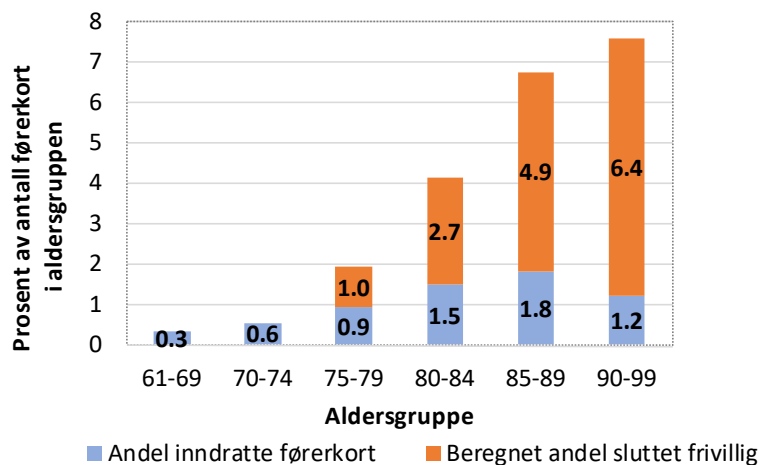
Den klart hyppigste årsaken er kognitiv svikt, som omfatter nesten halvparten av sakene. Hver av de øvrige kategoriene står for mindre enn 10 prosent av sakene, med syn og psykiske lidelser som de hyppigste. Nevrologiske sykdommer, epilepsi og bruk av rusmidler utgjør også betydelige andeler. Det er også en samlekategori «andre sykdommer og helsesvekkelse» som er en av de hyppigste kategoriene. Den omfatter tilfeller der en eller flere helsesvekkelse ikke er spesifikt regulert i førerkortforskriften, eller det er en generell helsesvekkelse eller flere sykdommer som legen til sammen vurderer å utgjøre en trafikk-sikkerhetsrisiko. I Helsedirektoratets førerkortveileder står det at *kjørevurdering* vil kunne være nødvendig i tilfeller som vurderes etter disse bestemmelsene «for å avklare søkers kjøreevne».

4.3 Førere som frivillig gir fra seg førerkortet

Kohortanalysen i avsnitt 4.1.2 viste at det i den undersøkte aldersgruppen (72-77 år) var under 1 prosent som ikke fornyet førerkortet fra et år til neste. Dette er i samme størrelsesorden som andelen inndragninger i tilsvarende aldersgrupper (71-75 år og 76-80 år).

Vi har gjennomført kohortanalyser for alle aldersgruppene fra 61 år og oppover, hvor vi har beregnet andelen som ikke fornyer føreretten fra et år til neste i løpet av perioden 2016-2018. Deretter har vi trukket fra andelen inndragninger som framgikk av figur 4.4. Differansen mellom den totale andelen som slutter å ha førerkort og andelen inndragninger er da et minimumsestimert på andelen førere som enten lar være å fornye føreretten eller ikke får utstedt helseattest. Det er et minimumsestimert fordi denne analysen ikke tar hensyn til at en del av dem som har førerkort med gyldighet til 100-årsdagen, har sluttet å kjøre, men fortsatt er registrert som førerkortinnehavere. Det betyr at det faktiske antallet gyldige førerkort er lavere enn antall førerkortinnehavere som denne beregningen er basert på. En mer detaljert beskrivelse av denne beregningen er vist i vedlegg 2.

Figur 4.7 viser hvordan andelen som slutter, fordeler seg på andel inndragninger og estimert minimumsandel, som enten slutter frivillig eller ikke får utstedt helseattest, for hver aldersgruppe.



Figur 4.7: Årlig andel førere som sluttet å ha førerkort i 2016-2018, etter aldersgruppe og inndragning vs. frivillig slutt (andelene for «frivillig» inneholder også førere med ikke-utstedt helseattest). Prosent av antall førerkort i aldersgruppen ved kalenderårets begynnelse. Kilder: Helsedirektoratet og Statens vegvesens førerkortregister.

For aldersgruppen 75-79 år er andelen rundt én prosent, både for inndragninger og andel som slutter frivillig eller pga. manglende helseattest, slik at det til sammen er rundt to prosent i året som slutter i denne gruppen. Andelen som slutter enten frivillig eller pga. manglende helseattest, øker så kraftig med alderen videre, slik at den er langt høyere enn andelen inndragninger for aldersgruppene over 80 år. Andelen som får inndratt førerkortet av politiet fordi helsekravene ikke er oppfylt, øker også med alderen t.o.m. aldersgruppen 85-85, for så å avta litt for den aller eldste gruppen.

Den totale andelen som slutter å ha førerkort i løpet av et år, øker følgelig også sterkt med alderen, noe som er å forvente siden forekomsten av helseproblemer (både subjektive plager og objektive sykdommer) som påvirker kjøreferdighetene, øker med alderen.

5 Oppsummering og diskusjon

Formålet med denne rapporten var å finne svar på tre spørsmål om ordningen med obligatorisk helsekontroll for førere over 80 år:

- **Omfang:** Hvor mange førerkortinnehavere får ikke fornyet helseattesten ved obligatorisk helsekontroll?
- **Årsaker:** Hva er årsaker til at leger ikke utsteder ny helseattest?
- **Kognitive tester:** Hvor ofte brukes kognitive tester for å undersøke om pasienten er skikket til å ha førerkort?

5.1 Omfang: Hvor mange førerkortinnehavere får ikke fornyet helseattesten ved obligatorisk helsekontroll?

Det er i hovedsak tre mulige årsaker til at eldre bilførere ikke fornyer førerkortet av helsemessige grunner:

- (1) Obligatorisk helsekontroll ved 80 år (tidligere 75 år), hvor føreren ikke får gyldig helseattest
- (2) Annen undersøkelse hos lege, optiker eller lignende som avdekker manglende oppfyllelse av helsekravene til førerkort og fører til inndragelse av førerkort
- (3) Selvvalgt, dvs. at føreren frivillig lar være å be om helseattest på grunn av egen vurdering av helsemessige problemer.

I denne studien er hovedfokuset på punkt (1), dvs. førere som ikke får fornyet helseattest som følge av obligatorisk helsekontroll.

Fastleger nekter relativt sjeldent helseattest

Intervjuene med fastlegene viser at de fleste som søker, får godkjent helseattest. Mulige forklaringer til at det er relativt få som ikke får helseattest, er i hovedsak:

- At man hos mange førerkortinnehavere avdekker helsetilstander som gjør at de ikke oppfyller kravene i forskriften i andre konsultasjoner
- At mange som ikke oppfyller kravene til helseattest lar være å søke da de vurderer sjansen for å få helseattest som liten.

De fleste legene mente at de har god oversikt over helsetilstanden til pasientene de har på listen som er over 80 år. Det er en gruppe førerkortinnehavere med økende forekomst av helseproblemer som medfører at de oftere må oppsøke fastlegen. Likevel fortalte legene at de har enkelte førerkortinnehavere som aldri er innom kontoret, og det er særlig disse som fanges opp gjennom obligatorisk helsekontroll i forbindelse med fornyelse av førerkortet.

Andel med gyldig førerett går ned med økende alder

Når man ser på endringer over tid i andel førerkort innenfor én og samme aldersgruppe, ser man at kravet om helseattest trolig fører til at minst 0,5 prosent av førerne mister føreretten når de oppnår alderen når man for første gang trenger helseattest. Andre årsaker til at andelen med gyldig førerett går ned med økende alder, er bl.a. at en del førere får tilbakekalt føreretten i andre sammenhenger enn hos fastlegen, samt at en del førere frivillig lar være å fornye føreretten.

Mer konkret viser analysene av registerdata følgende om sammenhengen mellom alder og andelen eldre førere som har og ikke har førerett:

- **Inndragning av førerett:** Per år har det i 2009-2020 vært 1326 førere over 80 år i gjennomsnitt per år som fikk inndratt førerkortet (1255 i 2020; dvs. 1,26 prosent).
- **Andel med førerkort i ulike aldersgrupper:** Andelen går relativt jevnt ned med økende alder. Nedgangen er større blant førere med høyere alder. Nedgangen i andelen med førerkort med økende alder kan forklares med at førere får inndratt eller frivillig gir fra seg førerkortet. Førere over grensen for krav til helseattest kan la være å fornye helseattest eller de kan bli nektet helseattest av legen.
- **Kohortanalyse:** Når man ser på endringer over tid for én og samme aldersgruppe, ser man også en nedgang i andelen med førerkort. Denne nedgangen er i alle kohortene som er undersøkt, større ved overgangen fra alderen under kravet til helseattest til den alderen hvor man for første gang trenger helseattest. Dette tyder på at helseattesten har en liten men tydelig effekt på antall eldre med førerkort. Den ekstra nedgangen som følge av kravet om helseattest er anslått til minst 0,5 prosent.
- **Andel som ikke fornyer førerkortet:** Basert på den totale andelen førere som mister/gir fra seg føreretten og andelen inndragninger av førerkort er det estimert andeler av førerne som ikke fornyet førerkortet i 2016-2018 (da grensen for helseattest var 75 år), enten frivillig eller på grunn av manglende helseattest. Andelen øker betydelig med økende alder, fra 1 prosent blant 75-79-åringene, til 2,7 prosent, 4,9 prosent og 6,4 prosent i de neste aldersgruppene (80-84, 85-89 og 90-99 år).

Beregnet antall helsekontroller og antall førere som ikke får helseattest

Basert på analysene av registerdata og intervjuene med fastlegene har vi estimert at det hvert år blir utstedt omtrent 44000 helseattester og at mellom 1,5 og 2,9 prosent av alle førerne over 80 år blir nektet helseattest hvert år. Dette omfatter både førere som for første gang søker om helseattest når de fyller 80 år, og eldre førere.

Dette er nødvendigvis usikre anslag, siden noe av beregningsgrunnlaget er intervjudata. En måte å få mer sikre tall ville være å gjennomføre en stor kvantitativ spørreundersøkelse blant et stort og representativt utvalg av leger.

Andel inndratte førerkort blant førere over 80 år, er 1,26 prosent av alle med førerkort. Dette kommer i tillegg til dem som får avslag på helseattest.

Hvor mange lar være å søke om fornyet helseattest?

Kravet om helseattest gjør at alle bilførere må vurdere sin helsetilstand når de nærmer seg 80 år, og de må bestemme seg for om de skal be om helseattest eller om de bare skal la være å fornye føreretten.

I intervjuene med fastlegene kom det fram at det kun er relativt få som søker og får avslag på helseattest. Legene begrunner dette med at mange har relativt god selvinnsikt og lar være å søke dersom det er åpenbart at de ikke oppfyller vilkårene.

Registerdataanalyser (vedlegg 2) viser at det årlig er 3,85 prosent av førerne over 80 år som lar være å fornye føreretten, enten frivillig eller på grunn av manglende helseattest. Tar vi utgangspunkt i førerkortbestanden på 130000 ved utgangen av 2020, får vi et årlig antall på ca. 5000 personer som ikke fornyer førerkortet. Forutsatt at antall som blir nektet helseattest ligger mellom 1450 og 2900, som nevnt over, er det mellom 2100 og 3550 førere som selv velger å ikke fornye føreretten.

Med andre ord tyder resultatene på at det er flere som frivillig lar være å fornye føreretten enn dem som får avslag på helseattest av fastlegen.

Blant dem som søker og får avslag, kan det være en del som ville fortsatt å kjøre dersom det ikke hadde vært krav om helseattest, og man kunne få fornyet førerkortet basert bare på egenerklæring om helse. Noen av svarene fra legene indikerte at kravet om helseattest kan ha en slik funksjon, dvs. at det kan bidra til at noen slutter å kjøre.

Våre anslag i denne rapporten på hvor stor andel av førerne dette gjelder, er svært usikre. En mulighet for å finne ut mer om dette kunne være å gjennomføre en spørreundersøkelse blant et tilfeldig utvalg personer over 80 år, med spørsmål bl.a. om de tidligere har hatt førerkort, og i tilfellet «ja», hvorfor de ikke fornyet (manglende helseattest; inndratt på grunn av helseproblem, eller valgte frivillig å ikke fornye.)

5.2 Årsaker: Hva er årsaker til at leger ikke utsteder ny helseattest?

Kognitiv svikt er hyppigste årsak til ikke-utstedelse av helseattest

Kognitivt svikt framgår i intervjuene som den hyppigste helsemessige årsaken til at førerkortinnehavere over 80 år ikke vil få godkjent helseattest. Flere av dem vi intervjuet påpekte at det er særlig førerkortinnehavere med kognitiv svikt som har vanskelig for å vurdere sin egen helsetilstand, og som forespør fornyelse, selv om de ikke lenger oppfyller helsekravene.

Hvordan kognitiv svikt vurderes og hvorvidt slike vurderinger betraktes som vanskelig, varierer mellom legene. Intervjuene tyder på at en generell oppfatning er at det er vanskeligere å vurdere kognitiv svikt enn andre helsetilstander. Faktorer som kan bidra til å gjøre vurderingen vanskelig er bl.a. at

- Det er mer gråsoner og vanskeligere å definere konkrete kriterier
- Kognitiv svikt henger ofte sammen med manglende selvinnsikt, dvs. at førere med kognitiv svikt ofte ikke er klare over problemene sine
- Eldre kan ha godt utviklede strategier for å skjule kognitive problemer; i noen tilfeller er det også pårørende som gir misvisende informasjon (selv om de fleste pårørende er mer samarbeidsvillige)
- Førere kan oppleve det som ubehagelig og stigmatiserende å måtte gjøre kognitive tester; dette unngår noen leger ved å enten tilrettelegge testingen eller ved å henvise til kjøreprøve istedenfor.

Også i den tidligere studien til Brækhus et al. (2010) betraktet allmennleger det som vanskeligere å vurdere kognitiv svikt enn andre helsetilstander. Der ble det også trukket fram at vurderingen er vanskelig på grunn av manglende kunnskap om sammenhengen mellom kognitive funksjoner og kjøreevne/risiko og at det mangler egnede vurderingsmetoder. Resultatene fra den aktuelle studien kan tyde på at de kognitive testene har gjort vurderingen av kognitiv svikt betydelig enklere.

Andre årsaker til ikke-utstedelse av helseattest

Videre nevnes også syn og bruk av medikamenter som viktige årsaker til at førerkortinnehavere ikke får utstedt helseattest. Andre tilstander som nevnes er nevrologiske sykdommer som medfører redusert motorisk kontroll (Parkinsons og MS), hjerte og karsykdommer, samt generell svekket helsetilstand som medfører at man ikke lenger er rask nok til å oppfatte og respondere til trafikale situasjoner.

Ikke alle helsetilstander vil medføre permanent tap av førerett. Når det gjelder synssvekkelser og medikamenter for eksempel, framgår det av intervjuene at det for mange førerkortinnehavere vil være snakk om synssvekkelser det er mulig å behandle eller medisinerer hvor det kan være mulig å nedjustere dosering. I slike tilfeller vil legen gi et muntlig kjøreforbud til dokumentasjon på behandling foreligger, eller man har kommet fram til en medisindosering som gjør at pasienten har et tilfredsstillende funksjonsnivå og samtidig kan innfri kravene i forskriften.

Kognitiv svikt er også hyppigste årsak for inndragelse av førerkort blant eldre førere

Det finnes ingen statistikk over grunner til manglende utstedelse av helseattest ved obligatorisk legeundersøkelse for fornyelse av førerett for 80-åringer.

Blant førere som av helsemessige grunner har fått inndratt førerkortet, viser Helsedirektoratets statistikk at **kognitiv svikt** er den klart dominerende faktoren; den står for 48 prosent av inndragningene.

Andre viktige faktorer, som står for rundt 9 prosent av inndragningene per faktor, er syn og psykiske lidelser.

Faktorer som står for mellom 5-8 prosent av inndragningene er (i synkende rekkefølge): nevrologiske sykdommer, epileptiske anfall og bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen.

Hjerte- og karsykdom står for kun 1,2 prosent av inndragningene. Dette er en meget dominerende faktor blant dødsulykker hvor en helserelatert faktor har vært medvirkende (Hesjevoll et al., 2022).

Permanente og midlertidige helsetilstander

Intervjuene viser at mange eldre førere ikke får fornyet føreretten på grunn av midlertidige tilstander og at slike tilstander fanges opp gjennom denne ordningen. Det vil ikke nødvendigvis innebære permanent tap av førerett, men at førerkortinnehaveren får et muntlig kjøreforbud til tilstanden er videre utredet eller til tilstanden er bedret.

5.3 Kognitive tester: Hvor ofte brukes kognitive tester for å undersøke om pasienten er skikket til å ha førerkort?

Bruk av kognitive tester varierer mellom fastleger

Det framgår av intervjuene at det er variasjoner mellom legene når det gjelder hvor hyppig de bruker kognitive tester, hvilke tester som brukes, i hvilken rekkefølge de brukes og hvordan de brukes. Det synes å være forskjeller i hvor strengt legene følger førerkortveilederen.

De fleste fortalte at de bruker den når de skal vurdere om helsekravene oppfylles, men det er ikke alle som følger veilederen til punkt og prikke ved gjennomføring av testene. De færreste gjennomfører alle fire testene i testbatteriet. Videre er det også forskjeller i hvilken rekkefølge de foretrekker å gjennomføre testene i, noe som kan tyde på at det i stor grad er en skjønnsmessig vurdering.

Flertallet foretrekker å gjennomføre testene i en annen rekkefølge enn det som beskrives i veilederen; de begynner gjerne med de enklere testene for å skape en best mulig testsituasjon for pasienten. Noen legger også til rette for at gjennomføringen blir mindre ubehagelig, f.eks. ved å la vedkommende øve på testene. Slike individuelle tilpasninger kan tenkes å påvirke resultatene, f.eks. når førerne får mulighet til å øve på en test. På den andre siden viser de at legene klarer å ta hensyn til pasientenes forutsetninger og individuelle behov. Dette gjenspeiler legenes dobbeltrolle som pasientenes «advokat og dommer» (Brækhus et al., 2010).

Kognitive tester brukes ikke kun ved mistanke

I førerkortveilederen er anbefalingen at man skal bruke kognitive tester kun ved mistanke om kognitiv svikt. Det synes likevel å være ulike praksiser med tanke på hvor hyppig testene gjennomføres. Enkelte bruker de kognitive testene rutinemessig på personer over 80 år, og noen også på personer fra de er fylt 75, men de fleste bruker dem kun ved mistanke. Flere forteller at det har vært vanlig teste alle, men at det de senere årene er blitt strengere. Noen mente at det at man ikke lenger gjennomfører kognitive tester rutinemessig på alle gjør at man fanger opp langt færre tilfeller, dette gjelder særlig førerkortinnehavere som sjeldent eller aldri er innom fastlegen.

Variasjonene vi finner er interessante, ettersom anbefalingene i førerkortveilederen hele tiden har vært at kognitive tester kun skal brukes ved mistanke. Det kan indikere at innholdet i førerkortveilederen ikke nødvendigvis er like godt kjent for alle, eller tolkes ulikt. Det kan også tyde på at det finnes etablerte praksiser som ikke har endret seg etter førerkortveilederen kom på plass.

Kognitive tester godt egnet til å fange opp kognitiv svikt

De fleste legene er stort sett positive til de kognitive testene og opplever at testene er gode verktøy for å fange opp kognitiv svikt. Mange forteller at de fanger opp ting som de ikke ville gjort i en normal samtale med pasienten.

En annen fordel med kognitive tester er at det kan være enklere å formidle budskapet om at noen ikke får fornyet helseattest når man kan henvisse til en standardisert test enn når man må begrunne det med egne vurderinger.

Flere av informantene fortalte at særlig Trailmaking B er vanskelig for mange førerkortinnehavere over 80 år. Noen stilte spørsmålsteget til validiteten til testen i en reell kjøresituasjon, altså om dårlige skårer på testen vil være sammenfallende med dårlig kjøreprerasjon.

Ellers er erfaringen til mange av legene at dårlige skårer på de kognitive testene stort sett er sammenfallende med at pasienten ikke består kjøretesten. I to tidligere TØI-studier (Ulleberg & Sagberg, 2003; Ulleberg, 2007) undersøkte man hvor godt kognitive tester og synstester predikerer faktisk kjøreprerasjon. Her fant vi bl.a. at Trailmaking B-testen hadde svært god spesifisitet, i den forstand at alle som ikke klarte testen, heller ikke bestod kjørevurderingen ved trafikkstasjonen.

Ved tvilstilfeller eller ved sprikende skårer på de kognitive testene, er det mange leger som enten rekvirerte kjøretest ved trafikkstasjon eller videre kognitiv utredning hos geriatrik avdeling. Også når førere er meget ukomfortable med å gjøre kognitive tester, kan enkelte leger henvise til kjøreprøve.

5.4 Legenes generelle syn på helseattest

I tillegg til de tre hovedspørsmålene har vi fått en rekke opplysninger fra fastlegene som også kan være relevante ved en vurdering av ordningen med obligatorisk helsekontroll. Vi oppsummerer her kort de viktigste funnene.

Generelt positivt syn på helsekontroll. Resultatene fra intervjuene tyder på at fastlegene generelt er positive til ordningen med helseattest, til tross for at noen aspekter ved det kan oppleves som vanskelige eller problematiske.

Resultatene fra den aktuelle studien er ikke direkte sammenlignbare med studien til Brækhus et al. (2010), bl.a. på grunn av forskjeller i utvalget og spørsmålene. Det er likevel et inntrykk av at legene i vår studie var mindre negative til helsekontrollene enn allmennlegene som deltok i studien til Brækhus et al. (2010). Det er mulig at de detaljerte kravene i førerkortveilederen og de standardiserte testene har bidratt til et mer positivt syn. At mangelen på faglig grunnlag og veiledning bidro til de dels negative vurderingene i Brækhus-studien, er konsistent med en slikt tolkning.

Helsekontrollen som viktig kontrollfunksjon. Generelt var fastlegene av den oppfatning at obligatoriske helsekontroller fanger opp både midlertidige og permanente helse-tilstander som påvirker kjøreevne og at de dermed har en viktig kontrollfunksjon. Dette gjelder især kognitiv svikt som kan være vanskelig å oppdage med mindre man bruker standardiserte tester.

Hvem bør gjennomføre helsekontrollen? Selv om fastlegene er enige om at helseattestordningen er viktig, er det ulike oppfatninger av hvem som bør gjennomføre helsekontrollene. Noen mener at fastlegene bør gjøre det, da det er de som kjenner pasientene best. Andre mener at rollen heller burde ligge hos en tredjepart, som fylkeslegen eller trafikkstasjonen, da en tredjepart vil ha større nøytralitet og da helsekontrollen kan være belastende for lege-pasient-forholdet.

Brækhus et al. (2010) viser at det er et problem at legene har en dobbeltrolle som pasientenes «advokat og dommer» og at det derfor kunne være en fordel om en tredjepart («trafikkmedisinsk senter») overtok oppgaven med vurdering av helsekrav.

Ulike grader av hensyn til den individuelle livssituasjonen. Det er ulike tilnærminger blant legene til hvorvidt den individuelle livssituasjonen bør tas hensyn til ved helsekontrollen.

Noen mener at man kan være noe mer liberal når føreren kun kjører på kjente veger i nær-området, som vedkommende antas å kunne håndtere. Andre mener derimot at alle bør vurderes etter de samme kriteriene og at førere bør vurderes ut fra hvordan de vil klare seg i de vanskeligste kjøresituasjonene, uansett om de faktisk utsetter seg for slike situasjoner eller ikke.

Noen «går langt» for å få helseattest. Fastleger har opplevd ulike typer atferd som tyder på at noen eldre førere eller deres pårørende går relativt langt for å få helseattest. Bl.a. er det noen eldre som bytter fastlege eller oppsøker private helseforetak når de ikke får helseattest fra fastlegen. Noen pårørende kan gi misvisende informasjon om Eldres kjøreevne.

Bakgrunnen for slik atferd er trolig den store betydningen som føreretten har for livskvaliteten. I de aller fleste tilfeller er inntrykket likevel at både førerne det gjelder, pårørende og leger har et ryddig forhold til ordningen med helseattest.

Ved avslag kan man prøve på nytt et annet sted. Intervjuene viser at det ikke er noe system for å fange opp førerkortinnehavere som har fått avslag på fornyelse av førerkortet, som prøver lykken hos en ny lege. Dette betrakter fastlegene som en svakhet ved systemet, men vårt inntrykk er at legene er veldig bevisste denne svakheten og at de selv følger opp, bl.a. ved å bli mistenksom når nye pasienter ønsker helseattest og ved å be om journalen fra forrige fastlege.

Delvis manglende oppfølging fra sykehus. To fastleger hadde opplevd at sykehus hadde glemt å gi pasienten midlertidig forbud når de hadde vært innlagt med akutte helse-tilstander som påvirker kjøreevnen.

5.5 Metodiske betraktninger

5.5.1 Kvalitative vs. kvantitative studier

Denne studien er i hovedsak basert på kvalitative analyser av intervjuer med fastleger. Som beskrevet i avsnitt 2.1 er formålet med kvalitative analyser å få dyptgående innsikt i problemstillinger. I denne studien handler det om obligatorisk helsekontroll for eldre førere hos fastleger. Det er en rekke grunnleggende forskjeller mellom kvalitative og kvantitative metoder og hvilke typer konklusjoner man kan dra.

Kvalitative metoder gjør det mulig å samle inn relativt detaljert informasjon om konkrete spørsmål og å belyse problemstillinger fra ulike sider. Bl.a. er det ved bruk av kvalitative metoder mulig å få detaljert informasjon om praksis, erfaringer og subjektive vurderinger. Man kan også få belyst sider ved en problemstilling hvor man ikke i utgangspunktet har vært klar over relevansen, og benytte dette som grunnlag for senere kvantitative studier.

For eksempel har vi fått relativt detaljert informasjon om hvilke vurderinger som ligger til grunn for bruk av kognitive tester ved obligatorisk helsekontroll, hvilke erfaringer fastleger har med slike tester, hvordan de bruker slike tester i praksis og hvilke fordeler og ulemper dette kan medføre. For å kunne trekke konklusjoner fra slike funn er det en fordel om informantene er en relativt heterogen gruppe hvor man forventer at de kan belyse de aktuelle problemstillingene fra ulike sider. I denne studien har vi bl.a. intervjuet fastleger fra ulike deler av landet da vi forventer at det kan virke inn på hvordan leger gjennomfører helsekontroll.

Kvalitative metoder gjør det derimot ikke mulig å generalisere eller tallfeste resultater, og dermed kan man heller ikke trekke konklusjoner av typen «Trailmakingtesten brukes i X prosent av alle konsultasjonene som gjelder helseattest for eldre førere» eller «kvinnelige fastleger trekker oftere konklusjon X enn mannlige». Å kunne trekke slike konklusjoner ville forutsette for det første at man har et representativt utvalg, for det andre at utvalget er stort nok, og for det tredje at man stiller spørsmål med definerte svarkategorier hvor alle spørsmålene besvares av alle (eller de fleste) respondenter. At utvalget må være stor nok, ville i utvalg hvor ulike grupper skal være representert, også bety at hver av de ulike gruppene må være representert i et tilstrekkelig antall.

Utvalg og fremgangsmåte ved kvalitative studier er følgelig i all hovedsak uforenlige med kvantitative analyser. Skal man kunne trekke generaliserbare konklusjoner, som ved en kvantitativ studie, måtte utvalget være så stort og spørsmålene så detaljert at dette i stor grad ville gå på bekostning av gjennomførbarheten. Man ville også miste fordelene med dybdeinformasjon som man får ved en kvalitativ studie.

Denne studien er i hovedsak basert på kvalitative analyser som gir innblikk i detaljer rundt gjennomføringen av helsekontroller for å få svar på alle tre problemstillingene. For å besvare spørsmålet om omfang, har vi supplert disse med kvantitative analyser av registerdata.

5.5.2 Enkeltintervjuer vs. fokusgruppeintervjuer

Vi planla opprinnelig å gjennomføre intervjuene som fokusgruppeintervjuer. Til forskjell fra enkeltintervjuer, innebærer fokusgruppeintervjuer at flere personer (6-8 deltakere ideelt) blir intervjuet om et tema (Morgan, 2002). Intervjuformatet kan best beskrives som en styrt gruppediskusjon, hvor særlig interaksjonen og den felles diskusjonen som oppstår mellom deltakerne er sentral (Vaughn et al., 1996; Morgan, 2002).

Fokusgruppeintervjuer forutsetter at man kan samle flere deltakere enten fysisk eller digitalt. Koronapandemien og den økte belastningen den har medført for fastleger rundt om i landet, og utfordringene vi opplevde med å rekruttere deltakere til studien i starten, gjorde det krevende å samle deltakere til fokusgruppeintervjuer. Det store arbeidspresset blant legene gjorde det også umulig å samle flere leger på samme tidspunkt og vi måtte være svært fleksible mht. både tidspunkter for intervjuer og eventuelle endringer på kort varsel. Det ble dermed besluttet å heller gjennomføre enkeltintervjuer. Vi vil nå drøfte hvilke implikasjoner dette har hatt for kvaliteten på de kvalitative dataene som ble innhentet i denne studien.

Et fokusgruppeintervju kan generere informasjon som en ikke nødvendigvis oppnår gjennom enkeltintervjuer. Når deltakere deler sine opplevelser og erfaringer kan de komme på ting de ellers ikke ville husket, samtidig kan det komme opp helt nye temaer og tankespor som følge av felles refleksjoner som oppstår der og da. Det kan tenkes at man gjennom fokusgruppeintervjuer ville fått mer nyanserte beskrivelser av fastlegenes opplevelser og synspunkter, og at felles diskusjoner ville bragt fram andre temaer som ikke er blitt belyst i denne studien.

På den annen side, kan en utfordring i fokusgruppeintervjuer være at gruppedynamikken kan utgjøre en barriere for at gruppen snakker åpent og fortrolig om tematikken. Dette er særlig gjeldende når det handler om sensitive temaer og deltakerne ikke kjenner hverandre på forhånd (Sim & Waterfield, 2019). Temaer som hvor liberalt fastleger tolker regelverket, hvilke faktorer som vektlegges i vurderingen, og tilpasninger som noen gjør i forbindelse med kognitive tester, framstår som sensitive temaer i enkeltintervjuene. Det er ikke sikkert de medisinske sakkyndige ville snakket like åpent om disse temaene i et fokusgruppeintervju med fagfeller, som i enkeltintervjuene.

Videre er enkeltintervjuer bedre egnet til å frembringe detaljerte beskrivelser av prosesser og hvordan prosesser foregår. Disse områdene er trolig bedre belyst gjennom enkeltintervjuer enn med fokusgruppeintervjuer.

5.5.3 Intervjuformat og lengde

Samtlige intervjuer ble gjennomført digitalt over plattformen Microsoft Teams, som er en videokonferansetjeneste med video- og lydoverføring. Digital gjennomføring framfor fysiske intervjuer påvirker enkelte aspekter ved intervjuet. Videokonferanseformatet har visse begrensninger med tanke på samtaleinteraksjonen. Man kan for eksempel ikke oppnå øyekontakt på samme måte som ved en naturlig samtale. Videre er ikke samtaleflyten alltid like god. Forstyrrelser i båndbredde og tekniske problemer påvirket samtaleflyten i enkelte intervjuer. Dette hadde imidlertid liten nevneverdig påvirkning på kvaliteten på

intervjuene. Ettersom digitale møter er noe de fleste har vent seg til i profesjonell sammenheng som følge av koronapandemien, fungerte det forholdsvis godt som en erstatning for et ansikt-til-ansikt-format.

På grunn av utfordringer med rekruttering i starten, og fordi fastleger har høy arbeidsbelastning, ble det besluttet å kutte ned lengden på intervjuet til 30 minutter, slik at det var mer overkommelig for leger å delta i studien. Originalt ble det lagt opp til intervjuer med varighet på 60 minutter. To informanter ble rekruttert før denne beslutningen ble fattet. To av intervjuene har derfor en varighet på 60 minutter.

En reduksjon i intervjuvarighetene har trolig hatt noen implikasjoner for gjennomføringen og kvaliteten på informasjonen som ble samlet inn. Kortere tid medførte blant annet at det ikke var anledning til å gå like mye i dybden på alle temaene og stille like mange oppfølgings spørsmål. Det kan også tenkes at informantene ville bragt opp flere temaer på eget initiativ om det var satt av mer tid. Likevel fungerte intervjuguiden godt, og i samtlige intervjuer ble alle hovedtemaene dekket.

5.5.4 Antall informanter og representativitet

Det opprinnelige målet var å intervju ca. 10-12 leger, dersom det skulle gjennomføres enkeltintervjuer. I praksis ble det 10 fastleger, og det viste seg å være praktisk umulig å rekruttere flere innenfor de gitte rammene. Til tross for at antallet er relativt lite, klarte vi å rekruttere et relativt heterogent utvalg.

Ved fokusgruppeintervjuer hadde antall fastleger trolig vært noe større, men dette var, som nevnt, ikke gjennomførbart.

Et utvalg på 10 fastleger er neppe representativt for alle fastlegene i Norge. Det var heller ikke formålet og er ikke mulig ved kvalitative undersøkelser.

Selv om svarene fra legene i stor grad var sammenfallende, var det likevel flere punkter hvor de hadde ulike meninger, noe som tyder på at vi har klart å fange opp en del av den variasjonen som man må forvente mellom ulike fastleger.

For å få representative svar, hadde man måttet gjennomføre en kvantitativ undersøkelse med et større antall leger (jf. avsnitt 5.5.1).

5.6 Videre forskning

Kvantitativ studie: Ved å undersøke de tre problemstillingen for denne studien i en kvantitativ studie kunne man få mer representative svar og mer presise anslag på antall og andeler av bl.a.:

- Hvor mange som søker og får utstedt helseattest
- Årsaker til ikke-utstedelse
- Henvisninger til optikere, spesialister, psykologer eller kjøreprøver
- Omfang av bruken av kognitive tester
- Generelle oppfatninger om ordningen med helseattest, som f.eks. hvor mange fastleger som mener at en nøytral tredjepart bør utstede helseattest.

Det hadde også vært mulig å undersøke sammenhenger mellom f.eks. geografisk område eller legens alder og kjønn og hvordan helseundersøkelsen gjennomføres.

I en kvantitativ studie blant fastleger måtte man imidlertid forvente lignende problemer med rekruttering som i den aktuelle studien da leger generelt er en av de vanskeligste gruppene å få med i spørreundersøkelser, bl.a. som følge av deres pressede arbeidssituasjon.

Man kunne også gjennomført spørreundersøkelse til private helseforetak for å få en oversikt over eldre som har fått avslag hos fastlegen og prøver på nytt. Bl.a. kunne man undersøke hvorvidt de som har fått avslag hos fastlegen, reelt har for dårlig kjøreevne eller om en del av dem kan ha blitt feilvurdert av fastlegene. Det kan også være generelle forskjeller i hvor «strenge» fastleger vs. private helseforetak er i vurderingen av helsekravene.

Førernes perspektiv: Denne studien har hatt fokus på fastlegene. Resultatene sier derfor ingenting om hvordan ordningen med helseattest påvirker eldre førere eller hvordan den oppfattes av dem.

Relevante problemstillinger fra eldre føreres perspektiv kunne f.eks. være:

- Hvor langt er eldre førere villige til å gå for å få helseattest, bl.a. ved å bytte fastlege eller oppsøke private helseforetak?
- I hvilken grad påvirker helseattestordningen hvordan eldre vurderer sine egne kjøreferdigheter?
- Hvordan påvirkes eldre førere av helseattestordningen og hvordan kan man avveie virkninger på livskvalitet og helse mot virkninger på trafikksikkerhet?
- Gjennomføres helsekontrollenes etter hensikten iht. førerkortveilederen og opplever førerne forskjeller mellom enkelte fastleger eller ev. regionale forskjeller?

Eldre som frivillig vs. ufrivillig slutter å kjøre: For å finne ut mer om hvor mange eldre førere som frivillig slutter å kjøre, og av hvilke årsaker, kunne man gjennomføre en spørreundersøkelse blant et tilfeldig utvalg personer over 80 år. Disse kunne man også spørre mer detaljert bl.a. om hvordan de vurderer egen kjøreevne og hvor mye og på hvilke typer reiser eldre kjører, både med og uten førerett. En slik undersøkelse vil også kunne gi svar på hvor mange som ville fortsette å kjøre dersom det ikke hadde vært krav om helseattest. Praktisk sett kan en slik undersøkelse imidlertid være krevende å gjennomføre, bl.a. da personer over 80 år generelt har lav svarprosent i spørreundersøkelser. Det kan også være helsemessige utfordringer, som kognitiv svikt, som gjør det vanskelig.

Virkning på trafikksikkerhet: Resultatene fra denne studien sier ingenting om (potensielle) virkninger av helseattestordningen på trafikksikkerheten. For å gjøre en slik vurdering måtte man samle inn informasjon om bl.a. forekomst og risiko som er knyttet til enkelte helseutfordringer blant eldre førere, hvor mye eldre førere med ulike helseutfordringer kjører og i hvilken grad eldre førere uten gyldig førerett likevel kjører.

Referanser

- Brækhus, A. (1998). Demens og bilkjøring. Dagens situasjon og praksis vedrørende helseattest for førerkort. Oslo: INFO-banken.
- Brækhus, A., Wyller, T.B., & Engedal, K. (2010). Legers syn på helsevurdering for førerkort. Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 130:1343-6.
- Helsedirektoratet (2022). Legens rolle som sakkyndig. Retrieved 9 februar, 2022, from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/foererkortveileder/helseundersokelse-helseattest-sokers-informasjonsplikt-og-dispensasjon-4-8/legens-rolle-som-sakkyndig>.
- Hesjevoll, I.S., Høye, A.K., Sagberg, F., & Elvik, R. (2022 – in press). Dødsulykker innenfor og utenfor Nullvisjonens systemgrenser. TØI-Rapport.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. (3.utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Morgan, D. L. (2002). Focus group interviewing. Handbook of interview research: Context and method: 141-159.
- Sagberg, F. & Høye, A.K. (2020). Helsekrav til førere. Trafikksikkerhåndboken, Kapittel 6.2. <https://www.tshandbok.no/del-2/6-krav-til-foerere-foereropplaering-og-yrkeskjoering/doc710/>.
- Sim, J. & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. Quality & Quantity 53(6): 3003-3022.
- Siren, A. & Haustein, S. (2015). Driving licences and medical screening in old age: Review of literature and European licensing policies. Journal of Transport & Health, 2(1), 68-78.
- Statens vegvesen (2021). Utredning – opphevelse av krav om obligatorisk aldersbestemt helseattest. Vegdirektoratet, Trafikant og kjøretøy, Trafikant, 30. september 2021. Ref. 21/47446.
- Tjora, A. (2017). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ulleberg, P. & Sagberg, F. (2003). Syn og kognitiv funksjon blant bilførere over 70 år. Betydning for kjøreferdighet. TØI-rapport 668. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- Ulleberg, P. (2007). Syn og kognitiv funksjon blant eldre bilførere 70 år – betydning for kjøreferdighet. En oppfølgingsstudie. TØI-rapport 935. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- Vaughn, S., et al. (1996). Focus group interviews in education and psychology, Sage.

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTRODUKSJON

Vi gjennomfører et prosjekt på oppdrag av samferdselsdepartementet for å få mer kunnskap om helseattest og førerrett for eldre bilførere, de over 80 år.

Mer spesifikt ønsker vi å vite mer om omfanget av førerkortinnehavere som ikke får fornyet helseattesten, hvordan vurderingen gjøres og bruke av kognitive tester.

I den forbindelse intervjuer vi fastleger, som har en viktig rolle i ordningen med helseattest.

Praktisk informasjon:

- Intervjuet vil vare omtrent en time, prøver å holde oss litt under timen,
- Anonymt
- Resultatene vil tilgjengeliggjøres i en rapport som vil ligge offentlig
- Det er frivillig å delta
- Informert samtykke
- Vi tar lydopptak hvis det er greit (frivillig).

BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

(Vi noterer oss ca. alder, kjønn, sted, type arbeidsplass og hvordan vedkommende er blitt kontaktet)

- **Hvor lenge har du jobbet som fastlege?**
- **Hvor lenge har du jobbet der du er nå?**

OMFANG

- **Hvor mange pasienter har du på din liste som er 80 år eller mer?**
 - Hvor mange forespør om helseattest for fornyelse av førerkort vil du anslå at du får fra personer over 80 år i løpet av en måned?
- **Hvor mange av dem over 80 som forespør helseattest vil du anslå ikke får gyldig helseattest på grunn av at helsekravene ikke oppfylles?**
- **Hvor ofte kommer du i en situasjon hvor du blir nødt til å vurdere om pasienten oppfyller helsekravene for førerkort i møte med pasienter over 80 år? (Alle konsultasjoner, også konsultasjoner som ikke gjelder helseattest)**
 - Hvilke tegn er man i så fall særlig på vakt for?

OM KONSULTASJONEN

- **Kan du fortelle om hvordan en konsultasjon for helseattest normalt foregår?**
 - Hvor mange konsultasjoner for helseattest gjør du i løpet av en måned?
 - Hvor lang tid tar det?
- **Hvilke kognitive undersøkelser gjennomføres**
 - I hvilke typer situasjoner er slike undersøkelser nødvendig?
 - Hva synes du om undersøkelsene? (fanger de opp det de skal?)
 - I hvilken grad er det samsvar mellom testresultatene og din forhåndsvurdering av i hvilken grad det foreligger kognitiv svikt?
 - Bruker du andre undersøkelser? Hvilke?

OM VURDERINGEN

- **Hvordan vurderer du om helsekravet er oppfylt?**
 - Hvilke forhold ved helsetilstanden veier tyngst i vurderingen?
 - Andre forhold som spiller inn i vurderingen (om pasienten bor alene, er avhengig av bil, uten tilgang til kollektivtransport/andre mobilitetstjenester?)
- **Hva vil du si er de viktigste årsakene til at søkere over 80 år ikke får utstedt gyldig helseattest? (fysiske svekkelser, kognitive svekkelser?)**
 - Er det lett å vurdere om helsekravet er oppfylt? (Hvis nei: I hvilke tilfeller er det vanskelig? Hva er eventuelt utførende? Hva gjør du da?)
 - Hvordan bruker du Helsedirektoratets førerkortveileder?
 - Hva synes du om veilederen? (Er den lett å bruke? Er det ting som mangler? Eventuelt hva?)

SAKSGANGEN

- **Kan du beskrive saksgangen i tilfeller hvor søkeren ikke oppfyller helsekravet og helseattesten ikke kan utstedes?**
- **Hvordan er håndteringen av midlertidige helsetilstander (under 6 måneder) som medfører tap av førerett?**

IKKE-UTSTEDT HELSEATTEST

- **Hvordan opplever du de gangene du ikke kan utstedte helseattest?**
 - Hvordan er det administrative arbeidet med å skrive ut helseattest sammenlignet med ikke-utstedt helseattest? (Finnes det økonomiske incentiver for å skrive ut helseattest kontra ikke godkjenne?)
 - Hender det at pasienter ber deg om å revurdere? Hvis ja: Hvor ofte?
 - Hender det at pasienter bytter fastlege for å få en ny vurdering?
- **I hvilken grad har pasientene egen sykdomsinnsikt? Forstår de selv at førerevnen kan være svekket av egen helsetilstand?**
- **Noen pasienter bor kanskje i grisgrendte strøk, og bruker bil mye. Hvordan spiller hensynet til pasientens livssituasjon inn i beslutningen om å utstedte eller ikke utstedte helseattest?**
- **Hva synes du om ordningen med obligatorisk helsekontroll for personer over 80 år som ønsker fornyet førerkort?**
- **Hvor mange pasienter har du (utenom dem som trenger helseattest) hvor du anbefaler inndragning av førerkort og/eller sender melding til statsforvalter?**
- **Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har spurt om?**
- **Kjenner du noen optikere vi eventuelt kan ta kontakt med?**

UTBETALING AV HONORAR

- **Som nevnt vil du motta et honorar på 1000 kr som takk for at du deltok. Vår person på lønn vil sende deg et skjema for utfylling av lønnsopplysninger per e-post, slik at vi kan betale ut honoraret.**

Takk for at du tok deg tid til å delta.

Vedlegg 2: Beregning av årlig andel som sluttet frivillig å kjøre eller ikke fikk fornyet helseattest i perioden 2016-2018

Tabell V.1. Beregnet andel førere som sluttet frivillig eller ikke fikk fornyet helseattest i 2016-2018, etter aldersgruppe. Tallene i radene a og b er gjennomsnittlig førerkortbestand (fra førerkortregisteret) for de tre årene, henholdsvis ved starten og slutten av året.

	61-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-99	Alle 80+
a. Antall førerkort per 1. januar ¹	461924	199448	115849	65439	33723	14336	113498
b. Antall førerkort per 31. desember	457687	195528	109866	58765	27605	10070	96441
c. Derav innbyttet siste år	396	59	37	18	3	0	21
d. Derav ervervet siste år	35	2	0	0	0	0	0
e. Korrigert antall førerkort per 31. desember ²	457256	195467	109829	58747	27602	10070	96419
f. Nedgang i førerkortandel (%) ³	1,010	1,996	5,197	10,225	18,152	29,759	15,048
g. Nedgang i folketall i løpet av året (%) ⁴	0,959	1,833	3,272	6,091	11,401	22,177	9,65
h. Andel inndratte førerkort (%) ⁵	0,33	0,56	0,93	1,48	1,81	1,22	1,55
i. Beregnet andel som har sluttet frivillig eller ikke fått fornyet helseattest (%)⁶	-0,28⁷	-0,39⁷	1,00	2,66	4,94	6,37	3,85

¹ Førerkortregisteret viser førerkortbestand per 31.12.; vi har derfor benyttet tallene for foregående år for å angi bestand ved starten av et gitt år.

² Korreksjonen består i at antall førerkort som er innbyttet (c) eller nyervervet (d) siste år er trukket fra bestanden ved slutten av året, for å få et estimat på hvor stor andel av førerkortene ved begynnelsen av året som fortsatt var gyldige ved slutten av året.

³ Prosent forskjell mellom a og e.

⁴ Nedgangen i antall førerkort i løpet av året skyldes at en del av dem som hadde førerkort ved starten av året, har dødd i løpet av året, eller av andre grunner ikke lenger er folkeregistrert i Norge. Endringen i folketall tas som et estimat på dette bidraget til nedgang i antall førerkort. Dette er et estimat på forventet prosentvis nedgang i antall gyldige førerkort i løpet av året dersom ingen førerkort var blitt inndratt, eller dersom ingen hadde sluttet frivillig å kjøre. Estimater er noe usikkert, da vi ikke vet om nedgangen i folketall er like stor for førerkortpopulasjonen som for befolkningen generelt.

⁵ Basert på statistikk fra Helsedirektoratet over tilråding fra statsforvalterne til politiet om inndragning av førerrett.

⁶ i=f-g-h.

⁷ Negative tall skyldes usikkerhet i forutsetningene, særlig nedgangen i folketall blant førerkortinnehaverne (rad g). Disse andelenes er avrundet til null i rapport-teksten (figur 7), da førerne under 75 år i hovedsak ikke er underlagt krav om helseattest.

Transportøkonomisk institutt (TØI) Stiftelsen Norsk senter for samferdselsforskning

TØI er et anvendt forskningsinstitutt, som mottar basisbevilgning fra Norges forskningsråd og gjennomfører forsknings- og utredningsoppdrag for næringsliv og offentlige etater. TØI ble opprettet i 1964 og er organisert som uavhengig stiftelse.

TØI utvikler og formidler kunnskap om samferdsel med vitenskapelig kvalitet og praktisk anvendelse. Instituttet har et verrfaglig miljø med rundt 90 høyt spesialiserte forskere.

Instituttet utgir tidsskriftet Samferdsel på internett og driver også forskningsformidling gjennom TØI-rapporter, artikler i vitenskapelige tidsskrifter, samt innlegg og intervjuer i media. TØI-rapportene er gratis tilgjengelige på instituttets hjemmeside www.toi.no.

TØI er partner i CIENS Forskningscenter for miljø og samfunn, lokalisert i Forskningsparken nær Universitetet i Oslo (se www.ciens.no). Instituttet deltar aktivt i internasjonalt forsknings-samarbeid, med særlig vekt på EUs rammeprogrammer.

TØI dekker alle transportmidler og temaområder innen samferdsel, inkludert trafiksikkerhet, kollektivtransport, klima og miljø, reiseliv, reisevaner og reiseetterspørsel, arealplanlegging, offentlige beslutningsprosesser, næringslivets transport og generell transportøkonomi.

Transportøkonomisk institutt krever opphavsrett til egne arbeider og legger vekt på å opptre uavhengig av oppdragsgiverne i alle faglige analyser og vurderinger.

Besøks- og postadresse:

Transportøkonomisk institutt
Gautstadalléen 21
NO-0349 Oslo

22 57 38 00
toi@toi.no
www.toi.no