
Trafikkulykker og risiko knyttet til førere av motorkjøretøyer

REDAKSJONELT

LEREIM I

Det har i ca. 100 år vært stilt krav om førerkort for å kunne kjøre motorkjøretøy i Norge. Kravene var de første trettiår av dette århundre meget enkle.

Førerprøven var en kjøretur uten de helt store utfordringer. Kravene ble etterhvert mer differensiert og utvidet til også å omfatte teoretisk skolering av ulikt slag. Føreropplæringen har endret seg radikalt de siste 20-30 år med stadig utvidelse av de krav som stilles til førerne (1).

Medisinske krav til bilførere ble for første gang innført i Norden i 1916. Sverige var først ute, etterfulgt av Danmark og Norge. Kravene gjaldt til å begynne med bare yrkessjåfører. Opp gjennom 1920- og 30-årene ble de medisinske krav mer differensiert og omfattet etter hvert også førere av privatbiler. Det ble de etterfølgende to tiår utarbeidet differensierte krav rettet mot spesielle sykdomstilstander. Sentralt i dette arbeidet stod neurologer, fordineurologiske sykdommer som epilepsi tidlig var gjenstand for spesielle restriksjoner i denne sammenheng. Spesialisterinnen øyesykdommer, øre-nese-hals-sykdommer og indremedisin, herunder kardiologi, kom senere inn med differensiertekrav til ulike kategorier motorvognførere. De siste tiårene har neuropsykologisk forskning, bl.a. med utdypet kunnskap om kognitiv funksjonssvikt, gitt nye muligheter for vurdering av personlig egnethet som fører av motorkjøretøy (2). Denne økte kunnskap er ikke i tilstrekkelig grad blitt tatt med i dagens førerkortforskrifter. Det synes heller ikke å være godt nok utbygd kapasitet til å gjennomføre tester og funksjonsprøving i forbindelse med kjøring.

Muligheten for akutt sykdom eller plutselig død bak rattet er en av grunnene for å lage et relativt detaljert regelverk omkring hjertesykdommer og førerkortforskrifter. Tilsynelatende uforståelig handlingsmønster forut for enbilulykke sees ofte forklart som plutselig illebefinnende hos føreren, uten at man har videre belegg for dette i mange av tilfellene (3). Alkoholpåvirkning hos bilførere har alltid vært vurdert som en stor risikofaktor. Testing av alkoholkonsentrasjonen i blodet hos bilførere, både etter ulykker og som rent forebyggende kontroll, har vært gjennomført i ca. 50 år og skjer i økende

omfang. Redusert kjøreferdighet pga. medikamentpåvirkning eller ulike former for doping er et nyere fenomen, og har hatt akselerende økning i de senere år. Flere studier kan tyde på at dette problemet er klart undervurdert (4).

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres tre artikler om bilkjøring og helse. Anne-Kristine Schanke og medarbeidere ved Sunnaas sykehus tar for seg metodeproblemer for førerkortvurderinger ved mistanke om kognitiv svikt (5). Artikkelen beskriver meget grundig prosedyren for førerkortvurdering. Forhold som påvirker egnethet som bilfører vies spesiell oppmerksomhet. Den neuropsykologiske vurdering er basert på et testbatteri utviklet for dette formål. Kognitiv svikt kan påvises på denne måten. Den praktiske kjørevurdering foretas av kjørelærere som er spesielt trent i å observere pasienter/førere av denne kategori. Dømmekraft og handlingsmønster vies spesiell oppmerksomhet. Med bakgrunn i dette testbatteri foretas en endelig vurdering. Artikkelen omtaler metodiske problemer, og det presiseres at det ikke er fullenighet om metodikken, men dette er under enhver omstendighet en langt grundigere vurdering enn det man har mulighet for å gjøre ved en "vanlig" medisinsk vurdering av potensielle førerkortkandidater, henholdsvis fornyelse av førerkort (6). Undersøkelsen bør kunne bidra til å legge grunnlaget for en revidert helseundersøkelse i forbindelse med søknad om tillatelse til å føre motorkjøretøy.

Med bakgrunn i et omfattende rettsmedisinsk materiale fra Regionsykehuset i Trondheim behandler Mona Alvestad & Olav Haugen spørsmålet om organisk sykdom hos bilførere som årsak til dødsulykker (7). Ved disse ulykkene er det innhenteten rekke tekniske data som er av betydning for å kunne si noe om årsaksforholdene. I 12% av tilfellene er det påvist naturlige dødsårsaker, men i de fleste tilfeller skyldes døden altså de påførte skader. Selvmord som mulig ulykkesårsak har vært diskutert mye de senere år. Det er gjort en rekke studier omkring dette i USA og i Europa. Det er vanskelig med sikkerhet å påvise en slik årsaksfaktor. Suicid ble sannsynliggjort i 2,5% av tilfellene. Det er klart høyere enn det man har påvist tidligere.

Skurtveit og medarbeidere ved Statens retts toksikologisk institutt i Oslo presenterer interessante data om gjentatt kjøring under påvirkning (8). Kjøring under påvirkning av alkohol er fortsatt det største rusmiddelproblem i forbindelse med trafikkulykker. Det er imidlertid registrert et økende antall tilfeller hvor bilførerne er påvirket av narkotika, rusgivende medikamenter og andre medikamenter (4, 9). Forfatterne presiserer at det er registrert en særlig påtagelig økning i antall positive amfetaminpåvisninger de siste fem år. Kombinasjonspåvirkning av ulike stoffer utgjør et økende problem.

Det siste årets markerte økning i antall dødsulykker i trafikken gir særlig grunn til økt innsats for å forsøke å redusere disse triste og ofte unødvendige ulykkene. Nødvendig grunnlag for å kaste lys over årsaksforholdene legges gjennom forskning fra mange ulike miljøer. De tre arbeider som er publisert i dette nummer av Tidsskriftet (5, 7, 8) gir hver på sin måte et verdifullt bidrag til dette arbeidet. De mange ulykker med fatale konsekvenser er oftest gjenstand for spekulasjoner. Økende rusmiddelmisbruk i samfunnet gir grunn til bekymring, og flere eldre bilførere der kjøreferdigheten gradvis reduseres er en annen utfordring. Leger har et særlig ansvar ved den undersøkelse som går forut for

utstedelse av legeattest til førerkort. Videreutviklingen av adekvate testsystemer må fortsette. Slikesystemer må gjøres tilgjengelige for alle leger som påtar seg å utferdige helseattest for førerprøven.

Inggard Lereim

LITTERATUR

1. Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort mm. Statens Helsetilsyn 2-97. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
2. Schanke AK, Sundet K, Andersson S. Kognitiv egnethet for bilkjøring. Tidsskr Nor Psykologforen 1997; 34: 31-4.
3. Öström M, Eriksson A. Natural death while driving. J Forensic Sci 1987; 32: 988-98.
4. Christophersen AS, Skurtveit S, Mørland J. Kjøring med mistanke om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol. Norsk Epidemiologi 1996; 6: 45-8.
5. Schanke A-K, Østen PE, Hofft E, Pedersen O. Vurdering av kognitiv egnethet for bilkjøring etter hjerneskade. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 954-8.
6. Johansson K. Older automobile drivers. Medical aspects. Doktoravhandling. Stockholm: Traffic Medicine Center, Karolinska Institutet, 1997.
7. Alvestad M, Haugen OA. Dødsfall bak rattet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 966-8.
8. Skurtveit S, Christophersen AS, Beylich K-M, Mørland J. Gjentatt kjøring i påvirket tilstand. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 959-63.
9. Kruse S, Christophersen AS. Kjøring under påvirkning av alkohol, legemidler og narkotika. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 429-31.

Publisert: 10. mars 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. desember 2025.