

Til:

- Statens vegvesen
Vegdirektoratet



Oslo, 15. mars 2015
Ref.: 186/15/AH/ph

Forslag til endring av vedlegg 1 i forskrift av 19. januar 2004 nr. 298 (FOR-2004-01-19-298) - førerkortforskriftens vedlegg 1 – Helsekrav.

Psykologforeningen takker for invitasjonen til høringen og oversender herved våre innspill. Del 1 inneholder generelle kommentarer. Del 2 inneholder svar på de konkrete høringsspørsmålene som er av psykologfaglig relevans. I del 3 gir vi konkrete innspill til andre forslag i endringsforslaget.

1 Generelt:

Vi anser arbeidet med å utvikle nye og forskriftsfestede helsekrav som et viktig bidrag til å styrke rettsikkerheten, effektivisere forvaltningen og redusere trafikksikkerhetsrisiko hos førere med helsesvikt. At det fastsettes en *opplysningsplikt* om egen helse og krav til legitimasjon for å få helseattest, er også viktige bidrag, likeså at innføringen av nye bestemmelser følges opp med både målrettede og generelle informasjonskampanjer gjennom ulike kanaler både ovenfor leger, psykologer, optikere og publikum. Det kan kanskje klargjøres hvilken juridisk status opplysningsplikten har for pasienter, og drøftes at noen personer ikke har tilstrekkelig innsikt i egne svikttegn.

Høringsnotatet fremhever at vurderinger av førerkortsøkere med ulike former for helse- og funksjonssvikt skal foretas med hensyn til trafikksikkerhet. Dette er prinsipielt viktig, men det foreligger i liten grad eksplisitte sikkerhetsvurderinger for de enkelte helsetilstandene. Det er i stor grad legen/psykologen som må utøve skjønn i sin vurdering av om førerkortsøker «er i stand til å kjøre på trafikksikker måte», jf. § 2 i nytt Vedlegg 1. Det betyr at beslutningsgrunnlaget for vurdering må gjøres transparent, og det må komme klart frem hva som ligger til grunn for den vurdering som er foretatt.

Detaljerte helsekrav kan også skape en oppfatning om at bestemmelsene dekker alle tilstander, og at helsekravene er oppfylt dersom det ikke står annet i forskriften. Det må gå klart fram av forskriften at bestemmelsene i tabellene ikke er uttømmende.

I mange tilfeller står lege, psykolog og optiker ovenfor komplekse risikovurderinger, der det også må utøves en betydelig grad av skjønn for å konkludere. Det er viktig at det gjøres tilgjengelig oppdaterte kompetansehevingstiltak i trafikkmedisin og komplekse risikovurderinger for helsepersonell som skal gjøre slike vurderinger. I tillegg må det gjøres tilgjengelig ressurser som gjør det mulig for disse å sette av tid til slik kompetanseheving.

Det varsles ny meldepliktforskrift hjemlet i §34 der både legen, psykolog og optiker skal omfattes. Dette vil bidra til å tydeligere disse helsepersonellgruppens ansvar. Det er viktig at alle yrkesgruppene konsekvent omtales samlet i nye forskriftstekster og veiledere. Ofte omtales kun lege.

Jensen-rapporten foreslår at meldinger fra leger, psykologer og optikere skal sendes direkte til politiet som har inndragningskompetanse etter gjeldende bestemmelse i vegtrafikkloven § 34. Det er behov for å definere om dette skal gjøres i samarbeid med fastlegene, eller om det skal sendes kopi til fastleger om evt. meldinger til politiet. I vurdering av helsekrav har spesialistvurderinger tradisjonelt blitt tillagt avgjørende vekt. Det vil fortsatt gjelde. Det er imidlertid fastlegen gjennom sin oppfølging av pasienten, dels i samhandling med spesialisten, som best kan foreta en totalvurdering av om helsekrav er oppfylt. Vi oppfatter det slik at mer omfattende vurderinger er tiltenkt for fastlege men også fortsatt av spesialisthelsetjenesten. Hvordan meldeplikten skal håndteres og koordineres må beskrives nærmere.

Det er en pågående faglig diskusjon hvilke status praktiske kjørevurderinger har for det endelige beslutningsgrunnlaget. Kjøreevne ved nevrologisk sykdom kan være vanskelig å vurdere i klinisk sammenheng. Praktisk kjørevurdering hvor forhold i en tvilsone ønskes særlig kartlagt kan da være et viktig supplement for konklusjon på om førerkortsøker skal ha førerrett. Vi anbefaler i kompliserte vurderinger at både nevropsykologiske og praktiske vurderinger inngår i beslutningsgrunnlaget.

2 Høringsspørsmål:

Høringsspørsmål om tabellform:

”Valg av tabellform for å gi bestemmelser i en forskrift har fordeler, men gir også utfordringer. Det samme gjelder innføring av så spesifiserte/detaljerte bestemmelser i en forskrift. Vi legger til grunn at dette vil bli gjenstand for drøfting i høringsrunden og ber spesielt om tilbakemelding på disse forholdene. ”

Psykologforeningen mener at tabellformen skaper oversikt og at det er gjort nødvendige grep for å sikre at framstillingen og den forenkling av helsekravene som følger av denne ikke skal oppfattes som uttømmende. De nye § 44-45 er i så måte velkomne for å sikre at vesentlige tilstander som ikke omtales spesifikt også omfattes og blir vurdert. Når det gjelder detaljingsnivået i framstillingen av de konkrete helsekravene så varierer det mye, og ikke alle helsekravene er egnet for framstilling i tabellform. For eksempel i forhold til psykiske lidelser og kognitiv svikt så vil det neppe være mulig å komme utenom en mer utførlig beskrivelse og veiledning til kravene i en egen veileder til forskriften. Vi vedlegger konkrete forslag i kap. 3.

Høringsspørsmål om definisjoner:

”2.1 Kapittel 1 Definisjoner. Det bes spesielt om høringsinstansenes syn på om det er behov for andre definisjoner enn de som er foreslått.”

Psykologforeningen finner at definisjon og notatets håndtering av begrepet ”helseattest” ikke er helt konsistent, og potensielt bidrar til rolleforvirring omkring hvem som har ansvaret for å utstede ”helseattesten” og hvilke krav som skal stilles til ”legeuttalelse” (eller psykolog uttalelse). Det benyttes formuleringer som ”helseattest med legeuttalelse”, ”helseattest kan gis etter anbefaling fra spesialist”, ”helseattest kan gis av relevant spesialist”, ”uttalelse fra spesialist”, ”spesialistvurdering”. Det kunne være hensiktsmessig og konsekvent omtale alle uttalelser mv fra spesialistene som hentes inn for en samlet bedømming før helseattest utstedes for ”spesialisteklæringer” og eventuelt også definere nærmere de ulike typer ”helseattester”.

Høringsspørsmål vedr dispensasjon:

- *Vil vilkårene for å gi dispensasjon, «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig», gi en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen?*
- *Bortfall av «behov» som en del av vurderingen ved dispensasjon.*

Psykologforeningen finner at det kan være en fare for at en strekker dispensasjonsadgang for langt om det ikke utvikles gode kriterier for dette. Viktig at dette blir kalibrert nasjonalt. Vi ser dette i sammenheng med kompetansehevingsbehov og kravene til transparens i beslutningsgrunnlaget omtalt tidligere. Bortfall av behov som del i vurderingen støttes.

Høringsspørsmål om epilepsi:

”Kap 8 Epilepsi og epilepsilignende anfall:

- *Er inndeling av anfallstyper ved epilepsi hensiktsmessig og lett å forstå?*
- *Er «strukturelle endringer i hjernen» et entydig begrep i denne sammenheng?*
- *Er begrepet årlig risiko for anfall et godt begrep i vurderingene?”*

Begrepet ”strukturelle endringer” er ikke entydig. For eksempel kan pasienter med traumatiske hjerneskader eller hjerneslag med enkelte episoder med epilepsi i forløpet subakutt, ha funn på strukturelle endringer uten at disse isolert sett representerer spesielt forhøyet risiko i senforløpet, forutsatt adekvat behandling og ukomplisert forløp.

Når det gjelder tabellens rad nr. 9 omhandlende ”funksjonelle anfall” foreslår vi at spesialistuttalelse med risikovurdering eventuelt vurderes innhentet fra psykolog og/eller psykiater.

Høringsspørsmål om midler som kan påvirke kjøreevnen:

”§ 37. Helsekrav ved bruk av noen midler som kan påvirke kjøreevnen

- *Er differensierte krav til kontrollert bruk og avholdenhet fra alkohol realistiske krav i en forskrift?”*

Kravene oppleves i tråd med moderne behandlingsperspektiver og er i overensstemmelse med helsekravene i en rekke sammenliknbare land, som omtalt i høringsnotatet.

3 Andre innspill til de konkrete endringsforslagene.

2.6 Kapittel 6 Kognitiv svikt

Psykologforeningen finner at forslaget til nytt helsekrav bør inkludere evnen til å kontrollere impulser og foreslår at teksten kan lyde ”Helsekrav er ikke oppfylt når det foreligger redusert oppmerksomhetsevne, redusert psykomotorisk tempo, nedsatt hukommelse, nedsatt evne til å forstå eller handle i forhold til ulike trafikkmønstre, redusert dømmekraft, impuls kontroll eller forlenget reaksjonstid, der slik svekkelse kan føre til økt trafiksikkerhetsrisiko.»

Psykologforeningen anbefaler at det inkluderes et punkt om sykdomsinnsikt i starten av kapitlet om kognitiv svikt, for eksempel: «Det er sentralt for lege og psykolog å vurdere om pasienten har adekvat sykdomsinnsikt, det vil si kunnskap om hvordan den kognitive svikten kan påvirke bilkjøringsevne. Sykdomsinnsikt er sentralt for at pasienten kan ta i bruk kompensierende strategier under bilkjøring.»

Det nevnes at «Nevropsykologer er den naturlige spesialistgruppe å henvise til for nærmere vurdering om helsekrav er oppfylt.». Det anbefales å bruke betegnelse «psykolog og spesialist i klinisk nevropsykologi» fremfor «nevropsykolog».

2.7 Kapittel 7 Nevrologiske sykdommer

Under avsnittet «Beskrivelse av forholdene i dag»: Slett betegnelsen «apoplexi», bruk kun «hjerneslag».

Under §16 Helsekrav ved nevrologiske sykdommer: Det anbefales at samme funksjoner som referert i starten av kap. 2.6, inkludert Psykologforeningens endringsforslag (se over) også brukes her. Når det gjelder vurdering av kognitiv egnethet for bilkjøring ved demens anser Psykologforeningen at psykolog og spesialist i klinisk nevropsykologi er en like naturlig gruppe som nevrolog for vurdering av sykdomsinnsikt og mulig trafikkfarlig kognitiv funksjon. Å anbefale at alle med mulig demens skal til nevrolog for vurdering av demens og førerkortforskriftens helsekrav er heller ikke i tråd med føringer fra Helsedirektoratet hvor det er lagt opp til at «ukompliserte demenstilstander» utredes i kommunehelsetjenesten.

Det anbefales et eget punkt om sykdomsinnsikt som bør være tilstede for at helsekravet er oppfylt, og som er aktuelt ved alle nevrologiske tilstander, for eksempel: «Innsikt i hvordan ens nevrologiske sykdom påvirker kjøreevnen er sentralt å vurdere for lege og psykolog ved alle nevrologiske sykdommer.»

Kommentarer til tabellen med nevrologiske sykdommer:

13. Traumatisk hjerneskade: Helsekrav er fylt først etter 1 år er svært strengt. Mange personer gjenopptar bilkjøring langt tidligere enn dette på en trygg måte. Det anbefales å senke grensen for dette til 3 eller 6 mnd. som ved hjerneslag under forutsetning av at helsekrav ellers er oppfylt.

22. Cerebral parese: Hva er en «tverrfaglig spesialistvurdering»? Hvorfor skal det ved cerebral parese gis helseattest for 5 år (altså tidsbegrenset), mens for eksempel ved hjerneslag etterhvert gis helseattest med vanlig varighet?

2.13 Kapittel 13 Psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og utviklingshemninger

Kommentarer til tabellene:

1. Schizofreni: Sykdomsinnsikt bør eksplisitt inn i tabellen som et krav. Like viktig her som ved for eksempel bipolar lidelse.

6. Hyperkinetiske lidelser:

Hyperkinetiske forstyrrelser (ICD-10 kapittel F90→) bør ikke stå sammen med Utviklingsforstyrrelser (for eksempel Autismespekter, i ICD-10 kapittel F80→), som heller bør ha eget punkt i tabell slik Psykisk utviklingshemning (ICD-10 kapittel F70→) har.

Det er ved tilstander som ADHD viktig å fremheve at de komorbide tilstandene der ADHD symptomer i kombinasjon med atferdsvansker/selvreguleringsvansker er mest trafikkarlig slik forskningen har funnet.

Det er svært strengt å kun gi helseattest for to år av gangen ved ADHD gruppe 1 (særlig når man ved maniske episoder etterhvert kan få for 5 år). Det anbefales at dette punktet fjernes.

2.15 Kapittel 15 Respirasjonssvikt

I § 39 tabellens 2. rad 2. kolonne er det formulert et pkt "b) det ikke foreligger kognitiv svekkelse" som vi opplever for strengt formulert. Det foreslås at denne erstattes med en formulering i retning av "det ikke foreligger trafikkarlig kognitiv svikt"

Med vennlig hilsen

Norsk Psykologforening

Tor Levin Hofgaard

President