Läkares hantering av medicinsk körkortslämplighet

En enkätundersökning

Helena Selander
Lars Englund
Per Henriksson

VTI PM 2024:5
Utgivningsår 2024
vti.se/publikationer

VTI PM 2024:5

Läkares hantering av medicinsk körkortslämplighet

En enkätundersökning

Helena Selander

Lars Englund

Per Henriksson

Översatt titel: A survey of physician’s routines when assessing fitness to drive.
Författare: Helena Selander, VTI (orcid.org/0000-0001-8026-5591), Lars Englund, Svensk Trafikmedicinsk Förening, Per Henriksson, VTI (orcid.org/0000-0003-3856-5421).
Diarienummer: 2022/0384-8.2.
Publikation: VTI PM
Utgiven av VTI 2024

Kort sammanfattning

Att bedöma och bestämma när en patient inte är en säker bilförare är en svår och ibland känslig arbetsuppgift för sjukvården. Transportstyrelsen och dess föreskrifter lämnar inte heller några detaljerade riktlinjer för lämpliga bedömningsmetoder eller tester. Detta innebär risk för godtycke, olika bedömningsunderlag eller total avsaknad av bedömning i vissa delar av landet.

Syftet med projektet var att undersöka hur den medicinska lämplighetsbedömningen utförs och upplevs av läkare inom olika discipliner. Ambitionen med enkätundersökningen var att få uppgifter från olika delar av landet och från olika läkarkategorier. Enkäterna har distribuerats genom strategiska läkargruppers yrkesföreningar inom Svenska Läkaresällskapet. Något stort stickprov eller representativt urval har inte eftersträvats, snarare att få en rikhaltig och bred bild av hur det kan se ut i olika regioner och bland olika läkargrupper.

Resultatet visar att läkarna har ett tydligt och stort intresse för körkortsmedicinska frågor och att dessa frågor ses som en naturlig del av arbetet inom offentlig sjukvård. Hur högt man prioriterar läkarbesök som rör medicinska lämplighetsbedömningar för körkort varierar dock stort över landet och dokumenterade rutiner för den egna enheten saknas ofta. En tydlig efterfrågan på mer kunskap och beslutstöd påvisas, där särskilt den grannlaga uppgiften som rör läkares anmälningsskyldighet motiverar stor säkerhet i läkarnas bedömningar. Det finns en tydlig efterfrågan på fler utbildnings-insatser, både på utbildningsnivå (ST) och specialistnivå.

En efterfrågan på kunskap om patientens ”körförmåga” är vanlig och man önskar en möjlighet att få till stånd praktiska körbedömningar eller körprov. Begränsningen till att bedöma den medicinska lämpligheten med medicinska metoder uppfattas inte alltid som tillräcklig, speciellt inte i gränsfall. Möjligheten till remittering av komplicerade bedömningar efterfrågas och det ses som en viktig tillgång där sådana mer specialiserade trafikmedicinska enheter finns. Projektets resultat ger stöd för att utveckla sådana enheter med en jämnare spridning över landet.

Nyckelord

Körkortslämplighet, Körkortsinnehav, Medicinska krav, Trafikmedicin.

Abstract

Assessing and determining when a patient is no longer a safe driver is a difficult and sometimes sensitive task for the health care system and the medical doctors. In addition, the driving license authorities do not provide detailed guidelines for suitable test methods. This constitutes a risk for arbitrariness, unjustified differences in assessment or a total lack of relevant routines in certain parts of Sweden. The aim of this survey was to examine how the assessment of medical driver fitness is carried out among physicians within publicly financed care units and how this assessment is supported by other professions within health care units.

Our ambition with the survey was to get respondents from different parts of Sweden and from physicians with different specialties. The questionnaires were distributed through strategic professional associations within groups of doctors affiliated to the Swedish Society of Medicine. The aim was not to obtain a large representative sample, rather a rich and broad picture of how the situation might be within different regions and in groups of doctors with different specialization.

The report shows the obvious and great interest for these issues among physicians and that these questions are looked upon as a natural part of your duties when working within publicly financed health care. However, how such patients are prioritized varies a lot in different parts of Sweden and documented routines for the unit are often lacking.

We found a clear demand for more knowledge and support for the decisions, where especially the delicate task to report the patient to driving license authorities motivates a high degree of certainty in the assessments. There is an obvious demand for more educational measures.

It is common among the doctors to ask for more knowledge about the patient’s practical driving skills and many physicians ask for the possibility to do on-road assessments, as the medical testing are not always perceived as sufficient, especially not in border line cases. The possibility to refer the patients is asked for and where such more specialised traffic medicine units are found, they are seen as an important and valuable part of the routines in more complicated cases. The report gives support to establish such units with a more even spread around all of Sweden.

Keywords

Medical driver fitness, Driving license, Medical requirements, Traffic Medicine.

Förord

Utredningar för att säkerställa att en person har tillräckligt goda medicinska förutsättningar för körkortsinnehav, är inte alltid en självklar verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det är många gånger en svår uppgift som ska skötas parallellt med övriga arbetsuppgifter. Med denna undersökning ville vi få en bättre kunskap om hur den medicinska lämplighetsbedömningen utförs av läkare inom olika vårdenheter och regioner i Sverige.

Projektet har genomförts med stöd av Stiftelsen MHF:s fond för trafiksäkerhet och i samarbete med Svensk Trafikmedicinsk Förening (STMF).

Vi vill tacka de läkarkollegor som hjälpte oss att sprida enkäterna till läkare inom allmänmedicin, rehabiliteringsmedicin, neurologi och psykiatri. Speciellt tack till alla läkare som har besvarat frågorna och även givit oss värdefulla kommentarer till detta arbete. Författarna vill också rikta ett stort tack till Johan Alinder, specialist i rehabiliteringsmedicin, och Måns Thörnqvist, neurolog, som hjälpt oss med utformningen av enkätfrågorna och har gett input till resultaten utifrån den egna disciplinens förutsättningar.

Göteborg, februari 2024

Helena Selander
Projektledare

Granskare/Examiner

Susanne Wallhagen, VTI.

De slutsatser och rekommendationer som uttrycks är författarens/författarnas egna och speglar inte nödvändigtvis myndigheten VTI:s uppfattning./The conclusions and recommendations in the report are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of VTI as a government agency.

Innehållsförteckning

Kort sammanfattning **5**

Abstract **6**

Förord **7**

1. Bakgrund **9**

2. Genomförande av enkätundersökning **11**

3. Resultat **12**

3.1. Bakgrundsdata om samtliga läkargrupper 12
3.2. Hantering av körkortsfrågor – jämförelse mellan läkargrupperna 14
3.2.1. Anmälan eller muntligt körförbud? 14
3.2.2. Tillräcklig kunskap? 17
3.2.3. Transportstyrelsens föreskrifter 19
3.2.4. Trafikmedicinska centrum 20
3.3. Allmänläkare – specifika frågor 22
3.4. Rehabiliteringsläkare – specifika frågor 28
3.5. Neurologer – specifika frågor 32
3.6. Psykiatriker – specifika frågor 37

4. Diskussion **40**

4.1. Läkares anmälan 40
4.2. Anhörigas roll 41
4.3. Ansvaret för att bedöma ”körförmåga” 41
4.4. Remissenheter för fördjupad bedömning 41
4.5. Information om trafikmedicin och stöd från Transportstyrelsen 42
4.6. Utbildningsbehov 43
4.7. Vilka är patientgrupperna hos allmänläkarna? 43
4.8. Rehabiliteringsläkare 44
4.9. Neurologläkare 44
4.10. Psykiatriker 44

Referenser **46**

1. Bakgrund

Att köra bil är en viktig aktivitet i många människors vardag. Bilen kan underlätta inköp, längre förflyttningar eller möjliggöra resor till arbete eller deltagande i fritidsaktiviteter. Detta gäller för många människor, men att köra bil är dock en komplex aktivitet och kräver förutom syn exempelvis också uppmärksamhet, reaktionsförmåga och omdöme. På grund av sjukdomar och deras konsekvenser kan det innebära att en persons körlämplighet och körförmåga behöver bedömas [1].

Körkortslagen säger att "om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen" (Körkortslag (1998:488) 10 kap. 5 §). Det finns i Sverige specifika medicinska krav för körkortsinnehav i Transportstyrelsens medicinska föreskrifter (TSFS 2010:125). Här regleras kapitelvis vad som gäller för olika medicinska områden exempelvis syn, epilepsi, demens, neuropsykiatriska tillstånd, intellektuella funktionsnedsättningar, sömnapnésyndrom och narkolepsi, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, alkohol- eller drogberoende och andra psykiatriska tillstånd [2].

Trafikmedicinska frågeställningar kan uppkomma i det kliniska arbetet på många olika vårdinrättningar och mottagningar inom sjukvården. En tidigare pilotundersökning har visat att det bland dessa finns ett stort intresse för att arbeta med frågor som rör körkortsintyg [3]. Utredningar för att säkerställa att en person har tillräckligt goda medicinska förutsättningar för körkortsinnehav är dock inte alltid en självklar verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det är många gånger en svår uppgift som ska skötas parallellt med övriga arbetsuppgifter. Inte sällan nedprioriterar den offentligt finansierade vården dessa patienter och hänvisar till helprivata enheter. För yngre och medelålders förare är rattfylleri ett stort problem och orsakas ofta av beroendesjukdom som i allmänhet är hinder för körkortsinnehav. Mer uttalade fall av neuropsykiatriska tillstånd har också betydelse bland unga som vill ta körkort. Efter sjukhusvård för skador på hjärnan som till exempel vid stroke eller traumatiska hjärnskador finns rutiner från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) där det krävs en uppföljning som ofta sker i primärvården efter en specificerad tid (4).

I en tidigare svensk studie framkom det att personer med Parkinsons sjukdom i större utsträckning var involverade i singelolyckor och blev mer allvarligt skadade än studiens jämförelsegrupp [5]. Dessutom framkom att olyckan för de med Parkinsons sjukdom hade skett närmare i tid från när de erhöll sin neurologiska diagnos, vilket visar på vikten av att genomföra körkortsmedicinska bedömningar tidigt efter erhållen diagnos. Körkortsmedicinska utredningar av patienter med specifika symtom eller tillstånd som har betydelse för trafiksäkerheten och körkortsinnehav borde vara mer frekventa inom hälso- och sjukvården som en preventiv åtgärd för att minska risken för personskadehändelser i trafiken. För de äldre patienterna utgörs problemen ofta av sjukdomar som drabbar kognition, syn och motorik (t. ex. stroke) men även påverkan av vissa läkemedel [1].

Äldre-baserade screeningtester har diskuterats i omgångar i Sverige men frågan har varit kontroversiell och studier har oftast påvisat att nackdelarna är större än fördelarna. Risken med att införa ”ålderskontroller” skulle kunna innebära att många äldre blir av med körkortet på fel grunder, slutar köra för tidigt eller att andra transportmedel används som är mer riskfyllda än bilkörning [6]. Finland och Norge har krav på hälsokontroller efter en viss ålder för att förnya körkortet [7]. Några fördelar rent trafiksäkerhetsmässigt har dock inte påvisats i tidigare forskning [8-11]. I en svensk rapport från 2018 hade man undersökt sambandet mellan vissa diagnoser och olycksinblandning bland äldre bilförare [12]. Syftet med studien var att undersöka om det fanns belägg för hälsokontroller bland äldre förare i Sverige. Resultatet visade att man endast kunde se en mindre förhöjd andel bland äldre olycksdrabbade som hade missbruk av substanser, diabetes, epilepsi eller psykiska sjukdomar. Med anledning av dessa resultat ansåg författarna att någon större utredning angående hälsokontroller bland äldre inte behövdes. Systemet i Sverige med att läkare reagerar beträffande körkortsinnehavet i samband med att relevanta sjukdomar diagnosticeras, bedömdes fungera bra för dessa grupper.

Att bedöma och bestämma när en patient inte är en säker bilförare är en svår och ibland känslig arbetsuppgift. Transportstyrelsen och dess föreskrifter lämnar inte heller några detaljerade riktlinjer för lämpliga bedömningsmetoder eller tester [13]. Detta innebär risk för godtycke, olika bedömningsunderlag eller total avsaknad av bedömning i vissa delar av landet. Redan i en tidigare utredning på Vägverket (år 2005) påpekades att det behövdes en nationell struktur för medicinska bedömningar av körkortslämplighet [14]. Det föreslogs där att det skulle inrättas Trafikmedicinska Centrum i varje ort där läkarutbildningarna finns och att det i varje region/landsting skulle finnas trafikmedicinska enheter dit sjukvården kunde remittera svåra och komplexa trafikmedicinska bedömningar. Det fanns dock oklarheter omkring huvudmannaskap och hur en sådan verksamhet skulle finansieras, vilket innebar att förslaget från Vägverket inte blev realiserat.

När den centrala körkortsmyndigheten Transportstyrelsen bildades 2009 fanns också en förhoppning om att självkörande bilar inom några år skulle lösa många sådana problem och att förarens medicinska tillstånd därmed inte längre skulle ha betydelse för trafiksäkerheten. Utvecklingen har visat att förväntningarna på automatiserade fordon har fått sänkas och frågan om olyckor med personskador som orsakas av akuta och kroniska sjukdomstillstånd är fortsatt en faktor som måste lösas för att Nollvisionens mål ska kunna uppnås.

Under 2022 återkallades 35 227 körkort. Av medicinska skäl återkallades emellertid endast 9 094 körkort på grund av sjukdom eller att man inte kommit in med begärt läkarintyg[1]. Det är dock inte i detalj känt vilka diagnoser eller sjukdomstillstånd som vanligtvis rapporteras av läkare till Transportstyrelsen eller hur stor andel av återkallelserna de olika sjukdomarna representerar. Någon registrering av diagnos vid körkortsåterkallalse görs inte av Transportstyrelsen. Enligt muntlig uppgift från handläggare på Transportstyrelsen gör man en ungefärlig bedömning att en fjärdedel vardera av körkortsåterkallelserna rör nedsatt syn, demens och andra tillstånd med nedsatt kognition, missbruk/beroende och en fjärdedel rör alla de andra tillstånden.

För stroke och närliggande tillstånd finns, förutom det som sägs i Transportstyrelsens medicinska föreskrifter, mer specifika riktlinjer. När den akuta fasen av stroke behandlats får många strokepatienter råd om bilkörning vid utskrivning [4]. Detta innebär oftast ett generellt körförbud, det vill säga att patienten inte bör köra i nuläget utan avvakta i cirka 3-6 månader (ett så kallat muntligt körförbud). Därefter är rekommendationen att patientens medicinska körkortslämplighet behöver bedömas. Utifrån statistik från Riksstroke[2] framkommer att många strokepatienter inte har fått något uppföljande läkarbesök. Detta kan innebära att många strokepatienter självmant återupptar bilkörning, trots att ingen bedömning av körkortslämplighet har genomförts. I vissa andra fall hamnar frågan om körkortsbedömning hos hemortens husläkare/distriktsläkare, vilket kan vara en komplex uppgift för läkaren. Det kan vara svårbedömt i vilken grad och i vilka medicinska funktioner en strokerelaterad funktionsnedsättning kan påverka körkortslämpligheten. I många fall kan det också innebära en intressekonflikt för läkaren, det vill säga att hjälpa/stötta sin patient och/eller ha rollen som myndighetsperson för frågan om körkortslämplighet [3].

Syftet med projektet var att undersöka hur den medicinska lämplighetsbedömningen utförs och upplevs av läkare inom olika discipliner. Främst berör detta allmänläkare på vårdcentraler, men i studien har också rehabiliteringsläkare, neurologer och psykiatriker ingått.

[1] https://www.transportstyrelsen.se/sv/Nyhetsarkiv/2023/farre-korkort-aterkallades-2022/

[2] https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2023/12/Riksstrokes-Arsrapport-2022.pdf

2. Genomförande av enkätundersökning

Trafikmedicinska frågeställningar kan uppkomma i det kliniska arbetet på många olika vårdinrättningar och mottagningar inom sjukvården. För att nå ut till så många läkare som möjligt där patienternas körkortslämplighet kan vara aktuell, skickades en enkät till läkare som arbetar inom olika discipliner där bedömning av medicinsk lämplighet för körkortsinnehav är vanligt förekommande, det vill säga allmänmedicin, rehabiliteringsmedicin, neurologi och psykiatri.

Ögonläkare gör också ofta bedömningar som innebär att ett körkort ska återkallas men deras bedömningar är mer noggrant reglerade av Transportstyrelsens föreskrifter och därmed inte lika diskutabla. Dessa läkare togs därför inte med i undersökningen. Inte heller läkare som arbetar med dagtrötthet vid sömnapnésyndrom, njurläkare eller barnläkare. Studien ska inte ses som en fullständig kartläggning, utan ett försök att få en så innehållsrik bild som möjligt av rutinerna, kunskapen om och svårigheterna med dessa frågor i relevanta läkargrupper.

Fyra webbenkäter, en till varje läkargrupp (allmänmedicin, rehabiliteringsmedicin, neurologi och psykiatri), konstruerades vid VTI med hjälp av verktyget Netigate. Enkäterna spreds via de yrkesföreningar som finns för de olika läkardisciplinerna inom Svenska Läkaresällskapet. Att inte alla som är verksamma i någon av dessa fyra discipliner är medlemmar i yrkesföreningarna får beaktas. Exempelvis var 2 300 medlemmar i den stora föreningen SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin) i december 2020, medan antalet anställda distriktsläkare i regionernas primärvård i november 2021 var cirka 3 130. Vidare är exempelvis rehabiliteringsmedicin en mycket mindre disciplin än allmänmedicin.

Enkäternas inledande frågor var delvis desamma i de fyra versionerna, men några frågor var anpassade till just den läkargruppens arbetssituation och till vilka patientgrupper man mötte. Efter några inledande bakgrundsfrågor, ingick frågor bland annat om hur ofta läkaren anmält olämpliga bilförare till Transportstyrelsen alternativt gjort en muntlig överenskommelse med patienten att denne inte ska köra bil, eventuellt stöd som kollegor kan ge i svårbedömda fall och om och vart sådana patienter kan remitteras. Vidare fick läkarna bedöma om de hade tillräckligt med kunskap inom området och om de kände till var man kan hitta Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för när sjukdom kan vara hinder för körkortsinnehav. Tillgång till mer specialiserade trafikmedicinska mottagningar eller motsvarande, togs upp – hade man tillgång till detta och om inte, önskade man det?

Datainsamlingen pågick under perioden maj till november 2023, men under olika tider för läkargrupperna. Enkäten till allmänläkarna distribuerades i två omgångar, dels i maj, dels i oktober. Svaren från läkarna inom rehabiliteringsmedicin inkom, med några få undantag, under juni och juli. Alla neurologer, utom en, besvarade enkäten under september. Psykiatrikerna deltog i undersökningen under september till november. Utskicken av enkätfrågorna gjordes med individuellt adresserade mejl via läkarnas specialistföreningar, till allmänläkare, neurologer och rehabläkare, medan Svensk Förening för Psykiatri valde att sprida enkäten genom en egen Facebook-grupp. Här blev svarfrekvensen betydligt lägre.

Sammanställningen av resultatet är framför allt av deskriptiv natur. Det fanns dessutom generöst med utrymme för att lämna kommentarer i enkäten. I denna rapport har dessa frikostigt tagits med för att visa på hur den diskussion som finns inom de olika disciplinerna ser ut. För att underlätta läsningen, har stavfel etc. korrigerats i de citat som återges.

3. Resultat

3.1. Bakgrundsdata om samtliga läkargrupper

Nedan följer sammanställningar av frågorna om läkarnas bakgrund. Dessa frågor ingick i alla enkätversioner. Inledningsvis anges hur många personer som påbörjat enkäterna per läkargrupp, hur många svar som exkluderats då respondenten avbrutit enkäten efter de inledande bakgrundsfrågorna och hur många svar som ingått i resultatsammanställningen, se Tabell 1.

Tabell 1. Antal personer som öppnat enkäten, antal som utgår på grund av få svar och hur många som återstår till analysen.

Specialitet	Öppnat enkäten	Utgår pga. få svar	Återstår	Varav kompletta
Allmänmedicin	411	32	379	367
Rehabiliteringsmedicin	53	5	48	46
Neurologi	71	20	51	47
Psykiatri	35	6	29	25

Allmänläkarna är den största gruppen i studien, vilket är naturligt med tanke på att de är en stor specialistkår. Kvinnorna dominerade bland rehabiliteringsläkarna och männen bland psykiatrikerna, medan det i de två andra läkargrupperna var en tämligen jämn könsfördelning (Tabell 2).

Tabell 2. Fördelning på kön.

	Allmänläkare		Rehabläkare		Neurologer		Psykiatriker	
Kön	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**
Man	162	42,7	15	31,3	27	52,9	16	55,2
Kvinna	216	57,0	33	68,8	23	45,1	10	34,5
Vill ej uppge/annat	1	0,3	0	0	1	2,0	3	10,3
Totalt	379	100	48	100	51	100	29	100

Neurologerna som svarat var äldre än de andra läkarna medan psykiatrikerna var yngst. Fördelningen på åldersgrupper framgår ur Tabell 3.

Tabell 3. Fördelning på åldersgrupper.

	Allmänläkare		Rehabläkare		Neurologer		Psykiatriker	
Åldersgrupp	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**
30-39 år	112	29,6	14	29,2	9	17,6	17	58,6
40-49 år	116	30,6	15	31,3	13	25,5	7	24,1
50-59 år	82	21,6	12	25,0	14	27,5	4	13,8
60+ år	69	18,2	7	14,6	15	29,4	1	3,4
Totalt	379	100	48	100,0	51	100	29	100

Vilken utbildningsbakgrund läkarna hade, om de var specialister eller ST-läkare inom sitt område alternativt hade en annan specialitet, framgår ur Tabell 4.

Tabell 4. Fördelning på utbildningsbakgrund.

	Allmänmedicin		Rehabiliterings-medicin		Neurologi		Psykiatri	
Utbildnings-bakgrund	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**
Specialist	272	71,8	30	62,5	45	88,2	20	69,0
ST-läkare	102	26,9	15	31,3	4	7,8	7	24,1
Annan	5	1,3	3	6,3	2	3,9	2	6,9
Totalt	379	100	48	100	51	100	29	100

De läkare som besvarat enkäten och arbetade inom neurologi var i hög utsträckning specialister. Högst andel ST-läkare, som ännu inte är färdiga specialister, finner vi bland läkare inom rehabiliteringsmedicin.

Läkarna fick uppge hur länge man hade arbetat på en klinik/mottagning/vårdcentral, se Tabell 5. För allmänläkarna handlade det om hur länge man tjänstgjort på en vårdcentral och för övriga läkare hur länge man varit på nuvarande klinik/mottagning.

Tabell 5. Fördelning av tjänstgöringstid på vårdcentral respektive klinik/mottagning.

	Allmänläkare (vårdcentral)		Rehabläkare (klinik eller mottagning för rehabilitering)		Neurologer (klinik eller mottagning för neurologi)		Psykiatriker	
	Antal	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**
10 år eller kortare tid	166	43,8	24	50	11	21,6	16	55,2
Mer än 10 år	213	56,2	24	50	40	78,4	13	44,8
Total	379	100	48	100	51	100	29	100

Fler än tre fjärdedelar av neurologerna hade tjänstgjort i mer än tio år på kliniken, medan drygt varannan psykiatriker hade arbetat i tio år eller kortare tid. Vilken region läkarna tjänstgjorde i framgår i Tabell 6Tabell 5. En region är inte representerad bland respondenterna, nämligen Blekinge, som på grund av nya tjänsteinnehavare kom igång med enkäten för sent. Region Jönköping är särskilt väl representerad bland allmänläkarna och nästan en tredjedel av neurologerna som svarat tjänstgjorde i Region Stockholm.

Tabell 6. Fördelning av i vilken region läkarna arbetade.

	Allmänläkare		Rehabläkare		Neurologer		Psykiatriker	
Region	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**
Region Dalarna	18	4,7	1	2,1	3	5,9	1	3,4
Region Gävleborg	19	5	1	2,1	1	2,0	0	0
Region Gotland	2	0,5	0	0	0	0	0	0
Region Halland	15	4,0	1	2,1	3	5,9	0	0
Region Jämtland Härjedalen	6	1,6	4	8,3	1	2,0	0	0
Region Jönköpings län	59	15,6	3	6,3	1	2,0	0	0
Region Kalmar län	37	9,8	0	0	0	0	2	6,9
Region Kronoberg	21	5,5	0	0	1	2,0	0	0
Region Norrbotten	0	0	1	2,1	0	0	0	0
Region Örebro län	1	0,3	2	4,2	2	3,9	0	0

	Allmänläkare		Rehabläkare		Neurologer		Psykiatriker	
Region	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**	**Antal**	**Andel, %**
Region Östergötland	1	0,3	8	16,7	1	2,0	2	6,9
Region Skåne	3	0,8	3	6,3	7	13,7	3	10,3
Region Sörmland	42	11,1	0	0	3	5,9	0	0
Region Stockholm	47	12,4	5	10,4	16	31,4	8	27,6
Region Uppsala	34	9,0	4	8,3	2	3,9	0	0
Region Värmland	38	10	3	6,3	3	5,9	0	0
Region Västerbotten	13	3,4	1	2,1	2	3,9	3	10,3
Region Västernorrland	0	0	0	0	0	0	1	3,4
Region Västmanland	0	0	3	6,3	0	0	1	3.4
Västra Götalandsregionen	23	6,1	8	16,7	5	9,8	8	27,6
Totalt	379	100	48	100	51	100	29	100

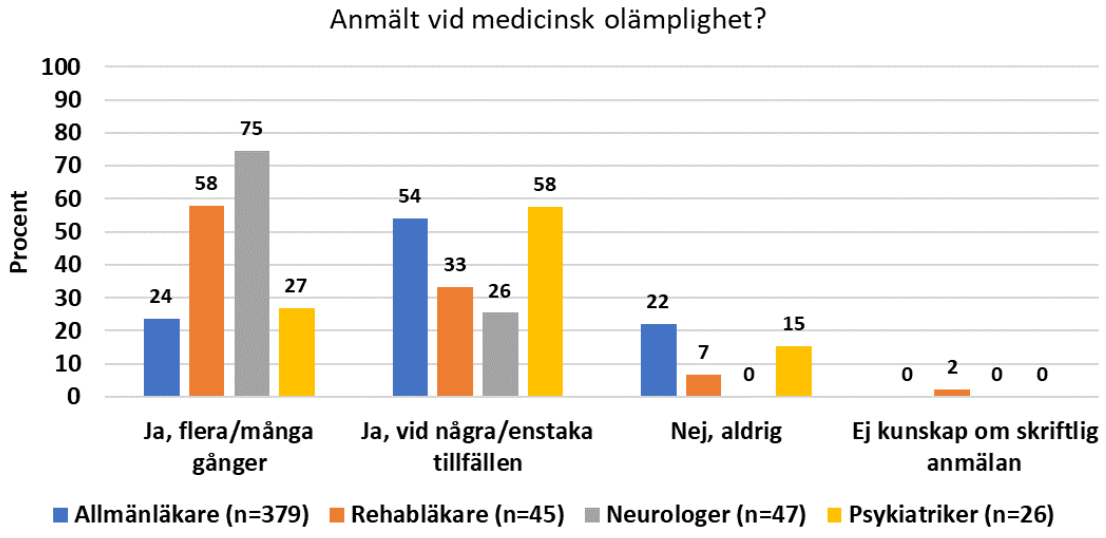
3.2. Hantering av körkortsfrågor – jämförelse mellan läkargrupperna

Vissa frågor om hur läkarna hanterade körkortsfrågor var identiska och ställdes till alla läkargrupper. Resultaten presenteras i detta avsnitt.

3.2.1. Anmälan eller muntligt körförbud?

Enligt Körkortslagen (10 kap, 5§) och Taxitrafiklagen har alla läkare skyldighet att anmäla medicinskt olämpliga körkortsinnehavare till Transportstyrelsen, men samma paragraf ger också möjlighet att avstå från en sådan anmälan om det är sannolikt att körkortsinnehavaren kommer följa läkarens tillsägelse att inte köra. I enkäten fick respondenten möjlighet beskriva hur man agerar utifrån dessa lagar.

Om läkarna någon gång under sitt yrkesliv hade anmält en patient framgår av Figur 1.



Figur 1. Om och i så fall hur ofta läkarna anmält patienter som bedömts vara olämpliga som bilförare.

Samtliga neurologer hade gjort en sådan anmälan medan drygt var femte allmänläkare inte hade det.

Utifrån kommenterarna av **allmänläkarna** framkom det att de skriftliga anmälningarna till Transportstyrelsen oftast eller enbart skedde då patienten hade en demensdiagnos, sviktande kognition

eller beroende (hänvisningar gjordes till PEth-värden, dvs. en blodprovsmarkör för hög alkoholkonsumtion). Några reflekterade över att fler anmälningar kanske borde ha gjorts och andra om otydlighet gällande rutiner och ansvar:

> *Det är lite otydligt om man ska göra det eller inte vid demens, när man inte har anledning att tro att patienten kommer gå emot beslutet.*
>
> *Tydligen kan man behålla körkort vid lindrig demens, och för PEth uppstår ibland viss osäkerhet (men jag anmäler till Transportstyrelsen ändå).*
>
> *Fick tillbaka att även specialist behövde vidimera vilket kändes konstigt då jag som ST-läkare har rätt att skriva intyget men inte att göra anmälan.*

Några läkare inom **rehabiliteringsmedicin** kommenterade anmälningar enligt följande:

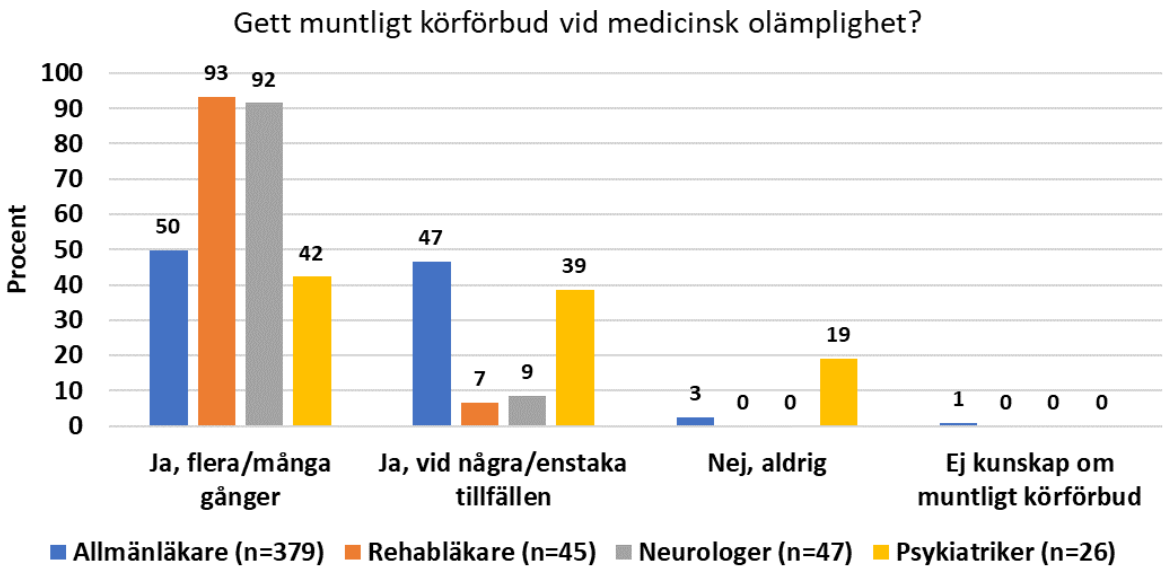
> *Alla patienter har varit införstådda och accepterat att ej köra.*
>
> *Behöver göras av specialist, så om jag skriver en måste den kontrasigneras.*
>
> *Görs oftast inom vår slutenvård, särskilt vid ihållande bristande insikt, neglekt, apraxi eller när det finns komplicerande faktorer såsom dokumenterat missbruk alt. lagöverskridande beteende.*

Kommentarer från **neurologer** angående skriftlig anmälan:

> *Anmäler alltid högre behörigheter vid missbruk och vid svårbedömda fall samt om patienten har invändningar.*
>
> *Jag brukar inte alltid anmäla fall där det är uppenbart att patienten aldrig mer kommer att ha förutsättningar att kunna köra bil.*
>
> *Nöjer mig ofta med muntligt körförbud även om det är långt, särskilt för ”gamla” patienter. Alltid anmälan vid högre behörighet senast när utredning är klar.*

En **psykiatriker** menade att skriftlig anmälan var aktuellt efter avgiftning på slutenvården, en annan vid synnerliga skäl, till exempel då polisen kommer in med drogpåverkad förare och en tredje om patienten hamnat i en manisk episod.

Resultat gällande om läkarna någon gång under sitt yrkesliv gjort muntliga överenskommelser visas i Figur 2.



Figur 2. Om och i så fall hur ofta läkarna gjort en muntlig överenskommelse med patienten att denne inte ska köra bil.

Samtliga läkare inom rehabiliteringsmedicin och neurologi hade använt sig av möjligheten att komma överens med patienten att denne inte ska köra bil, de flesta hade gjort det flera gånger. Psykiatrikerna hade i minst utsträckning använt den möjligheten.

Enligt **allmänläkarna** var muntliga körförbud vanliga vid demenssjukdomar eller under demensutredningar. En allmänläkare menade att det är en glidande övergång:

> *Om patienten själv sagt att det inte är lämpligt att de kör, så håller jag med och säger att det är ett bra beslut som jag håller med om. Endast vid enstaka tillfällen att man säger att "du får inte köra".*

De muntliga överenskommelserna kunde ske under vissa villkor då läkaren kände sig övertygad om att patienter inte skulle fortsätta att köra bil:

> *Patienten var pålitlig att inte köra bil och använde körkortet som Id-handling.*
>
> *Ja, inför bekräftande vittnen och överlämnande av bilnycklar.*
>
> *Jag jobbar mycket med dementa patienter där muntlig överenskommelse samt hjälp med anhöriga som säljer bilen eller ser till att patienten inte kan köra.*
>
> *Till exempel vid demens när anhöriga är på plats och man kan känna sig trygg med att det efterlevs.*
>
> *När anhöriga lovar att beslagta bilen.*

Vissa allmänläkare kombinerar de muntliga överenskommelserna med skriftliga överenskommelser:

> *I motiverade fall har jag kombinerat det muntliga förbudet med en skriftlig överenskommelse.*
>
> *Ibland kompletterar jag detta med en skriftlig överenskommelse med patienten som scannas till journalen.*

Patienten skrev då på en blankett att hen avstår från bilkörning pga. t. ex. demenssjukdom för att kunna behålla körkortet som legitimation.

Några allmänläkare uppger att en kopia på journalanteckningen skickas till Transportstyrelsen efter den muntliga överenskommelsen. Slutligen tog några allmänläkare upp konsekvenserna med att diskutera körkortsfrågor med patienten:

En patient (70+) var nyligen sjukhusvårdad utan körkortsåtgärd, MR (magnetröntgen) visat multipla små infarkter. Hen var arg på mig ett år.

Det är egentligen olämpligt att som allmänläkare hantera detta eftersom relationen mellan läkaren och personen är det centrala i jobbet. Och detta är myndighetsutövning.

Svårt att göra det och en risk att tappa förtroende med patienten.

Svårt pga avvägning med pat-läk-förtroende. Framför allt när kollegor tycker olika.

Några **rehabiliteringsläkare** lämnade följande kommentarer om det muntliga körförbudet:

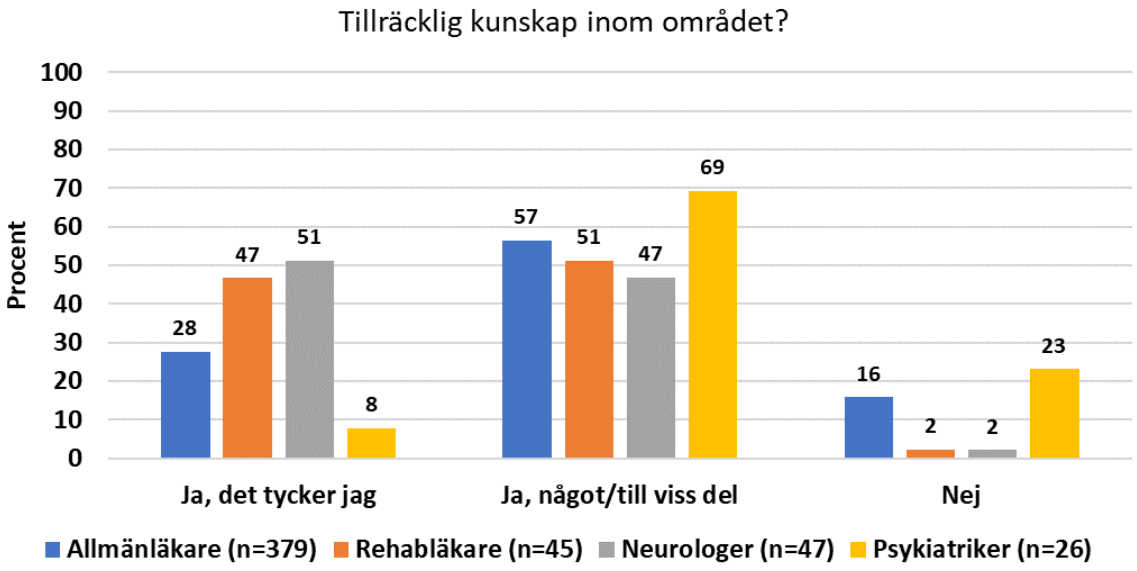
Muntligt körförbud i de fall då jag känner mig säker på att patienten kommer att följa det och då jag tror att potential finns för förbättring i symtom på sikt i sådan utsträckning att medicinsk olämplighet inte längre föreligger.

Regelmässigt alla hjärnskadade i slutenvård.

Vanligtvis bara under perioden för vidare utredning, i väntan på slutgiltigt beslut. Brukar oftast ge först muntligt och sedan även be dem bekräfta i skrift på regionens dokument. Vägrar de sistnämnda anmäler jag till Transportstyrelsen. Men är det bara så att de inte har förmåga att skriva under så nöjer jag mig med muntligt besked till patienten och närstående, samt ger dem skriftlig information om att så är fallet.

3.2.2. Tillräcklig kunskap?

Läkarna fick bedöma om de ansåg sig ha tillräckliga kunskaper för att hantera frågeställningar om medicinsk lämplighet för körkortsinnehav som dyker upp i det dagliga arbetet, se Figur 3.



Figur 3. Om läkarna ansåg att de hade tillräckligt med kunskap inom området.

Bristande kunskaper inom trafikmedicin ses framför allt bland psykiatriker och allmänläkare. **Allmänläkarna** tog i kommentarerna upp att gränsfallen såsom stroke- och demenspatienter var svårbedömda liksom patienter med missbruksproblematik. En allmänläkare uttryckte det som att kunskap finns för att misstänka att en patient är olämplig som bilförare men att kunskap saknas för att kunna avgöra det. Man remitterar de svårbedömda fallen till andra yrkesgrupper eller specialister, som till exempel arbetsterapeuter eller psykologer som kan genomföra kognitiva tester eller körprov. Hur man söker efter kunskap och när specialister involveras beskrevs i följande kommentarer:

> *Behöver ringa till Transportstyrelsen eller söka själv i böcker.*

> *I mitt dagliga arbete, men inte alltid, rör det sig oftast om demens och då kan en arbetsterapeut hjälpa till. Vid någon speciell sjukdom kan specialist på det området hjälpa till. Däremot hade jag en ung man med lindrig intellektuell funktionsnedsättning som jag inte tyckte att jag kunde bedöma lämpligheten för, har bara en känsla av att han inte borde ha körkort, finns ingen att hänvisa till för testning och vuxenhabiliteringen hänvisade till mig. Han har även kontakt med psyk som har skrivit intyg att han inte är olämplig.*

> *Ofta självklart. När det är oklart har vi ingen utredningsenhet eller speciellt test. Vi som arbetat länge har lärt oss förstå hur kognitiva brister och tankemönster påverkar bedömning av situationer i vardagen inklusive trafiken och använder denna kunskap i bedömningen.*

Mer stöd och utbildning efterfrågas, exempelvis i form av webbutbildningar, pragmatiska utbildningar med patientfall och att trafiklärare involveras. I övrigt togs följande upp:

> *Behövs tydligare riktlinjer när det gäller kognitiva sjukdomar (demens).*

> *Önskar mer kunskap kring tolkning av alkoholmarkörer och körkortslagen.*

> *Vid bedömning av patienter med intellektuell funktionsnedsättning känns det som att jag som specialist i allmänmedicin inte har den kompetens som krävs.*

> *Jag kan bedöma vissa saker, såsom neglect, risk epilepsi, kognitiv svikt, HbA1c, PEth. Men det säger inte mycket om personen klarar att framföra fordon säkert.*

Slutligen menade några allmänläkare att detta ansvar borde lyftas ifrån dem:

> *Jag tycker att bedömning av om en förare är lämplig borde återkommande TESTAS för hela befolkningen med ny uppkörning exempelvis vart 5:e år. I nuläget finns många olämpliga förare på vägarna och det går inte att sätta sin tillit till att sjukvården ska kunna fånga upp all olämplighet.*

> *Jag tycker att vi som allmänläkare borde fokusera mer på våra kroniska patienter och arbeta mer med förebyggande åtgärder.*

> *Svårt att skriva intyg när patienter har flera saker som påverkar körförmågan. Diabetes, hjärtinfarkt, adhd i ett… Allmänmedicin ska inte syssla med sånt.*

Även några av **rehabiliteringsläkarna** beskrev också komplexa ärenden som krävde mer arbetsinsatser eller utredningar. De beskrev också behovet av stöd och hjälp av kollegor eller andra remissinstanser samt utbildning inom området. Följande kommentarerna är några exempel:

Det kan uppstå komplicerade situationer där patienten uppenbart brister inom vissa områden, men sedan utan problem klarar sin screening samt även praktiska test. Då känns det inte helt lätt att fatta beslutet.

Det är en stor fördel att arbeta i team där de mindre tveksamma fallen kan bedömas även av arbetsterapeut och neuropsykolog och de mer tveksamma, de med dålig självinsikt och de med högre behörighet kan skickas till Mobilitetscenter i Göteborg.

I och med att dessa frågor inte förekommer dagligen kan jag behöva läsa på eller fråga kollegor. Har dock god tillgång till relevant kompetens på kliniken när jag behöver det.

Jag har gått STMF:s kurs i trafikmedicin vilket hjälpt mig mycket och alla våra ST-läkare får gå den kursen eftersom körkortsärenden är en svår och viktig del av vårt dagliga arbete.

Flera **neurologer** tog också upp möjligheten att få en bedömning av en extern trafikmedicinsk enhet, vilket ansågs skulle vara bättre utifrån läkar-patientrelationen. I övrigt togs följande upp i kommentarerna:

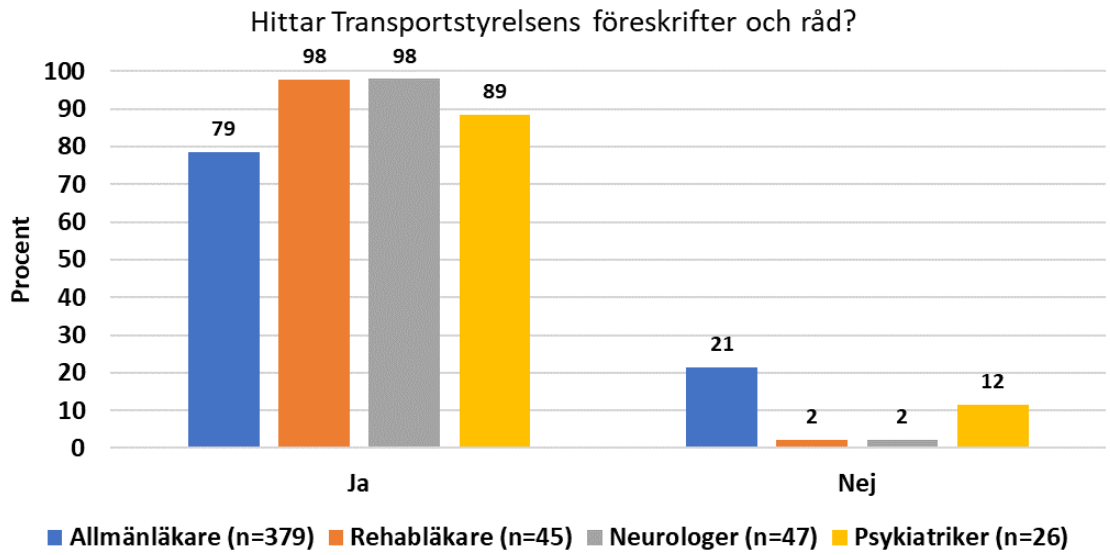
Behöver ofta kolla upp Transportstyrelsens riktlinjer, trots att jag är erfaren. Svårt bedöma kognitiv påverkan, likställa med demens t.ex. och ofta är det bra att få en second opinion av trafikmedicinsk enhet.

Ibland är det svårt. Framför allt när det blir ett stort handikapp för patienten att inte ha körkort och diagnosen är tveksam.

Vissa fall är svåra att bedöma men då vanligen pga luddiga regler.

3.2.3. Transportstyrelsens föreskrifter

Läkarna fick uppge om man visste var man kan hitta Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för när sjukdom kan vara hinder för körkortsinnehav, se Figur 4.



Figur 4. Huruvida läkarna visste var Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för när sjukdom kan vara hinder för körkortsinnehav finns.

Alla rehabiliteringsläkare och neurologläkare utom vardera en respondent hade kännedom om detta, medan var femte allmänläkare inte visste hur man fick tillgång till dessa föreskrifter och råd. Flera läkare menar att informationen inte är så lätt att hitta eller tolka:

> *Ja men det tar alltid lång tid att hitta fram till denna information. Ibland så lång tid att det måste skjutas på till senare tillfälle.*
>
> *Dock gick det förra veckan inte att öppna pdf'en.*
>
> *Jag tycker Transportstyrelsen hemsida är svår att navigera i.*
>
> *Något oläsliga och generiskt hållna!*
>
> *Ofta krångliga juridiska texter?*
>
> *Man hittar lätt intygen/blanketterna, men inte föreskrifterna.*

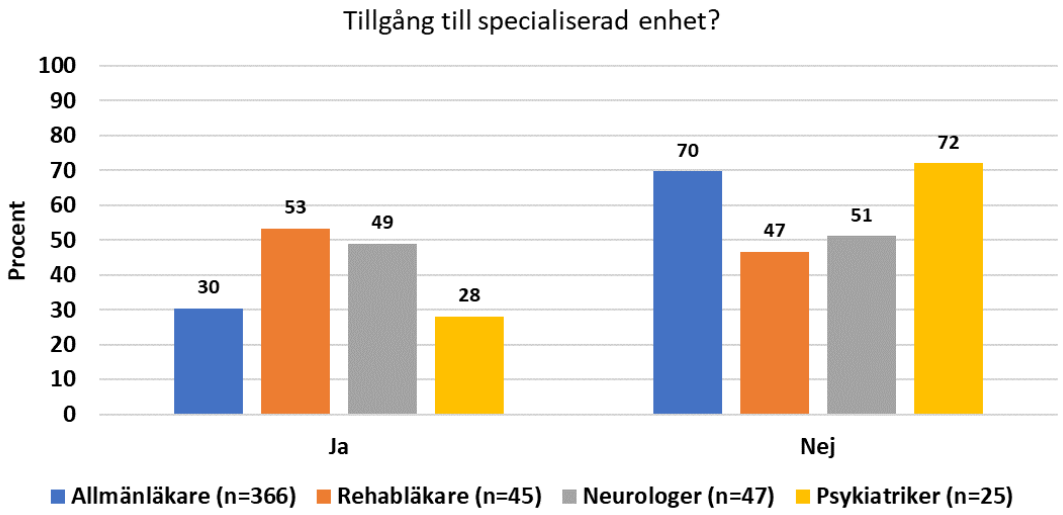
En läkare kommenterade också att hemsidan var svårnavigerad, en annan hänvisade ofta till föreskrifterna och aktuella rubriker i journalanteckningarna; det blir därigenom tydligt för patienten och kliniker vilka funktioner som behöver bedömas och vem som gör vad. En läkare tyckte att det ofta var svårt att hitta relevanta detaljer, en annan letade i lagboken men saknade en lättillgänglig sammanställning.

3.2.4. Trafikmedicinska centrum

År 2008 presenterade dåvarande Vägverket en utredning som föreslog att specialiserade Trafikmedicinska centrum skulle skapas inom varje region dit man kunde remittera mer svårbedömda medicinska körkortsfall. Här skulle exempelvis en neuropsykologisk utredning och/eller praktisk körbedömning i verklig trafik kunna genomföras. Förslaget blev inte verklighet då man uppfattade att frågan om finansieringen var oklar.

Genom åren har ändå enstaka verksamheter med en sådan inriktning av nödvändighet skapats inom sjukvården. Deras organisatoriska hemvist är olika och inte sällan är de specialiserade till en särskild aspekt av medicinsk lämplighet av körkortsinnehav. Till exempel äldres sjukdomar, kognitiva nedsättningar, motoriska störningar och fordonsanpassning. Det är mindre vanligt att det finns möjlighet till en samlad medicinsk bedömning som också innefattar till exempel missbruk/beroende eller neuropsykiatriska tillstånd hos yngre.

Läkarna fick ange om de hade tillgång till en specialiserad enhet, se Figur 5.



Figur 5. Tillgång till specialiserade centrum för remittering av svårbedömda medicinska körkortsfall.

Tillgången till ett sådant centrum, eller liknande enhet, uppfattades vara något större bland rehab- och neurologerna. Några neurologer från Västra Götalandsregionen och Region Stockholm svarade dock nej och hade uppenbarligen inte kännedom om Mobilitetscenter i Göteborg respektive Trafikmedicinskt center på Karolinska Institutet i Huddinge. I rehabiliteringsläkarnas enkät fanns möjlighet att kommentera:

> *Jag tycker det vore toppen. Vi har neuropsykolog, men inte möjlighet till praktisk körbedömning, i alla fall inte än, och det är en klar begränsning. Sedan handlägger vi de patienter som "tillhör" rehabkliniken, och jag tror distrikt skulle ha stor hjälp av en sådan enhet också!*

> *Vi har en enhet med neuropsykolog som bedömer högre behörighet. Det finns inte center för praktisk körbedömning i verklig trafik, det finns trafikskolor där arbetsterapeut finns med vid bedömningen men där hamnar kostnaden på patienten.*

Till vilka enheter/mottagningar läkarna remitterade patienter uppdelat efter vilken region de arbetade i, har sammanställts i Tabell 7.

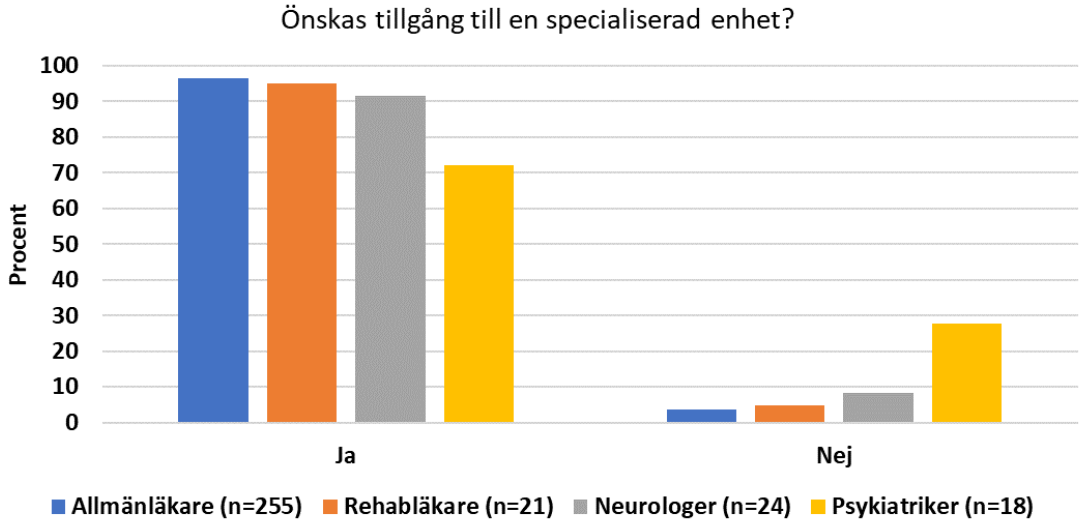
Tabell 7. Vart läkarna remitterar svårbedömda fall. KI=Karolinska institutet i Huddinge, US=Universitetssjukhuset i Linköping, NUS=Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

	Vart läkargrupperna remitterar svårbedömda fall			
Region där läkaren arbetar	**Allmänläkare**	**Rehabläkare**	**Neurologer**	**Psykiatriker**
Dalarna		Trafikmed. KI		
Gävleborg	Sjukhuset Bollnäs; Sjukhuset Hudiksvall			
Halland	Mobilitetscenter Göteborg	Mobiliteringscenter Göteborg	Mobiliteringscenter Göteborg	
Jämtland Härjedalen	Trafikmed. KS; Sundsvall			
Jönköpings län	Mob.center Gbg; Trafikmed. vid rehab, US; Minnesmot. Ryhov; Rehab Värnamo; Höglandsjuk. Eksjö	Trafikmed. vid rehab, US; Minnesmot. Ryhov		
Kalmar län	Neurorehab, Kalmar; Samrehab, Västervik;			

	Vart läkargrupperna remitterar svårbedömda fall			
Region där läkaren arbetar	**Allmänläkare**	**Rehabläkare**	**Neurologer**	**Psykiatriker**
	Trafikmed. Växjö			
Kronoberg			Trafikmedicin Växjö	
Norrbotten		Trafikmedicin Kalix		
Skåne	Med.klinik Ystad		Mobilitetscenter Göteborg	
Sörmland	Trafikmed. KI; Mälarsjuk, Eskilstuna; Rehabmot. Nyköping			
Stockholm	Trafikmedicin, KI	Trafikmedicin, KI	Trafikmedicin KI	Trafikmedicin KI
Uppsala	Trafikmed. KI; Minnesmot. Akademiska	Trafikmedicin, KI	Trafikmedicin, KI	
Värmland		Mobilitetscenter Göteborg	Trafikmed. Örebro	
Västerbotten	Neurologen, NUS; Mariehems hälsocentral Umeå	Neurologen, NUS		
Västra Götalands-regionen	Mobilitetscenter Göteborg	Mobilitetscenter Göteborg	Mobilitetscenter Göteborg	Mobilitetscenter Göteborg
Östergötland	Trafikmed. vid rehab, US	Trafikmed. vid rehab, US	Trafikmed. vid rehab, US	

Många regioner vänder sig till Karolinska Institutet i Huddinge och en neurologläkare kommenterade att det var lång väntetid, minst ett år, för patienter att bli utredda där, vilket medförde stora problem för arbetsföra patienter.

Av de som svarade att de inte hade tillgång till trafikmedicinska centrum, var de flesta positiva till att sådana inrättades, men drygt var fjärde psykiatriker såg inte behov av ett sådant center, se Figur 6.



Figur 6. Om tillgång till specialiserade centrum saknas, skulle man vilja ha det?

3.3. Allmänläkare – specifika frågor

I detta avsnitt redovisas svaren de frågor som endast ingick i enkäten som riktades till allmänläkarna. En fråga handlade om den vårdcentral (VC) som allmänläkaren arbetade på, utfärdade körkortsintyg för olika patientgrupper, se Tabell 8. Alternativet ”Vet ej” fanns ej i enkäten, men eftersom några har kommenterat att man inte hade kännedom om rutinerna, har detta alternativ lagts till efteråt.

Tabell 8. Huruvida vårdcentralen som allmänläkaren arbetar på utfärdar körkortsintyg för olika grupper.

		Ja	Ja, men enbart för diabetiker som VC har behandlings-ansvaret för	Nej	Vet ej	Totalt
Förlängning av högre behörigheter	Antal	323	-	52	4	379
	Procent	85,2	-	13,7	1,1	100
Diabetes	Antal	236	129	10	4	379
	Procent	62,3	34	2,6	1,1	100
Stroke	Antal	236	-	136	7	379
	Procent	62,3	-	35,9	1,8	100
Rattfylleri, droger	Antal	244	-	129	6	379
	Procent	64,4	-	34,0	1,6	100

Intyg till patienter som ville förlänga en högre behörighet (C- och D-behörigheter för tung lastbil och buss) utfärdades av de flesta allmänläkarna. Drygt 60 procent av läkarna utfärdade intyg till strokepatienter och patienter med missbruksproblematik . Inkluderas de diabetiker som var ”listade” på vårdcentralen, kunde så gott som samtliga få ett intyg utfärdat.

I kommentarerna nämner dock flera allmänläkare att man inte utfärdar intyg för högre behörigheter. Man kan ha gjort det tidigare, men slutat på grund av tidsbrist och hänvisar patienterna i stället till privata aktörer, undantagsvis kan intyg utfärdas om patienterna är under behandling på vårdcentralen. Strokepatienter brukar vara neurologens eller medicinklinikens ansvar nämner några respondenter. När det gäller rattfyllerifallen är det vissa allmänläkare som hänvisar dem till andra enheter som alkohol- och beroendemottagningar, särskilt om det handlar om drograttfylleri och om det inte är kända patienter. Några kommentarer och förslag omkring denna hantering:

> *Dessa ärenden skall inte belasta en vårdcentral. Det finns gott om privata vårdgivare som gladeligen bokar dessa hos sig.*

> *Framförallt när det gäller droger finns en potential att strama upp verksamheten. Intentionen är att läkaren ska lära känna patienten och bedöma huruvida vederbörande är lämplig. Det är på många ställen orealistiskt med tanke på underbemanning och hyrläkarsystem som av nöd utvecklats. Mitt förslag är att centralisera den provtagning, drogscreening och alkoholmarkörer, som ingår som grund för bedömningen. Pat. får ett varsel att nästa dag infinna sig vid närmaste ackrediterade provtagningsenhet. SMS kommunikation. Bör kunna hanteras av en chat-bot. Betalning från pat. går till Transportstyrelsen som ersätter de ackrediterade provtagningsenheterna. När denna bakgrund är godkänd kan intyg infordras av läkare, psykolog ev. anställda eller certifierade av Transportstyrelsen. t.ex personer som är verksamma inom företagshälsovård eller läkare inom allmänmedicin och psykiatri. Alt. en särskild ny verksamhet inom Transportstyrelsen på strategiska orter och bedömning via ett antal videosamtal där avstånden är stora. Kostnaden för detta debiteras den som vill återfå sitt körkort. Vidare bör man numera kunna skapa körsimulatorer där den som ska bedömas använder sin egen bil. Alt. VR -glasögon. alt. typ. data-bilspelssimulator. Att bedöma äldre personer. personer efter stroke och liknade låter sig inte göras adekvat med nuvarande upplägg. Höj avgifterna för detta! Det är allt för många som förnyar körkort för tyngre fordon med anledningen: "Det är bra att ha".*

> *Vi har förmånen att ha Körkortsmottagning och bra specialistvård för stroke, alkohol, beroende nära som kan ta hand om de mer komplicerade körkortsärendena.*

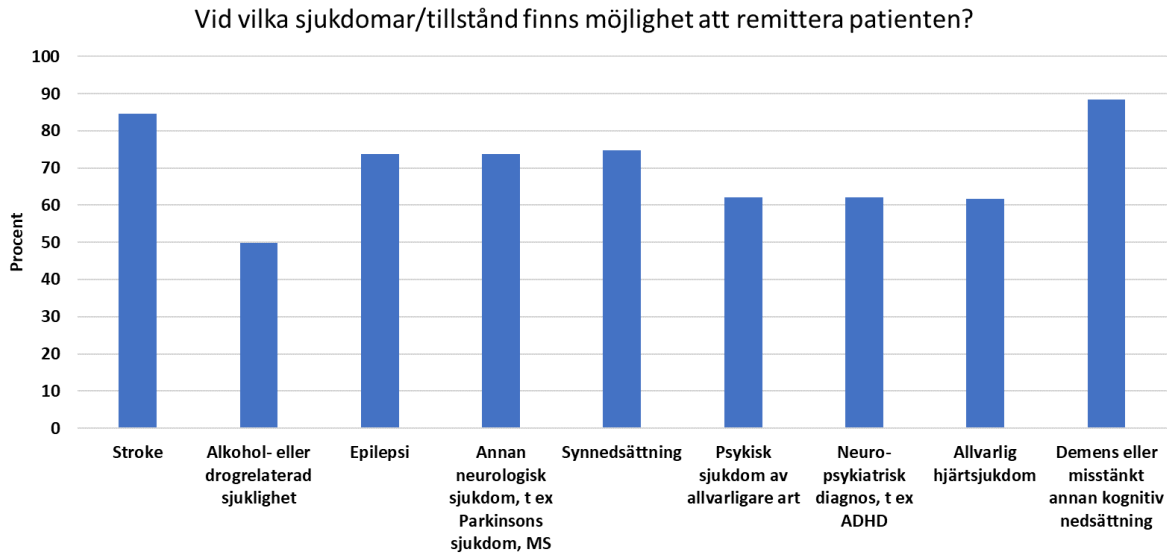
Diabetespatienter hanterar vi. Okomplicerade patienter som behöver hjälp med förlängning av behörighet för tyngre fordon kan hanteras från fall till fall.

Vi har tidigare tagit emot patienter med alkoholproblematik. Inte nu längre, vi hänvisar till privata aktörer detta främst av resursskäl. Jag tyckte att det gav värdefull patientkunskap att träffa dessa patienter och gav förklaring till svårinställt blodtryck/ diabetes och liknande. Önskas att detta kunde bli en del av vårt uppdrag men det kräver mer resurser.

Nästan nio av tio menade att man har möjlighet att rådgöra med läkarkollegor beträffande komplicerade eller svårbedömda medicinska körkortsfrågor. Men det är inte alltid som kollegorna har mer kompetens än respondenten eller att tiden finns för att rådgöra och åsikterna kan också gå isär kollegor emellan. Någon allmänläkare har vid enstaka tillfällen kontaktat Transportstyrelsen. Önskemål framförs om att man ska kunna remittera svåra fall till någon instans, en annan allmänläkare vill kunna ringa en jourhavande läkare.

Det ingick en enkätfråga om det fanns annan personal än läkarkollegor på vårdcentralen som respondenten kunde vända sig till när det gäller komplicerade eller svårbedömda fall. Det var 42 procent av allmänläkarna som menade att den möjligheten fanns. Av de 153 som specificerade vilken yrkeskategori det handlade om, angav de flesta arbetsterapeuter (107 svar, därtill 11 som svarat fysioterapeut). Dessa kunde exempelvis genomföra kognitiva tester och/eller delta tillsammans med trafiklärare vid körtest. Sjuksköterskor, ibland med olika specialistkompetenser inom demens och diabetes, och psykologer (33 respektive 29 svar) anlitades också i viss utsträckning liksom trafiklärare (15 svar). I övrigt nämndes trafikmedicinska enheter, geriatriker, läkare på Transportstyrelsen, kurator, rehabiliteringskoordinator och ögonläkare. I kommentarerna tar några allmänläkare upp att det är en brist på arbetsterapeuter som har kompetens inom trafikmedicin.

Om allmänläkare skulle hamna i en situation där man skulle vilja remittera en patient för en fördjupad bedömning beträffande lämplighet att inneha körkort, uppgav tre av fyra att den möjligheten fanns. I en följdfråga fick respondenten ange för vilka sjukdomar/tillstånd detta kunde göras, se Figur 7.



Figur 7. För vilka sjukdomar/tillstånd som allmänläkaren kunde remittera en patient för en fördjupad bedömning av körkortslämpligheten, n=285.

För demens- och strokepatienter ansågs möjligheterna vara goda att remittera dem för en fördjupad bedömning, medan varannan allmänläkare menade att så inte var fallet för patienter som hade en missbruksproblematik. I kommentarerna till denna fråga nämner några allmänläkare att man remitterar/hänvisar till specialistkliniker eller körkortsmottagningar, men de förra kan sakna

kompetens inom trafikmedicin. Patienter med psykiska sjukdomar eller kognitiv nedsättning rådde det viss oklarhet kring vart de skulle remitteras. I övrigt togs följande upp i kommentarerna:

> *Möjlighet finns att remittera till olika specialistmottagningar avseende ovanstående tillstånd, exempelvis neurolog som bedömer lämplighet vid epilepsi, etc. Dock finns ingen möjlighet att remittera till trafikmedicinskt centrum för en sammantagen bedömning.*
>
> *De flesta sjukhuskliniker som går att remittera till gör dock inga specifika körkortstester och remissväg för faktiskt körtest är väldigt oklar i vår region.*
>
> *Har möjlighet till alla, men inte alltid de man remitterar till tar emot remissen.*
>
> *Finns nog teoretisk möjlighet till flera av dessa - frågorna uppstår relativt sällan, vilket i sig kan vara ett tecken till att sekundärvården hanterar dem beträffande flera av dessa tillstånd (främst då de neurologiska, psykiatriska samt ögonsjukdomarna).*
>
> *Jag känner inte till något annat än de privata mottagningar som finns som går att remittera till. Om dom är bra vet jag inte. Många gånger har primärvårdens patienter flera diagnoser som var och en inte kanske är ett problem. Men det är svårt att bedöma hur de tillsammans kan påverka körförmågan. Det är för mig även oklart vilka arbetsterapeuter som har kompetens inom området som skulle kunna hjälpa till med bedömningen.*

I slutet av enkäten kunde respondenten ge allmänna kommentarer om enkätens ämne, körkortsmedicin. Här togs önskemål om kompetenshöjande insatser och mer information upp:

> *Borde finnas som en del i ST-utbildningen till allmänläkare.*
>
> *Allmänläkare behöver lättillgängligt faktastöd, tydliga gränser när omedelbart muntligt förbud måste ges, samt symtomnivåer som behöver utredas, som även kan delges patienten, som risknivå.*
>
> *Det har informerats för lite kring att det räcker med PEth för indraget körkort nu.*
>
> *Vi skulle behöva mer stöd i de här frågorna för det har lämpats över bedömningar till primärvården som vi inte tidigare har haft ansvar över och därmed inte har någon erfarenhet av.*
>
> *Jag tycker det borde finnas mer rigida regler avseende PEth-värden och körkortsinnehav. Det är väldigt olika hur vi läkare tänker kring detta som läkare. Vissa ger förmaningar, andra gör ingenting, några skickar brev till Transportstyrelsen. Det gör vården ojämlik.*
>
> *Distriktsläkare behöver fortbildning inom detta område.*
>
> *Som alltid svårt att få tag i all relevant info om patienten vårdats i olika regioner, av privata aktörer*
>
> *Vi får så fruktansvärt lite kunskap kring körkortsbedömningar. Svåraste är ju alla som inte har en tydlig diagnos men man känner att den här personen inte bör framföra ett fordon.*
>
> *Vi skulle behöva mer stöd i de här frågorna för det har lämpats över bedömningar till primärvården som vi inte tidigare har haft ansvar över och därmed inte har någon erfarenhet av.*

Skulle vara bra med mer hjälp, praktiska fall, konsulttelefon med specialist på Transportstyrelsen. Svårt område som alltid behöver diskuteras.

Några önskar att det fanns trafikmedicinska center att remittera svårbedömda fall till. En sådan möjlighet skulle också underlätta att ha en förtroendefull patient-läkar-relation, eftersom man menar att man har dubbla roller som behandlare och myndighetsperson.

Bedömningar bör skiljas från allmän sjukvård. Enigt prioriteringsutredningen är detta bedömningar av annan anledning än sjukdom. Men sjukdomen bör bedömas och behandlas av sjukvården. Det är just lämplighetsbedömningen som då och då i enskilda fall blir problematisk. Och att en del personer drar sig för att söka vård då de vet att risken finns att läkaren uppfattar skröpligheten och därmed "ser till att 'lappen'/körkort dras".

Detta är svårt. Och känsligt för patienten. Myndigheten borde informera mycket mer till allmänhet/körkortsinnehavare om vad som gäller och inte lägga detta på vården. Myndigheten utfärdar körkort och borde också ta jättestort ansvar i uppföljning och att dra in körkort. Måste inte alltid vara via 'medicinen' utan kan vara via socialtjänsten, exempelvis känt pågående missbruk utan att personen åkt fast, polisen; narkotikautredningar, våldsbenägenhet och impulskontrollbrist osv. Lagutrymme som innefattar även omvärdering av körkortsinnehav?

Eftersom god primärvård bygger på en förtroendefull patient-läkar-relation vore en nyordning med externa bedömningscentra utmärkt. Läkaren behöver då enbart "larma" om diagnos som potentiellt försämrar körförmåga och remittera istället för att idag plötsligt växla från att vara "på patientens sida" till att vara "den som drar körkortet".

Viktig uppgift som primärvården sköter bra. Tillgång till journal och kännedom om patienten. Bör ej läggas på privata enheter utan kännedom om patienten. Mycket bra med trafikmedicinsk enhet. Det krävs för svårare fall.

Oerhört ledsam och ibland obehaglig arbetsuppgift att meddela körförbud. Enorm risk för att olämpliga förare går under radarn av kolleger som hellre friar än fäller.

Jag skulle önska att andra enheter, med mer tillfällig kontakt med patienten (exempelvis Geriatriken, vid demensutredning), i högre grad skulle anmäla olämplighet, för att spara på konflikter som kan påverka den långsiktiga relationen med min patient.

Svår fråga när man jobbar på liten hälsocentral med nära relation till patienterna - kan vara svårt att bibehålla en fungerande relation läkare-patient om bedömningen är att patienten inte ska ha körkort. Riskerar att (undermedvetet) påverka ens beslutsfattande. Hade varit bra att kunna remittera till annan instans/vårdcentral just för körkort/körförbudsfrågor.

Man ska helst ha en egen separat enhet för körkortsintyg, som är direkt kopplad till Transportstyrelsen, inte allmänmedicin. Det räcker oftast inte med vår resurs.

Detta är på landet, där jag arbetar, en väldigt känslig fråga - det handlar om människor som har svårt, att ta sig från landet till affärer, stan, etc utan bil. Diskussioner uppkommer ofta mellan kollege r- är det verkligen okej att anmäla till Transportstyrelsen avseende olämplighet om man upprepade gånger pratar med en patient och inget händer med PEth/CDT-värden och dryckesmönster [CDT är en blodprovsmarkör för hög alkoholkonsumtion]? Är man olämplig förare bara för att dessa värden är höga - vederbörande kanske är väldigt stringent med att hålla sig vit någon dag innan för att

kunna köra om de är rädda om jobbet t.ex. och dricker i perioder istället. Så kan diskussionerna gå, och slutsatsen blir att ganska få verkligen skickar in anmälan. Naturligtvis ska man ha en allians med patienten och i den bästa av världar jobba för en minskning av intaget och erbjuda medicin som minskar suget men hur lång tid ska man ge det? Ska individens rätt till att köra bil stå över risken att skada andra? Efter stroke eller synfältsbortfall etc är det så mycket lättare att bara ge ett körförbud ett visst antal månader och hålles det ej skickar man in anmälan, men när det gäller alkohol är det en svårare fråga.

Eftersom det är en liten men mycket viktig del av vårt arbete kan man fundera på om det inte istället borde åligga, som t ex inom flyget, att den som vill ha sitt körkort kvar bör själv bekosta läkarundersökning (på intygsklinik) med jämna mellanrum.

Många respondenter återkommer till fall som betraktas som svårbedömda, patienter med demens, psykiatriska sjukdomar och beroendesjukdomar:

Ibland svårt att bibehålla alliansen för att komma vidare i behandling av t ex beroende eller psykisk ohälsa när man samtidigt står för indragning av körkort. Vore skönt om den funktionen kunde delegeras helt till annan enhet eller annan specialistkollega (men svårt i praktiken då vi är få på min enhet och inte hinner med extra arbetet).

Vad gäller alkohol/drogrelaterade ärenden har det i Värmland funnits planer på en särskild sådan enhet i samarbete med psykiatrin som skulle bli självfinansierande. Dock har det inte förverkligats, oklart varför.

Mycket svårt med bedömningar vid neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Patienten kan ha gjort utredning för länge sedan och vi har inte tillgång till utredningen. Om patienten inte har läkemedelsbehandling får vi inte någon hjälp av psykiatrin. Svårt att värdera symtom utifrån patientens berättelse, vi gör inte några specifika undersökningar eller tester. Vad ska man gå på? Alkohol och droger är tydligt när det finns ett föreläggande. Svårare att avgöra när man ska skicka in en anmälan om olämplighet, anamnes, PEth, vilka värden mm?

PEth borde vara krav för tyngre behörighet, vad jag förstår kan vi inte kräva det om inget i journalen ger misstanke om problematik.

Jag tycker det är svårt när man tar PEth och det blir två på varandra följande över 0,3 - att det skall anmälas till Transportstyrelsen. Jag skulle vilja veta hur man då hanterar att man inte frågade om man fick ta provet innan. Jag tar mycket PEth i tex sjukskrivningsärenden, långvarig smärta, depression, hypertoni etc, och frågar inte i förväg. Hamnar då i en svår sits när jag måste säga att jag måste nu skicka dig till körkortsenhet för detta och jag tänker då att patienten skall säga "men varför tog du provet från början, detta är ju min ensak". Svårt att bemöta det.

Svårt med bedömning angående alkoholkonsumtion och olämplighet. Som jag uppfattar det gäller Trafikstyrelsens "gräns" om PEth >0,3 framför allt de som haft indraget körkort för rattonykterhet eller lämpligheten varit ifrågasatt på annat sätt. Vet att vissa kollegor anser att alla personer som påträffas med ett PEth-värde >0,3 (t.ex. taget som screening vid blodtryckskontroller) ska rapporteras som olämpliga, vilket jag ser som helt orimligt.

Svårigheter vid benzoanvändning, lindrig demens, PEth nära men över 0,30; djupa depressioner med suicidrisk. Borde väl vara likriktat mellan rapporteringsskyldighet vid

olämplighet för att framföra fordon som den för vapeninnehav, där man ju inte ens behöver veta om vederbörande har vapen men ska rapportera till Polismyndighet.

Vid begynnande demens har jag själv "provåkt" med patienten med jämna mellanrum (om jag känner mig trygg som passagerare får Du behålla körkortet ett tag till. Vi planerar nästa besök om X månader.) Det har aldrig varit problem att avsluta när den dagen kommit.

Andra frågor som togs upp:

Glöm inte företagshälsovården (FHV), körkort är en viktig fråga inom arbetslivet och inom FHV får läkare klinisk erfarenhet av trafikmedicin. Orimligt att alla läkare i primärvård ska hantera dessa frågor, det är omöjligt att hålla hög kvalitet då, så särskilda enheter att remittera till tillgängligt både för VC och FHV är en bra idé men behöver finnas i alla regioner så det inte blir alltför ojämlik tillgång över landet. Särskilt i glesbygd är ju körkort extra viktigt för många människor.

Jag tror att vi i flera fall glömmer bort körkortsaspekten. När vi träffar patienter i andra ärenden.

Mycket svår fråga att dra in körkortet: 1.inkomstfråga 2.integritet 3.klara sig i glesbygden 4.nya bilar erbjuder säkra förhållanden, är det samma regler i framtiden att dra körkortet?

Mycket av intygen kring diabetes upplevs meningslösa. På fråga i den situationen har inga patienter någonsin upplevt känningar. Och många patienter (majoriteten tror jag) har inte läkemedel som kan ge känningar.

Svårt ämne, det skulle uppskattas om frågan lyftes. Beslut och bedömning behöver slutligen göras tillsammans med den läkare som har bäst kännedom om patienten.

Viktigt att poängtera att Trafikmedicinska enheten, i de fall (<3 st) jag remitterat för fördjupad bedömning, inte gör just det, utan snarare fördjupade undersökningar av olika professioner som ytterligare underlag för mig som remittent att bedöma lämpligheten. Det betonar man också i sina utlåtanden.

Vår vuxenpsykiatri vill inte alltid ställa upp vid bedömning av körförmåga hos patienter med svårare psykisk ohälsa.

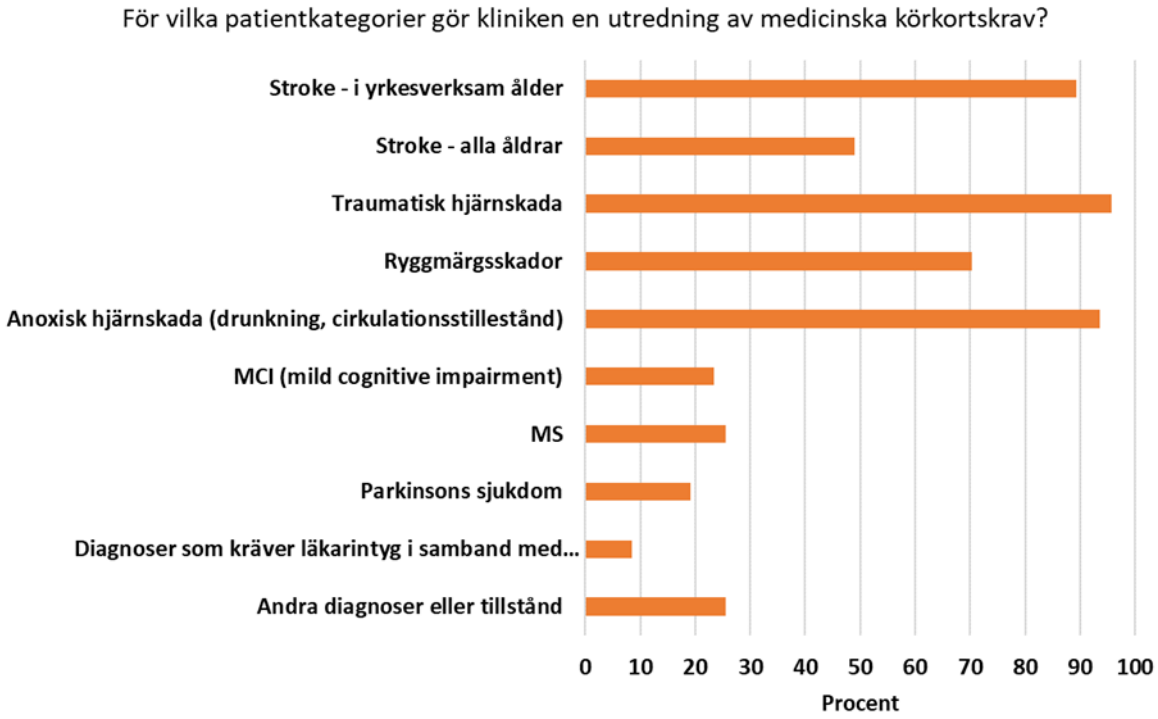
3.4. Rehabiliteringsläkare – specifika frågor

I detta avsnitt redovisas svaren på de frågor som endast var riktade till rehabiliteringsläkarna. På alla kliniker där rehabiliteringsläkarna tjänstgjorde svarade alla utom en att det genomfördes trafikmedicinska bedömningar, se Tabell 9. I övrigt får det betänkas att svaren kommer från enstaka läkare som arbetar inom disciplinen och andelarna gäller alltså inte hur många rehabiliteringskliniker som kan beskrivas så som svaren anges.

Tabell 9. Huruvida kliniken som rehabiliteringsläkaren arbetar på genomför trafikmedicinska bedömningar.

	Antal	Andel, %
Ja, vid alla sjukdomstillstånd som eventuellt kan påverka lämpligheten	16	33,3
Ja, för vissa sjukdomstillstånd	29	60,4
Ja, men sällan	2	4,2
Nej, aldrig	1	2,1
Totalt	48	100

Den respondent som svarade nej på denna fråga, fick inte svara på några fler frågor och enkäten avslutades. Vilka patienter som var aktuella för dessa bedömningar tog upp i följdfrågor. Många var egna patienter som rehabiliterats på kliniken, vilket 40 av 47 respondenter uppgav (85 %) men det handlade även om patienter från andra kliniker/primärvården som remitteras till kliniken för körkortsutredning enligt 34 procent av respondenterna (16 av 47; det var möjligt att markera bägge svarsalternativen). Patienter med stroke, traumatisk hjärnskada och anoxisk hjärnskada var vanligast vid utredningar avseende medicinska körkortskrav, övriga framgår i Figur 8.



Figur 8. Andel av läkarna inom rehabiliteringsmedicin som svarat att patienter med respektive diagnos utreds på kliniken för de körkortskrav som finns för motoriska och/eller kognitiva funktioner, n=47. Flera svar kunde anges.

De andra diagnoserna som nämndes i det öppna svarsalternativet, var förvärvade hjärnskador, hjärntumörer, andra hjärnskador som infektion eller autoimmun genes, Guillain-Barrés, postpolio, TBE, perifera neuropatier, demens, epilepsi och postinfektiösa tillstånd.

Närmare hälften av klinikerna där respondenten var verksam, hade dokumenterade riktlinjer för hur de medicinska körkortskraven skulle utredas (23 av 47 svar). Vardera en fjärdedel av rehabiliteringsläkarna svarade att kliniken inte hade det, respektive hade inte kännedom om det. Nästan alla (96 %) hade tillgång till en psykolog eller neuropsykolog som i samband med utredningarna kunde utföra en kognitiv bedömning, medan två respondenter inte visste om den möjligheten fanns. Här följer kommentarer i anslutning till denna fråga:

Arbetsterapeut gör kognitiv bedömning. Osäker på om psykolog också involveras.

Diagnosgruppen för våra instruktioner i ledningssystemet är patienter i arbetsför ålder med förvärvad hjärnskada. Sedan bedömer vi även andra när behov framkommer.

En del patienter remitteras från andra enheter direkt till neuropsykolog för neuropsykologisk utredning avseende körkortsbedömning. Det finns såklart riktlinjer avseende körförbud vid stroke som baseras på de nationella riktlinjerna. I övriga fall blir det individuella bedömningar. Alla patienter bedöms av läkare avseende körförmåga.

Har Trafikmedicinsk enhet inom samma kompetenscentrum som tar emot remisser från primärvården och även tar emot våra rehab-patienter i mer oklara fall.

Som ST-läkare känner jag min ofta osäker när det gäller trafikmedicinska frågeställningar och skulle önska mer utbildning i ämnet.

Vi har en stor verksamhet där det varierar mycket mellan olika diagnosgrupper och team över hur vi arbetar kring körkort, ofta remitteras personbilskörkort till primärvård, högre behörighet remitteras regelbundet till körkortsenhet i närområdet.

Våra utredningar är inte primärt inriktade till medicinsk lämplighet för körkort men ofta kommer det fram relevanta uppgifter. I gränsfall remitterar vi vidare till Trafikmedicin.

Drygt sju av tio (33 av 46 svar) rehabiliteringsläkare hade på kliniken tillgång till arbetsterapeuter som har kunskap och tillgång till kognitiva screeninginstrument (exempelvis NorSDSA, TMT A och B, Cognistat, MoCA och UFOV) för bedömning av körkortskrav. En fjärdedel (11 av 46 svar) hade inte det, medan två personer inte hade kännedom om det fanns eller inte. I kommentarerna framkom att det i stället kan vara en neurolog eller läkare som gör testerna, men också att man remitterar till arbetsterapeuter på andra enheter. I övrigt togs följande upp gällande screeninginstrument:

Det finns i öppenvården på primärvårdsnivå, oklart om det finns på vår klinik.

I mitt tycke görs för få undersökningar/år för att personal/läkare ska få nog erfarenhet av det. Om vår avdelning för traumatiska hjärnskador gör 10–15 bedömningar av körkort per år och har 3,5 tjänst arbetsterapeut och personalen byts ut vartannat år så blir det inte så många bedömningar per person.

Ja arbetsterapeuterna har kunskaper om vissa av ovanstående instrument, men vid vår klinik gör neuropsykologer den kognitiva bedömningen och om det finn behov av en mer utvidgad bedömning skickas remiss till Mobilitetscenter i Göteborg.

Vid närmare hälften av klinikerna fanns det möjlighet att genomföra en praktisk körbedömning (körtest) som komplement till övrig testning (22 av 46 svar), såsom via en trafikskola med särskilt utbildad körskollärare och en arbetsterapeut som följde med i bilen. Hälften hade inte den möjligheten och en respondent visste inte.

En fråga handlade om det i respondentens region under den senaste femårsperioden hade erbjudits utbildningstillfällen om trafikmedicin som var riktad till läkare och annan vårdpersonal. Entydiga svar, det vill säga att respondenter från samma region svarat på samma sätt, fanns från Halland och Östergötland (där sådan utbildning påstås ha anordnats) och Dalarna, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Örebro, Skåne och Värmland (där sådan utbildning påstås inte ha anordnats). Både ja- och nej-svar på frågan förekom från respondenter i Jönköping, Stockholm, Uppsala och Västra Götaland. De läkare som hörde till regionerna Norrbotten, Västerbotten eller Västmanland kände inte till om sådan utbildning hade erbjudits. Möjligheten finns att utbildningar har getts enbart lokalt.

Vid närmare 40 procent av klinikerna (17 av 46 svar) genomfördes bedömningar för högre körkortsbehörighet som buss eller tung lastbil. Det var ungefär lika vanligt att patienten remitterades vidare till en annan instans (18 av 46 svar). Av kommentarerna i anslutning till frågan framkom att tre respondenter inte visste. I övrigt framkom följande:

> *Både och, dvs. vi gör vår egen utredning avseende högre behörigheter i kombination med hänvisning till trafikinspektör på Trafikverket och remiss till privat trafikskola för praktiskt körtest (de har trafiklärare med utbildning för både lätt och tung behörighet).*
>
> *Trafikmedicinsk enhet inom samma kompetenscentrum bedömer högre behörigheter.*
>
> *Vi gör en bedömning om patienten skulle kunna klara att köra och i så fall remitteras patienten vidare.*
>
> *Vi gör utredning, remittent återkopplar till patienten.*
>
> *Vi kan efter remiss göra utredning av körkortskrav medan remittenten får svara för intyget. För "egna" patienter inom kliniken skriver vi givetvis själva intygen.*

Uppföljningen av patienter med förvärvad hjärnskada som efter rehabilitering vid kliniken vid utskrivningen fått ”körförbud” i tre månader, gjordes på olika sätt. Vanligast var att ett återbesök bokades in för ett nytt ställningstagande efter de tre månaderna (28 av 45, 62 %). Sju respondenter (16 %) skulle remitteras till en vårdcentral för ställning till körförmågan efter periodens slut. I kommentarerna beskrevs ofta en kombination av dessa åtgärder eller att uppföljningen var avhängig diagnosen:

> *Arbetsterapeut inom närsjukvården screenar, medicinsk bedömning via distriktsläkare eller neurolog, om stroke.*
>
> *Det beror på bedömning: i vissa fall ber vi VC följa upp, ofta skrivs remiss till Mobilitetscenter. Om vi själva har planerad rehabilitering kan vi i samband med det göra vissa bedömningar.*
>
> *Om det är en stroke där påverkan är främst motorisk följs det upp via remiss på vårdcentral, om det är stroke med främst kognitiv påverkan och andra förvärvade hjärnskador blir det ett återbesök till klinik för nytt ställningstagande.*
>
> *Vanligen med testning av neuropsykolog, och sedan återbesök (eller ibland telefonkontakt) med läkare för beslut om återupptagande av bilkörning.*
>
> *Varierande. Vissa (de flesta) patienter följs upp. Andra remitteras vidare till t.ex. vårdcentral.*
>
> *Vi följer själva upp i stort sett alla våra körförbud, antingen under pågående rehabilitering eller med återbesök till läkare (och vid behov neuropsykolog, arbetsterapeut). Primärvården avvisar konsekvent de gånger vi ändå ber om uppföljning.*

Avslutningsvis gavs möjlighet att ge kommentarer om trafikmedicinska enheter :

> *Apropå sista frågan; central funktion i regionen för trafikmedicinska frågor vore sannolikt inte särskilt användbart för våra egna patienter men av större värde för exempelvis primärvården m.fl. Samtliga läkare hos oss har gått STMFs kurs och är mycket nöjda med det!*

Jag skulle gärna se ett tydligare uppdrag för alla regioner, i alla fall sjukvårdsregioner, att ha ett trafikmedicinskt centrum med finansiering t.ex. via fordonsskatten.

Jag upplever att det finns lika många åsikter kring vem som bör få ha kvar sitt körkort som det finns läkare, samtidigt som läkare inte får göra särskilt många bedömningar. Den information som finns från Transportstyrelsen med olika exempel på symtom/funktionsnedsättningar att ta i beaktan är väldigt vag. Jag önskar själv att jag kunde lära mig mer men vet inte hur jag ska gå till väga.

Jag upplever att vi inom rehabiliteringsmedicin är hårdare och mer noggranna i vår bedömning av kognitiva förmågor och ger körförbud i större utsträckning och längre tid än neurologer och allmänmedicinare. Väntetiderna till Mobilitetscenter är ibland långa även om vi har fördelen att t.ex. de som ska tillbaka till arbete kan få förtur. Samarbetet är mycket gott. I primärvården i [tidigare arbetsplats] har det funnits möjlighet till mycket proffsiga bedömningar inklusive provkörning vilket jag kunde utnyttja när jag jobbade på [tidigare arbetsplats]. Jag är osäker på om möjligheten finns kvar. Då kunde de ta ömmande fall snabbare. Jag jobbar numera i [nuvarande arbetsplats] där primärvården inte gör denna typ av bedömningar och väntetiden blir längre i vissa fall. (Ojämlikhet inom regionen m.a.o.) Våra neuropsykologer på neurorehab gör däremot prioriteringar i samråd med oss doktorer så väntetiderna till dem är högst rimliga.

Mobilitetscenter i Göteborg fungerar mycket bra och har en mycket viktig roll i svårbedömda fall och vid högre behörigheter.

Mycket viktigt område. Viktigt att flera aktörer engageras, inte bara sjukvården. Tillgång till trafikmedicinskt centrum borde vara ett krav inom samtliga regioner.

Ser ett behov att ha en mer samlad kompetens i trafikmedicinska frågor som även omfattar bland annat anpassningar, motoriska förutsättningar mm i större utsträckning. Det är ett planerat utvecklingsområde på vår enhet.

Så viktigt för säkerheten i samhället. Många kollegor inom andra specialiteter tycks ducka förekomsten av behovet att ge körförbud, men skulle säkerligen ha lättare för att ifrågasätta körkortsinnehavet om de hade ett ställe dit man lätt kunde remittera patienter för en adekvat snar utredning som de själva inte behövde delta i.

Vore önskvärt med standardiserade (nationella) rekommendationer kring vilka instrument som bör användas vid bedömning av kognitiva funktioner eftersom evidensläget är begränsat. Bedömningarna är idag mycket ojämlika både inom och mellan regioner!!

3.5. Neurologer – specifika frågor

I detta avsnitt redovisas svaren på de frågor som endast var inkluderade i enkäten som riktades till neurologerrna. Antalet svarande är dock lågt, bara drygt 10 procent av landets omkring 450 neurologer. Svaren får därför tolkas med försiktighet, men ger en bild av sådant som förekommer.

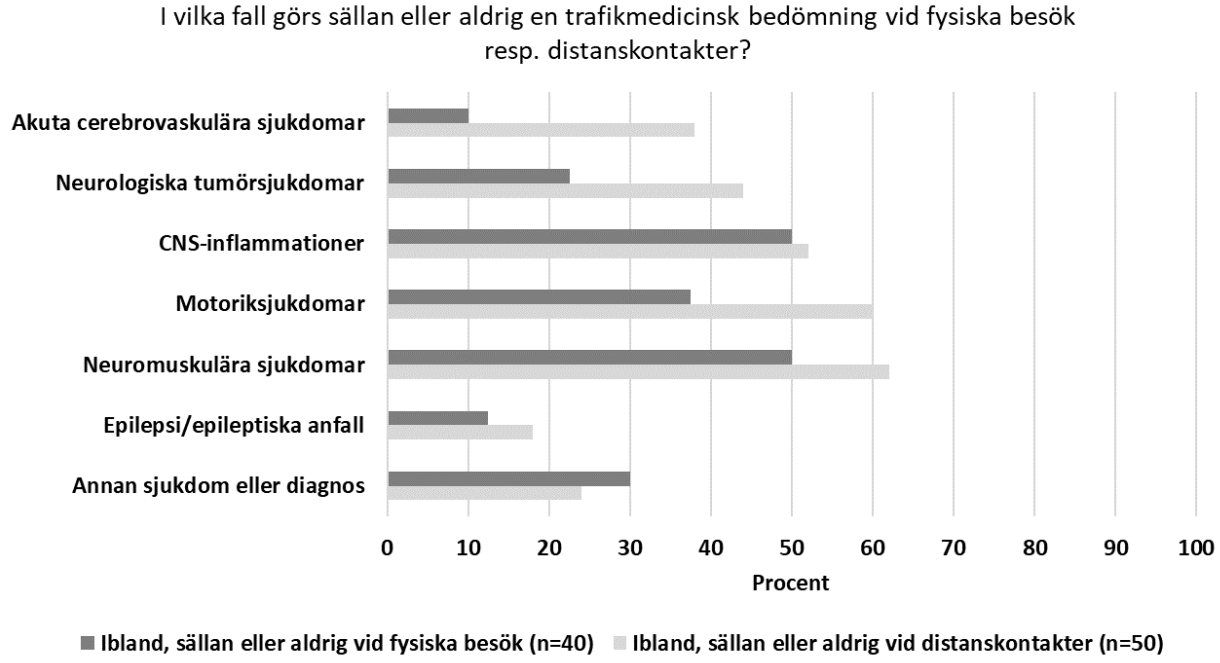
Hur de trafikmedicinska bedömningarna genomfördes av neurologerna, via fysiska besök eller på distans, framgår i Tabell 10.

Tabell 10. I vilka situationer och hur trafikmedicinska bedömningar genomförs av neurologer.

Görs rutinmässigt trafikmedicinska bedömningar vid…	…fysiska besök?		…distanskontakt?	
	Antal	Andel, %	Antal	Andel, %
Ja, vid alla neurologiska sjukdomstillstånd	11	21,6	1	2,0
Ja, för vissa neurologiska sjukdomstillstånd	33	64,7	19	37,3
Ja, men sällan	6	11,8	14	27,5
Nej, aldrig	1	2,0	17	33,3
Totalt	51	100,0	51	100,0

Drygt 86 procent uppgav att trafikmedicinska bedömningar gjordes rutinmässigt vid fysiska besök, åtminstone vid vissa diagnoser. Skillnaden i denna aspekt var dock stor mellan fysiska besök och det som i denna enkät kallats ”distanskontakter”. Med detta menas sådana kontakter mellan läkare och patient som sker via videosamtal, mejlkontakt via 1177, telefonsamtal mm. Det var 60 procent som svarade att dessa bedömningar sällan eller aldrig görs via distanskontakter.

De respondenter som uppgav att bedömningarna för neurologiska tillstånd gjordes sällan eller aldrig, fick följdfrågor om för vilka tillstånd det gällde, se Figur 9.

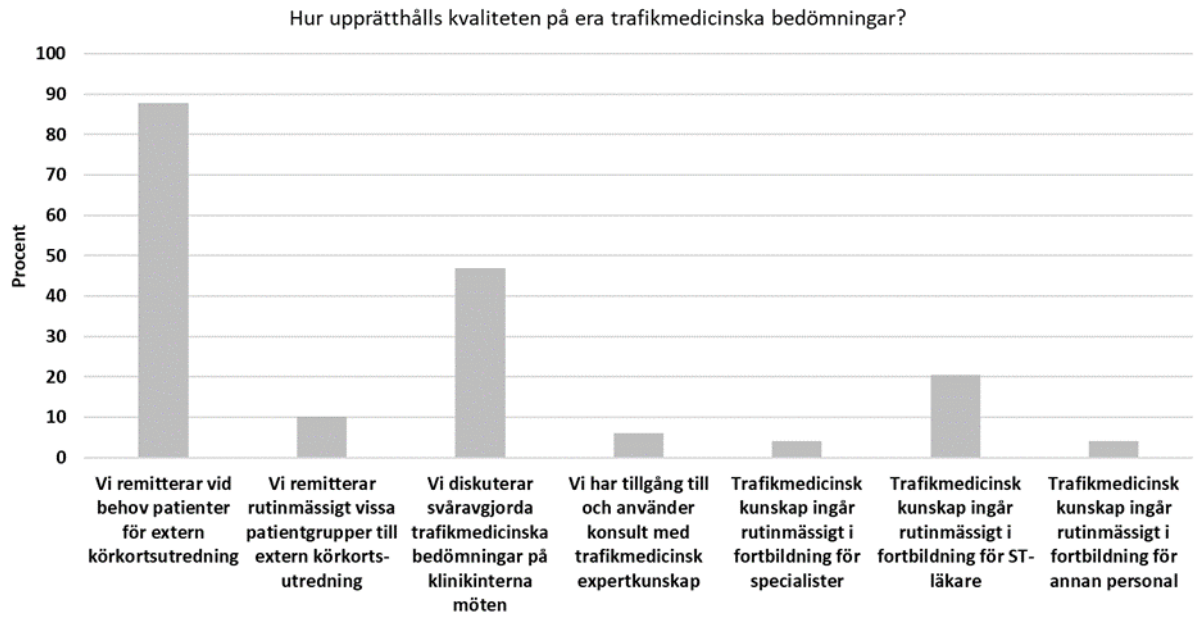


Figur 9. Vid vilka neurologiska sjukdomstillstånd som läkarna inom neurologi angett att bedömningar inte regelmässigt eller aldrig görs vid fysiska besök respektive distanskontakter.

Mest sällan genomförs bedömningar av körförmåga om patienten har en CNS-inflammation, neuromuskulära sjukdomar eller motoriksjukdomar; detta gällde för såväl fysiska besök som distanskontakter. Exempel på andra diagnoser som inte alltid eller aldrig bedöms vid fysiska besök är migrän och andra huvudvärkstillstånd, narkolepsi samt polyneuropati. Huvudvärk och migrän var också diagnoser som inte alltid eller aldrig bedömdes på distans.

Drygt var tredje neurolog som besvarade enkäten uppgav att kliniken där respondenten var verksam, hade dokumenterade riktlinjer för hur de medicinska körkortskraven skulle utredas (17 av 49 svar). Av de övriga svarade 47 procent att sådana riktlinjer saknades medan 18 procent (9 av 49 svar) inte hade kännedom om det.

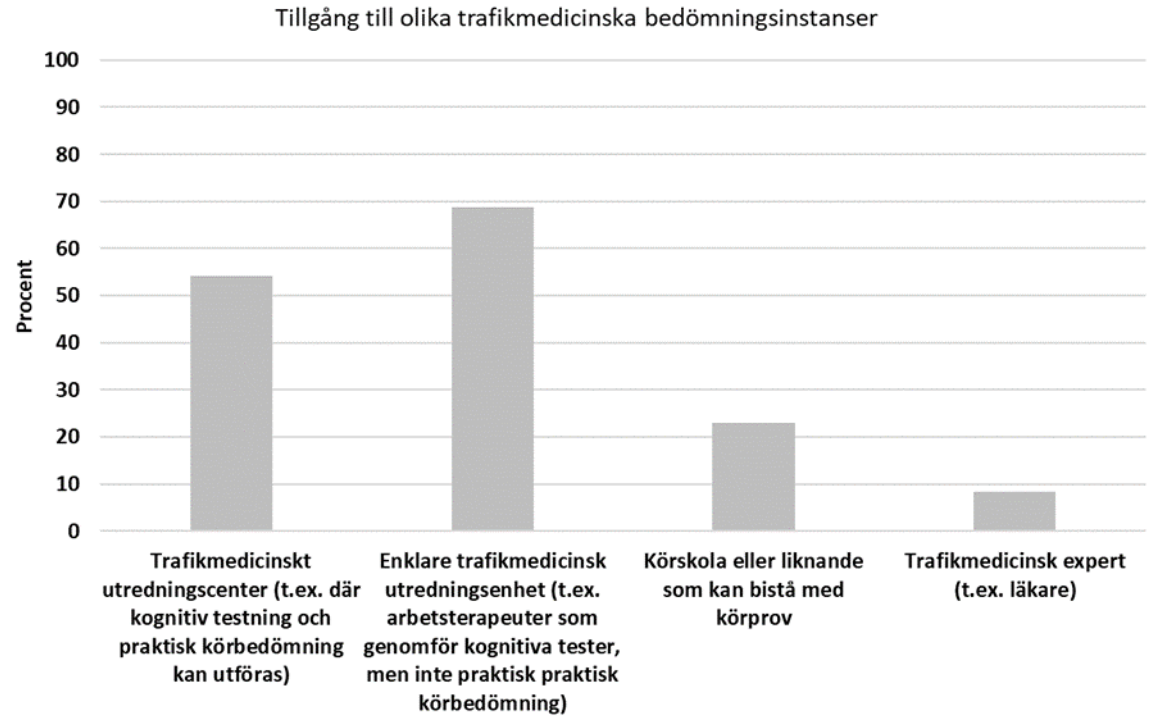
Kvaliteten på de trafikmedicinska bedömningarna kan upprätthållas på olika sätt. Ofta remitteras patienter för en extern bedömning eller diskuteras på interna möten, se Figur 10.



Figur 10. Hur kvaliteten av de trafikmedicinska bedömningarna upprätthölls vid kliniken enligt neurologerna. Flera alternativ kunde markeras, n=49.

Det var fem respondenter (10 %) som uppgav att patientgrupper rutinmässigt remitterades externt och de grupper som nämndes i det sammanhanget var strokepatienter, personer med kognitiv påverkan eller misstänkt synpåverkan samt yrkesförare.

Hur tillgången till några olika trafikmedicinska bedömningsinstanser såg ut undersöktes i en fråga, se Figur 11.



Figur 11. Tillgång till instanser för trafikmedicinska bedömningar. Flera alternativ kunde markeras, n=48.

Flertalet, närmare 70 procent, kunde vända sig till en mottagning där kognitiva tester genomförs, men inget praktiskt körtest. Dock hade drygt hälften möjligheten till både kognitiv testning och körning samt drygt 20 procent hade en körskola eller liknande som kunde bistå med praktisk körning.

Hur svårt det är att göra trafikmedicinska bedömningar på patienter med neurologiska sjukdomstillstånd undersöktes också i enkäten. Majoriteten, 39 av 48 (81 %) tyckte att det var enkelt vid de flesta sjukdomstillstånd, men att en del var svårare. Nio läkare, motsvarande 19 procent, ansåg att det för det mesta är svårt och att endast en minoritet av patienterna är lätta att bedöma.

Hur svår uppgiften är att kommunicera ett negativt resultat av den trafikmedicinska bedömningen till dels patient och dels anhörig kan uppfattas olika. Utifrån enkätsvaren framkom att det är en uppgift som är någorlunda enkel och oftast går väl beträffande patienten, men det var betydligt fler som menade att det är enklare när en anhörig ska informeras, se Tabell 11 och Tabell 12.

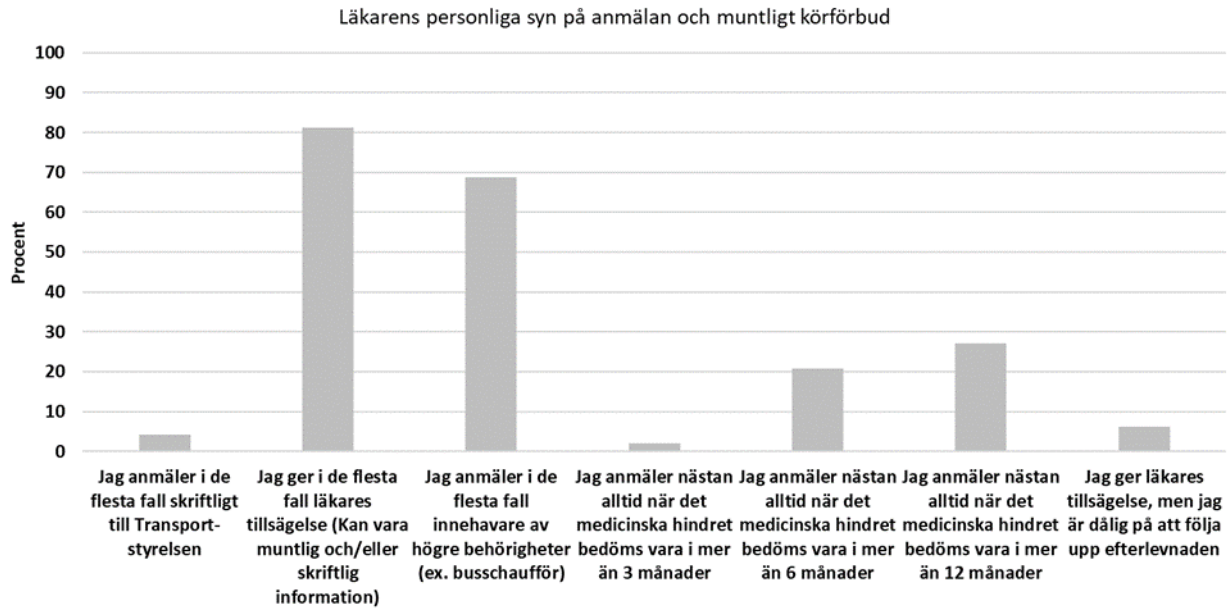
Tabell 11. Hur neurologerna upplever att kommunikationen med patienten fungerar om ett negativt besked ska ges om lämpligheten att köra bil.

Vilket av nedanstående håller du med om angående att kommunicera din bedömning om medicinsk olämplighet till patient?	**Antal**	**Andel, %**
Det är nästan alltid enkelt att kommunicera detta till patienten	1	2,1
Det går oftast väl, men kan ibland vara svårt och konfliktfyllt	42	89,4
Det är ofta svårt och konfliktfyllt, endast ibland är patienten förstående	3	6,4
Det är nästan alltid svårt och konfliktfyllt	1	2,1
Totalt	47	100

Tabell 12. Hur neurologerna upplever att kommunikationen med patientens anhöriga fungerar om ett negativt besked ska ges om lämpligheten att köra bil.

Vilket av nedanstående håller du med om angående att kommunicera din bedömning om medicinsk olämplighet till anhörig?	**Antal**	**Andel, %**
Det är nästan alltid enkelt att kommunicera detta till anhörig, de är ibland till och med tacksamma	21	44,7
Det går oftast väl, men kan ibland vara svårt och konfliktfyllt	25	53,2
Det är ofta svårt och konfliktfyllt, endast ibland är den anhörige förstående	1	2,1
Totalt	47	100

När det gäller skyldigheten att anmäla medicinskt olämpliga körkortsinnehavare till Transportstyrelsen eller göra en muntlig överenskommelse med patienten, fick neurologerna besvara en mer detaljerad fråga än övriga läkargrupper, se Figur 12.



Figur 12. Neurologernas personliga syn på skyldigheten att anmäla olämpliga bilförare till Transportstyrelsen eller att komma överens med patienten om att denne inte ska köra bil längre. Flera alternativ kunde markeras, n=47.

Åtta av tio neurologer gjorde en överenskommelse med patienten (”läkares tillsägelse”). En nästan lika stor andel, sju av tio, anmälde till Transportstyrelsen när en patient bedömdes olämplig att behålla högre körkortsbehörigheter. Anmälningsbenägenheten ökade ju längre man bedömde att det medicinska hindret skulle vara. Några kommenterade i anslutning till denna fråga:

> *Anmäler alltid högre behörigheter med missbruk och vid svårbedömda fall samt om patienten har invändningar.*
>
> *Jag brukar inte alltid anmäla fall där det är uppenbart att patienten aldrig mer kommer att ha förutsättningar att kunna köra bil.*
>
> *Nöjer mig ofta med muntligt körförbud även om det är långt,* [tidsmässigt, författarnas tolkning] *särskilt för ”gamla” patienter. Alltid anmälan vid högre behörighet senast när utredning är klar.*

Avslutningsvis gavs möjlighet att ge kommentarer om trafikmedicin:

> *Angeläget problemområde, svårt ibland när kognitiva funktioner är involverade. Förtroendesvikt mellan läkare och patient kan bli rent kontraproduktivt visavi syftet.*
>
> *Det vore bra om man kunde rikta information till barnkliniker/ barnläkare/ barnneurologer. Det är inte ovanligt att barn med epilepsi inte fått reda på att de inte kan få körkort för tyngre behörighet om de står på epilepsi-medicin och så har de gått fordonsteknisk linje och hoppas bli lastbilschaufförer. Den kunskapen saknas inom barnmedicin och det är kanske bättre att barnet får reda på det innan de gått flera år på gymnasiet. Det vore också bra om man hade fler simulatorer som testar bättre än NorSDSA (vilket våra arbetsterapeuter använder). Det är ofta svårt att avgöra på ett mottagningsbesök framförallt när det inte finns tydliga riktlinjer för vad man skall testa och vad man måste klara. När i en MS-fatigue är man för trött? Hur mycket kan man anpassa en bil? Det vore också bra med mer information om vad som gäller för truckkörning (när är det upp till arbetsgivaren?), båt (vem skall inte behålla sitt*

förarbevis - finns det något sådant underlag?), traktorkort (kan man låta en lantbrukare så och skörda om hen inte åker utanför sin åker, med en stillsam men ibland genombrytande epilepsi eller skall man tvinga henne sälja gården?) "Hur mycket får man tänja på lagens krav om en viss tids körkorts-/körförbud, för att göra livet möjligt för en drabbad patient" är en ständigt återkommande etisk fråga som lätt låter sig besvaras med att man alltid skall följa lagen, men som blir svårare när man förstår att lagens bokstav och lagens mening inte alltid är den samma (som Jesus sa till fariséerna - om din ko faller i en brunn och håller på att drunkna på sabbaten, låter du bli att dra upp den då för att inte bryta mot sabbatslagen eller bryter du lagen och räddar kossan?).

Efter en viss ålder borde det krävas t ex syntest och viss kognitiv testning för att behålla körkortet.

Jag tycker Transportstyrelsen regelbundet borde pröva lämplighet över viss ålder för att inte tvinga oss att vara myndighetspersoner.

Reglerna för narkolepsi är alltför restriktiva och saknar en rimlig kunskapsgrund.

Skulle vara av värde att behandlande läkare aktivt fick markera att man tagit ställning i körkortsfrågan vid läkarbesöket. Kunde exempelvis vara obligat vid vissa diagnoser.

Skulle vara behövligt med utbildning och uppföljning regelbundet.

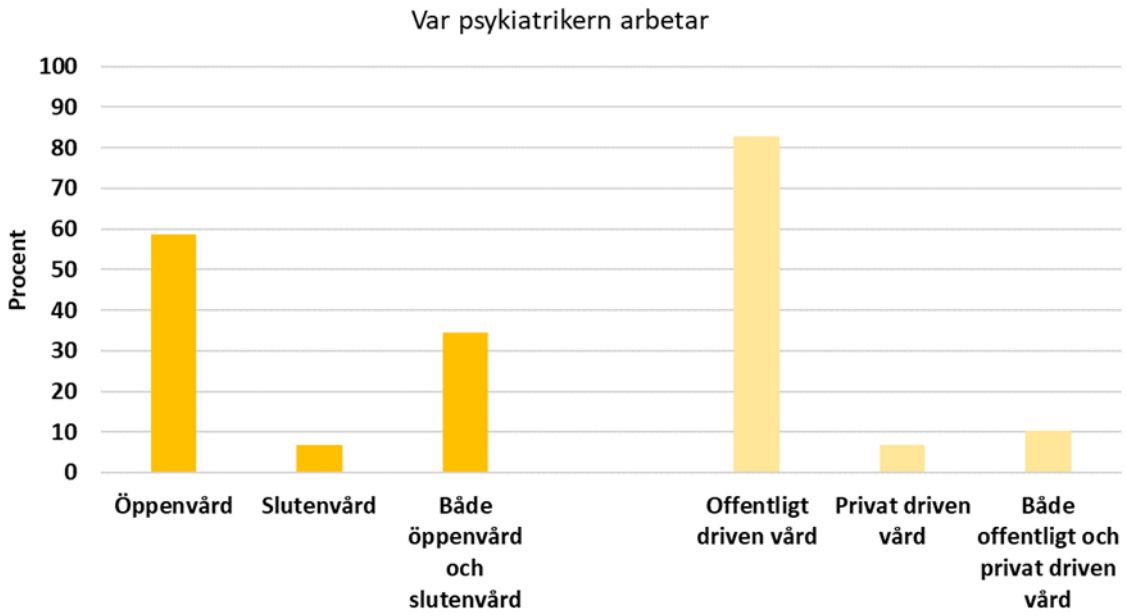
Stora individuella skillnader i hur vi hanterar detta gentemot patienten och det tror jag oftast beror på en upplevd lojalitet mot patienten där man inte beaktar risker för samhället eller följder för individen om olycka inträffar på samma sätt. Känsligt att prata om, kollegor känner sig obekväma om man tar upp detta för diskussion inom gruppen.

Vill förtydliga att patient med epilepsi utan nedsättning kognitivt eller motoriskt följs vanligen upp per telefon. Detta pga att status ej är aktuellt. Anamnesen avgör.

Vissa sjukdomstillstånd, särskilt epilepsi, beroende och sömnstörningar, är detaljreglerade i bestämmelserna till den grad att körkortshinder ofta missas vid andra lika relevanta diagnoser. T ex att man säger ”körförbud ett år” vid epilepsi plus malign hjärntumör. Det blir därmed en viss särbehandling av dessa grupper.

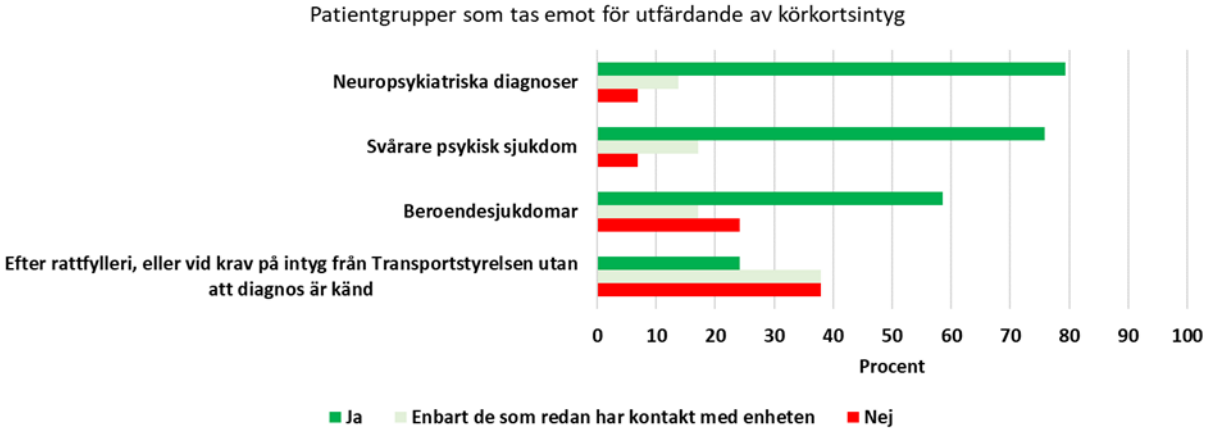
3.6. Psykiatriker – specifika frågor

I detta avsnitt redovisas svaren på de frågor som endast var inkluderade i enkäten som riktades till psykiatrikerna. För psykiatrikerna är andelen som svarat liten och uppgifterna bör därför bedömas med försiktighet. Huruvida psykiatrikerna arbetade inom öppen- eller slutvård (eller båda två) och om det skedde inom den privata eller offentliga vården (eller båda), framgår i Figur 13.



Figur 13. Beskrivning av psykiatrikernas arbetsplats, n=29.

Oftast arbetade psykiatrikern som besvarat enkäten inom den offentligt drivna öppenvården. Körkortsintyg utfärdades på kliniken framför allt åt patienter med neuropsykiatriska diagnoser eller svårare psykiska sjukdomar, även beroendesjukdomar, se Figur 14.



Figur 14. Vilka patienter som den psykiatriska kliniken utfärdar körkortsintyg åt, n=29.

Det skedde i mindre utsträckning att intyg utfärdades vid rattfyllerifall eller då diagnosen inte var känd. Andra diagnoser som det kunde bli aktuellt för psykiatrikern att göra körkortsbedömningar för var ADHD, bipolära sjukdomar, demens, ätstörningar, depression, intellektuella funktionsnedsättningar, minnesstörning, autism och de som var självmordsbenägna. Den neuropsykiatriska diagnosen som man uppskattade som vanligast var ADHD. De vanligaste svåra psykiska sjukdomarna var, enligt psykiatrikerna, bipolära sjukdomar och schizofreni. Alkoholism uppskattades som den vanligaste beroendesjukdomen, och några respondenter svarade beroende av bensodiazepiner, cannabis och opioder.

De flesta psykiatriker, 23 av 26 (88 %), hade möjlighet att rådgöra med läkarkollegor beträffande komplicerade eller svårbedömda medicinska körkortsfrågor. Även annan personal på kliniken kunde konsulteras i dessa situationer enligt 11 av 26 psykiatriker (42 %). Det kunde då röra sig om arbetsterapeuter, trafiklärare, psykologer, sjuksköterskor eller kuratorer, även Trafikmedicinskt centrum i Huddinge.

Vid behov av att remittera en patient för en fördjupad bedömning beträffande lämpligheten i att inneha körkort, hade hälften möjlighet till det (13 av 26). Av de tolv psykiatrikerna som besvarade följdfrågorna om vilken diagnos det kunde vara aktuellt vid, svarade fyra att det kunde ske vid alkohol- eller drogrelaterad sjuklighet, samt lika många vid en psykisk sjukdom av allvarligare art. Fler, åtta psykiatriker, menade att man hade möjlighet till detta om en patient hade en neuropsykiatrisk diagnos som till exempel ADHD.

Några tog tillfället i akt och lämnade kommentarer i slutet av enkäten:

> *1. Ta bort krav om intyg för patienter med ADHD. 2. Gör det jämlikt över hela landet för patienter. Exempelvis i Västerås står skattebetalarna för kostnaden medan i Stockholm får patienter betala själva.*
>
> *Alla intyg för friska välmedicinerade patienter som ska skickas in, ibland årligen. Oftast meningslöst. Finns statistik på att det hjälper och är värt det, jämfört med arbetsinsats?*
>
> *En komisk aspekt är att många patienten kräver intyg om lämplighet för körkort. Min kollega skrev nyligen på en mycket sjuk man med intellektuell funktionsnedsättning och gravt dysreglerad bipolär sjukdom (vilket skrevs i intyget tydligt) men patienten beviljades ändå tillstånd att ta körkort. Vad är syftet om det alltid blir ja? Samma sak med ADHD-patienter. Borde man inte skala ner byråkratin?*
>
> *En komplett broschyr om vad som gäller vid drogtester vid föreläggande skulle vara uppskattat, så man kan ge det till patienten.*
>
> *Förfarandet med att kräva intyg vid adhd-medicinering är absurt och förlegat. Absurt, eftersom det skapar merarbete kring följsamma patienter som har god effekt av behandlingen - annars skulle de inte fått den! Förlegat, eftersom det är en helt enorm patientgrupp, där studier talar för att det förbättrar körförmågan. Vid förskrivning av opioider, ett verkligt problem, så krävs det däremot inte. Sedan är själva idén om att läkare kan bedöma körförmåga i sig tveksam. Varför gör inte körskolor det istället? Vad vi kan är däremot att bedöma de som uppenbart inte bör framföra fordon, ung som vid vapeninnehav. Då säger vi till. Räcker inte det?*
>
> *Tack för lyft av denna fråga. Självklart vill ha tillgång till att kunna ordinera ett praktiskt uppkörningstest, kognitiv test vid ålder eller läkemedelsanvändning.*

4. Diskussion

Syftet med projektet var att undersöka hur den medicinska lämplighetsbedömningen utförs och upplevs av läkare inom olika discipliner. Avsikten var dock inte att genomföra en heltäckande kartläggning till alla läkare inom en disciplin eller kunna få ett representativt urval av dessa, utan att genom en öppen inbjudan om deltagande i enkätundersökningen för att få en bild av hur rutiner kan se ut och se vilka problem som läkare upplever.

Totalt inkom 485 kompletta svar från läkare som arbetade inom allmänmedicin, rehabiliteringsmedicin, neurologi och psykiatri. Antalet specialister inom dessa läkarkategorier varierar stort vilket behöver tas i beaktning, men förutom för psykiatrikerna får det bedömas att undersökningen gett ett rikhaltigt underlag för en diskussion om frågor inom det medicinska körkortsområdet. Gruppen av svarande läkare kan också ha olika stor eller lång erfarenhet, både inom sin disciplin men även med att arbeta med körkortsmedicinska frågeställningar. Vissa läkare har många år i yrket och i disciplinen medan en viss andel läkare inte är färdiga med sin specialistutbildning (ST-läkare) och kan därmed bidra med en bild av hur yngre läkare resonerar.

Det framkommer att läkarna har ett tydligt och stort intresse för körkortsmedicinska frågor och att dessa frågor ses som en naturlig del av arbetet inom offentlig sjukvård. Hur högt man prioriterar läkarbesök som rör medicinska lämplighetsbedömningar för körkort varierar dock stort över landet och dokumenterade rutiner för den egna enheten saknas ofta. En tydlig efterfrågan på mer kunskap och beslutstöd påvisas i studien, där särskilt den grannlaga uppgiften som rör läkares anmälningsskyldighet motiverar stor säkerhet i läkarnas bedömningar. Det finns dessutom en tydlig efterfrågan på fler utbildningsinsatser, både på utbildningsnivå (ST) och specialistnivå.

Begränsningen till att bedöma den medicinska lämpligheten med medicinska metoder uppfattas inte alltid som tillräcklig, speciellt inte i gränsfall. Möjligheten till remittering av komplicerade bedömningar efterfrågas och det ses som en viktig tillgång där sådana mer specialiserade trafikmedicinska enheter finns. I enkäten ingick olika frågor omkring läkarnas arbete med trafikmedicinska frågor, vilka återkopplas nedan.

4.1. Läkares anmälan

Andelen läkare som gjort någon anmälan om medicinsk olämplighet som stadgas i Körkortslagen varierar mellan de olika läkarkategorierna. Neurologer har oftast anmält medan allmänläkare anger att de dubbelt så ofta som de anmäler använder sig av möjligheten till ”muntligt körförbud”. Skillnaderna mellan läkargrupperna beror sannolikt också på hur stor andel av patienterna inom varje disciplin som är aktuella för en medicinsk körkortsbedömning och dessa patienters ålder. Det är dock anmärkningsvärt att det finns allmänläkare som aldrig gjort vare sig en skriftlig anmälan eller gett ett muntligt körförbud. Psykiatrikerna är få men de förefaller anmäla minst frekvent. Några läkare framhåller att de anser att också ett ”muntligt körförbud” ska ges skriftligt till patienten, som får signera att hen tagit emot det. I kommentarerna framkommer det också att det många gånger är en känslig uppgift som upplevs som en myndighetsutövning, vilket kan innebära att patienten inte längre har förtroende för läkaren eller att detta skapar konflikter i läkar- och patientrelationen.

I tillämpningen av olika metoder för att få patienter att sluta köra finns också varianter som på gammaldags läkarmanér kan innebära att läkaren fysiskt beslagtar körkortet. Både när det gäller tillämpningen av den lagstadgade anmälningsplikten och i hur man gör de prövningar som behövs, är det påfallande att det saknas tydliga nedskrivna lokala rutiner och bedömningar sker ofta utifrån ett mer allmänt tyckande och åsikter. Bland rehabiliteringsläkarna är det dock en större andel som anger att de har tillgång till lokala nedskrivna rutiner för hur utredningar ska göras. I den mån man annars diskuterar med kollegor blir det också åsikter och allmänna bedömningar, snarare än kunskap om det regelverk som styr, som avgör.

4.2. Anhörigas roll

I de kommentarer som läkarna skrivit ses att beslutet i samband med muntligt körförbud förankras med anhöriga för att de ska kunna ta ett visst ansvar för att körförbudet efterlevs. Betydelsen av att att anhöriga närvarar underlättar också när ett körförbud ska kommuniceras. Vid sjukdomar där patienten själv har begränsad förmåga att förstå eller följa körförbudet läggs ansvaret i vissa fall över på anhöriga och att de ska beslagta eller sälja bilen. För personer med tillstånd som förväntas utgöra en medicinsk olämplighet och reell oförmåga att alls kunna köra för återstående livslängd, avstår man ibland och rätteligen från anmälan.

4.3. Ansvaret för att bedöma ”körförmåga”

Patienter som har en kognitiv nedsättning kan i vissa fall vara svårbedömnda vilket kan kräva en mer omfattande utredning. Vid dessa tillfällen kan både kognitiva tester och praktiska körbedömningar/ körtest användas för att få en sammansatt bild av patientens svårigheter, symtom och körbeteende. Syftet med en praktisk körbedömning är att undersöka om det finns någon förändring eller brist i körbeteendet som kan kopplas till sjukdomen/skadan [13]. Ett praktisk körtest eller körbedömning inom sjukvården är således ett bra komplement till övriga tester, men körtestet är svårt att helt standardisera när svårighetsgraden kan variera beroende på exempelvis trafik, medtrafikanter och väder [15,16].

Det framkommer även tydligt i enkätsvaren om svårigheterna med att kombinera den myndighetsutövning som en bedömning av körkortsinnehavet innebär med en förtroendefull patient-läkarrelation. Att läkarna tar ett större ansvar än vad som förväntas är vanligt och man utsträcker läkarens bedömning av den medicinska lämpligheten som sedan ska underställas Transportstyrelsen sakkunniga bedömning till mer än så. Inte minst förvirras man av att man tror att man ska bedöma begreppet ”körförmåga”. I den medicinska föreskriften efterfrågas dock inte denna bedömning från läkaren, inte heller en slutlig lämplighetsbedömning i relation till den medicinska föreskriften. Den bedömningen ska ske på Transportstyrelsen.

Att läkarna tänker att de ska bedöma en mer praktisk ”körförmåga” ligger sannolikt också bakom den tydliga efterfrågan av ett medicinskt lämplighetstest på väg. Man önskar detta som ett komplement i svåra gränsfall, vilket kan vara relevant, men det finns också läkare som anser att hela den medicinska lämplighetsbedömningen skulle ligga någon annanstans än hos läkaren eller sjukvården över huvud taget. Man vill slippa vara den som ”håller i yxan”. Någon föreslår att alla körkortsinnehavare borde testas med uppkörning vart femte år som ett sätt för läkare att slippa brottas med frågan. Andra föreslår krav på periodiska läkarundersökningar vart femte år för alla typer av körkort på samma sätt som vid körkort för tung lastbil och buss.

4.4. Remissenheter för fördjupad bedömning

I många fall är den medicinska lämplighetsbedömningen enkel. Svårast är det med gränsfallen, och kognitiva nedsättningars bedömning lyfts särskilt fram. Här är det tydligt att man önskar sig en möjlighet att remittera till mer vana bedömare på specialiserade enheter. Särskilt gäller det för patienter som innehar högre körkortsbehörigheter. Sådana i enkäten namngivna enheter finns inom den offentliga vården men saknas helt i vissa regioner. Andra specialister än allmänläkare ser även möjligheten att remittera till sådana specialiserade trafikmedicinska enheter utanför den egna regionen.

Det finns en klar önskan om förbättrade möjligheter att rådfråga mer erfarna och kunnigare kollegor inom andra discipliner men man efterfrågar främst en enhet som kan göra en samlad bedömning utifrån flera olika medicinska kunskapsområden, det som närmnast skulle motsvara Trafikmedicinska centrum och enheter. En allmänläkare skriver: ”Möjlighet finns att remittera till olika specialistmottagningar avseende ovanstående tillstånd, exempelvis neurolog som bedömer lämplighet

vid epilepsi, etc. Dock finns ingen möjlighet att remittera till trafikmedicinskt centrum för en sammantagen bedömning.”

För demens- och strokepatienter ansågs möjligheterna vara goda att remittera dem för en fördjupad bedömning, medan varannan allmänläkare menade att så inte var fallet för patienter som hade en missbruksproblematik. De som ändå har möjlighet att remittera till mer specialiserade enheter är mycket nöjda med denna verksamhet.

Man ansåg att det finns en särskild poäng med att just allmänläkaren, som ska ha en fortsatt kontakt med patienten, inte borde vara den som gör den ibland känsliga bedömningen att olämplighet för körkortsinnehav föreligger. Bedömningen kunde i stället kunde ske externt. ”Eftersom god primärvård bygger på en förtroendefull patient-läkar-relation vore en nyordning med externa bedömningscentra utmärkt. Läkaren behöver då enbart "larma" om diagnos som potentiellt försämrar körförmåga och remittera istället för att idag plötsligt växla från att vara "på patientens sida" till att vara "den som drar körkortet"”, ansåg en allmänläkare.

4.5. Information om trafikmedicin och stöd från Transportstyrelsen

De flesta läkare har kännedom om var de kan finna Transportstyrelsens information om trafikmedicin men anser att reglerna är svåra att förstå. De uppfattas inte tillräckligt kliniskt tillämpbara och ses av läkare som alltför ”juridiska”. Man hittar lätt intygen och blanketterna, men inte lika lätt föreskrifterna som finns på Transportstyrelsens hemsida under begreppet ”Regler som styr[3]”. Det begreppet kan vara svårt att förstå och de medicinska föreskrifterna kan vara svåra att hitta bland de olika författningstexter man hänvisar till och som för en läkare inte ger den efterfrågade kunskapen i relation till sjukdomen som patienten har.

Transportstyrelsen har på sin hemsida och i det avsnitt som heter ”Trafikmedicin”, i samband med tillkomsten av nya föreskrifter för diabetes, tillämpat ett nytt koncept som kallas ”Kompletterande upplysningar medicinska föreskrifter[4]” med text som handlar om hur föreskriften ska tillämpas. Detta har inte alls kommenterats i enkäten och är sannolikt mindre välkänt bland läkarna.

Under den tid de medicinska körkortsfrågorna låg under Vägverket skrevs en svensk lärobok i Trafikmedicin som var just en sådan handledning i den kliniska vardagen som efterfrågas [17]. Bokformen kan bedömas vara mindre lämplig då föreskrifterna över tid förändras och läkare vill ha tillgång till snabb information via datorskärmen men möjligtvis finns det ändå ett behov av en uppdaterad version med kliniska exempel.

Även i frågan om vilka tester som ska användas när det gäller till exempel kognitiva nedsättningar efterfrågas klarare besked, liksom för markörer för missbruk/beroende. Läkarna önskar rekommendationer och gränsvärden för olämplighet. För biomarkörer beträffande alkohol, och bedömningsgrunder för dessa i relation till anmälningsskyldigheten, finns dock utförliga PM på Transportstyrelsens hemsida men möjligtvis är de okända för läkarna[5]. Hur Transportstyrelsen kan nå ut bättre med information om vad som finns på hemsidan och om när ändringar sker är en viktig aspekt. Finns det skäl till mer riktade och informerande artiklar från Transportstyrelsens läkare i medicinsk fackpress?

[3] https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/korkort/regler-som-styr/

[4] https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/korkort/trafikmedicin/kompletterande-upplysningar-medicinska-foreskrifter/

[5] https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/korkort/trafikmedicin/medicinska-pm/

Vidare efterfrågas en möjlighet till en dialog med läkare på Transportstyrelsen om principfrågor och för råd i enskilda ärenden: ”Skulle vara bra med mer hjälp, praktiska fall, konsulttelefon med specialist på Transportstyrelsen. Svårt område som alltid behöver diskuteras.”

Det finns idag en möjlighet för läkare att få stöd från Transportstyrelsens körkortsavdelning från annan kunnig personal än läkare, om mer formella delar om körkortsinnehavet, vilket intygs som behövs, när intyg ska vara inne med mera.

4.6. Utbildningsbehov

För att få bättre kunskap i det som krävs för att kunna göra korrekta bedömningar av medicinsk lämplighet för körkort önskar läkarna bland annat föreläsningar ute i verksamheterna. Sådana skulle kunna skapa en lärande dialog och på sikt ge underlag för tillämpningsråd som kan vara både regionala eller gällande för en klinik. Den kollegiala dialogen om hur man ska gå till väga låter sig inte ersättas av generella nationella regler. Bland de kommentarer som getts gäller exempelvis specifika fortbildningsaktiviteter bland specialistläkare men också nationella kongresser för läkare under specilistutbildningar.

Avsaknaden av en genomtänkt struktur för utbildningar inom trafikmedicin och konkret i lämplighetsprövningen för körkortsinnehav är markant inom ett område som läkarna ser som en viktig del av arbetet inom sjukvården, både inom allmänmedicin på vårdcentralerna, för rehabliteringsläkarna och neurologerna.

Huruvida undervisning i körkortslämplighet sker under grundutbildningen varierar stort mellan utbildningsorterna för läkare. I allmänhet finns det korta avsnitt som rör till exempel epilepsi, synnedsättningar, demens, diabetes inom respektive ämnesområde i grundutbildningen medan ett särskilt sammanhållet avsnitt om medicinska körkortsbedömningar saknas på alla orter med läkarutbildning. Avsnitt om medicinsk körkortslämplighet är också helt kortfattat i de läroböcker som används, i den mån frågorna alls nämns.

4.7. Vilka är patientgrupperna hos allmänläkarna?

Vilka tillstånd man är beredd att ta emot för bedömningar på den egna enheten varierar stort. För allmänläkarna finns det sällan någon formell begränsning om läkarnas kompetens i denna fråga men man gör ändå bortprioriteringar av medicinska körkortsfrågor som verkar kunna variera över tid, eller beroende på tillgång till läkare. Möjligheten att få stöd i det förberedande arbetet innan läkarens samlade bedömning görs, finns hos arbetsterapeuter och ibland sjuksköterskor i hälften av de svarande allmänläkarnas enheter.

Vissa enheter tar inte alls emot de patienter som vart femte år behöver förnya sitt innehav av högre behörigheter med en medicinsk lämplighetsbedömning. Andra enheter är mer avvisande när det gäller patienter med missbruk av alkohol och/eller droger. Man hänvisar i dessa fall till helprivata enheter som finns i de större städerna. Enheter som arbetar med patienter som har tillstånd som rör missbruk och beroende, liksom frågor som rör bedömningar vid neuropsykiatriska tillstånd, finns ofta inom helprivat vård, inte sällan med namn som ”Körkortsmottagning” och det finns exempel på hur dessa i sin reklam utlovar bedömningar i relation till hur mycket man är beredd att betala för bedömningen. I kommentarerna från läkarna finns beskrivningar om att någon mottagning utlovar i förväg ”Pengarna tillbaka om Transportstyrelsen inte godkänner intyget.” Andra mottagningar arbetar seriöst och ger god avlastning till allmänläkarna enligt kommentarena i enkäten.

Primärvården uppfattar att de åläggs mer och mer arbete inom flera olika medicinska områden och de körkortsmedicinska bedömningarna är inget undantag. ”Vi skulle behöva mer stöd i de här frågorna för det har lämpats över bedömningar till primärvården som vi inte tidigare har haft ansvar över och därmed inte har någon erfarenhet av”. Å andra sidan finns också motsatt uppfattning: ”Beslut och

bedömning behöver slutligen göras tillsammans med den läkare som har bäst kännedom om patienten″.

Vid diabetes är det alltid behandlande läkare som ska skriva de periodiskt återkommande intyg som krävs. Rutinmässiga sådana intyg bedömer allmänläkare som onödiga: ”Mycket av intygen kring diabetes upplevs meningslösa. På fråga i den situationen har inga patienter någonsin upplevt känningar. Och många patienter (majoriteten tror jag) har inte läkemedel som kan ge känningar”.

4.8. Rehabiliteringsläkare

Rehablilitеringsläkare har goda möjligheter att få stöd för bedömningen från andra än läkarna inom enheten. I övrigt anger en respondent: ”I mitt tycke görs för få undersökningar/år för att personal/läkare ska få nog erfarenhet av det. Om vår avdelning för traumatiska hjärnskador gör 10–15 bedömningar av körkort per år och har 3,5 tjänst arbetsterapeut och personalen byts ut vartannat år så blir det inte så många bedömningar per person.” Detta talar igen för centrala, mer specialiserade enheter [18].

Rehabiliteringsläkarna har bättre möjligheter till omfattande testning och har mer stöd än allmänläkarna från andra inom vården. Trots detta vill man ha tydligare riktlinjer från Transportstyrelsen när det gäller var i testerna som gränsen för olämplighet går. Man är dock medvetna om att god vetenskap och stöd för enkla och enhetliga regler i dessa frågor kan saknas.

4.9. Neurologläkare

En så stor andel som drygt 86 procent av neurologläkarna uppgav att trafikmedicinska bedömningar gjordes rutinmässigt vid alla fysiska besök. Vid ”besök” som kallas distanskontakter finns det å andra sidan en tydlig risk att den viktiga trafikmedicinska aspekten faller bort.

Drygt var tredje respondent uppgav att kliniken där respondenten var verksam, hade dokumenterade riktlinjer för hur de medicinska körkortskraven skulle utredas. Sådana riktlinjer efterfrågas vid de kliniker där riktlinjer inte finns. Förutom att remittera svårbedömda patienter till mer specialiserade externa trafikmedicinska enheter hade man ofta interna diskussionsmöten om svåra fall.

Neurologläkarna pekar också på att barnläkare bör vara införstådda med vad som gäller beträffande framtida körkortsinnehav vid olika neurologiska sjukdomar. Risken finns annars att personer med till exempel epilepsi påbörjar en lastbilsförarutbildning på gymnasiet men sedan aldrig kan få ett sådant körkort.

4.10. Psykiatriker

De psykiatriker som besvarat enkäten är få i förhållande till hur många som finns. Den lägre svarsfrekvensen bland psykiatriker kan också förstås som att en tydlig och väl tillämpad praxis inom psykiatrin är mindre ofta förekommande än i de andra läkargrupperna och att uppmärksamheten kring dessa frågeställningar är mindre väl utvecklad. Om läkaren själv är osäker på hur hen ska göra i sin kliniska vardag är läkaren också osäker på hur man ska svara på enkätfrågorna.

De vanliga tillstånden man uppger sig bedöma är de förväntade. Några synpunkter från psykiatrikerna som kan vara värda att diskutera är uppfattningen att de som har ADHD inte skulle behöva återkommande bedömningar. Psykiatrikerna pekar också på att det är stora skillnader mellan hur mycket de som har en ADHD-diagnos får betala för att få intyg beträffande körkortslämpligheten. I Läkartidningen[6] debatterar en psykiater med Transportstyrelsen om att intygen om ADHD och andra

[6] https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2024/01/transportstyrelsen-belastar-psykiatrin-i-onodan/

närliggade tillstånd belastar psykiatrin i onödan. Transportstyrelsen svarade[7] att läkarintygen behövs vid utredning av hinder för körkort. Just denna fråga tycks vara i fokus för psykiatrikerna.

En läkare efterfrågar i enkäten ”En komplett broschyr om vad som gäller vid drogtester vid föreläggande skulle vara uppskattat, så man kan ge det till patienten.” Ett sådant krav är rättmätigt och bör ställas till Transportstyrelsen eller tillberoendeläkarnas organisation inom Läkaresällskapet.

Det finns bland de psykiatriker som besvarat enkäten ett större ifrågasättande av läkarens roll i sammanhanget och kortare kommentarer än för de andra kategorierna av läkare. En tolkning kan vara att det inom denna kategori av läkare finns ett större behov av utbildning och en kollegial diskussion om egna klinikspecifikt skrivna riktlinjer. Psykiatrikernas trafikmedicnska kompetens kan troligen behöva stärkas. Inte minst för att det för den stora och växande gruppen av personer med ADHD finns ett gott vetenskapligt underlag för att de som inte alls får eller inte är följsamma till rätt läkemedelsbehandling, utgör en tydligt ökad risk i trafiken [19]. Vid pågående läkemedelsbehandling för personer med ADHD är en medicinsk lämplighetsbedömning viktig för att säkerställa att särskilt de unga män som finns i denna grupp sänker sin risk genom att följa sin läkemedelsordination.

[7] https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2024/01/lakarintygen-behovs-vid-utredning-av-hinder-for-korkort/

Referenser

1. Englund, A., Gregersen, N.P., Hydén, C., Lövsund, P., & Åberg, L. (1998). *Trafiksäkerhet: en kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur.

2. Transportstyrelsen. (2010). *Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m*. TSFS 2010:125.

3. Hakamies-Blomqvist, L., Henriksson, P., Falkmer, T., Lundberg, C., & Braekhus, A. (1998). *Körkortsdiagnostik i allmänläkares dagliga patientarbete med äldre: en jämförelse av svenska och finska allmänläkares aktiviteter, kunskaper och attityder.* VTI rapport 431.Statens väg-och transportforskningsinstitut.

4. Sveriges regioner i samverkan. (2021). *Riktlinje för körkortsinnehav efter stroke och TIA. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård*. https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2022/03/Remissversion-Riktlinje-for-korkortsinnehav-efter-stroke-och-TIA-22-01-20.pdf

5. Anjemark, L., Selander, H. & Persson, H.C. (2023). *Car accidents in drivers with Parkinson's disease or multiple sclerosis: A Swedish nationwide study*. European Journal of Neurology, 30(6), 1631-1638.

6. Gregersen, N.P. & Forward, S. (2024). *Trafiksäkerhet. Samspelet mellan människor, fordon och trafikmiljö.* Stockholm: Karnov Group, Norstedts Juridik.

7. European Transport Safety Council (ETSC) (2021). *Are medical fitness to drive procedures fit for purpose?* PIN Flash Report 40. Brussels.

8. Langford, J. & Koppel, S. (2006). *The case for and against mandatory age-based assessment of older drivers.* Transportation research. Part F, Traffic Psychology and Behaviour. 9(5): p. 353-362.

9. Hakamies-Blomqvist, L., Johansson, K. & Lundberg, C. (1996). *Medical screening of older drivers as a traffic safety measurea comparative Finnish-Swedish evaluation study*. Journal of the American Geriatrics Society. 44(6): p. 650-653.

10. Siren, A. & Meng, A. (2012). *Cognitive screening of older drivers does not produce safety benefits.* Accident Analysis & Prevention. 45: p. 634-638.

11. Skyving, M., Forsman, Å., Dukic Willstrand, T., Laflamme, L. & Möller, J. (2021). *Medical impairment and road traffic crashes among older drivers in Sweden – A national, population-based, case-control study.* Accident Analysis and Prevention. 163:106434–106434.

12. Transportstyrelsen. (2018). *Samband mellan sjukdomar och äldre bilförares inblandning i trafikolyckor.* TSV 2018-4875. https://vti.diva-portal.org/smash/get/diva2:1270269/FULLTEXT01.pdf.

13. Selander, H., Johansson, K., Lundberg, C., & Falkmer, T. (2010). *The Nordic Stroke Driver Screening Assessment as predictor for the outcome of an on-road test.* Scandinavian Journal of Occupational Therapy.17(1):10–7.

14. Vägverket (2005*). Regeringsuppdrag om läkares skyldighet att anmäla olämpliga förare.* Rapport TR70 2004:23976. Borlänge: Vägverket.

15. Selander, H., Lee, H. C., Johansson, K. & Falkmer, T. (2011). *Older drivers: On-road and off-road test results.* Accident Analysis & Prevention, 43(4), 1348-1354.

16. Nilsson, Å. (2014). *Rehabilitering, försäkringsmedicin, Trafikmedicin.* Lund: Studentlitteratur.

17. Almgren, M. et al. (2001). *Trafikmedicin.* Publikation 2001:92. Borlänge: Vägverket.

18. Svensk Trafikmedicinsk Förening (2009). *Trafikmedicinska centrum och enheter. Ett förslag till förverkligandet av Vägverkets förslag.*

19. Chang, Z., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., Sjölander, A. & Larsson, H. (2014). *Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study.* JAMA psychiatry, 71(3), 319-325.

VTI är ett oberoende och internationellt framstående forskningsinstitut inom transportsektorn. Vi bedriver forskning och utveckling för att förbättra kunskapen om infrastruktur, trafik och transporter. Genom vårt arbete bidrar vi till att nå Sveriges transportpolitiska mål för tillgänglighet, säkerhet, miljö och hälsa.

Vi utför forskning på uppdrag inom alla transportslag och arbetar i en tvärvetenskaplig organisation. Den kunskap vi genererar ger viktig information till aktörer inom transportsektorn och används ofta direkt i nationell och internationell transportpolitik.

Utöver forskning erbjuder vi utredningar, rådgivning samt olika mät- och provningstjänster. På VTI har vi avancerad forskningsutrustning av olika slag och världsledande körsimulatorer. Vi har även ackrediterade laboratorier för vägmaterial och krocksäkerhetstestning.

Biblioteket vid VTI är en nationell resurs som samlar in och sprider information om svensk transportforskning. Utöver frågeservice och lån erbjuds tjänster såsom informationssökning, omvärldsbevakning och strukturering av publikationer och projekt på en webbplats.

I Sverige samarbetar VTI med universitet och högskolor som bedriver relaterad forskning och utbildning. Vi deltar regelbundet i internationella forskningsprojekt, främst i Europa, och är aktiva inom internationella nätverk och allianser. Vi är cirka 240 medarbetare och finns i Linköping, Stockholm, Göteborg och Lund.

vti

Statens väg- och transportforskningsinstitut • www.vti.se • vti@vti.se • +46 (0)13–20 40 00