

Sjukdom, invaliditet och högre ålder som förarrisk i motortrafik

Birger Herner

Lars Ysander

För att få och inneha körkort måste man uppfylla vissa medicinska krav. Uppfattningen om vilka sjukdomar och handikapp som utgör trafikrisker har emellertid varierat. I början av 50-talet syntes utvecklingen gå mot en strängare bedömning av kroniskt sjuka som motorfordonsförare. Birger Herner och Lars Ysander, docent och överläkare vid medicinska kliniken Varbergs lasarett respektive med dr och biträdande överläkare vid samma klinik, ifrågasatte om denna utveckling skulle gynna trafiksäkerheten. De har numer dokumenterat att akut och kronisk kroppslig sjukdom icke är viktiga anledningar till trafikolyckor. Härigenom har de medverkat till att sjuka och handikappade fått större möjligheter till en normal tillvaro än vad som annars varit fallet.

Herner och Ysander sammanfattar här några av sina rapporter, bl a en ännu ej publicerad gällande äldre förarens trafikbeteende och olycksbelastning.

Redaktionen har till sitt temanummer om trafikmedicin bett om en sammanfattning av den trafikmedicinska forskning, vi fullföljt i Varberg under två decennier. Det är en glädje för oss att göra denna presentation.

Den klassiska indelningen av trafikolycksfallsorsakerna i mänskliga och tekniska faktorer med vägen och fordonet som delkomponenter, har under årens lopp föranlett mycket diskussion. Man har bl a framhållit att de olika orsakerna ofta samverkar så intimt i det enskilda fallet, att en säker statistisk uppdelning är omöjlig. Bertil Aldmans uttalande (1) "att den svagaste länken är den skröpliga människan", kan man dock säker-

ligen allmänt acceptera som riktigt. Det är emellertid svårt att precisera storleksordningen i inbördes relaterade procenttal. Det torde dock vara överdrivet, som ofta skett, att approximera väg- och fordonsfaktorerna till sammanlagt bara 10 % och den mänskliga faktorn ensamt till 90 %, åtminstone om man därvid uteslutande tänker på människan som motorförare.

Det torde dock vara möjligt att något bättre än rent gissningsvis få en viss uppfattning om förhållandet dem emellan. Som exempel kan pekas på den utredning, som gjordes i mitten av 50-talet av en av oss (2). Det gällde ett olycksfalls-material från dåvarande "riksettan" vid Jönköping, gällande tiden 1/6 1955—1/9 1956, där man kunde konstatera att trafikolycksfallsantalet enligt statspolisens och vägförvaltningens gemensamma registrering var ungefär dubbelt så hög på en sträcka av ca 30 km på en del av vägen med dålig kvalitet i jämförelse med en lika lång sträcka med väsentligt bättre väg. Trafikströmmen var i huvudsak densamma kvalitativt och kvantitativt. Här torde vägens skuldbörda vara väsentligt större än bara en del av 10 %. En annan undersökning publicerad samma år (3) visade att motorförarna kunde få en orättvist hög skuld i olycksfallsstatistiken, där rätteligen fordonet skulle belastas. Det gällde ett antal fall av koloxidförgiftning från motoravgaser. Denna risk torde dock med nutidens bättre bilar och mera systematiska testning bl a av Svensk bilprovning vara mindre än för 20—25 år sedan.

Mänskliga faktorn

Även om dessa och liknande undersökningar pekar på att den mänskliga faktorn kan få en oför-

.....
Även om felhandlingar är viktiga för uppkomst av trafikolyckor är det inte sagt att medicinska orsaker har stor betydelse vid bilförares missgrepp.
.....

skyllt hög belastning i statistiken, kan vi dock säkert vara överens om att den dominerar. Därmed är emellertid inte sagt att *medicinska orsaker* spelar någon kvantitativt stor roll vid förarnas missgrepp. Tvärtom torde huvudparten ligga utanför läkarnas direkta kompetensområde och istället tillhöra beteendeforskarnas, vägbyggarnas och stadsplanerarnas intresseområden, särskilt, när det gäller förebyggande åtgärder. Den medicinska delen har dock ett stort intresse. Det är därtill ytterligt angeläget, att läkarna arbetar intensivt för en ökad förståelse, särskilt hos politikerna, för en kraftig satsning på vissa förebyggande åtgärder. Just inom trafiksäkerheten ger dessa med all säkerhet en betydligt större och snabbare utdelning i minskat mänskligt lidande och sparade samhälls- och sjukvårdsutgifter än många kostsamma populärreformer av dagens modell. Som belysning kan nämnas en utredning av *Bengt Mattsson* (5) i vilken han gör sannolikt, att för en samlad satsning på 2 1/2 miljard kronor under en 5-årsperiod fram till 1977 skulle man kunnat minska antalet trafikoffver med 40 % och samtidigt få samhällsfördelar värda 4 1/2 miljard. Men idag har vi kanske inte pengar till en så god investering — den fattige har ju som bekant ofta inte råd att göra en god affär.

Medicinska krav för erhållande av körkort

I vår första motorfordonsförordning av år 1906 fanns inga minimifordringar på förarnas hälsa. Först i 1916 års förordning kom krav på normal syn och hörsel hos yrkesförare. År 1920 utvidgades detta till att gälla alla förare. Med åren skärptes de medicinska kraven och i 1930 års förordning var både en hälsodeklaration och en utökad läkarundersökning obligatorisk. Därtill angavs vissa hälsodefekter som direkt hinder för körkort. I 1936 års förordning preciserades kraven på erfor-

derlig syn och hörsel, varjämte man underströk att körkortet skulle kunna återkallas vid trafikriskabel konditionssänkning. Det var emellertid först genom den starkt ökade motorismen efter andra världskriget, som en skärpt uppmärksamhet under 40- och 50-talen kom att riktas mot förare, som syntes riskabla genom medicinskt handikapp. Man tänkte härvid framför allt på dem, som insjuknat akut vid ratten och därigenom förlorat herraväldet över fordonet, samt vidare på kroniskt sjuka och invalider, som genom permanent handikapp kunde förmodas vara riskabla förare. I den allmänna diskussionen om den växande motortrafiken antog man att dessa var en stor orsaksgrupp till de allt vanligare trafikolyckorna. Man menade på många håll — och hävdade mycket högljutt att snabb reaktionsförmåga, god fysisk spänst hos förarna och en körkortsutbildning så tidigt som möjligt i ungdomsåren gav de absolut bästa förutsättningarna för en säker trafik. De som inte fyllde dessa krav ansåg man utgöra en påtaglig riskgrupp, där den enskilde själv många gånger borde förstå allas gemensamma bästa genom att uppge sina tankar på eget körkort.

Även om man inte officiellt gick så långt, framförde man dock i vårt land i 1945 års trafiksäkerhetskommitté och 1953 års trafiksäkerhetsutredning skärpta krav på läkarnas observans och rapportering till körkortsmyndigheterna av en stor mängd uppräknade sjukdoms- och defekttillstånd, vilka man tyckte vara trafikriskabla, trots att man erkände, att det inte fanns någon vetenskaplig underbyggnad till ett sådant antagande.

Det var med andra ord fara värt att trafikolycksfallsprofylaxen genom lösa funderingar skulle komma att länkas in åt fel håll och att restriktiva åtgärder skulle komma att oförskyllt drabba en grupp människor, som kanske inte var särskilt riskabla förare men ofta hade ett särskilt

.....
En lång rad sjukdoms- och defekttillstånd framfördes som trafikriskabla i början av 50-talet, men det saknades vetenskaplig underbyggnad för påståendena.
.....

stort behov av körkort för sitt eget rimliga eller rent av nödvändiga kontaktbehov. Med tanke härpå tog vi i slutet av 50-talet upp dessa problem genom att söka kartlägga dessa sjuka och handikappades andel i trafikolycksfallsstatistiken.

Våra undersökningar planerades sålunda att beröra två huvudproblem:

1. *Frekvensen av akut insjuknande vid ratten, vilket fört till medvetlöshet eller starkt nedsatt självkontroll.*

2. *Frekvensen av trafikolycksfall eller grov trafikförseelse hos körkortsinnehavare med kroniska sjukdomar, vilka fört till bestående defekttillstånd eller permanent invaliditet.*

Insjuknande vid ratten

Till belysning av den första frågeställningen förelåg och föreligger alltså mycket få undersökningar. En god upplysning beträffande en viss avgränsad förargrupp ger dock *Normans* klassiska undersökning av 20 000 bussförare i London Transport under åren 1949—1959 (6). Bland dessa välövervakade och samvetsgrant sjukdomskontrollerade yrkesförare var frekvensen trafikolyckor orsakade av akut insjuknande vid ratten mycket ringa. Någon undersökning av en normalbefolkning med likartad frågeställning fanns emellertid inte. Vår undersökning (4) omfattade en sammanställning av akut insjuknande vid ratten under 5-årsperioden 1959—1963 inom Göteborgs och Bohus län samt Halland dvs ett område motsvarande ca 10 % av landets befolkning. Vi påvisade i ett undersökningsmaterial av ca 45 000 polisanmälda trafikolyckor, där kompletterande upplysningar även inhämtats från regionens lasarett, 41 fall av här aktuellt intresse. Detta motsvarar ca 1 promille av det primära undersökningsmaterialet. De vanligaste sjukdomarna var epileptiskt anfall samt hjärtinfarkt. Ingen förare eller annan person hade dött av olycksskadan och endast i hälften av fallen kunde man förmoda att medicinskt-profylaktiska åtgärder skulle varit tänkbara. Av undersökningsresultatet framgick sålunda att akut insjuknande vid ratten var en ovanlig olycksfallsorsak i vårt land.

Kroniska sjukdomar

Rörande det andra huvudproblemet dvs risken ur trafiksäkerhetssynpunkt med kroniska sjukdomar, som för till bestående defekttillstånd eller permanent invaliditet, fanns det betydligt fler undersökningar från andra länder redovisade i den internationella litteraturen. En del författare ansåg sig kunna påvisa en högre olycksfallsfrekvens än normalt, medan andra menade att risken inte ökats av handikappet utan tvärt om reducerats i vissa fall. Det är dock, för att i någon mån förstå dessa motsägelser, viktigt att understryka att även om resultaten återspeglar förhållandena i undersökningslandet på ett riktigt sätt, kan man inte utan förbehåll tillämpa dessa slutsatser på andra länder, där trafikförhållandena och trafikregler kan vara helt annorlunda.

Våra undersökningar, som till stor del är samlade i uppsatserna "Sick and Handicapped Drivers" (7) omfattar undersökningar från den nämnda geografiska regionen och berör ca 1 350 handikappade körkortsinnehavare och motsvarande kontrollfall. Materialet har delats upp i huvudgrupperna: 1. Kroniskt sjuka förare med villkorsbelagt körkort dvs. tidsbegränsat körkort med ny läkarkontroll som förutsättning för förnyelse. 2. Extremitetsinvalida förare med speciella administrativa förelägganden, som ofta avser särskilda anordningar för fordonets manövrering samt 3. Äldre debutanter, som genom sin höga levnadsålder kan anses ha pålagt sig själva en medveten personlig strävan att söka kompensera sitt åldershandikapp. Alla har sålunda det gemensamt, att körkortet är förenat med vissa restriktioner — påbudna eller självpåtagna.

Undersökningarna har därjämte kompletterats med en studie av en grupp (219 st) kroniskt sjuka förare (diabetiker) utan villkorsbelagda körkort, eftersom sjukdomsdebuten inträffat efter körkortsgivningen. Här har man velat belysa betydelsen för trafiksäkerheten av insikten om sjukdomen och medvetandet av det därav betingade individuella handikappet.

Det visar sig att bland ca 700 kroniskt sjuka förare med villkorsbelagda körkort och 500 extremitetsinvalida förare var frekvensen förare med

Kroniskt sjuka och extremitetsinvalida förare hade ej högre olycks- eller förseelsebelastning än kontrollgrupperna.

trafikolyckor eller grövre trafikförseelser under en 10-årsperiod ca 10—15 % för båda grupperna. Hos motsvarande grupper kontrollfall med samma ålder, kön och trafikerfarenhet, där hänsyn även tagits till årlig körsträcka, förelåg principiellt samma olycksfalls- och förseelsefrekvens.

Det är uppenbart att god körskicklighet inte bör okritiskt mätas endast efter ett lågt antal trafikolyckor, då det i hög grad beror på slumpen, om en felhandling leder till olycka eller endast stannar vid "nästan olycka — near accident". Med hänsyn härtill har även grövre trafikförseelser medtagits i beräkningarna. Man måste dock ha klart för sig att deras antal i hög grad är, som tidigare påpekats, beroende av den rådande trafikövervakningen. Variationer härvidlag är uppenbarligen också en felkälla.

Även inom gruppen diabetiker utan villkorsbelagt körkort, vilken omfattade 219 förare, var frekvenssiffran olycksfalls- och förseelse-drabbade förare av samma storleksordning. Detta kan tolkas så att enbart sjukdomsinsikt utan administrativa åtgärder kan kompensera den överrisk, som sjukdomen innebär.

Äldre förare

En undersökning av 140 debutantförare, som var minst 58 år gamla vid körkortsgivningen, visade vid likartade jämförelser mellan 53—57 åriga och 38—42 åriga debutanter, ingen ökad olycksfalls- eller förseelsefrekvens hos de äldre debutanterna.

Sedan dessa undersökningar slutförts har vi just färdigställt för publikation en kompletterande studie av äldre förare. Den innefattar c:a 400 slumpvis utvalda körkortsinnehavare, som var

Äldre debutantförare har ej högre förseelse- eller olycksfrekvens än yngre.

Bilkörningen, riskexpositionen, är mindre för gamla än unga, och de äldsta undviker t ex mörkerkörning, vinterväglag.

minst 60 år gamla. Undersökningarna gäller samma geografiska område. Som kontrollgrupp uttogs 125 förare med en ålder kring 40 år. Det framgick av undersökningen att hälften av förarna över 75 år självmant slutat köra, i regel för många år sedan, och oftast på grund av sjukdom eller åldershandikapp. En fjärdedel av förarna över 65 år slutade också att köra för 5—15 år sedan. De äldsta förarna, som fortfarande kör bil, kör klart mindre än 40-åringarna. Ju äldre de blir desto mindre kör de. Av åldersskäl kör de naturligtvis betydligt mindre till och från arbetet, för uppehållet men också i storstadstrafik. De äldsta förarna undviker tät trafik, huvudvägar men framför allt mörkerkörning, vinterväglag och okända trafikmiljöer — dvs trafikförhållanden, som kan överrumpla och vålla svårigheter att parera på rätt sätt.

Alla de här påpekade beteendekaraktäristika kunde vi nästan gissat oss till. Mer förvånande är det att de äldre förarna råkat ut för färre olyckor och begått färre förseelser än 40-åringarna — och detta under hela deras förarliv.

Sammanfattning

De gjorda undersökningarna har bidragit till en succesiv förskjutning från den tidigare allmänna uppfattningen att medicinskt handikapp var en allvarlig trafiksäkerhetsrisk. Man har vid tolkningen av våra körkortsbestämmelser även allt mer beaktat att bruket av eget fordon blir närmast nödvändigt för vissa handikappade i ett samhälle, där de allmänna kommunikationerna i stigande grad koncentreras till expanderande tätorter, medan människor bosatta utanför dessa i växande utsträckning måste lita till sina egna kommunikationsmöjligheter för sitt helt självklara kontaktbehov.

Våra körkortsbestämmelser beträffande de handikappade förargrupperna tycks nu vara så av-

.....
... en allmänt hållen författning inte kan
precisera potentiella risker i det enskilda fallet.
Man har nu ... lagt ett större ansvar på den
enskilde läkaren.
.....

vägda och tillämpade med hänsyn till rådande förhållanden, att inga förare kommer ut i trafiken med större handikapp, än att det motsvarar trafikens krav, eventuellt med vissa särskilda specialanordningar på fordonen. Det är dock säkerligen också väsentligt härvidlag att medvetet handikapp i stor utsträckning kompenseras av ökad försiktighet hos föraren, vilket även belyses av våra undersökningar rörande äldre förare och kroniskt sjuka förare utan villkorsbelagt körkort.

Förhållanden och förutsättningar ändras dock oavbrutet och förnyade undersökningar och ändrade aspekter på de handikappade som förargrupp är ständigt aktuella.

De relaterade undersökningarna, som stödes av liknande från utlandet har bidragit till att de nu gällande körkortsbestämmelserna inte längre innehåller en ogenomtänkt uppräknig av förmodat trafikfarliga sjukdomar och defekttillstånd, som ofta vid en onyanserad bedömning tidigare togs som motiv till en starkt schematiserad formell ad-

ministrativ handläggning. Det har blivit allt mer klart, att en allmänt hållen författning inte kan precisera potentiella risker i det enskilda fallet. Man har nu i de författningar, som trädde i kraft den 1 jan. 1973, istället lagt ett större ansvar på den enskilde läkaren. Man har understrukit hans skyldighet att med särskild eftertanke beakta trafiksäkerhetsaspekter vid körkortsgivningen och fortsatt körkortsinnehav beträffande de patienter, han har under fortlöpande vård och tillsyn. Samma förhållande gäller med ökande tyngd även sådana sjukdomstillstånd, som för sin behandling är beroende av dämpande, lugnande och rogivande medel.

Denna ändrade målsättning, som våra senaste körkortsförfattningar fått har vunnit internationell uppmärksamhet och börjat beaktas allt mer även i andra länders körkortsregler.

LITTERATUR

1. Aldman, B.: Läkartidningen. 69. 1527. 1973
2. Herner, B.: Motor. 12. 10. 1957
3. Herner, B.: Sv. läkartidningen. 54. 1899, 1957
4. Herner, B., Smedby, B. and Ysander, L.: Brit. J. Industrial Medicine. 23. 37. 1966
5. Mattsson, B.: Nordisk medicin. 88. 63. 1973
6. Norman, L.: Lancet. II. 807. 1958
7. Ysander, L.: Acta chir. scand. suppl. 409. 1970