



JUSTITSMINISTERIET

Civilafdelingen

Dato: 26. september 2014
Kontor: Færdselskontoret
Sagsbeh: Marianne Møller Hal-
kjær
Sagsnr.: 2014-809-0044
Dok.: 1104453

Rapport om fornyelse af kørekort til personer over 70 år

1. Indledning

Den nuværende aldersgrænse på 70 år for obligatorisk fornyelse af kørekort og indlevering af lægeattest, jf. nedenfor under pkt. 2, har i den seneste tid været genstand for en del offentlig debat, og justitsministeren har besluttet, at det skal overvejes nærmere, om der kan være behov for at hæve aldersgrænsen.

Den gældende ordning har imidlertid et færdselssikkerhedsmæssigt sigte, og justitsministeren har tilkendegivet, at hvis aldersgrænsen skal hæves, skal der være et sundhedsfagligt belæg herfor.

Justitsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet har på den baggrund overvejet spørgsmålet nærmere, jf. nedenfor under pkt. 2-6.

Det bemærkes, at spørgsmålet alene er overvejet i forhold til udstedelse og fornyelse af kørekort til gruppe 1-køretøjer (almindelig bil, motorcykel mv.), idet der gælder særlige regler for kørekort til gruppe 2-køretøjer (bus, lastbil mv.). Gennemgangen af gældende ret, jf. nedenfor under pkt. 2, vedrører således alene kørekort til gruppe 1-køretøjer.

2. Gældende ret

Det fremgår af færdselslovens § 59, stk. 1, 1. pkt., at kørekort udstedes med en gyldighedstid på 15 år, dog højst indtil den pågældende er fyldt 70

Slotsholmsgade 10
1216 København K.

Telefon 7226 8400
Telefax 3393 3510

www.justitsministeriet.dk
jm@jm.dk

år. Er den pågældende på det tidspunkt, hvor kørekortet udstedes, fyldt 65 år, men ikke 70 år, udstedes kørekortet med en gyldighedstid på 5 år, jf. færdselslovens § 59, stk. 1, 2. pkt.

Endvidere fremgår det af færdselslovens § 59, stk. 2, 1. pkt., at justitsministeren fastsætter bestemmelser om gyldighedstiden for kørekort, der udstedes til personer, der er fyldt 70 år.

På denne baggrund er det i bekendtgørelse nr. 12 af 10. januar 2013 om kørekort (kørekortbekendtgørelsen) med senere ændringer i § 82 fastsat følgende:

”§ 82. Er ansøgeren på det tidspunkt, hvor kørekortet udstedes, fyldt 65 år, men ikke 70 år, udstedes kørekort til samtlige kategorier samt kørekort til erhvervsmæssig personbefordring og traktor/motorredskab med en gyldighedstid på fem år.

Stk. 2. Er ansøgeren på det tidspunkt, hvor kørekortet udstedes, fyldt 70 år eller derover, udstedes kørekortet med følgende gyldighedstid:

- 1) Er ansøgeren fyldt 70 år, men ikke 71 år: Fire år.
- 2) Er ansøgeren fyldt 71 år, men ikke 72 år: Tre år.
- 3) Er ansøgeren fyldt 72 år, men ikke 80 år: To år.
- 4) Er ansøgeren fyldt 80 år: Et år.”

Det er i bekendtgørelsens § 93, stk. 3, 4. pkt., fastsat, at hvis ansøgeren på tidspunktet for kørekortets udstedelse er fyldt 70 år, eller der ansøges om fornyelse på baggrund af, at kørekortet udløber som følge af, at ansøgeren fylder 70 år, skal ansøgningen om fornyelse af kørekortet vedlægges en lægeattest. Denne bestemmelse er indsat med hjemmel i færdselslovens § 56, stk. 5, hvorefter justitsministeren fastsætter bestemmelser om betingelser for at få udstedt kørekort. Der ses ikke i forarbejderne til bestemmelsen at være forudsat særlige krav til udformningen af lægeattesten.

Derimod er fornyelse af kørekort (til almindelig bil) til personer under 70 år som udgangspunkt ikke betinget af indlevering af lægeattest, medmindre gyldighedstiden er individuelt fastsat som følge af ansøgerens helbredsmæssige forhold efter kørekortbekendtgørelsens § 83, stk. 1.

Det følger af færdselslovens § 124 c, stk. 3, at personer, der er fyldt 70 år, skal betale 50 kr. for fornyelse af kørekort. Dette beløb dækker ikke alle offentlige udgifter forbundet med fornyelse af kørekort.

Lægens honorar for udarbejdelse af lægeattesten afholdes af ansøgeren selv, og der er ikke fastsat særlige regler om betaling for lægeattester –

herunder om størrelsen af det beløb, der kan opkræves – i forbindelse med fornyelse af kørekort. Arbejdsgruppen vil i det videre arbejde med at gennemgå de regler på kørekortområdet, som kræver en lægefaglig vurdering, overveje hensigtsmæssigheden af en standardiseret pris for lægeattester i forbindelse med udstedelse og fornyelse af kørekort.

Det forhold, at der skal udarbejdes en lægeattest, og at der på baggrund heraf skal ske kontrol af de helbredsmæssige betingelser for erhvervelse af kørekort, gør ekspeditionen af ansøgningerne om fornyelse af kørekort mere ressourcekrævende, end hvis der ikke var et krav herom.

I de tilfælde, hvor en lægeattest indeholder andre anmærkninger end vedrørende synsstyrke, eller hvor kommunalbestyrelsen vurderer, at ansøgeren ikke opfylder betingelserne for synsevne, jf. kørekortbekendtgørelsens § 32, stk. 1, 2. pkt., vil afgørelsen om fornyelse af kørekort ikke kunne træffes af kommunen, men vil i stedet skulle træffes af politiet.

I visse tilfælde forelægger politiet oplysningerne i lægeattesten for Sundhedsstyrelsen. De nærmere regler for, hvornår politiet skal forelægge sagen for Sundhedsstyrelsen, fremgår af bilag 1 til cirkulære nr. 9045 af 1. februar 2013 om kørekort (kørekortcirkulæret) med senere ændringer. Arbejdsgruppen vil i det videre arbejde med at gennemgå de regler på kørekortområdet, som kræver en lægefaglig vurdering, overveje en revision af disse regler.

3. Baggrunden for gældende ret

3.1. Indførelse af aldersgrænse for kørekorts udløb

Den nuværende aldersgrænse på 70 år for obligatorisk fornyelse af kørekort og indlevering af lægeattest blev indført ved lov nr. 198 af 8. juni 1966 om ændringer i færdselsloven, hvor der blev fastsat følgende:

”§ 18 [...]

Stk. 6. Førerbeviset gælder indtil indehaverens fyldte 70. år. Førerbevis til motorkøretøjer, der benyttes erhvervsmæssigt til befordring af personer, gælder dog kun i 5 år fra udstedelsesdagen. Justitsministeren fastsætter bestemmelser om gyldighedstiden for førerbeviser, der udstedes til personer, som er fyldt 70 år. Justitsministeren kan endvidere bestemme, at førerbeviser, når forholdene taler derfor, skal gælde i kortere eller længere tidsrum end fastsat i 1. og 2. pkt. Efter udløbet af gyldighedstiden kan beviset fornyes, såfremt den pågældende stadig opfylder betingelserne. Politiet bestemmer, om der skal aflægges ny prøve.”

Det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, at kørekort (eller førerbeviser) tidligere var gyldige i 5 år fra udstedelsesdagen, men for personer over 70 år kunne kørekortet udstedes med en kortere gyldighedsperiode, ligesom gyldighedsperioden kunne reduceres, hvis konstaterede eller formodede mangler ved den pågældende ansøgers legemlige eller åndelige sundhed talte derfor, jf. Folketingstidende 1965-1966, tillæg A, sp. 1434.

Reglerne om, at kørekort kunne udstedes med en kortere gyldighedstid til personer over 70 år, blev indført ved færdselsloven fra 1955, jf. lov nr. 153 af 24. maj 1955. I lovens forarbejder, jf. Folketingstidende 1954-1955, tillæg A, sp. 261, henvises til det lovforslag, som indgik i betænkning nr. 91/1954 angående revision af færdselsloven og loven om motorkøretøjer.

Udvalget havde foreslået følgende formulering af bestemmelsen om førerbevisets gyldighedstid, jf. betænkningens side 19:

”§ 18

[...]

Stk. 5. Førerbeviset gælder i 5 år fra udstedelsesdagen. For personer, der er fyldt 70 år, kan førerbevis dog udstedes for kortere tidsrum; det samme gælder efter justitsministerens nærmere bestemmelse, hvor forholdene i øvrigt særlig taler derfor. Efter udløbet af gyldighedstiden kan beviset fornyes, såfremt den pågældende stadig opfylder betingelserne. Politiet bestemmer, om vedkommende kan fritages for at aflægge ny prøve.”

Følgende fremgår af bemærkningerne til forslaget til bestemmelsen, jf. betænkningens side 55:

”I stk. 5 foreslås, at gyldighedstiden 5 år for et førerbevis kan forkortes for personer, der er fyldt 70 år. Når en person er blevet 70 år, forøges svækkelsen af helbredet (syn, hørelse, hjertelidelser m.v.) ofte så meget, at det er naturligt at forlange hyppigere fornyelse og dermed hyppigere lægeundersøgelse.”

Sagsgangen i forbindelse med kørekortfornyelse var efter de regler, som var gældende forud for 1966-loven, at ansøgeren, hver gang kørekortet skulle fornyes (også før ansøgerens fyldte 70 år), skulle indlevere en lægeattest for den fornødne åndelige og legemlige førlighed til politiet, hvorefter politiet traf afgørelse om, hvorvidt ansøgeren kunne fritages for at aflægge en ny køreprøve. Der ses i den forbindelse ikke fastsat særlige krav for fornyelse af kørekort til personer over 70 år.

Baggrunden for at ændre gyldighedsperioden fra 5 år til indehaverens fyldte 70. år var bl.a., at man ville varetage hensynet til ansøgeren, som dels skulle afholde udgifterne til fornyelse af kørekortet, dels skulle bruge ressourcer på at henvende sig personligt på tre forskellige steder (hos lægen, fotografen og politiet), jf. Folketingstidende 1965-1966, tillæg A, sp. 1434 f.

Endvidere medførte det store antal fornyelser af kørekort et betydeligt arbejde for politiet. Det fremgår af lovforslaget, at i 1964 udgjorde det samlede antal udstedte førerbeviser for hele landet ca. 360.000, hvoraf ca. 237.000 var fornyelser. Hertil kommer, at der i perioden fra 20. marts 1962 til 1. februar 1965 alene blev givet afslag på ansøgninger om fornyelse eller udvidelse af kørekortet i 539 sager under henvisning til legemlige eller psykiske årsager. Der henvises herved til Folketingstidende 1965-1966, tillæg A, sp.1435.

Det blev på den baggrund vurderet, at omfanget af det arbejde, der blev anvendt på sager om fornyelse af kørekort, ikke stod i rimeligt forhold til værdien af de fornyede lægeundersøgelser hvert femte år, jf. Folketingstidende 1965-1966, tillæg A, sp.1435.

De nye regler om længere gyldighedstid på kørekort skulle dog ikke finde anvendelse på førerret til erhvervsmæssig personbefordring, idet hensynet til passagererne talte for, at der fortsat med mellemrum skulle føres kontrol med førerbevisindehaverens helbred og vandel, jf. Folketingstidende 1965-1966, sp. 3487, og tillæg A, sp. 1435.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at de foreslåede regler havde været drøftet med en række myndigheder og organisationer, herunder Sundhedsstyrelsen, forud for lovforslagets fremsættelse, jf. Folketingstidende 1965-1966, tillæg A, sp. 1433. Det fremgår derimod ikke, hvorfor valget ved fastsættelsen af aldersgrænsen for kørekorts gyldighed netop faldt på 70 år. Den daværende justitsminister oplyste imidlertid under 1. behandlingen af lovforslaget, at man – som retstilstanden var på daværende tidspunkt – ikke kunne være sikker på at få kørekortet fornyet for 5 år, når man blev 70 år, men at det sædvanligvis blev fornyet for en 2-3-årig periode, jf. Folketingstidende 1965-1966, sp. 3782 f. Endvidere henviste justitsministeren til, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med overvejelserne til brug for lovforslaget havde erklæret, at man under hensyn til de dermed forbundne lettelser og besparelser for administrationen og publikum i princippet var velvilligt stemt over for tanken om en længere gyldighedsperiode, på 10 år

eller mere under forudsætning af, at der ikke ville ske ændring i reglerne vedrørende 1. udstedelse af førerbevis, at ordningen kun skulle vedrøre førere, der har fået førerbevis på grundlag af ”blank attest”, og at ordningen ikke skulle gælde erhvervsmæssigt førerbevis, der kun burde gælde i 5 år.

Endvidere blev det oplyst, at Sundhedsstyrelsen pegede på, at lægelovens § 12 og færdselslovens § 15 skulle indskærpes over for de relevante parter. Lægelovens § 12 havde på daværende tidspunkt et indhold, der i vidt omfang svarer til indholdet af den gældende § 44 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011. Der henvises nærmere til rapportens pkt. 5.5.2. Bestemmelsen fastsætter en pligt for lægen til at søge faren afbødet, når lægen i sin virksomhed får kendskab til personer, der udsætter andres liv og helbred for nærliggende fare. Dette kan ske ved henvendelse til personen selv, eller om fornødent til Sundhedsstyrelsen. Færdselslovens § 15 indeholdt på daværende tidspunkt et forbud mod at føre motorkøretøj, hvis dette på grund af sygdom eller lignende ikke kunne ske på betryggende måde. Bestemmelsen er i dag videreført i færdselslovens § 54, stk. 2.

Der var i Folketinget bred enighed om at øge gyldighedstiden for kørekort, men det blev diskuteret, om 70 år var den rette aldersgrænse, eller om den skulle sættes ved 50, 55 eller 60 år. Der blev under udvalgsbehandlingen af lovforslaget (L 121, folketingsåret 1965-1966) fremsat ændringsforslag om, at grænsen skulle sættes ved 60 år, men forslaget opnåede ikke flertal, jf. Folketingstidende 1965-1966, sp. 6029.

Justitsministeren oplyste under 2. behandlingen af lovforslaget, at forslaget om en aldersgrænse på 70 år burde opretholdes, dels fordi reglerne i Danmark herved ville være i nøjere overensstemmelse med reglerne i Sverige og (dengang) Vesttyskland (hvor kørekort var livsvarige), hvorfra Danmark havde den største biltrafik, dels fordi det på baggrund af en afvejning af de forskellige hensyn – herunder til de besparelser, ændringen ville medføre – måtte anses for ubetænkeligt at sætte grænsen ved de 70 år. Ministeren henviste til en svensk undersøgelse, som omfattede samtlige tilfælde af akut optrædende sygdomme hos motorførere i perioden 1959-63 i 3 svenske len. Resultatet af undersøgelsen var, at akut indtrædende sygdom havde medført 41 trafikulykker eller 1 promille af samtlige trafikulykker, og ingen af de 41 ulykker var med dødelig udgang. Det blev skønnet, at i kun ca. halvdelen af de 41 ulykker ville det have været muligt gennem forudgående lægekontrol at diagnosticere en færdselssikkerheds-

mæssig farlig sygdom. Justitsministeren oplyste videre, at det i undersøgelsen blev udtalt, at sygdom som årsag til trafikulykker var en så sjælden forteelse og den teoretiske mulighed for at forebygge denne type af ulykker så begrænset, at denne årsag alene ikke kunne motivere vidtgående administrative foranstaltninger ud over, hvad man allerede havde i Sverige. Der henvises herved til Folketingstidende 1965-1966, sp. 6023-6024.

3.2. Senere ændringer af færdselslovens bestemmelser om aldersgrænsen for kørekortfornyelse

Som nævnt under pkt. 2 findes den gældende bestemmelse om 70-årsgrænsen for obligatorisk fornyelse af kørekort i færdselslovens § 59. Bestemmelsen er blevet ændret flere gange siden 1966, dog uden at der er ændret ved 70-årsgrænsen.

Færdselslovens § 59 blev senest ændret ved lov nr. 1551 af 21. december 2010 om ændring af færdselsloven (implementering af dele af tredje kørekortdirektiv). Med lovændringen blev der som følge af direktiv 2006/126/EF om kørekort (tredje kørekortdirektiv) indført en generel gyldighedstid på kørekort på 15 år. Aldersgrænsen på 70 år blev samtidig opretholdt som en dansk særregel, således at kørekortet maksimalt kan udstedes med 15 års gyldighed til ansøgerens fyldt 70. år.

Der er ikke i tredje kørekortdirektiv noget krav om, at medlemsstaterne skal kræve fornyelse af kørekort til almindelig bil oftere end hvert 15. år, når kørekortindehaveren når en vis alder.

Det fremgår dog af tredje kørekortdirektivs artikel 7, stk. 3, 6. pkt., at medlemsstaterne ved fornyelser kan begrænse den administrative gyldighedsperiode for kørekort, hvis indehavere er bosat på deres område og er fyldt 50 år, med henblik på at indføre hyppigere lægeundersøgelser eller andre særlige foranstaltninger som f.eks. genopfriskningskurser. Om forholdene i andre lande henvises der til pkt. 4 nedenfor.

Det fremgår af forarbejderne til 2010-loven, at Justitsministeriet overvejede, om Danmark skulle benytte sig af direktivets mulighed for ved fornyelser at fastsætte en kortere gyldighedsperiode for personer, som var fyldt 50 år med henblik på hyppigere lægekontrol mv. (altså om der skulle stilles krav om lægeattest allerede ved 50 år i stedet for ved de 70 år). Efter Justitsministeriets opfattelse var der dog ikke noget, som talte for, at der allerede fra det fyldte 50. år generelt skulle være behov for at indføre krav om jævnlig lægekontrol og dermed for at fastsætte en kortere gyldighedsperi-

ode for kørekort til personer, der var fyldt 50 år. Der henvises herved til pkt. 2.3 i de almindelige bemærkninger til forslag til lov om ændring af færdselsloven (Implementering af dele af tredje kørekortdirektiv, ændring af gyldighedstiden på kørekort) (lovforslag nr. L 5, folketingsåret 2010-11, 1. samling).

4. Oplysninger om forholdene i andre lande

Arbejdsgruppen har til brug for sine overvejelser indhentet oplysninger om fornyelsesprocessen for kørekort til gruppe 1-køretøjer til personer, som ikke i forvejen har kørekort med begrænset gyldighedstid fra Sverige, Norge Finland, Holland og Storbritannien. Der kan herom oplyses følgende:

I Sverige udstedes et kørekort til gruppe 1-køretøjer med en gyldighedstid på 10 år. Der er ikke krav om, at ansøgningen om fornyelse af kørekort skal vedlægges en lægeattest, men ansøgeren skal selv udfylde en helbredserklæring, som skal danne grundlag for vurderingen af, om de helbredsmæssige betingelser for udstedelse af kørekort er opfyldt. Hvis en læge derimod bliver opmærksom på, at en person ikke længere opfylder de helbredsmæssige krav til at føre motorkøretøj, skal lægen indberette det til Transportstyrelsen (den svenske kørekortmyndighed). Lægen kan dog undlade at foretage indberetning til Transportstyrelsen, hvis der er anledning til at antage, at patienten vil efterleve lægens anbefaling om ikke længere at føre motorkøretøj. Der er ikke i Sverige krav om, at personer – når de når en bestemt alder – skal have fornyet deres kørekort oftere end andre eller i øvrigt indlevere en lægeattest.

I Norge udstedes kørekort til gruppe 1-køretøjer med en gyldighedstid på 15 år. Fornyelse efter kørekortindehaverens fyldte 75. år er betinget af indlevering af en lægeattest, mens der ikke er et sådant krav ved fornyelse før ansøgerens fyldte 75. år. Er kørekortindehaveren fyldt 75 år, men ikke 78 år, kan kørekortet udstedes med indtil 3 års gyldighed, og derefter med 2 års gyldighed. Hvis en læge bliver opmærksom på, at en ansøger ikke længere opfylder de helbredsmæssige mindstekrav til at føre motorkøretøj, skal lægen skriftligt meddele patienten dette. Hvis lægen vurderer, at patientens kørekort bør inddrages helt eller delvist, som følge af, at patienten ikke længere opfylder de helbredsmæssige betingelser for at føre motorkøretøj, skal der sendes en kopi af brevet til myndighederne, som iværksætter en undersøgelse af, hvorvidt der er grundlag for at inddrage ansøgerens førerret eller iværksætte øvrige foranstaltninger.

I Finland udstedes kørekort til gruppe 1-køretøjer med en gyldighedstid på 15 år, dog højst til ansøgerens fyldte 70. år. Herefter udstedes kørekortet med en gyldighedstid på 5 år. Der kræves som udgangspunkt ikke en lægeerklæring i tilfælde af fornyelse, før ansøgeren fylder 70 år. Hvis ansøgeren derimod er fyldt 70 år på tidspunktet for indgivelse af ansøgningen om fornyelse, skal der vedlægges et ”omfattende helbreds-certifikat”, som særligt vedrører aldringens indvirkning på køreevnen, samt en vurdering af, hvorvidt de generelle helbredsmæssige betingelser for førerret er opfyldt. I de tilfælde, hvor en læge bliver opmærksom på, at en patient ikke længere opfylder de helbredsmæssige betingelser for at erhverve førerret, og dette skyldes en tilstand, som ikke blot er midlertidig, skal lægen foretage indberetning til politiet.

I Storbritannien udstedes kørekort til gruppe 1-køretøjer med en gyldighedstid på 10 år. I forbindelse med ansøgningen om fornyelse skal kørekortindehaveren erklære, at vedkommende kan læse en nummerplade på 20 meters afstand og i øvrigt oplyse, om vedkommende har problemer med synet eller helbredet generelt (såkaldt selvdeklaration). De britiske kørekortmyndigheder vurderer på baggrund af oplysningerne i ansøgningen, om der er behov for at indhente en lægeattest. Når ansøgeren er fyldt 70 år, udstedes kørekortet med en gyldighedstid på tre år, men der er fortsat ikke krav om obligatorisk indlevering af lægeattest.

I Holland udstedes kørekort til gruppe 1-køretøjer med en gyldighedstid på 10 år. Der er ikke krav om indlevering af en lægeerklæring i forbindelse med fornyelse af kørekortet, før ansøgeren fylder 75 år. Efterfølgende fornyelser af kørekortet sker med en gyldighedsperiode på 5 år.

Vejdirektoratet har til brug for arbejdsgruppens overvejelser – via OECD’s database IRTAD – indhentet følgende oplysninger om, hvor stor en procentdel af det samlede antal dræbte i trafikken, som var personer på 70 år eller derover, i årene 2009-2012 i Danmark, Finland, Nederlandene, Norge, Storbritannien og Sverige:

	2009	2010	2011	2012
Danmark	15,1	9,7	19,2	25,0
Finland	18,9	18,8	15,9	16,0
Nederlandene	18,2	18,8	19,6	15,1
Norge	12,2	15,1	17,3	
Storbritanni-	13,6	16,9	17,9	20,8

en				
Sverige	18,9	15,7	25,2	14,7

Det skal bemærkes, at det er fælles for de pågældende lande, at antallet af trafikdræbte generelt er lavt, og at relativt få ulykker derfor vil kunne påvirke den procentvise fordeling i betydelig grad.

Det skal endvidere bemærkes, at tabellen ikke tager højde for, hvorvidt den dræbte var uden skyld eller helt eller delvist skyld i ulykken, og om de dræbtes helbredsforhold spillede en rolle i forbindelse med ulykken.

5. Den sundhedsfaglige baggrund for aldersscreening

5.1. Indledning

At færdes i trafikken indebærer generelt en risiko for den enkelte bilist, men i lige så høj grad for omgivelserne. Andre faktorer end bilistens helbredsforhold spiller i den forbindelse ind, og bilisternes helbredsforhold har en begrænset betydning, om end betydningen afhænger af, hvor bredt helbredsforhold defineres. Inkluderes ulykker som følge af brug af alkohol, narkotika og visse lægemidler, stiger betydningen væsentligt. Lægeundersøgelser er imidlertid ikke et specielt effektivt screenings-instrument til at finde personer, som måtte være i risiko for at ville køre i påvirket tilstand.

Regelmæssige lægeundersøgelser af kørekortansøgers helbredsforhold har imidlertid – ligesom tilsvarende undersøgelser af f.eks. piloter, lokomotivførere og søfolk – helt grundlæggende til formål at få konstateret eventuelle sygdomme af mulig betydning for færdselssikkerheden. Der er tale om en screening, hvor der vil være falske positive og falske negative resultater. Ved falske positive resultater vil personer, som kan være i risiko, men aldrig kommer til at få lidelsen, miste retten til at føre motordrevet køretøj. De falske negative resultater er dem, hvor personer på trods af screening ikke konstateres at lide af helbredsmæssige problemer, som gør, at der ikke burde udstedes kørekort, men som efterfølgende alligevel forvolder ulykker i trafikken som følge af sygdom mv.

Effekten af regelmæssige undersøgelser af kørekortansøgers helbredsforhold er undersøgt i en række sammenhænge. I vurderingen af effekten af disse undersøgelser er det vigtigt at undersøge dels hyppigheden af lægeundersøgelsen, dels hvor detaljeret og omfattende den er. Jo mere omfattende undersøgelser, jo mere vil der blive fundet af mulig betydning for færdselssikkerheden.

DTU Transport anfører i rapporten ”Aldring, demens og bilkørsel” (2010), side 34, at den danske ordning, hvor hele populationen screenes ved en bestemt alder (i stedet for screening af særlige grupper), er blevet stærkt kritiseret som en dyr ordning med for mange negative konsekvenser, idet der bl.a. ikke er belæg for effekten herved, og idet ældre bilister ikke er overrepræsenterede i ulykkesstatistikkerne. Der er imidlertid på det anførte sted peget på, at en af de læger, som har været med til at udvikle den kognitive test, der benyttes i forbindelse med kørekortfornyelsen, argumenterer for den nuværende aldersgrænse ved at påpege, at de færreste har kognitive vanskeligheder ved 70 år, men at reglerne betyder, at resultatet ved denne alder kan bruges som en slags *baseline*, næste gang kørekortet skal fornyes. Der peges endvidere på, at screening på et tidligt tidspunkt giver den ældres læge mulighed for at tale med den ældre i god tid om hele mobilitetsproblematikken og derved opnå en forebyggende effekt.

For så vidt angår den nuværende procedure med undersøgelse af ældre i forbindelse med kørekortfornyelse i Danmark peger Annette Meng og Anu Siren i artiklen ”Aldersbetinget kørekortfornyelse – findes der en bedre løsning?”, trykt i Månedsskrift for almen praksis, august 2014, s. 636 ff., bl.a. på, at den nuværende procedure for kørekortfornyelse til personer, der er fyldt 70 år, alene forholder sig til identifikationen af uegnede bilister, og ikke forholder sig til de problemstillinger, der kan være forbundet med selve kørselsstoppet og dets konsekvenser for den enkelte bilist. Forfatterne fremhæver i den forbindelse, at både den ældres læge og den ældres pårørende spiller en stor rolle i processen omkring kørselsstoppet, og der henvises til, at Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har påbegyndt et projekt, som har til formål at kortlægge, hvilke problemstillinger der er knyttet til processen med at stoppe bilkørsel i forbindelse med demens, samt hvilken støtte nøglepersonerne i processen har brug for. I artiklen peges der endvidere på, at den nuværende ordning ikke er forbundet med nogen sikkerhedsmæssig eller økonomisk samfundsmæssig gevinst, som bl.a. skyldes, at ordningen omfatter samtlige ældre bilister, og ikke kun den mindre persongruppe, som udgør en reel risiko i trafikken.

Endvidere fremgår det af artiklen ”Seniors’ unmet mobility needs – how important is a driving licence?” af Sonja Haustein og Anu Siren i Journal of Transport Geography nr. 41, 2014, s. 45 ff., at ældre, som ikke længere er i besiddelse af et kørekort, oplever mobilitetsproblemer – også selv om de har let adgang til offentlig transport.

Den nuværende ordning med lægeundersøgelser af alle 70-årige har været gældende siden 1966, jf. pkt. 3.1 ovenfor. Siden 1960'erne er trafiksikkerheden blevet radikalt forbedret på trods af en meget betydelig stigning i trafikintensiteten, og antallet af trafikdræbte er faldet drastisk. I 1970 var der over 1.200 dødsfald i trafikken hvert år. I 2012 og 2013 var der henholdsvis 167 og 191 trafikdræbte.

Da ordningen med lægeundersøgelse ved de 70 år er stort set uændret siden 1966, kan faldet i antallet af trafikdræbte næppe primært tilskrives disse lægeundersøgelser. Ulykkesstatistikker indikerer da heller ikke, at ældre bilister skulle have en markant højere ulykkesrisiko. Omvendt kan det ikke afvises, at et fravær af lægeundersøgelser ville have medført et større antal færdselsulykker.

Det kan således ikke anføres, at ordningen med lægeundersøgelse ved de 70 år ikke har bidraget til den positive udvikling. Havarikommisionen for Vejtrafikulykker (HVU) offentliggjorde i den forbindelse i marts 2012 rapporten ”Ulykker med ældre bilister”, hvori det på side 91 er anført, at proceduren for kørekortfornyelse ser ud til at fungere. HVU henviser i den forbindelse til, at der i de undersøgte ulykker kun har været to tilfælde, hvor HVU har vurderet, at der var forhold, som ved den seneste kørekortfornyelse burde have foranlediget yderligere kontrol eller egentlig fratagelse af kørekortet. Da det kun drejer sig om to ud af 32 ulykker, har HVU vurderet, at der ikke i de undersøgte ulykker samlet set er belæg for, at der bør strammes op på proceduren for kørekortfornyelse, eller belæg for, at f.eks. indsatsen for at undgå demente ældre i trafikken bør skærpes.

Det fremgår endvidere af rapportens side 9, at flere undersøgelser har vist, at ældre bilister ikke er mere farlige i trafikken end andre aldersgrupper, men at deres ulykkesbillede adskiller sig fra andre aldersgrupper. F.eks. involveres ældre hyppigere i ulykker i kryds, men det opvejes i vidt omfang af, at der er ulykkestyper, som de sjældent er involveret i som f.eks. eneulykker og ulykker, hvor de er spirituspåvirkede. I den forbindelse konkluderes det i rapportens side 66, at de ældre typisk kører forsigtigt, og at risikovillighed ikke optrådte som en bagvedliggende faktor hos de ældre i de ulykker, som HVU undersøgte, ligesom manglende agtpågivenhed kun ses i et enkelt tilfælde.

Det bør imidlertid indgå i overvejelserne, at antallet af ældre bilister forventes at stige betydeligt i de kommende år. Selv en begrænset øget ulykkesrisiko kan derfor samlet set have en meget stor betydning.

Det skal i øvrigt bemærkes, at der i det følgende ikke tages særskilt højde for de personer, som på baggrund af helbredsmæssige forhold, jf. kørekortcirkulærets bilag 1, har fået udstedt kørekort med en kortere gyldighedstid, end indtil vedkommende fylder 70 år, idet deres sygdom var kendt ved førstegangsudstedelsen af kørekort, eller der senere er indledt en kørekortsag herom. De regelmæssige fornyelser af kørekort, som er nærmere reguleret i kørekortcirkulærets bilag 1, vedrører således kun en mindre del af de bilister, som har de af cirkulæret omfattede sygdomme eller medicinindtag mv.

5.2. Nærmere om effekten af de nuværende lægeundersøgelser af personer, der er fyldt 70 år

Det er ikke muligt at foretage en dansk opgørelse af den egentlige trafik-sikkerhedsmæssige værdi af at gennemføre en lægelig screening af alle 70-årige med kørekort. Heller ikke i resten af Europa har det været muligt at lave sådanne vurderinger. Der henvises herved til C.G. Mitchell, The licensing of older drivers in Europe – a case study, *Traffic Inj Prev.* 2008;9(4):360-6. Det er derfor ikke muligt direkte at måle effekten af lægeundersøgelserne på trafiksikkerheden. Det er dog muligt at vurdere effekten ud fra nogle indirekte tilgange.

Antallet af 70-årige, som ikke får fornyet kørekortet, kan bruges som et sådan indirekte mål for effekten af lægeundersøgelser. Det er imidlertid ikke muligt ud fra oplysningerne i kørekortregisteret at udlede, hvor mange personer over 70 år som får afslag på fornyelse af kørekort som følge af helbredsmæssige oplysninger.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i en række sammenhænge, at en borger f.eks. skal til vejledende helbredsmæssig køretest, jf. kørekortbekendtgørelsens §§ 70 og 102, men da Sundhedsstyrelsen ofte ikke er involveret i, hvad der videre sker i sådanne sager, kan det ikke ud fra Sundhedsstyrelsens oplysninger vurderes, hvor mange der ender med ikke at få fornyet kørekortet ved 70-års fornyelsen. Rigspolitiet har oplyst, at i 2012 blev der på landsplan afholdt 1.858 vejledende helbredsmæssige køretest/kontrollerende køreprøver ved tvivl om, hvorvidt den pågældende fortsat er i besiddelse af fornøden kørefærdighed mv., mens antallet i 2013 var 1.917. Det er imidlertid ikke muligt at udlede, hvor mange af disse personer, som er over 70 år, og hvor mange som efterfølgende får fornyet (eller får lov til at beholde) kørekortet.

Ved analyse af trafikulykker er det principielt set muligt at udlede omfanget af lægeundersøgelser, som ikke har påvist så alvorlige problemer med helbredet, at fornyelse af kørekort er blevet afslået, men hvor den pågældende efterfølgende alligevel forvolder en ulykke som følge af sygdom, jf. ovenfor under pkt. 6.1. Der er udført en mindre dansk undersøgelse om emnet, som viste, at sygdom og svækkelse, som var årsag til ulykken, ofte var opstået kort før ulykken og sjældent kunne have været forudset. Der henvises herved til side 29 f. i den rapport fra HVU, som er nævnt ovenfor under pkt. 5.1.

5.3. Udviklingen i befolkningens levealder

Den danske befolknings middellevetid har ændret sig radikalt, siden 70-årsgrænsen blev indført i 1960'erne. Den gennemsnitlige levetid var i 1965 70,1 år for mænd og 74,7 år for kvinder. Disse tal var i 2012-13 henholdsvis 78,0 og 81,9 år. Der er imidlertid betydelig variation mellem forskellige sociale grupper. Helbred og levetid er således f.eks. påvirket af uddannelsesniveau, jf. Ugens tal for folkesundhed, Uge 37, 2007.

Restlevetiden for 70-årige er tilsvarende steget betydeligt og kan forventes fortsat at stige. I 2009-2013 var den gennemsnitlige restlevetid for personer, der var blevet 70 år, for mænd 13,46 år og for kvinder 15,80 år, mod henholdsvis 10,53 år og 11,85 år i 1961-1965, jf. tal fra Danmarks Statistik. Man vil således potentielt kunne føre motordrevet køretøj i mange år efter, at man er fyldt 70 år.

5.4. Udviklingen i sygdomsmønstre

Den stigende restlevetid for 70-årige afspejler, at sundhedstilstanden er blevet bedre. De 70-årige er mere raske end tidligere. Rent trafiksikkerhedsmæssigt er det relevant at se nærmere på, hvornår den aldersbetingede sygelighed indtræffer med henblik på at fastlægge, ved hvilken alder det kan være relevant at iværksætte en screening for sygdom i forbindelse med fornyelse af kørekort. I det følgende gennemgås nogle større sygdomsgrupper af relevans for trafiksikkerheden.

5.4.1. Demens

Demens har en klar sammenhæng med alder. Der sker en betydelig stigning efter 75-års alderen, jf. figur 1:

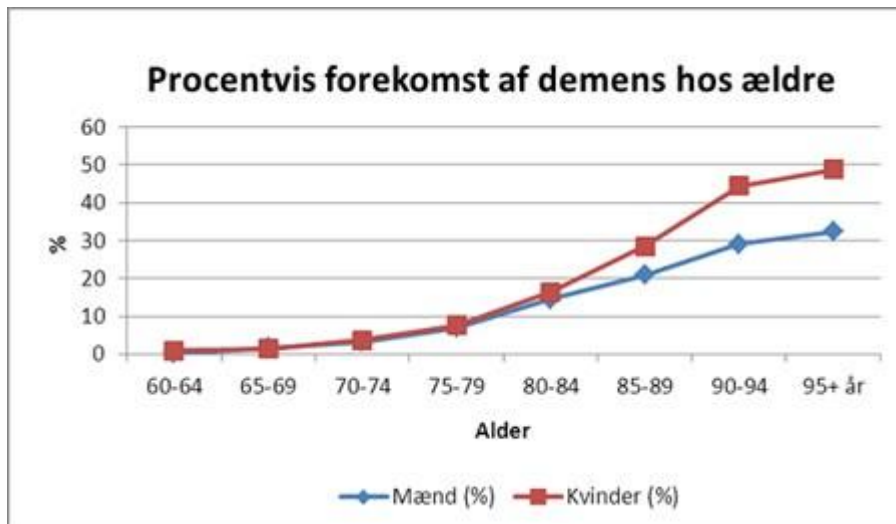


Fig 1: Forekomst af demens i den danske befolkning fordelt på aldersgrupper (Ref.: Nationalt Videnscenter for Demens; <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/forekomst-og-fordeling-af-demens>).

Oplysninger fra Storbritannien og nogle få andre lande viser, at befolkningen i dag bliver senere dement end tidligere. Der er tale om ret betydelige ændringer, så demens nu gennemsnitligt optræder adskillige år senere end tidligere.

Det har internationalt været drøftet, om lægeundersøgelser er et egnet instrument til rent faktisk at reducere trafikulykker som følge af demens. Der er oplysninger, som klart viser, at det er vanskeligt ad denne vej at finde de rette personer, som ikke længere bør have ret til at køre bil. Der henvises til A.J. Martin, R. Marottoli og D. O'Neill, Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia, Cochrane Database Syst Rev., August 2013.

Der foreligger endvidere videnskabelig litteratur, som indikerer, at lettere demens ikke er af væsentlig betydning for trafiksikkerheden, jf. N.M. Silverstein, L.J. Molnar, D. LeBlanc og G. Adler, Driving behaviors in early stage dementia: a study using in-vehicle technology, Accid Anal Prev. 2012;49:330-7.

5.4.2. Synsproblemer

Synsproblemer stiger kraftigt med alderen. En hyppig årsag til synsnedsættelse er grå stær. Af tabel 1 fremgår det, at hyppigheden stiger væsentligt allerede efter 55-års alderen, jf. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Sundhedsstyrelsen, 2014. http://www.sifolkesundhed.dk/upload/danskernes_sundhed_2013.pdf

Der er tale om oplysninger baseret på patienternes egne indberetninger. En væsentlig del af synsproblemerne skyldes aldersbetinget langsynethed, der som oftest vil være uden betydning for bilkørsel.

Alder	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	0,1	0,5	0,3	1,3	3,0	8,3	20,1	3,2
Kvinder	0,2	0,3	0,4	1,2	4,4	13,0	27,9	5,0

Tabel 1. Andelen af personer (i procent) med grå stær fordelt på køn og aldersgrupper

5.4.3. Sukkersyge (diabetes)

Forekomsten af sukkersyge har været stigende. Sukkersyge kan udgøre en trafikikkerhedsmæssig risiko, navnlig hvis sukkersygepatienten får for lavt blodsukker. Dette er en særlig risiko, hvis bilisten får insulin, men problemet kan også forekomme ved anden form for behandling.

Der er ikke noget krav om, at en sukkersygepatient eller dennes læge involverer kørekortmyndighederne, såfremt patienten får konstateret sukkersyge efter udstedelse af det første kørekort, og der ikke efterfølgende sker væsentlige hændelser af betydning for trafikikkerheden.

Forekomsten af sukkersyge stiger med alderen, om end stigningen flader ud efter 65-års alderen. Der henvises herved til Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Sundhedsstyrelsen, 2014. Den aldersmæssige udvikling fremgår af tabel 2.

Alder	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	0,6	1,0	2,0	4,9	9,8	14,1	16,1	5,8
Kvinder	0,5	0,8	1,8	3,7	7,0	10,0	12,9	4,6

Tabel 2: Andelen af personer (i procent) med sukkersyge fordelt på køn og aldersgrupper. Alle former for sukkersyge er inkluderet.

Af tabel 2 kan det indirekte ses, at langt hovedparten af samtlige personer med sukkersyge er under 70 år. De vides ikke, hvor stor en andel af gruppen under 70 år, der aktuelt er omfattet af regelmæssig fornyelse af kørekort.

5.4.4. Forbrug af lægemidler af betydning for trafikikkerheden

Der sker med alderen en betydelig stigning i forbruget af lægemidler af betydning for trafiksikkerheden. I tabel 3 ses forbruget af de såkaldte benzodiazepiner (beroligende midler og sovemedicin), og i tabel 4 ses forbruget af stærkt smertestillende medicin. Af tabellerne ses, at op mod hver 4. på 80 år og derover får ordineret et sådan middel i løbet af et år. Indtag af hovedparten af den omfattede medicin er ikke forenelig med at føre bil. Det vides ikke, hvor mange af dem, der har fået ordineret disse midler, som faktisk har kørekort. Det vides heller ikke, hvor mange af de omfattede som tager medicinen fast eller omvendt kun få gange.

Personhenførbart salg, aldersgrupper		Antal personer pr. 1.000 indbyggere
	Antal personer	
20 - 39 år	36.286	26,3
40 - 64 år	148.930	78,9
65 - 79 år	116.307	157,7
80+	55.910	242,7

Tabel 3. Antal personer, der i 2012 fik ordineret benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler fordelt på aldersgrupper, samt andelen af personer i hver aldersgruppe, der har fået ordineret denne type lægemidler mindst en gang i løbet af året.

Personhenførbart salg, Aldersgrupper		Antal personer pr. 1.000 indbyggere
	Antal personer	
20 - 39 år	58.306	42,3
40 - 64 år	173.993	92,2
65 - 79 år	115.053	156,0
80+	63.894	277,4

Tabel 4. Antal personer, der i 2012 fik ordineret stærkt smertestillende medicin (ATC-gruppe N02A) fordelt på aldersgrupper, samt andelen af personer i hver aldersgruppe, der har fået ordineret denne type lægemidler mindst en gang i løbet af året.

5.4.5. Slagtilfælde

Slagtilfælde (apopleksi) kan være af væsentlig betydning for evnen til at kunne køre bil. Der kan dels opstå lammelser, som har direkte betydning for evnen til at køre bil, dels opstå mental svækkelse og andre forhold af væsentlig betydning for evnen til at køre bil. Denne patientgruppe er derfor af særlig interesse for trafiksikkerheden. For personer på 75 år og derover har 1 ud 20 været ramt af et slagtilfælde. Der sker en jævn stigning med alderen, jf. tabel 5, og en ikke ubetydelig andel af de registrerede slagtilfælde indtræder før 70-års alderen. Der henvises herved til Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Sundhedsstyrelsen, 2014, tabel 3.2.2.

Alder	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	0,2	0,2	0,6	1,1	2,7	4,2	6,1	1,7
Kvinder	0,1	0,1	0,4	1,0	1,9	2,6	5,8	1,4

Tabel 5: Andelen af personer (i procent), som har haft et slagtilfælde fordelt på aldersgrupper.

5.5. Andre trafikmedicinske tiltag af betydning for færdselssikkerheden

5.5.1. Lægeligt kørselsforbud

Et ”lægeligt kørselsforbud” er ikke en forvaltningsretlig afgørelse med retsvirkninger. Det skal heller ikke forveksles med et egentligt kørselsforbud efter færdselslovens § 127.

Begrebet lægeligt kørselsforbud anvendes i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9584 af 10. oktober 2013 om vurdering af helbreds krav til førere af motorkøretøjer. Vejledningen er rettet mod læger, som skal vurdere helbreds krav i forbindelse med ansøgning om udstedelse af kørekort, og til læger, der skal vurdere, om en helbredstilstand hos en patient indebærer en risiko for færdselssikkerheden.

Følgende fremgår af vejledningens pkt. 2.1.

”I denne vejledning bruges begrebet kørselsforbud om den periode, i hvilken en læge har vurderet, at patienten ikke kan føre motorkøretøj på betryggende måde på grund af sit helbred. Begrebet kørselsforbud anvendes i daglig tale, selv om lægen ikke har kompetence til at udstede et forbud mod at føre motorkøretøj.

Lægen skal altid informere patienten, hvis dennes helbred udgør en fare ved motorkørsel, så patienten er klar over sin situation. Lægen skal fortælle patienten, at han/hun skal indstille sin motorkørsel (kørselsforbud).

Kørselsforbud skal for eksempel gives ved:

- Neurologisk lidelse som krampeanfald, hjerneblødning med påvirkning af opfattelsesevne og/eller fysisk formåen
- Ikke behandlet søvnapnø eller narkolepsi
- Hjertesygdom med risiko for pludselig påvirkning af bevidstheden
- Ændring af synsfelt og eller synsstyrke
- Behandling med og indtagelse af visse lægemidler.”

Det er foreskrevet i vejledningen, at lægen skal give en patient et ”lægeligt kørselsforbud”, hvis det skønnes, at patientens kørsel vil udgøre en fare som følge af patientens helbredsmæssige problemer. Et lægeligt kørsels-

forbud vil skulle meddeles, hvis patientens sygdom indebærer, at vedkommende ved kørsel i motordrevet køretøj udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare (kriteriet i autorisationslovens § 44, jf. nedenfor under pkt. 5.5.2), men kan også meddeles i andre tilfælde, hvor faren er mindre alvorlig.

Vejledningen er en videreførelse og udbygning af Sundhedsstyrelsens cirkulære af 15. august 1973 vedrørende lægelovens § 12 (som i vidt omfang svarer til autorisationslovens § 44, jf. ovenfor under pkt. 3.1), særligt med henblik på førere af motorkøretøjer. Der fremgik bl.a. følgende af cirkulæret:

”Ifølge § 12 er en læge, der i sin virksomhed kommer til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i legemlig eller sjælelig henseende, at han i betragtning af de forhold, hvorunder han lever eller arbejder, udsætter andre liv eller helbred for nærliggende fare, forpligtet til at søge faren afbødet.

Lægen kan opfylde den forpligtelse, der ifølge § 12 påhviler ham, ved at opfordre den pågældende til at undlade den virksomhed, der på grund af hans sygdom eller mangler i legemlig eller sjælelig henseende kan udsætte andres liv eller helbred for en nærliggende fare. Hvis en henvendelse til vedkommende selv ikke med rimelig sikkerhed vil bevirke, at personen afstår fra den pågældende virksomhed, skal lægen rette henvendelse til embedslægen eller Sundhedsstyrelsen eller søge faren afbødet på anden måde under hensyn til, hvad der i det givne tilfælde skønnes mest hensigtsmæssigt.

Formålet med lovbestemmelsen er at sikre lægens medvirken til at hindre ulykker i situationer, hvor der efter lægens skøn foreligger en nærliggende fare på grund af patientens sygdom m.v. Lægen har kun pligt til at gribe ind over for en nærliggende fare, ikke over for en ubestemt, ikke aktuel fare. Der skal foreligge en rimelig sandsynlighed for, at personen i sit virke på grund af sin sygdom i legemlig eller sjælelig henseende kan udsætte andres liv eller helbred for nærliggende fare.

Bestemmelsens praktiske område vedrører navnlig patienter, hvor lægen har konstateret helbredsmangler, og hvor der kan rejses tvivl om, hvorvidt de pågældende opfylder de helbredsmæssige betingelser for at føre motorkøretøj (såsom epilepsi, diabetes, hjertelidelser, blodtrykslidelser med risiko for anfald af bevidstløshed, sindssygdom m.v.).”

Et lægeligt kørselsforbud meddeles i praksis ved, at lægen orienterer patienten om, at vedkommende skal indstille sin motorkørsel, og kørselsforbuddet anføres i patientens journal. I henhold til vejledningen skal lægen i det omfang, det er muligt, tage stilling til hver enkelt kategori, som patienten

ten har kørekort til, med henblik på en vurdering af, om patienten opfylder de helbredsmæssige mindstekrav til den enkelte kategori. F.eks. kan det forekomme, at patienten skal meddeles et lægeligt kørselsforbud til lastbil eller en anden gruppe 2-kategori, hvor der er skærpede helbedskrav, men ikke til almindelig personbil eller et andet gruppe 1-køretøj.

I henhold til vejledningen skal lægen altid vurdere, hvornår patienten eventuelt kan genoptage kørslen, og informere patienten om denne vurdering. Der findes ikke en øvre eller nedre tidsgrænse for længden af et lægeligt kørselsforbud, og kørselsforbuddet kan således være for en begrænset periode eller permanent.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at hvis lægen er overbevist om, at patienten er indstillet på at efterkomme det lægelige kørselsforbud, skal lægen ikke foretage sig yderligere. I disse tilfælde registreres kørselsforbuddet ikke andre steder end i patientens journal, og der sker ikke underretning til politi eller andre myndigheder.

Lægen har således ikke pligt til at indgive anmeldelse efter autorisationslovens § 44, jf. nedenfor under pkt. 5.5.2, i tilfælde af, at patienten lider af sygdom, som er til fare for færdselssituationen, hvis der er meddelt et lægeligt kørselsforbud, og lægen har grund til at tro, at patienten efterlever dette, da lægen dermed ikke har grund til at tro, at patienten lever under forhold, hvor vedkommende som følge af sygdommen udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare ved at føre motordrevet køretøj. Patienten kan derfor i princippet være underlagt et tidsubegrænset lægeligt kørselsforbud uden, at Sundhedsstyrelsen eller politiet får kendskab hertil, og uden at det i øvrigt får nogen *retsvirkninger* i forhold til retten til at føre motordrevet køretøj, at patienten lider af en sygdom mv., som gør, at vedkommende som fører kan være til fare for færdselssikkerheden.

Hvis lægen bliver opmærksom på, at patienten overtræder det lægelige kørselsforbud, eller hvis lægen vurderer, at patienten ikke er indstillet på at overholde forbuddet, skal lægen indgive anmeldelse herom til Sundhedsstyrelsen efter autorisationslovens § 44, jf. nedenfor under pkt. 5.5.2.

5.5.2. Indberetningspligt efter autorisationslovens § 44

§ 44 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed med senere ændringer (autorisationsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011, har følgende ordlyd:

”§ 44. Kommer en læge i sin virksomhed til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i fysisk eller sjælelig henseende, at personen i betragtning af de forhold, hvorunder denne lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare, er lægen forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv eller om fornødent ved anmeldelse til pågældende embedslæge eller Sundhedsstyrelsen.”

Autorisationslovens § 44 er således en undtagelse til hovedreglen om lægers tavshedspligt i kapitel 9 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 med senere ændringer, og bestemmelsen indebærer en handlepligt for lægen i bl.a. de tilfælde, hvor lægen bliver opmærksom på, at patienten ikke overholder et lægeligt kørselsforbud, eller vurderer, at patienten ikke vil overholde et lægeligt kørselsforbud, jf. pkt. 5.5.1.

I disse situationer skal lægen anmelde forholdet til Sundhedsstyrelsen. Det gælder også, hvis lægen på et senere tidspunkt bliver bekendt med, at patienten ikke er indstillet på at overholde det meddelte lægelige kørselsforbud.

Bestemmelsen i § 44 sikrer således lægens medvirken til at hindre ulykker i situationer, hvor der efter lægens skøn foreligger en nærliggende fare (f.eks. for færdselssikkerheden) på grund af patientens sygdom mv.

Sundhedsstyrelsen vil – når styrelsen modtager en anmeldelse efter § 44 – vurdere, om det skal indstilles til politiet, at kørekortet umiddelbart indtages, om der skal indledes en kørekortsag, eller om sagen på det foreliggende grundlag ikke kræver yderligere handling. I praksis indstilles det i hovedparten af sagerne, at der indledes en kørekortsag.

Det forekommer også, at lægen (og eventuelt patienten) er i tvivl om, hvorvidt betingelserne for, at patienten kan bevare førerretten, er opfyldt, og at lægen på den baggrund forelægger sagen for Sundhedsstyrelsen. I en del af disse sager retter Sundhedsstyrelsen henvendelse til politiet med henblik på, at der indledes en sag om inddragelse af førerretten, mens andre sager afsluttes ved rådgivningen af lægen og/eller patienten.

Autorisationslovens § 44 giver ikke lægen mulighed for uden patientens samtykke at videregive helbredsoplysninger til andre myndigheder end Sundhedsstyrelsen. Lægen kan således ikke kontakte kommunen eller (hvis speciallæge) patientens egen læge om problemstillingen. Dog bør en speciallæge forsøge at indhente patientens samtykke til at anføre oplysning-

gen om det lægelige kørselsforbud i epikrisen (et kort sammendrag af patientens sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling) til egen læge, hvis denne overtager behandlingen, jf. pkt. 2.3 i Sundhedsstyrelsens vejledning om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer, som er omtalt ovenfor under pkt. 5.5.1.

Lægen kan dog i helt særlige situationer, hvor det er nødvendigt uden ophold at inddrage kørekortet, anmode om politiets bistand. Lægen kan i den forbindelse uden patientens samtykke videregive de relevante helbredsoplysninger til politiet efter sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 2, hvorefter videregivelse af sundhedsoplysninger uden patientens samtykke kan ske, når videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre. Lægen skal dog forinden have forsøgt at indhente patientens samtykke til videregivelse af helbredsoplysningerne.

Det er i autorisationslovens § 85 fastsat, at en læge, der tilsidesætter sin pligt til at søge faren afbødet efter § 44, straffes med bøde.

6. Overvejelser

6.1. Overvejelser om hævelse af aldersgrænsen

Den nuværende aldersgrænse for obligatorisk lægelig screening i forbindelse med kørekortfornyelse på 70 år har været gældende i snart 40 år. Det er vanskeligt at pege på den nærmere begrundelse for, at man i sin tid valgte netop denne grænse. Grænsen er imidlertid fastsat af færdselssikkerhedsmæssige årsager og med afsæt i overvejelser af sundhedsfaglig karakter, jf. pkt. 3.1 ovenfor. Det må derfor i første række bero på en lægefaglig vurdering, om aldersgrænsen bør fastholdes, afskaffes eller hæves.

Den nuværende aldersgrænse på netop 70 år for lægelige screening forekommer imidlertid ikke at være baseret på et specifikt videnskabeligt grundlag, herunder oplysninger om levealder og helbredstilstand. Det er derfor heller ikke i sig selv et argument for at hæve aldersgrænsen, at befolkningen nu gennemsnitligt lever længere og har et godt helbred i også en høj alder. Omvendt må det antages, at effekten af 70-årsgrænsen for screening er blevet mindre end tidligere som følge af den generelle udvikling i folkesundheden siden midten af 1960'erne. Dette kunne således generelt tale for at forhøje aldersgrænsen.

Hvis aldersgrænsen for, hvornår der skal ske obligatorisk lægekontrol i forbindelse med fornyelse af kørekort, (afskaffes eller) hæves fra de nuvæ-

rende 70 år, begrænser man imidlertid muligheden for at gribe ind over for de bilister, som er ramt af sygdomme eller har et medicinforbrug, som er til væsentlig fare for færdselssikkerheden. Det vil i praksis navnlig dreje sig om demenssygdomme og forbrug af visse former for lægemidler, som har betydning for evnen til at føre motorkøretøj. Ved andre sygdomme, som har betydning for færdselssikkerheden (f.eks. hjerte-kar-sygdomme), er der således typisk tæt kontakt med lægen i forvejen, hvorfor sådanne sygdomme i praksis fortsat vil blive opdaget.

Kravet om lægeundersøgelse kan endvidere medføre en vis form for selvselektion, da ældre personer, som ellers ville have fortsat med at køre bil, i forbindelse med lægeundersøgelsen frivilligt vælger ikke at ansøge om fornyelse af kørekortet, idet de er bevidste om, at de muligvis ikke ville kunne få kørekortet fornyet, og i øvrigt generelt får en konkret anledning til at overveje, om de fysisk fortsat er i stand til at køre bil. Hvis den faste aldersgrænse for lægelig screening i forbindelse med kørekortfornyelse hæves, vil det medføre, at det naturlige tidspunkt for den enkeltes selvselektion udskydes til et senere tidspunkt, ligesom det som udgangspunkt vil betyde, at de bilister, som ikke længere opfylder de helbredsmæssige krav til at føre motorkøretøj, som man i dag ”opfanger”, når de fylder 70 år, kan bevare førerretten i længere tid med den risiko for en forringet færdselssikkerhed, som det indebærer, til følge.

Der er omvendt forhold, der taler for, at en screening af ældre bilister kan have en direkte negativ effekt, idet de, hvis de skal erstatte bilen med andre transportformer – eksempelvis som fodgængere eller cyklister – bliver ”bløde trafikanter” med en større ulykkesrisiko. Hertil kommer, at det begrænser de berørtes mobilitet med begrænset livskvalitet til følge.

Det skal i den forbindelse også tages i betragtning, at det fremgår af den ovenfor under pkt. 5.1 omtalte rapport fra HVU, at flere undersøgelser har vist, at ældre bilister ikke er mere farlige i trafikken end andre aldersgrupper, uanset at deres ulykkesbillede adskiller sig fra andre aldersgrupper.

Problemstillingen kompliceres yderligere af, at det ikke vides, i hvilket omfang befolkningen i dag i højere grad ønsker at fortsætte med at køre bil i en høj alder sammenlignet med tidligere. Langt hovedparten af de ældre bilister må antages at holde op med at køre bil, fordi de selv vælger det, og ikke fordi de ikke kan få fornyet deres kørekort. I den sammenhæng spiller den lægelige screening formentlig ingen eller kun en begrænset rolle, hvilket taler for at fjerne screeningen eller hæve aldersgrænsen.

Der er således samlet set tale om en kompleks problemstilling, som ikke kan besvares entydigt.

Det kan konkluderes, at der ikke foreligger videnskabelig dokumentation for den reelle effekt af den obligatoriske lægeundersøgelse, når kørekortindehaveren fylder 70 år. Hertil kommer, at restlevetiden for 70-årige mænd er steget fra 10,53 år i 1961-1965 til 13,46 år i 2009-2013 og for kvinder er steget fra 11,85 år i 1961-1965 til 15,80 år i 2009-2013. Der er samtidig indikationer på, at en række sygdomme og tilstande af betydning for færdselssikkerheden, herunder demens, indtræder senere i livet end tidligere. Fremskridtene på dette område er dog væsentligt forskelligt i forskellige samfundsgrupper, hvorfor befolkningen i den sammenhæng ikke kan ses under ét. Endvidere kan mental eller fysisk svækkelse øge risikoen for trafikulykker, og risikoen for sådanne svækkelser stiger alt andet lige, jo ældre man bliver. Der henvises til pkt. 5 ovenfor.

Det er på denne baggrund efter en samlet afvejning af de forskellige modstridende hensyn Justitsministeriets, Sundhedsstyrelsens og Rigspolitiets opfattelse, at der fortsat bør være en *fast aldersgrænse*, hvorefter kørekort udstedes med kortere gyldighed end de nugældende 15 år med henblik på, at det i forbindelse med fornyelse af kørekortet undersøges, om den pågældende fortsat opfylder de helbredsmæssige betingelser for at have kørekort.

Ved at fastsætte en sådan fast aldersgrænse sikrer man, at kørekort kun fornyes til personer, som fortsat har den fornødne åndelige og legemlige førlighed, og at de personer, som ikke selv vil eller er i stand til at indse, at de er til fare for sig selv eller andre, ophører med at køre bil.

Arbejdsgruppen skal i den forbindelse bemærke, at der ikke ses at være et snævert nærmere lægeligt videnskabeligt belæg for at pege på en bestemt ny aldersgrænse. På samme måde som ved fastsættelsen af den nuværende aldersgrænse på 70 år, vil beslutningen om at hæve aldersgrænsen således bero på bredere, herunder i høj grad politiske overvejelser med afsæt i det, der er anført ovenfor.

Hvis det besluttes, at den nuværende aldersgrænse skal *hæves*, finder Justitsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet imidlertid, at en sådan ændring – som modvægt til den mulige negative effekt på færdselssikkerheden, som en hævelse af aldersgrænsen kan have – bør overvejes indført

sammen med foranstaltninger, som kan være med til at mindske risikoen for færdselssikkerheden, jf. nedenfor under pkt. 6.2.

6.2. Øvrige overvejelser

6.2.1. Indledning

Som anført ovenfor under pkt. 6.1 vil en hævelse af aldersgrænsen kunne have en vis negativ effekt på færdselssikkerheden. Det er derfor arbejdsgruppens anbefaling, at en eventuel hævelse af aldersgrænsen overvejes suppleret med et eller flere initiativer, som skal medvirke til at sikre, at de bilister, som ikke længere opfylder de helbredsmæssige mindstekrav til at føre motorkøretøj, opfanges.

Arbejdsgruppen har i den forbindelse overvejet fordelene og ulemperne ved en række tiltag, som vil blive gennemgået nedenfor.

6.2.2. Skærpet indberetningspligt for lægen

Arbejdsgruppen har som det første – og mest indgribende tiltag – overvejet muligheden for at indføre obligatorisk indberetning til politiet eller Sundhedsstyrelsen i tilfælde, hvor lægen i dag meddeler et lægeligt kørselsforbud, jf. ovenfor under pkt. 5.5.1, herunder hvis patienten indtager medicin, som ikke vurderes at være foreneligt med bilkørsel. Indberetningspligten vil således kunne udstrækkes til at gælde i videre omfang end kun, når faren for færdselssikkerheden er nærliggende. Derved vil der ikke længere være noget rum for at meddele lægeligt kørselsforbud, og anvisningerne i Sundhedsstyrelsens vejledning herom ville kunne afskaffes.

Fordelene ved en sådan ordning vil være, at politiet gøres bekendt med de bilister, som efter den gældende ordning modtager et lægeligt kørselsforbud, og på den baggrund kan vurdere, om der bør indledes en kørekortsag.

Endvidere vil man sikre, at en langt større del af de personer, som på grund af sygdom eller medicinforbrug ikke længere bør føre bil, og hvor reglerne i dag er indrettet i tillid til, at patienten respekterer det lægelige kørselsforbud, som lægen har meddelt, vil få inddraget førerretten.

Politiet, som kontrollerer, om færdselsloven overholdes, kan således, når de standser en person, som er i besiddelse af et gyldigt kørekort, efter den gældende ordning ikke konstatere, om den pågældende lider af sygdom mv., som giver anledning til at overveje om vedkommende bør føre motordrevet køretøj. I praksis kan der derfor i dag kun i meget begrænset omfang ske håndhævelse over for den omhandlede personkreds. En obligato-

risk indberetningspligt vil derimod betyde, at håndhævelsen på området bliver mere effektiv.

Det vil således kunne sikres, at de personer, som ikke opfylder de helbredsmæssige krav for at føre motordrevet køretøj for en kortere eller længere periode, registreres i kørekortsystemet med henblik på en eventuel vurdering af, om kørekortet skal udstedes med en tidsbegrænsning eller eventuelt inddrages. Sådanne regler vil dermed have en langt bredere effekt end den nuværende screeningsmodel, idet ordningen vil omfatte alle aldersgrupper og ikke kun personer over 70 år.

En sådan ændring af reglerne om indberetningspligt for lægen er imidlertid også forbundet med en række ulemper.

En ordning, hvorefter der skal ske indberetning af samtlige lægelige kørselsforbud, kan således medføre en svækkelse af tillidsforholdet mellem læge og patient. Hvis lægen får en pligt til at indberette varige lidelser – eller sygdomme i det hele taget – og udskrivning af medicin, kan det afholde patienter fra at kontakte lægen med symptomer på sygdomme, som indebærer, at de risikerer at få inddraget eller tidsbegrænset deres kørekort. Hertil kommer, at en sådan ordning vil kunne sætte navnlig den praktiserende læge, som har en tilbagevendende relation til den pågældende patient, i et vanskeligt dilemma, når en diagnose skal stilles.

Endvidere må en sådan ordning forventes at blive særdeles omfattende og medføre et meget stort ressourceforbrug hos de involverede myndigheder.

Herudover må beslutning om, hvorvidt indberetningspligten skal skærpes, træffes i lyset af, at der i dag ikke sker mange færdselsuheld, hvor hovedårsagen til uheldet har været en fører, som af helbredsmæssige årsager mv. ikke burde have ført motorkøretøj.

Arbejdsgruppen har som et alternativ til en skærpet/udvidet indberetningspligt overvejet muligheden for at skærpe den sanktion, som en læge kan pålægges for ikke at overholde autorisationslovens § 44 om indberetningspligt, f.eks. ved ikke at etablere tilstrækkelig grad af sikkerhed for at en patient vil overholde et lægeligt kørselsforbud, eller ved ikke at reagere på en overtrædelse af et lægeligt kørselsforbud. Tilsvarende kan overvejes, hvis lægen ikke udskriver recepter i overensstemmelse med reglerne i tilfælde, hvor det kan indvirke på færdselssikkerheden.

Rigsadvokaten har imidlertid oplyst, at der siden 2007 ikke har været sager, hvor der er rejst tiltale for overtrædelse af autorisationslovens § 44, og arbejdsgruppen finder på den baggrund ikke, at en skærpelse af sanktionen for overtrædelse af indberetningspligten vil medvirke til at sikre, at de bilister, som ikke længere opfylder de helbredsmæssige mindstekrav til at føre motorkøretøj, opfanges.

6.2.3. Øvrige tiltag til at øge opmærksomheden på de helbredsmæssige betingelser

Desuden har arbejdsgruppen overvejet muligheden for at øge øvrige myndigheder og fagpersoners opmærksomhed på begrebet lægeligt kørselsforbud samt retningslinjerne herfor.

Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse påpeget, at der ikke foreligger klare retningslinjer for, hvorledes problemstillingen skal håndteres af borge- ren og de involverede myndigheder, når en person pådrager sig en sygdom af betydning for evnen til at føre motorkøretøj. Problemstillingen er navn- lig relevant i en række sammenhænge, hvor der er sket væsentlige ændrin- ger i kørekortindehaverens helbredsforhold, men hvor der ikke foreligger en umiddelbar risiko i form af, at kørekortindehaveren ”udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare”, jf. autorisationslovens § 44. Det vil i praksis typisk være de sager, hvor lægen og eventuelt også patienten er i tvivl om, hvorvidt kravene til bevarelse af kørekort er opfyldt. Disse sager håndteres i praksis forskelligt, og fremgangsmåden afhænger ofte af, hvor i sundhedsvæsenet tvivlen opstår. Det kan derfor overvejes at fastlægge klare retningslinjer for håndteringen af disse sager.

For så vidt angår kriterierne for meddelelse af et lægeligt kørselsforbud vil Sundhedsstyrelsen f.eks. ved at præcisere vejledningen om vurdering af helbreds krav til førere af motorkøretøjer kunne skærpe lægernes opmærk- somhed på de situationer, hvor der skal meddeles et lægeligt kørselsfor- bud. Ifølge Sundhedsstyrelsens erfaringer anvender lægerne i praksis ikke altid det lægelige kørselsforbud i sager, hvor det er relevant. Det er Sund- hedsstyrelsens vurdering, at en af årsagerne hertil kan være, at der ikke ak- tuelt foreligger let tilgængelige oplysninger om, hvornår der bør gives et lægeligt kørselsforbud, og hvor længe et sådant skal vare.

Arbejdsgruppen har på den baggrund drøftet muligheden for at revidere vejledningen om vurdering af helbreds krav til førere af motorkøretøjer, så den opdeles i forhold til betingelserne for at få udstedt (eller fornyet) køre- kortet, og de situationer hvor der skal meddeles et lægeligt kørselsforbud,

og Sundhedsstyrelsen har allerede iværksat et arbejde med det formål. Inddelingen i vejledningen forventes at følge inddelingen i kørekortbekendtgørelsens bilag 2. Der vil dog i princippet i vidt omfang skulle være overensstemmelse mellem, hvornår der skal meddeles lægeligt kørselsforbud, og hvornår kravene til udstedelse og fornyelse af kørekort ikke er opfyldt.

Endvidere vil Sundhedsstyrelsen ved at præcisere vejledningen om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer kunne skærpe lægernes opmærksomhed på deres indberetningspligt efter autorisationslovens § 44 i de tilfælde, hvor der er mistanke om, at patienten ikke overholder det meddelte lægelige kørselsforbud. Sundhedsstyrelsen vil ligeledes dels ved generel information, dels ved øget stikprøvekontrol, kunne øge fokus på, at lægerne foretager indberetning i et tilstrækkeligt omfang og er tilstrækkeligt opmærksomme på patienter, som er meddelt et lægeligt kørselsforbud. I den forbindelse vil det også være relevant at skærpe opmærksomheden på problemstillingerne omkring kørselsforbud og indberetning i situationer, hvor behandlingsansvaret flyttes fra én læge til en anden – f.eks. fra sygehusvæsenet til den alment praktiserende læge, jf. ovenfor under pkt. 5.5.2.

Endelig skal arbejdsgruppen bemærke, at det kan overvejes at inddrage øvrige aktører på færdselssikkerhedsområdet, f.eks. Rådet for Sikker Trafik og Ældre Sagen, med henblik på oplysningskampagner vedrørende særlige forhold af betydning for ældre bilister.