

Førerkortvurdering i akuttpsykiatrien

*Et kvalitetsforbedringsprosjekt
ved psykiatrisk akuttavdeling
på Lovisenberg Diakonale Sykehus*

Friha Aftab, Marit Elizabeth von Düring, Nikoline Helmlí Gamst,
Christina Hassfjell, Lars Åge Heskje, Amit Ighani,
Marie Hoftun Jæger og Julian Eek Mariampillai



Prosjektoppgave i
kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2016

**© Friha Aftab, Marit Elizabeth von Düring, Nikoline Helmlie Gamst, Christina Hassfjell,
Lars Åge Heskje, Amit Ighani, Marie Hoftun Jæger og Julian Eek Mariampillai**

2016

*Førerkortvurdering ved psykiske lidelser: Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved psykiatrisk
akuttavdeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus*

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Problemstilling: Psykiske lidelser er vanlige i befolkningen, og er dokumentert å påvirke atferd, kognisjon og psykisk funksjon. Dette kan føre til nedsatt evne til å kjøre bil, og sjåførere med en psykisk lidelse kan derfor utgjøre en trafikkrisiko. Det er observert at førerkortvurdering ikke blir praktisert ved psykiatrisk akuttavdeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Denne oppgaven beskriver innføringen av tiltak som vil kunne bidra til å øke andelen pasienter som får utført førerkortvurdering.

Kunnskapsgrunnlag: Kunnskapsgrunnlaget er delt i et juridisk og et medisinsk/trafikkfaglig kunnskapsgrunnlag. Førstnevnte består av Helsepersonelloven, Vegtrafikkloven og Førerkortforskriften med veileder, hvor det 1. oktober 2016 trådte i kraft endringer med nye og mer spesifiserte helsekrav for å gi en mer enhetlig praksis. Det finnes en begrenset mengde oppsummert forskning på trafikal atferd ved psykiske lidelser.

Dagens praksis, tiltak og kvalitetsindikatorer: Det er ingen rutine for utføring av førerkortvurderinger ved psykiatrisk akuttavdeling på LDS, og vi antar dette gjøres i liten grad. Våre praksisendringstiltak innebærer blant annet innføring av skrevne prosedyrer, endring av innkomstjournal- og epikrisemal og opplæring av ansatte. Prosjektets resultatindikator er andel aktuelle pasienter som har fått utført førerkortvurderinger.

Ledelse og organisering: Prosjektleder bør være en overlege ved avdelingen. Deltakere er samtlige helsepersonell ved avdelingen. Effekten av innførte tiltak evalueres annenhver måned i startfasen, med mulighet for å innføre ytterligere tiltak ved behov. Den største utfordringen antar vi er enkeltlegers holdninger og vilje til å endre praksis, grunnet en vanskelig dobbeltrolle og ressursbruk. Dette kan håndteres med bevisstgjøring av viktigheten av endringen, internopplæring med kasus og diskusjon av praktiske utfordringer, og inkludering av helsepersonell i utarbeidelsen av endringen.

Konklusjon: Kartlegging av førerkortstatus og vurdering av førerevne bør være en del av arbeidet ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Implementeringen av endringsprosjektet er lite ressurskrevende. Vi anbefaler at prosjektet gjennomføres, både av hensyn til lovverkets krav og trafiksikkerheten.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	1
1.1	Problemstilling.....	1
2	Kunnskapsgrunnlag.....	2
2.1	Juridisk kunnskapsgrunnlag	2
2.2	Medisinsk og trafikkfaglig kunnskapsgrunnlag	6
3	Dagens praksis, tiltak og indikatorer.....	11
3.1	Dagens praksis.....	11
3.2	Tiltak.....	11
3.3	Indikatorer	13
4	Prosess, ledelse og organisering.....	15
4.1	Organisering og gjennomføring av endringsprosjektet	15
4.2	Implementering av endringsprosjektet	16
4.3	Forventede utfordringer og forslag til håndtering	16
5	Diskusjon og konklusjon.....	19
5.1	Førerkortvurdering skal foretas ved psykiatrisk akuttavdeling	19
5.2	Prosjektet bør gjennomføres	20
	Litteraturliste	21
	Tabell 1. Kilder til juridisk kunnskapsgrunnlag.....	2
	Tabell 2. Oversikt over endringsprosjektets struktur-, prosess- og resultatindikatorer	14
	Figur 1. Oversikt over regulering av helsekrav til førerett.....	5
	Figur 2. Pasientflyt ved innleggelse	12
	Figur 3. Modell for kvalitetsforbedring.....	14
	Figur 4. Flytskjema over prosjektets implementering.....	18

1 Bakgrunn

Psykiske lidelser omfatter alt fra milde plager som fobier, lettere angstlidelser og milde depresjoner, til gjennomgripende og alvorlige tilstander som psykoser, deriblant schizofreni. Felles for psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (1). Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen; omtrent en tredjedel vil tilfredsstillende diagnostiske kriterier for minst én slik lidelse i løpet av et år, og cirka halvparten vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet (1). Ved psykiske lidelser kan atferd, kognisjon og psykisk funksjon påvirkes, noe som kan føre til nedsatt evne til å kjøre bil. Pasienter med psykiske lidelser vil således kunne utgjøre en risiko i trafikken.

Førerforkortforskriften regulerer bestemmelser knyttet til det å inneha førerkort, deriblant helsekrav. Den 13. juni 2016 ble det vedtatt endringer i forskriften, som trådte i kraft 1. oktober 2016, med en betydelig spesifisering av helsekravene (2). De tidligere helsekravene var mer generelle, og personer som ble nektet førerkort kunne få dispensasjon til å inneha førerrett innvilget av Fylkesmannen. Revisjonen av forskriften har medført mer spesifikke helsekrav, og de forventes å redusere Fylkesmannens arbeidsmengde angående dispensasjonssøknader. I tillegg vil endringen sikre en mer enhetlig og lik behandling av søknad om førerkort.

Viktigheten av å regulere førerkortkrav av hensyn til trafikksikkerhet aktualiseres av Stortingets nullvisjon, om null drepte eller hardt skadde i trafikken (3)^[ØBJ]. Statens Vegvesen anslår at tiltak på infrastruktur- og omgivelsessiden alene ikke er nok for å nå vedtatte etappemål i reduksjon i dødsfall og hardt skadde, og understreker tiltak på individsiden som et viktig bidrag

1.1 Problemstilling

To studenter i gruppen vår (MEvD, LÅH) har jobbet ved psykiatrisk akuttavdeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). De observerte at førerkortvurdering ikke ble utført i henhold til førerkortforskriftens krav. Det er dermed grunn til å anta at førerkortvurdering ikke utføres i tilstrekkelig grad ved avdelingen. Konsekvensene av fraværet av denne lovpålagte vurderingen kan være at trafikkfarlige pasienter ferdes i trafikken. Vår oppgave beskriver implementering av tiltak vi mener vil føre til økt andel pasienter som får utført førerkortvurdering.

2 Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget består både av en juridisk komponent og en medisinsk- og trafikkfaglig komponent. Sistnevnte omhandler kunnskap om hvordan psykiske lidelser, psykiske symptomer og psykofarmaka er assosiert med trafiksikkerhet, førerevne og atferd under bilkjøring.

2.1 Juridisk kunnskapsgrunnlag

Retten til å kjøre bil, førerrett, er nøye regulert i både Norge og Europa, og fordrer brede litteratursøk for å danne en oversikt.

2.1.1 Søkestrategi

Vi gjorde søk i Lovdata, Statens Vegvesens og Helsedirektoratets nettsider. Kildene funnet ved denne søkestrategien er oppsummert i

Tabell 1. Kilder til juridisk kunnskapsgrunnlag

Kilde	Tilgjengelig fra nettsted:
Forskrift om endring i førerkortforskriften (FOR-2016-06-13-655).	https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-06-13-655
Forskrift om førerkort m.m. (FOR-2004-01-19-298)	https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298
Lov om veitrafikk (LOV-1965-06-18-4)	https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1965-06-18-4/KAPITTEL_4#§24
Førerkort – veileder til helsekrav (IS-2541)	https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen
Høringsdokumenter fra høring i 2014/2015 i forbindelse med Forskrift om endring i førerkortforskriften	http://www.vegvesen.no/Fag/Publikasjoner/Offentlige-hoeringer/Hoering?key=748839 .
EU-direktiv 2006/126/EF punkt 13.1 og 13.2; Det tredje førerkortdirektiv 2006/126.	https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2007/mars/tredje-forerkortdirektiv-2006126/id2431543/

Tabell 1. Kilder til juridisk kunnskapsgrunnlag

For å gi en oversikt over regulering av førerett, gis det under en sammenfatning av innholdet i kildene i Tabell 1.

2.1.2 Vegtrafikkloven

Føreretten er regulert med hjemmel i Vegtrafikkloven. Vegtrafikklovens § 21 pålegger sjåføren et personlig ansvar for å avholde seg fra bilkjøring når han ikke er skikket til å kjøre, og § 24 i samme lov stiller krav til sjåførens helse, inklusive psykisk helse, for å ha rett til å inneha førerkort. Sjåføren er pålagt et ansvar for å melde fra til Fylkesmannen om egne helsemessige forhold som gjør at kravene til førerett ikke lenger er oppfylt.

2.1.3 Førerkortforskriften

Helsekrav til førerett er nærmere omtalt i Førerkortforskriften. Den mest vesentlige endringen som trådte i kraft 1. oktober 2016 er et revidert vedlegg, som stiller detaljerte helsekrav for å ha førerett, blant annet ved psykisk lidelse.

§ 3-1 definerer ulike førerkortklasser. Førerkortgruppe 1 er for lettere motorvogner, gruppe 2 for tyngre kjøretøy, og gruppe 3 er for kjøretøy beregnet for personbefordring, for eksempel buss.

§ 2 stadfester at ingen må kjøre bil dersom vedkommende på grunn av sykdom, medikamentbruk eller helsesvekkelse ikke er i stand til å kjøre på en trafikksikker måte. Sjåføren har selv et ansvar for å oppsøke lege for undersøkelse dersom han eller hun tviler på egen førerevne. Dersom legen finner at personen ikke innfrir helsekrav til førerett, plikter legen å gi melding til Fylkesmannen om dette.

Kapittel 13 beskriver helsekrav til førerett ved psykiske lidelser og svekkelser. De generelle helsekrav i § 33 oppgir at helsekrav ikke er oppfylt ved psykisk lidelse der det foreligger lite sykdomsinnsikt, atferdsavvik, problemer med impuls kontroll eller sviktende vurderingsevne som medfører økt risiko i trafikken. Under § 34 er det oppgitt helsekrav for å kunne kjøre bil ved noen spesifikke psykiske lidelser og svekkelser. For lidelsene som ikke er omtalt under § 34 gjelder de generelle kravene under § 33.

2.1.4 Førerkortveilederen

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til Førerkortforskriften. I denne veilederen understrekes viktigheten av å vurdere pasientens generelle helsetilstand uavhengig av spesifikke diagnoser. Vurderingen av pasientens sykdomsinnsikt og eventuelle rusmisbruk står sentralt. Manglende sykdomsinnsikt vil oftere kunne gjøre at pasienten motsetter seg behandling og ignorerer råd og formaninger fra helsepersonell. Legen må ha et bevisst forhold til utskrivning av medikamenter som kan påvirke førerevnen. For alle psykiske lidelser, gjelder at legen må gjøre en grundig vurdering av i hvilken grad sykdommen eller behandlingen påvirker kjøreevnen, hvor stabil sykdommen er og hvor stor risikoen er for forverring og nye episoder av sykdommen.

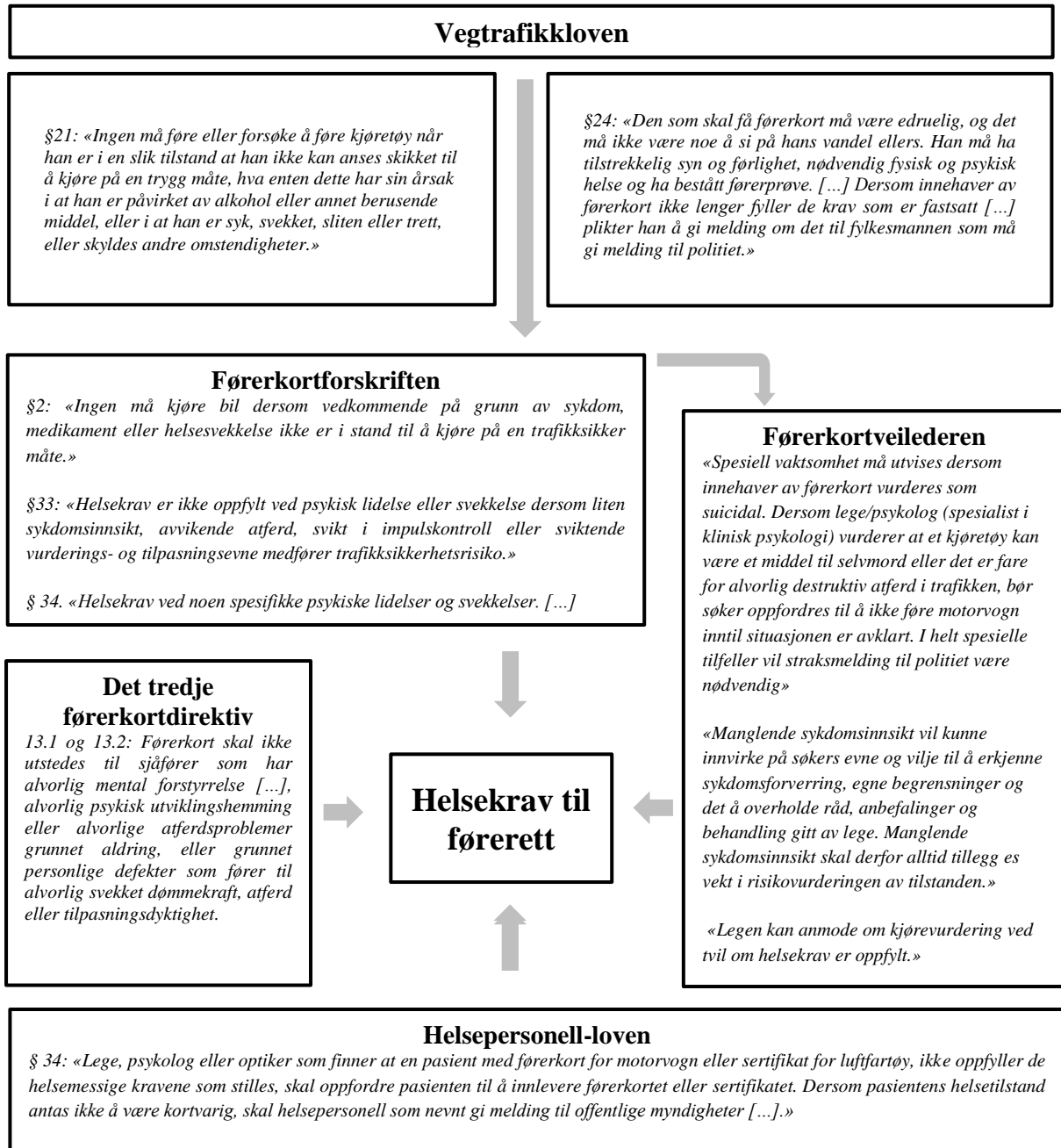
2.1.5 Det tredje førerkortdirektiv

Helsekrav ved mentale forstyrrelser er i Norge også regulert gjennom EU-direktiv 2006/126, omtalt som det tredje førerkortdirektiv. Det europeiske regelverket ble innlemmet i det norske regelverket via en EØS-avtale, og trådte i kraft fra 2013. I § 13.1 og 13.2 i dette regelverket står det at førerkort ikke skal utstedes til sjåførere som har alvorlig mental forstyrrelse eller alvorlige atferdsproblemer. Det er videre oppgitt at de regelfestede kravene til helse er minimumskrav som alle medlemsland og avtalepartnere må kreve av sjåførere i sine respektive land, men at hvert land har rett til å regelfeste strengere krav enn disse.

2.1.6 Helsepersonelloven

Legens opplysningsplikt i forbindelse med førerkort og vurdering av førerevne er omtalt i Helsepersonellovens § 34. Dersom en lege vurderer at en pasient med førerkort ikke innfrir helsekrav til førerrett, plikter legen å oppfordre pasienten til å innlevere sitt førerkort. Det skal sendes skriftlig melding til Fylkesmannen når helsekravet ikke er innfridd og det antas at helsekravet ikke vil være innfridd i en periode lenger enn seks måneder. Pasienten informeres skriftlig om at kjøring ikke er tillatt så lenge helsekravet ikke er oppfylt. Kjøring kan ikke gjenopptas før helsekravet igjen er oppfylt eller det er innvilget dispensasjon fra Fylkesmannen. Dersom legen antar at helseproblemene vil ha kortere varighet enn seks måneder, skal pasienten informeres om at helsekravet ikke er oppfylt og at kjøring ikke er tillatt så lenge dette vedvarer. Det skal dokumenteres i pasientens journal at denne

informasjonen er gitt. Det bør gis skriftlig informasjon til pasienten med likelydende informasjon og pasienten skal informeres om at dette er noe han har lovfestet plikt til å følge.



Figur 1. Oversikt over regulering av helsekrav til førerett, med utvalgte sitater fra regelverket

2.2 Medisinsk og trafikkfaglig kunnskapsgrunnlag

2.2.1 Søkestrategi

Vi søkte i McMaster Plus-søkemotoren med følgende søkestreng: ((psychiatric disorder) AND (driving ability)). Dette ga få treff av oppsummert forskning, men en rekke enkeltstudier i MEDLINE. UpToDate dokumenterer kunnskap om ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) og bilkjøring, da ADHD-publikasjoner finnes i et langt større antall enn publikasjoner om de andre psykiske lidelsene. Ellers er treffene hovedsakelig studier av alderdom, epilepsi, iskemisk hjerneslag og demens i sammenheng med trafiksikkerhet og førerkortvurderinger, som ligger utenfor vår problemstilling.

I annen omgang valgte vi å søke litteratur fra søketjenesten Oria. Søket ble utført den 11. november 2016 med følgende søkestreng:

(((driver safety) OR (driving simulator) OR (driving ability)) AND ((psychiatric disorder) OR psychosis OR ADHD OR schizophrenia OR depression OR (personality disorder)) NOT (post traumatic stress))

Vi så kun etter fagfelleverderte artikler. Gjennom denne søkestrategien fant vi 277 artikler, hvorav 14 var relevante for vår problemstilling. Vi gjorde samme søk, men med tillegg av: *AND ((systematic review) OR (meta analysis))* hvilket ga 21 treff. I tillegg har vi gjennomgått referanselister på flere av de større artiklene vi fant for å identifisere relevante artikler som ikke ble avdekket i våre elektroniske databasesøk.

Det finnes lite oppsummert forskning på dette fagfeltet, men i avsnittene under har vi vurdert kunnskapsgrunnlaget på bakgrunn av det vi fant. Vi har supplert dette med opplysninger fra Førerkortforskriften og Førerkortveilederen for de omtalte pasientgruppene.

2.2.2 Kunnskap om psykiske lidelser og evne til å kjøre bil

Bilkjøring krever integrering av motoriske og kognitive ferdigheter, som evne til å forstå og tolke situasjoner, risikoanalyse, beslutningstaking, evne til delt oppmerksomhet, korttidshukommelse, visuell-spatial evne, reaksjonsevne og evne til å kontrollere atferd og emosjoner. Psykisk og somatisk sykdom, samt mange legemidler, kan påvirke disse ferdighetene, og dermed gjøre bilkjøring uforsvarlig. Det eksisterer mye kunnskap om

hvordan ulike psykiske lidelser og psykofarmaka reduserer kognitive ferdigheter (4-6). Det finnes derimot nokså lite kunnskap om kjøreevnen til sjåførere med psykisk lidelse. Noen studier har målt andelen av sjåførere involvert i ulykker som hadde en psykisk lidelse, og påvist økt risiko for trafikkulykker blant dem med psykisk lidelse (7, 8). En systematisk oversikt og metaanalyse (9) studerte sammenhengen mellom fire hovedgrupper av psykiske lidelser og trafikkikkerhet, og konkluderte med at studiene utført inntil 2008 hverken hadde lyktes med å påvise eller utelukke en slik assosiasjon.

I de siste ti årene er det utviklet computersimuleringsmetoder for å simulere krevende trafikale situasjoner og vurdere testpersonenes sjåførferdigheter. En rekke enkeltstudier har benyttet simulering for å studere effekter av psykofarmaka (4), for å kartlegge kjøreatferd og førerevne ved ulike psykiske sykdommer (10), og for å måle sammenheng mellom gitte psykiatriske symptomer og kjøreevne (11).

I avsnittene under har vi valgt å presentere dette kunnskapsgrunnlaget fra medisinsk og trafikkfaglig forskning inndelt etter diagnosegruppene som benyttes i Førerkortveilederen. Vi har valgt å utelate autismspekterlidelsene og psykisk utviklingshemning, da disse faller utenfor vår problemstilling. Der det forelå systematiske oversikter er disse resymert. Ellers viser vi til relevante enkeltstudier.

Schizofreni

Enkeltstudier har funnet at pasienter med schizofreni har betydelig større risiko for å være involvert i trafikkulykker enn friske kontroller (12). Spesielt kognitiv svekkelse og redusert psykomotorisk tempo oppgis som forklaring på dette, da begge er kjernesymptomer ved schizofreni, og rammer essensielle evner for trygg bilkjøring. Det foreligger kjøresimulatorstudier, som blant annet har vist at schizofrenipasienter har langt flere nestenulykker og gjør flere feil enn kontrollene, og at rundt 25 % av pasientene ikke var i stand til å kjøre forsvarlig (10, 13, 14).

I henhold til førerkortforskriften og førerkortveilederen er det ikke tillatt å kjøre bil i perioder med aktiv psykotisk sykdom. Det stilles ikke krav om total symptomfrihet for å kjøre bil, men symptomene må ikke ha betydelig innvirkning på kjøreevnen. For førerkortgruppe 1 er helsekrav ved schizofreni oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved stabil tilstand i tre måneder, god etterlevelse av behandling, god oppfølging, ingen bivirkninger av legemidler

som kan påvirke trafikksikkerheten og god kognitiv funksjon. For førerkortgruppe 2 er kravene strengere.

Affektive lidelser og maniske episoder

En oversiktsartikkel fra 2014 (15) oppsummerer eksisterende litteratur om assosiasjonen mellom depresjon og førersikkerhet, og konkluderer med at depresjon kan medføre en økt trafikkrisiko. Enkeltstudier som har brukt computersimulering til å studere føreregenskaper til alvorlig depressive pasienter har funnet en økt ulykkesrisiko (11, 16). Assosiasjonen mellom maniske episoder og kriminelle handlinger er kjent, og det er dokumentert at en stor andel av dem som opplever en manisk episode har kontakt med politi og rettsvesen blant annet på grunn av uansvarlig kjøring (17). En tysk studie fra 2014 (14) viste at pasienter med akutt alvorlig depresjon og mani ikke er kvalifisert til å kjøre bil, men at de fleste kan gjenvinne førerevnen ved klinisk remisjon.

Veileder til førerkortforskriften nevner spesifikt tilfeller med én manisk episode, og tilfeller med flere maniske episoder. Ved både én og flere manier, gjelder at pasienten må ha god etterlevelse av behandling, god oppfølging, god sykdomsinnsikt, og ikke oppleve legemiddelbivirkninger som kan påvirke kjøreferdighetene for å innfri helsekrav til førerrett. I tillegg er det krav om en periode uten manisk episode på minst tre måneder etter én manisk episode, og seks måneder i tilfeller med flere maniske episoder. For førerkortgruppe 2 og 3 er det strengere krav med minst ett år uten maniske episoder før pasienten kan kjøre igjen. Grunnen til at maniske episoder regnes som spesielt trafikkarfarlige, er at pasientene ofte er preget av manglende sykdomsinnsikt og redusert impulskontroll. Det er sentralt å vurdere risiko for nye maniske episoder, som øker for hver maniske episode, og karantenetiden øker derfor tilsvarende. Angstlidelser og depresjon er ikke nevnt spesielt, med begrunnelsen at disse tilstandene sjelden medfører noen betydelig trafikkrisiko, med mindre symptomene er så uttalte at kjøring ikke er forsvarlig, som for eksempel i tilfeller der pasienten er suicidal og kan tenkes å bruke bilen som et middel for å begå selvmord.

Personlighetsforstyrrelse med impulskontrollforstyrrelse eller svekket dømmekraft

En kasus-kontroll-studie fra 2005 (18) studerte dødsulykker blant unge menn, og fant økt risiko for dødsulykke dersom sjåføren hadde emosjonelt ustabil eller dyssosial

personlighetsforstyrrelse. Dette sees i sammenheng med dårlig impuls kontroll, aggressiv atferd og misbruk av rusmidler.

Veilederen til førerkortforskriften påpeker at personlighetsforstyrrelser og andre tilstander som medfører redusert dømmekraft, impuls kontroll eller atferdsforstyrrelse ikke er forenlig med bilkjøring. Førerkortveilederen understreker at den som gjør førerkortvurderingen må legge spesielt vekt på aggressiv, utagerende eller voldelig atferd, samt tidligere historikk med hensyn til uansvarlig atferd eller redusert impuls kontroll som sjåfør.

Hyperkinetiske forstyrrelser med og uten atferdsforstyrrelse

Det finnes oppsummert forskning om ADHD og risiko for ulykker og skader, og det er kjent at unge mennesker med ADHD har økt risiko for å havne i trafikkulykker, og står i større fare for å bli fratatt førerkortet (19). En enkeltstudie fra 2015 konkluderer at ADHD er assosiert med multiple kollisjoner, og at det ofte er pasienten med ADHD som har skylden i ulykkene (8). I randomiserte studier har sentralstimulerende medikamenter vist å bedre kjøreevnen hos pasienter med ADHD (19). En systematisk oversiktsartikkel fra 2014 konkluderer med at behandling med metylfenidat i terapeutiske doser bedrer kjøreatferd hos ADHD-pasienter, spesielt blant tenåringer og unge voksne (20). En enkeltstudie (14) og en metaanalyse (21) kom frem til samme resultat.

Veilederen til førerkortforskriften skiller mellom hyperkinetiske forstyrrelser med og uten atferdsforstyrrelser. Det anses som langt mer alvorlig og risikofylt med tanke på kjøreevne dersom pasienten har atferdsforstyrrelser i tillegg til sin ADHD, spesielt knyttet til dyssosial og aggressiv atferd, utagering og manglende impuls kontroll. For personer med ADHD uten atferdsforstyrrelse, vil kjøring i de fleste tilfeller anses å være forsvarlig, så lenge det ikke også foreligger utbredt komorbiditet. Forskriften er tydelig på at riktig og nødvendig bruk av sentralstimulerende medikamenter iblant er en forutsetning for forsvarlig kjøring.

Bruk av psykofarmaka og bilkjøring

En oversiktsartikkel har sett på kjøreegenskaper under påvirkning av ulike substanser ved bruk av computersimulatorstudier (4). Studiene viste variable resultater, men de vanligste funnene var lang reaksjonstid ved bruk av trisykliske antidepressiva og benzodiazepiner.

Veilederen til førerkortforskriften (§ 35-37) gir detaljerte instruksjoner om hva slags medikamentbruk som er forenelig og uforenelig med førerett.

3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer

3.1 Dagens praksis

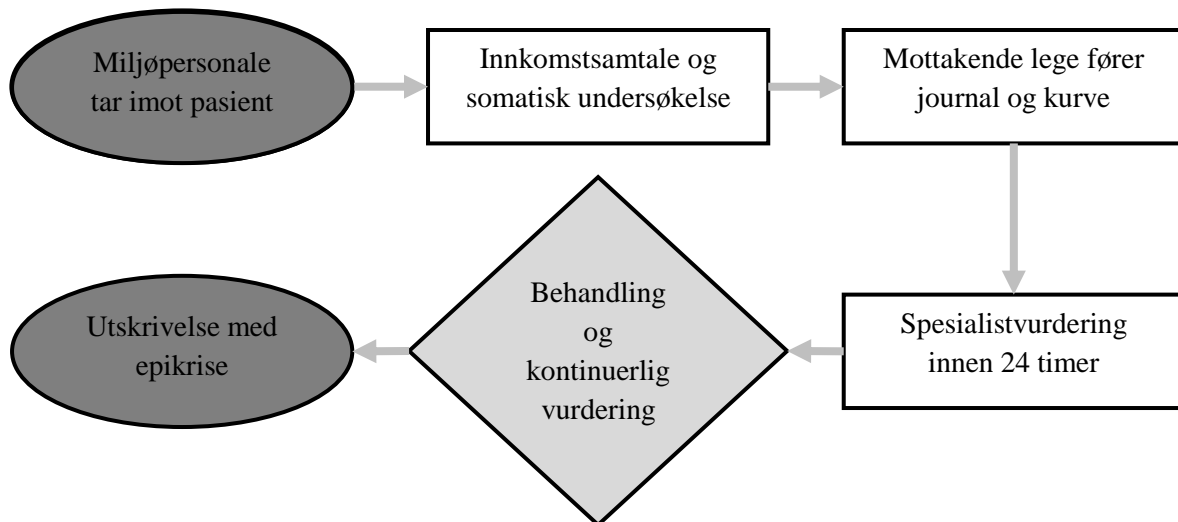
Psykiatrisk akuttavdeling på LDS har ansvar for det akuttpsykiatriske tilbudet for pasienter bosatt i bydelene Gamle Oslo, St. Hanshaugen og Grünerløkka. Pasienter legges hovedsakelig inn etter vurdering ved legevakt, helseinstitusjon eller DPS.

Ved innleggelse blir spesialistvurdering av pasientens helsetilstand normalt utført innen 24 timer, både ved tvangsinnleggelser, der det er lovpålagt, og der pasienten samtykker til innleggelse. Deretter gjennomføres behandling og oppfølging ved avdelingen, før pasienten skrives ut eller overføres til et annet tilbud. Det gjennomføres vanligvis utskrivningssamtale, og det skrives epikrise eller overføringsnotat.

To studenter i gruppen (MEvD, LÅH) jobbet ved psykiatrisk akuttavdeling på LDS sommeren 2016, og observerte at førerkortvurdering ikke ble utført, og heller ikke omtalt i innkomsnotater, forløpsnotater, overføringsnotater eller epikriser. Førerkortvurdering ble heller ikke vektlagt i opplæringen som ble gitt ved arbeidsforholdets start, og studentenes inntrykk er at det ikke finnes noen rutine for førerkortvurdering. Dette bekreftes også av ansatte ved Psykiatrisk akuttavdeling. Søk i LDS sine interne prosedyrer gir totalt ett treff på «førerkort» og «førerkortvurdering», som viser til en prosedyre for førerkortvurdering for geriatriske pasienter. Det antas derfor at førerkortvurderinger gjennomføres i svært liten grad i dag ved den akuttpsykiatriske avdelingen.

3.2 Tiltak

Tabell 2 presenterer tiltak som er aktuelle å innføre for å endre praksis. Vi har valgt å dele tiltakene inn i to faser. I fase 1 innføres tiltakene som antas å ha størst effekt og er lettest å innføre. Dersom andelen pasienter som får utført førerkortvurdering viser seg å være tilfredsstillende ved første evaluering, vil vi ikke fase 2-tiltakene innføres. Dersom andelen ikke er tilfredsstillende, vil fase 2-tiltakene også innføres.



Figur 2. Pasientflyt ved innleggelse.

3.2.1 Fase 1-tiltak

- Utarbeidelse av prosedyre for førerkortvurdering**
 En utskrift av prosedyren henges lett tilgjengelig på vakthavende leges diktatrom
- Sykepleier spør om førerkort under sin innkomststamale**
 Ved å innføre en ny mal for sykepleiers innkomststamale som inneholder spørsmål om førerkort, vil man tidlig i forløpet kartlegge om det foreligger behov for å vurdere om helsekrav til førerrett er oppfylt. Vurderingen må så gjøres av en lege på avdelingen.
- Mal for innkomstjournal og epikrise endres**
 Det innføres et avsnitt hvor legen må redegjøre for om det er spurt om førerkort. Dersom pasienten har førerkort, skal det følge en vurdering av oppfylte helsekrav, eventuelt hvorfor man på nåværende tidspunkt ikke er i stand til å vurdere om helsekravene er oppfylt.
- Sekretær fungerer som sikkerhetsnett**
 Sekretær gjennomgår innkomstjournaler og epikriser, og minner dokumentforfatteren på å fylle ut førerkortvurdering hos pasienter med førerkort der dette mangler, på samme måte som ved spørsmål om omsorg for barn.

- **Endre bakgrunnsbilde på PCene**
Bakgrunnsbilde med teksten ”Har du husket å vurdere førerkort hos pasienten din?” kan settes inn på PCene på diktatrommet i implementeringsfasen.
- **Internundervisning og plenumsgjennomgang av kasus**
Her inngår også opplæring i bruk av prosedyrekode for førerkortvurdering.

3.2.2 Fase 2-tiltak

- **Innføring av førerkortvurdering i spesialistvurderingen**
- **Innføring av funksjoner i elektronisk pasientjournal**
Ved godkjenning av dokumentet kan man programmere det slik at det kommer opp et pop up-vindu hvor man får forespørsel om førerkortvurderinger er utført. Et steg videre vil være at man praktisk ikke kan skrive en pasient ut fra avdelingen i journalsystemet før det er utført vurdering av helsekravene dersom pasienten har førerkort.
- **Status for førerkortvurdering dokumenteres i overføringsnotat eller epikrise**
Ved overføring av pasienten til en annen avdeling, skal alltid status på førerkortvurdering fremkomme i medfølgende dokumentasjon.

3.3 Indikatorer

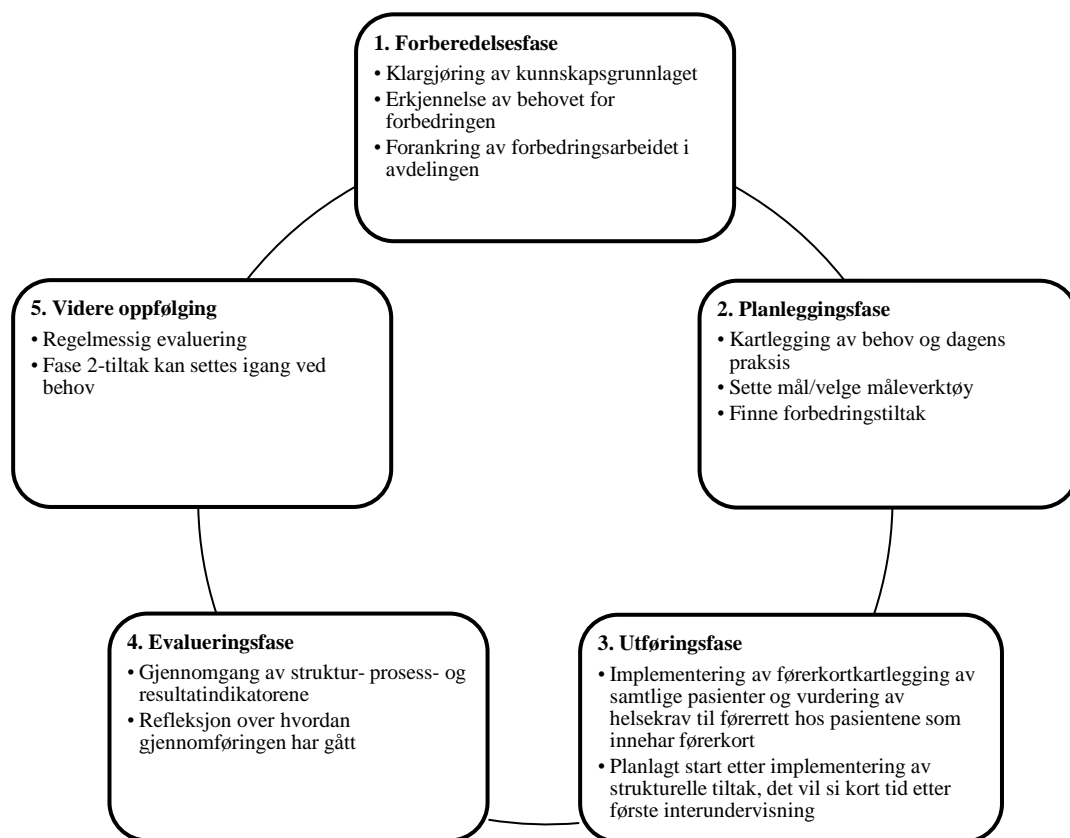
Kvalitetsindikatorer undersøker om tiltakene virker og om det er progresjon i innfasingen av endringene (22). Disse kan deles inn i struktur-, prosess- og resultatindikatorer.

Strukturindikatorene våre måler hvorvidt, og i hvor stor grad, tiltakene under fase 1 og 2 er innført. Disse vurderes ved å undersøke om de foreslåtte endringene er implementert eller ikke. Prosessindikatorene måler om de innførte tiltakene praktiseres, og i hvor stor grad.

Dette måles ved å undersøke hvor ofte prosedyrekoden for kartlegging og vurdering av helsekrav til å inneha førerkort, WMAC00 (23), benyttes. Dette er informasjon som enkelt kan hentes ut fra DIPS. Spørreskjema eller intervjuer av ansatte kan kartlegge om førerkortvurderinger praktiseres. Våre resultatindikatorer er andelen pasienter med førerkort hvor det er kartlagt førerkortstatus ved innkomst, og andelen pasienter hvor det er utført førerkortvurdering ved utskrivelse eller overføring.

Strukturindikator	Prosessindikator	Resultatindikator
<p>Innsetting av ”Førerkortstatus/-vurdering:” som del av mal for inntakstjournal og epikrise</p> <p>Innsetting av ”Førerkortstatus” i sjekklister for sykepleiermottak</p> <p>Oppdatere sjekklister for mottakende leger</p> <p>Innføring av DIPS-funksjoner</p>	<p>Kartlegge bruk av prosedyrekode WMAC00</p> <p>Kartlegge om førerkortvurdering gjøres ved systematisk gjennomgang av inntakstjournaler og epikriser</p> <p>Undersøke hvor ofte sekretærene må purre på legene grunnet ufullstendige inntakstjournaler</p> <p>Kartlegge om DIPS-funksjoner er innført</p>	<p>Tallfeste andelen pasienter hvor førerkortstatus er kartlagt og andelen pasienter med førerkort som har fått utført vurdering av om helsekrav til førerrett er oppfylt</p>

Tabell 2. Oversikt over endringsprosjektets struktur-, prosess- og resultatindikatorer



Figur 3. Modell for kvalitetsforbedring.

4 Prosess, ledelse og organisering

4.1 Organisering og gjennomføring av endringsprosjektet

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (24) presiseres det at det er ledelsen som har ansvaret for at en virksomhet planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Klinikksjefen ved psykiatrisk klinikk ved LDS vil således være prosjekteier, og bør etterspørre endringsprosjektet fra prosjektleder, da dette faller under klinikksjefens mandat for å sikre kvalitet og at klinikken følger lovverket. Prosjekteier formulerer et mandat med rammer og tidsfrister, som prosjektleder skal følge opp. Prosjektleder bør være en overlege ved psykiatrisk akuttavdeling. Slik forankres prosjektet både i ledelsen, med et aktivt eierskap, ved avdelingen, med en tilstedeværende prosjektleder.

Endringsprosjektet innledes ved at det er satt opp fellesundervisning der den nye førerkortforskriften presenteres av prosjektleder. Leger, psykologer, sykepleiere fra inntaksposten, sekretærer og forfatterne av denne oppgaven vil delta på internundervisningen. Både klinikksjefen ved avdelingen og avdelingsoverlegen bør delta på det innledende møtet. Etter møtet vil det sendes ut en e-post til alle ansatte med en oppsummering. Samtidig som helsepersonell har en individuell plikt til å sette seg inn i gjeldende retningslinjer og lovverk, skal prosjektleder være tilgjengelig for ansatte som har spørsmål om endringsprosjektet.

Prosjektet vårt er strukturert etter Folkehelseinstituttets modell for kvalitetsforbedring (25), basert på PDSA-/PUKK-sirkelen (26), se Figur 3.

For at et endringsprosjekt skal lykkes, er det viktig at det er en felles forståelse av når en endring faktisk er en forbedring, hvilke endringer som kan skape forbedringer og hva som faktisk er målet (26). De ansatte ved avdelingen som to av oppgavens forfattere (MEvD, LÅH) har vært i kontakt med siden sommeren 2016, inkludert deler av ledelsen, har gitt inntrykk av enighet om at prosjektet er betydningsfullt.

4.2 Implementering av endringsprosjektet

Som redegjort for tidligere, er innføringen av tiltakene delt i to faser, med en evaluering etter fase 1. Vi foreslår at første evaluering settes til to måneder etter første internundervisning, og at det deretter evalueres regelmessig annenhver måned den første tiden. Dette er viktig for å opprettholde den endrede praksisen, også i tiden etter implementeringen. Prosjektet har to klare resultatmål:

- 100 % av pasientene skal ha fått kartlagt førerkortstatus ved innkomst
- 100 % av pasientene får førerkortvurdering før utskrivelse eller overføring

Dersom målene nås ved første evalueringsrunde, implementeres ikke fase 2-tiltakene.

Alternativt innføres tiltakene, med en ny planlagt evaluering etter to måneder, se Figur 4. Ved fortsatt manglende måloppnåelse må hele endringsprosjektet evalueres på nytt med hensyn til nye tiltak som kan innføres.

4.3 Forventede utfordringer og forslag til håndtering

Motstand mot endring kan oppstå på individnivå, samarbeidsnivå og organiseringsnivå (27).

Denne motstanden kan skyldes holdninger hos enkeltleger, helsepersonells manglende eierskap til eller inkludering i prosjektet, samarbeidsutfordringer innad i mikrosystemet, mangel på tid eller ressurser, eller helsesystemets struktur.

Enkeltleger kan tenkes å yte motstand på grunn av ønske om ikke å svekke tillitsforholdet til pasienten. Legens forhold til pasienten bygger på tillit og trygghet. Tilliten gir legen tilgang på taushetsbelagt informasjon, som bør benyttes til pasientens fordel. Under førerkortvurdering blir legen samfunnets sakkyndige. Dersom samfunnets og pasientens interesser kommer i konflikt, havner legen i en vanskelig dobbeltrolle når begge deler skal ivaretas samtidig (28), noe som kan påvirke forholdet mellom lege og pasient (29).

Vurderingen av om pasienten oppfyller kravene til førerrett må derfor være uavhengig, objektiv og basert på fagkunnskap. Det er også viktig å være oppmerksom på utfordringene knyttet til lege-pasientforholdet, ikke bare fra pasientens ståsted, men også fra legens perspektiv. Dette kan samtales om under gjennomgang av kasus i plenum, for eksempel på morgenmøte eller fagmøte.

En annen faktor som påvirker om og når legen velger å spørre om førerkortstatus kan være usikkerhet rundt hvordan pasienten reagerer på spørsmålet. Første samtale med pasienten er ofte viktig for å skape et tillitsforhold, og det kan dermed virke risikabelt for legen å ta opp førerkort som tema på dette tidspunktet. Det bør her være rom for at leger ved unntakstilfeller kan utføre førerkortvurderingen på et senere tidspunkt, for eksempel om pasienten grunnet forverring av sin sykdom nekter å samarbeide. En slik utsettelse må begrunnes i journalen. En annen mulig årsak til motstand mot praksisendring hos enkeltleger kan være frykt for merarbeid i form av vanskeligere og mer tidkrevende konsultasjoner. Legen kan for eksempel frykte at det oppstår en situasjon som krever mer informasjon til pasienten, eller at pasienten reagerer negativt.

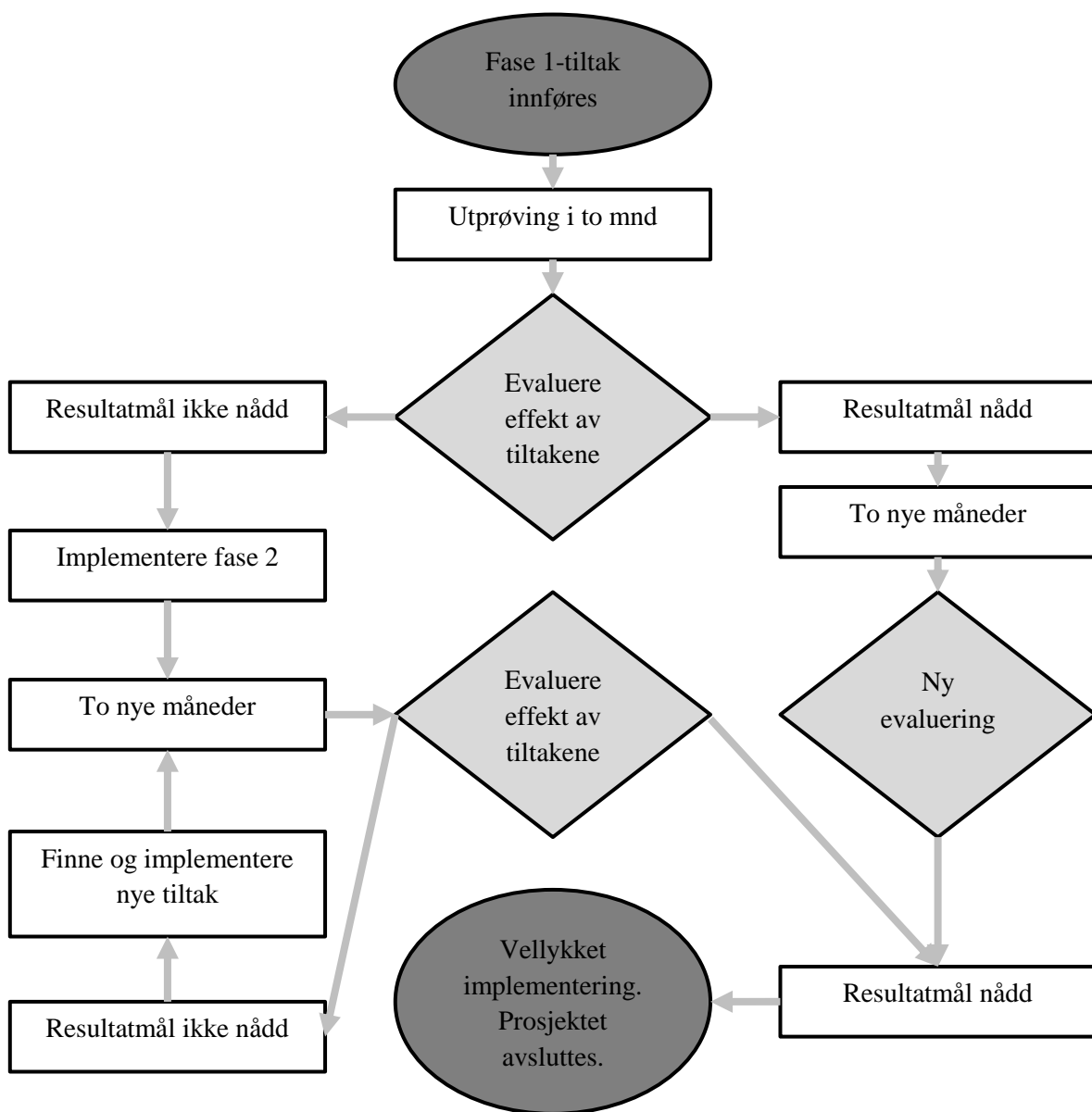
En utfordring blant enkeltleger kan også være liten vilje til endring fordi legen er tilfreds med dagens praksis. Praksisendring har direkte innvirkning på den kliniske hverdagen til helsepersonell generelt, og dermed har deres endringsvilje en avgjørende betydning for etterlevelse. Det er vist at leger ikke er villige til å endre praksis med mindre de ser at dette er til fordel for pasientene eller egen praksis (31). Det kan motiveres til holdningsendring ved å identifisere høyt ansatte leger i kollegiet, som kan sette trenden for videre praksis.

På samarbeidsnivå kan motstand mot endringsprosjektet forårsakes av dårlig samspill mellom leger og annet helsepersonell på avdelingen, som miljøterapeuter, sekretærer eller sykepleiere. Det kan være uenighet om tidspunktet for når en førerkortvurdering skal utføres, og om dette er relevant nok til å inkluderes allerede i inntakssamtalen. Her må man se an den enkelte pasient og sørge for å dokumentere det dersom kartlegging ikke er gjort, slik at dette gjøres i en senere samtale. Det er viktig å skape en arena for åpen dialog mellom helsepersonell i mikrosystemet for å få til en felles forståelse, og for å gi best mulig behandling til den enkelte pasient.

Vi mener at motstanden mot endringsprosjektet kan reduseres ved å skape en arena der helsepersonellet blir med på planleggingen av endringsarbeidet, og kan komme med løsningsforslag og fremgangsmåter for implementering av endringen de selv skal utføre (30). Slik får helsepersonellet et eierskap til endringsprosjektet. Motstand fra annet helsepersonell kan også forsøkes redusert gjennom tiltak som internopplæring i nye rutiner, trafikkikkerhet og viktigheten av ileggelse av kjøreforbud. Man må fremheve konsekvensene av manglende førerkortvurdering, og vise til kunnskapsgrunnlaget. Man bør i tillegg gjøre denne

informasjonen lett tilgjengelig på intranett, e-post og i posthyllen, særlig til ansatte som ikke har deltatt på internundervisning.

På klinikk- og avdelingsnivå møter vi en utfordring ved at den direkte konsekvensen av manglende førerkortvurdering ikke rammer resultater klinikken ordinært måles etter, som liggetid, komplikasjoner og mortalitet. Konsekvensen, altså trafikkulykker, rammer i stedet andre deler av samfunnet. Men som tidligere nevnt er det klinikkens ansvar å sørge for at kvalitet overholdes, og sørge for at lovpålagte oppgaver utføres, hvorav førerkortvurdering er ett av dem.



Figur 4. Flytskjema over prosjektets implementering

5 Diskusjon og konklusjon

5.1 Førerkortvurdering skal foretas ved psykiatrisk akuttavdeling

Vegtrafikkloven og Førerkortforskriften stiller krav til helse for å inneha førerett, og Helsepersonelloven stadfester legens rolle i å undersøke og vurdere hvorvidt helsekravene er oppfylt. Dersom kravene ikke er oppfylt, har legen plikt til å melde dette til Fylkesmannen.

Det finnes en begrenset mengde oppsummert forskning på trafikal atferd ved psykisk lidelse, slik at mye av kunnskapsgrunnlaget også baserer seg på enkeltstudier. Enkeltstudier inneholder ikke alltid generaliserbare resultater, men gir et bilde av hva slags forskning som er gjort, og hvilke muligheter og metoder som foreligger for eventuelle fremtidige studier. Mange av de eldre enkeltstudiene har brukt epidemiologiske metoder. Én av oversiktsartiklene vi har sett på etterspør mer eksperimentell forskning, som computersimulering, for å få mer kunnskap på feltet (12). Vi mener at de krav som stilles gjennom førerkortforskriften er i godt samsvar med funnene som er dokumentert gjennom den medisinske og trafikkfaglige forskningslitteraturen.

Regelverket er tydelig på at alle leger har et ansvar for å vurdere førerevne, og at det skal skje fortløpende og i alle ledd der pasienter med psykisk lidelse eller annen aktuell sykdom er innom lege eller psykolog, følgelig også i akuttpsykiatrien. Dette er bakgrunnen for at regelverket ikke er eksplisitt på hvilke instanser i helsevesenet som har et ansvar for å utføre en førerkortvurdering, foruten hvilke yrkesgrupper som har meldeplikt. Vi mener det er et behov for rutiner ved psykiatrisk akuttavdeling, for å sikre at LDS utfører sin lovpålagte plikt. Dette for å unngå en forskyvning av gjennomføringen av førerkortvurderinger mellom ulike ledd i helsetjenesten, som kan komme av at LDS har en pasientgruppe der førerkortvurdering er særlig aktuelt, og pasientene møter flere leger og avdelinger.

Pasientene som ankommer har en antatt endret psykisk helsetilstand, hvilket fordrer en ny vurdering når situasjonen er kartlagt, og senest ved utskrivelse eller overføring.

5.2 Prosjektet bør gjennomføres

Implementeringen av førerkortvurdering er lite ressurskrevende og fører til relativt små endringer. Det kreves dog en betydelig innsats når det gjelder opplæring av, og bevisstgjøring hos, ansatte. Prosjektet er viktig å gjennomføre av to hovedgrunner: For det første av hensyn til lovverkets krav, og for det andre av hensyn til samfunnet og trafiksikkerhet. I tråd med den politisk vedtatte nullvisjonen og Vegvesenets projeksjoner, er tiltak på individsiden et viktig bidrag for å redusere antallet døde og hardt skadde i trafikken. Her spiller legens vurdering en viktig rolle, og med et klarere regelverk å forholde seg til er tiden inne for å forvalte sin del av det kollektive samfunnsansvaret.

Litteraturliste

1. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
2. Forskrift om førerkort m.m. av 2004-01-19 nr 298.
3. Vegdirektoratet. Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2014–2017. Oslo: Samferdselsdepartementet; 2014.
4. Rapoport MJ, Banina MC. Impact of psychotropic medications on simulated driving: a critical review. *CNS Drugs*. 2007;21:503-19.
5. Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate 2016. Sist oppdatert 24.3.2016. Lest 17.11.2016. <https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>.
6. Lyness J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. UpToDate 2016. Sist oppdatert 13.9.2016. Lest 17.11.2016. <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis>.
7. Kastrup M, Dupont A, Bille M et al. Traffic accidents involving psychiatric patients. Characteristics of accidents involving drivers who have been admitted to Danish psychiatric departments. *Acta Psychiatr Scand*. 1978;58:30-9.
8. Aduen PA, Kofler MJ, Cox DJ et al. Motor vehicle driving in high incidence psychiatric disability: comparison of drivers with ADHD, depression, and no known psychopathology. *J Psychiatr Res*. 2015;64:59-66.
9. Williams J, Tregear S, Amana A. Psychiatric Disorders and Driver Safety: A Systematic Review. Proceedings of the Sixth International Driving Symposium on Human Factors in Driver Assessment, Training and Vehicle Design. 2008.
10. Brunbauer A, Laux G, Zwick S. Driving simulator performance and psychomotor functions of schizophrenic patients treated with antipsychotics. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 2009;259:483-9.
11. Bulmash EL, Moller HJ, Kayumov L et al. Psychomotor disturbance in depression: assessment using a driving simulator paradigm. *J Affect Disord*. 2006;93:213-8.
12. Soyka M, Kagerer S, Brunbauer A et al. Driving ability in schizophrenic patients: effects of neuroleptics. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2005;9:168-74.
13. St Germain SA, Kurtz MM, Pearlson GD et al. Driving simulator performance in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2005;74:121-2.

14. Laux G, Brunnauer A. [Driving ability with affective disorders and under psychotropic drugs]. *Nervenarzt*. 2014;85:822-8.
15. Wickens CM, Smart RG, Mann RE. The Impact of Depression on Driver Performance. *Int J Ment Health Addict*. 2014;12:524-37.
16. Hilton MF, Staddon Z, Sheridan J et al. The impact of mental health symptoms on heavy goods vehicle drivers' performance. *Accid Anal Prev*. 2009;41:453-61.
17. Christopher PP, McCabe PJ, Fisher WH. Prevalence of involvement in the criminal justice system during severe mania and associated symptomatology. *Psychiatr Serv*. 2012;63:33-9.
18. Dumais A, Lesage AD, Boyer R et al. Psychiatric risk factors for motor vehicle fatalities in young men. *Can J Psychiatry*. 2005;50:838-44.
19. Krull KR. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Overview of treatment and prognosis. UpToDate 2016. Sist oppdatert 28.10.2016. Lest 9.11.2016. <https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-prognosis>.
20. Gobbo MA, Louza MR. Influence of stimulant and non-stimulant drug treatment on driving performance in patients with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24:1425-43.
21. Jerome L, Segal A, Habinski L. What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15:105-25.
22. Frich J. Kvalitetsindikatorer <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>. (1.12.2016.)
23. Helsedirektoratet. NCMP, NCSP og NCRP: Klassifisering av helsefaglige prosedyrer 2016. 2016:468.
24. Helse-og-omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten, kunngjort 28.10.2016, ikrafttredelse 01.01.17
25. Modell for kvalitetsforbedring utviklet av seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet 2015. <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring> (27.06.2016).
26. Langley GJ, Moen R, Nolan KM et al. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*: John Wiley & Sons; 2009.

27. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362:1225-30.
28. Braekhus A, Engedal K. Mental impairment and driving licences for elderly people: a survey among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care*. 1996;14:223-8.
29. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Lægefor* 2002; 122: 1874 – 9
30. Ovretveit J. Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:490-2.
31. Ham C. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*. 2003;361:1978-80.