

שלילת רישיון נהיגה מסיבה נפשית

יובל מלמד*, פישקין ולנטינה**, מרנינה שוורץ-וינטייק***, עדה וינר**** ויוסף ריבק*****

תקציר

תאונות דרכים הפכו בשנים האחרונות ל"מגפה" צוברת תאוצה בארץ. התאונות הן תוצר של שילוב בין שלושה גורמים: מצב הכביש, מצב הרכב והגורם האנושי – הנהג.

בבדיקת הגורם האנושי – כשירותו של הנהג לנהיגה – אין מדובר בבקרה המאיימת על זכויות הפרט אלא במיונם ובסינונם של האנשים שעלולים להוות סיכון לעצמם ולאחרים ולפגוע באינטרס הציבור.

במכון הרפואי לבטיחות בדרכים נבדק הכושר הרפואי, הפיזיולוגי והנפשי לנהיגה. היעד העיקרי של המכון הוא להקטין את שיעור תאונות הדרכים ומכאן את שיעור הנפגעים. דגש מיוחד מושם בחולי הנפש ובאנשים הלוקים בבעיות נפשיות.

המונח "אי-התאמה אישיותית" משמש מונח מסגרת המתייחס להיעדר כושר רפואי נפשי.

הנבדק עובר ריאיון אישי ומבחנים פסיכו-דיאגנוסטיים, ובמידת הצורך גם מבחנים קוגניטיביים. בעת הצורך יופנה לבדיקה פסיכיאטרית.

מטרת המחקר הייתה לבדוק את הסיבות הנפשיות לשלילת הרישיון או לאי-מתן הרשאה לרישיון נרחב יותר. במחקר נבדקו תיקיהם האישיים של 206 נבדקים שהופנו לבדיקה במכון, ומתוכם 104 תיקים קיבלו תוצאה שלילית ו-102 חיובית.

התוצאות היו כדלקמן: רוב הנבדקים (75%) הם בני פחות מ-40 שנה, גיל ממוצע 32. כמעט כולם (97%) גברים. מקור ההפניה העיקרי לאבחון במכון הוא משרד הרישוי.

נמצא קשר מובהק בין מצב משפחתי לכשירות נהיגה. ובין עברות תנועה לאבחנה נפשית.

נמצאה מובהקות גבולית בין תעסוקה למצב הרישיון ובין רישום במשטרה לתאונות.

הפרופיל האופייני של אלו שקיבלו תשובה שלילית מהמכון הוא זה: אינם עובדים, בעלי רישום במשטרה עקב עברות תנועה ותאונות דרכים.

כמעט כל הנבדקים אשר קיבלו תשובה שלילית אובחנו כסובלים מהפרעה נפשית, בעיקר הפרעות אישיות ו/או כמכורים לסמים ואלכוהול (76,7%).

מילות מפתח: רישיון נהיגה; חולי נפש; מסוכנות; כשירות; נהיגה.

* ד"ר יובל מלמד, מרכז לבריאות-הנפש "לב-השרון" ואוניברסיטת תל-אביב, הפקולטה לרפואה; המכון הרפואי לבטיחות בדרכים, משרד הבריאות (ymelamed@lev-hasharon.co.il).

** ד"ר פישקין ולנטינה, בית החולים אברבנאל, בת-ים.

*** ד"ר מרנינה שוורץ-וינטייק, בית החולים אברבנאל, בת-ים ואוניברסיטת תל-אביב, הפקולטה לרפואה.

**** ד"ר עדה וינר, המכון הרפואי לבטיחות בדרכים, משרד הבריאות.

***** פרופ' יוסף ריבק, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל-אביב והמכון הרפואי לבטיחות בדרכים, משרד הבריאות.

ברצוננו להודות לעובדי המכון לבטיחות בדרכים, אשר עושים מלאכה חשובה זו ואשר שיתפו אתנו פעולה בכל הנדרש לצורך ביצוע עבודה זו.

מבוא

תאונות הדרכים הפכו בשנים האחרונות ל"מגפה" צוברת תאוצה. ישראל סובלת הן מצפיפות רבה של כלי רכב על הכבישים והן ממספר תאונות הדרכים.

תאונות הדרכים הן תוצר של שילוב בין שלושה גורמים: מצב הכביש, מצב הרכב והגורם האנושי – הנהג.

מספר ניכר של מחקרים העוסקים ברפואה ובפסיכולוגיה תעבורתית מצביע על מאפיינים אישיותיים ועל כישורים המעלים את ההסתברות לתאונות. למשל: יכולת אינטלקטואלית, יכולת פסיכו-מוטורית, בעיות פסיכו-פתולוגיות שונות, תוקפנות, אי-התאמה חברתית, נטייה לאלכוהוליזם ושימוש בסמים [1].

כשעולה שאלת מיון של כשירות לנהיגה אין מדובר בבקרה המאיימת על זכויות הפרט אלא במיון ובסינון של האנשים שעלולים להוות סיכון לעצמם ולאחרים ולפגוע באינטרס הציבור.

במכון הרפואי לבטיחות בדרכים בודקים את הכושר הרפואי הפיזיולוגי והנפשי לנהיגה [2]. המונח "אי-התאמה אישיותית" משמש מונח מסגרת המתייחס להיעדר כושר רפואי נפשי.

החוק בישראל [3-4] מטיל על הרופא המטפל חובת דיווח במקרים בהם, לדעת הרופא המטפל עלול להיות ספק בכשירות המטופל לנהוג.

עמדת ההסתדרות הרפואית היא שאין לדווח במקרים שבהם ההגבלה היא זמנית, אלא יש להורות לנהג להימנע לתקופה זמנית מנהיגה [5].

כשמדובר בחולה המאוזן באמצעות תרופות, יש להביא בחשבון את השפעת הטיפול התרופתי הקבוע על מידת הערנות, הקליטה ויכולת קבלת החלטות של הנהג. כמו כן יש להבדיל בין הנהגים המקצועיים לבין הנהגים הפרטיים בשל מידת האחריות השונה.

הרופא נמצא בין הפטיש לסדן: בין נאמנותו לחולה לבין חובותיו לציבור. מחד הוא מכיר טוב יותר את החולה ואת מגבלותיו ומאידך הוא ששואף לשיקומו, בריאותו ותפקודו. טוב יהיה אם ימצא הרופא את דרך המלך בתיאום עם החולה [6-7].

אוכלוסיית המבוגרים [8] מעורבת בתאונות דרכים פחות מקבוצות אחרות באוכלוסיית הנהיגה, אך בבדיקת נהגים שנפגעו נמצא ששיעור הנהגים המבוגרים עולה על ייצוגם בכלל אוכלוסיית הנהגים. נוסף על כך יש קשר בין סטייה חברתית קלה למהירות נהיגה מופרזת ולתאונות דרכים [9].

נראה שמצבים רפואיים הם סיבה רק למיעוט [10] מתאונות הדרכים למעט כשמדובר בהשפעת אלכוהול וסמים. מוערך ש-25% מהנהגים המעורבים בתאונות דרכים מושפעים משימוש באלכוהול, סמים, מחלה או הפרעה נפשית [11].

בניסיון לצמצם את תאונות הדרכים קיימת הקפדה מיוחדת כשמדובר ביחס לחולי נפש ואנשים בעלי בעיות נפשיות. אך הנושא לא נבדק די צורכו.

SILVERSTONE (1988) [12] מציין במאמרו שאין הוכחות שאנשים הסובלים מסכיזופרניה מסוכנים יותר מאחרים אם הם מאוזנים ומקפידים על הטיפול. בעבודה אחת [13] לא נמצא שחולים בסכיזופרניה היו מעורבים בעברות תנועה יותר מאוכלוסייה בריאה נפשית בארץ.

בעבודה קודמת במכון [14] נראה שאחוז הסיורב למתן רישיון עקב סיבה נפשית הוא מעל ל-50%.

היעד העיקרי של המכון הוא להקטין את שיעור התאונות הדרכים ומכאן את שיעור הנפגעים [15].

לשם כך הנבדק עובר ריאיון אישי ומבחנים פסיכו-דיאגנוסטיים, ובמידת הצורך עובר גם מבחנים קוגניטיביים. בעת הצורך יופנה לבדיקה פסיכיאטרית.

המכון בודק מועמדים לנהיגה או נהגים אשר לגביהם קיים חשד מדווח על הפרעה רפואית שעלולה לפגוע בנהיגה וכן נהגים אשר מעוניינים להרחיב את הרישיון הקיים בידיהם לרישיון למשאית או רכב ציבורי.

המלצת המכון יכולה לדחות את בקשת המועמד, לשלול את הרישיון הקיים, להגביל לסוג רכב מסוים בלבד או להתנות את הרישיון בבדיקת מעקב או להתיר הענקת רישיון.

יש לציין שאנשים שהופנו לבדיקת המכון מסיבה נפשית או גופנית כלשהי נכנסים למעקב המכון לשנים. אם נשלל הרישיון, הוא בדרך כלל איננו נשלל לצמיתות אלא לפרק זמן מסוים (בדרך כלל לתקופה של חצי שנה עד שנתיים). במקרים כאלה הנהגים מוזמנים לבדיקות חוזרות במכון כעבור זמן.

על החלטת המכון אפשר לערער לוועדת ערר, באחריות משרד התחבורה.

החלטות הוועדה ניתנות לערעור בבית המשפט בנושאים מנהליים בלבד.

מטרת המחקר

המחקר נועד לבדוק את הסיבות הנפשיות לשלילת הרישיון או לאי-מתן הרשאה לרישיון רחב יותר (לדוגמה: בעל רישיון לרכב פרטי המבקש אישור לרכב ציבורי).

המדגם

במחקר נבדקו תיקיהם האישיים של 206 נבדקים שהופנו לבדיקה במכון, ובהם 104 תיקים שליליים ו-102 חיוביים. השליליים הוגדרו כתיקים של נבדקים אשר קיבלו תשובה שלילית לבקשתם הראשונית לקבלת הרישיון או להרחיב את הרישיון או שרישיונם נשלל, וחיוביים מוגדרים כתיקים שקיבלו תשובה חיובית לבקשתם.

המדגם נלקח מתוך התיקים הרפואיים אשר הטיפול בהם נבע מסיבה נפשית או אישיותית שנמצאה ברשות המכון בזמן ביצוע המחקר. לצורך קבלת הנתונים הנדרשים לניתוח סטטיסטי מולא שאלון לכל תיק.

המבחנים הפסיכולוגיים שנעשו במכון

1. Scale SP-140 – מתוך SS – Sensation seeking.

2. MMPI.

3. MPD – Morey Personality Disorders.

4. NEO PIR – NEO Personality Inventory Revised.

5. ציון כולל שהוא סיכום הבדיקה הפסיכולוגית, בדיקתו של פסיכיאטר ודיון בוועדה משותפת במכון.

הנקודות שהובאו בחשבון במצב זה הן אינטליגנציה, שימוש בסמים, תובנה, קיום סימפטומים נפשיים, קיום סימנים שליליים, יכולת שיפוט, שיתוף פעולה, בשלות, סיכון וקונפורמיות.

הממצאים

מאפייני הנבדקים

המאפיינים הדמוגרפיים של הנבדקים:

רוב הנבדקים (75%) הם בני פחות מ-40 שנה, גיל ממוצע 32; כמעט כולם (97%) גברים; 71% בעלי השכלה תיכונית ו-5.6% השכלה גבוהה; 53% בעלי תעסוקה; 75 (36%) לא שירתו בצבא; ל-71.8% יש רישום על תאונת דרכים בעברם.

רקע נפשי ובריאותי של הנבדקים

כ-20% מהנבדקים היו בעבר באשפוז או בטיפול אמבולטורי במסגרת פסיכיאטרית, ושיעור דומה של מטופלים בטיפול תרופתי נפשי. באשר לאבחנה פסיכיאטרית של הנבדקים, 67.3% מהם אובחנו כסובלים מהפרעות אישיות או כמכורים לסמים או אלכוהול.

בין הנבדקים נקבעו אבחנות כדלקמן: סכיזופרניה (2%), דיכאון (3.4%), anxiety, או PTSD (4.9%) ופיגור שכלי, או הפרעה אורגנית (6.3%).

רק ב-10% מהמקרים לא הייתה אבחנה נפשית כלל.

מן הפג הגופני רובם (84%) אינם סובלים ממחלה כלשהי.

תהליך הטיפול במכון

מקור ההפניה העיקרי לאבחון במכון הוא משרד הרישוי (42.9%), ואחריו הצבא ומשרד הביטחון (36.1%). מערכת הבריאות מפנה רק 7.8% מהנבדקים.

רוב הנבדקים נמצאים במעקב המכון 1-5 שנים (63.4%). מספר השנים הממוצע למעקב במכון הוא 4.2 שנים, סטיית התקן 4.90.

מספר הבדיקות הממוצע הוא 1.97, סטיית התקן 1.28. 56.1% מהנבדקים נבדקו על ידי פסיכולוג בלבד, 7.3% נבדקו על ידי פסיכיאטר בלבד, ואילו 36.6% נבדקו על ידי שניהם. כרבע מהנבדקים פנו לערר, ומתוכם ל-58% הערר נדחה, ל-16% התקבל באופן חלקי בלבד, ואילו ל-26% הערר התקבל במלואו.

בעקבות הבדיקות השונות במכון התקבלה החלטה בנוגע לשינוי בכשירות לנהיגה בקרב חלק מהנבדקים: 28.8% זכו לשיפור הרישיון, ל-21% הגבילו את הרישיון, ואילו למחצית הנותרת השאירו את הרישיון ללא שינוי.

בחינת קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים (רקע ומהלך הטיפול) לבין המשתנה התלוי (רישיון)

בהמשך מתוארים ממצאים המצביעים על קשרים מובהקים בין חלק מהמשתנים הבלתי תלויים לבין המשתנה התלוי – סטטוס רישיון (שלילי או חיובי). הממצאים התקבלו על בסיס ניתוח חי בריבוע.

הקשר בין משתני הרקע למצב הרישיון

נמצא קשר מובהק בין מצב משפחתי לכשירות נהיגה ($x^2=15.993$; $p<0.01$): בקרב נבדקים גרושים ואלמנים שיעור גבוה יותר קיבלו הרעה בתנאי הרישיון (47.6%), בקרב הרווקים לשיעור גבוה לא היה שינוי ברישיון (58.7%), ואילו בקרב הנשואים לשיעור גבוה יותר אושר שיפור הרישיון (34.7%).

נמצא קשר ברמת מובהקות גבולית בין תעסוקה למצב הרישיון ($X^2=3.59$; $p=0.058$): בקרב אלו שקיבלו תשובה חיובית יש שיעור גבוה יותר של מועסקים, ואילו בקרב אלו שקיבלו תשובה שלילית יש שיעור גבוה יותר של לא מועסקים.

נמצא קשר מובהק גבולי בין רישום במשטרה למצב הרישיון ($X^2=3.48$; $p=0.062$): בקרב אלו שקיבלו תשובה שלילית יש שיעור גבוה יותר של נבדקים בעלי רישום במשטרה.

נמצא קשר מובהק בין עברות תנועה למצב הרישיון ($X^2=3.97$; $p<0.05$): בקרב אלו שקיבלו תשובה שלילית יש שיעור גבוה יותר של נבדקים בעלי רישום על עברות תנועה.

נמצא קשר מובהק גבולי בין תאונות למצב הרישיון ($X^2=3.27$; $p=0.071$): בקרב אלו שקיבלו תשובה שלילית יש שיעור גבוה יותר של נבדקים שעברו תאונות דרכים.

הקשר בין אבחנה נפשית למצב הרישיון

נמצא קשר מובהק בין האבחנה הנפשית למצב הרישיון ($\chi^2=34.049$; $p<0.001$) בקרב אלו שקיבלו תשובה שלילית כמעט כולם סובלים מהפרעה נפשית: 76.7% אובחנו כבעלי הפרעות אישיות, כמכורים לסמים או אלכוהול.

המבחנים הפסיכולוגיים

מתוך כלל המשתנים בטסטים הפסיכולוגיים אפשר לציין את המרכיבים האלה:

- כ-50% מהנבדקים מתוארים כבעלי נטייה להרפתקנות.
- בראיון הפסיכיאטרי נמצאו ממצאים פתולוגיים ב-69%.
- בתחום המצפוניות ל-69% מהנבדקים נמצאו בעיה אחת או יותר.

בדיקת הקשר בין המבחנים הפסיכולוגיים לבין מצב הרישיון

הקשר נבדק באמצעות מבחן T.

הקשר בין מצב הרישיון לממצאים במבחנים

נמצא קשר מובהק בין הרפתקנות למצב הרישיון ($t=-3.423$; $P<0.01$): ממוצע הבעיות בתחום ההרפתקנות בקרב קבוצת מקבלי התשובות החיוביות נמוך מזה של קבוצת מקבלי התשובות השליליות (0.75 בעיות בממוצע לעומת 1.26 בהתאמה).

נמצא קשר מובהק בין מצפוניות למצב הרישיון ($t=-4.102$; $P<0.01$): ממוצע הבעיות בתחום זה בקרב קבוצת הסטטוס החיובי נמוך מזה של קבוצת הסטטוס השלילי (2.49 בעיות בממוצע לעומת 3.63 בהתאמה).

נמצא קשר מובהק בין ממצאים פתולוגיים בראיון הפסיכיאטרי לסטטוס ($t=-7.258$; $P<0.01$): ממוצע הבעיות בתחום זה בקרב קבוצת הסטטוס החיובי נמוך מזה של קבוצת הסטטוס השלילי (0.69 בעיות בממוצע לעומת 1.70 בהתאמה).

סיכום התוצאות: פרופיל אופייני של אלו שקיבלו תשובה שלילית מהמכון הוא זה: אינם עובדים, בעלי רישום במשטרה, בעברם עברות תנועה ובתאונות דרכים.

נמצא קשר מובהק בין אבחנה נפשית לסטטוס הרישיון: קבוצת הנבדקים שקיבלו תשובה שלילית כמעט כולם מאובחנים באחת מההפרעות הנפשיות, והבולטת ביותר: 76,7% מקבוצת הסטטוס השלילי אובחנו כבעלי הפרעות אישיות וכמכורים לסמים ואלכוהול.

דיון

פעילות המכון הרפואי לבטיחות בדרכים חשובה ביותר. יש צורך חיוני ביותר לאבחן את אותם נהגים אשר אינם כשירים לנהיגה ולהגביל את הרישיון שבידיהם למען הגנה עליהם ועל הציבור. מנגד יש להתיר אפשרות זאת למי שיכול לנהוג למרות מגבלותיו. כמו כן יש לאפשר נהיגה למי שיכול לנהוג, אך במגבלה כגון מעקב או טיפול. האחוז הניכר של הנבדקים שרישיונם נפגע בגלל סיבות נפשיות מצריך עיון בסוגיה זו, וזו הייתה מטרת המאמר.

ככלל אפשר לציין שבמכון נבדקים נהגים מכל הגילאים.

נציין שרוב הנבדקים הם גברים (97%). אחוז גבוה זה אינו מוסבר בכך שהנהגים הגברים רבים מהנהגות. לכן נוכל לקבוע בוודאות שנושא מסוכנתם של נהגים קשור ישירות למין הנהג. נישואין הם מצב פרוגנוסטי חיובי בתחומים שונים: מחלות נפש, עבריינות, סיכון אבדני או תוקפנות. היות האדם נשוי מוריד בדרך כלל את דרגת הסיכון שלו. הדבר נכון גם לגבי היות האדם עובד ומשכיל.

הראייה הסטראוטיפית של "הצלחה" בחיים כמתבטאת בלימודים, בעבודה ובנישואין באה לידי ביטוי גם כאן לגבי מידת הסיכון בנהיגה. כלומר הנהג הנשוי, העובד, בעל רקע השכלתי הוא נהג מסוכן פחות.

מאפיינים פתולוגיים יותר נראים כקשורים ישירות ליכולת הנהיגה, כגון פטור מהשירות הצבאי מסיבות נפשיות, רישום במשטרה, ביצוע עברות תנועה ומעורבות בתאונות דרכים. כלומר, נשירה ממסלול החיים הנורמטיבי תעיד על היות הנהג מסוכן יותר.

רוב הנבדקים הם בריאים מבחינה גופנית, והדבר מעיד שההפרעה הנפשית והתנהגותית ככלל לא נבעה מבעיה גופנית. מכאן שהדגש לאיתור נהגים בעייתיים אלו איננו הרופא הכללי אלא דווקא הפסיכיאטר הפוגש יותר אנשים הלוקים בהפרעות נפשיות. הבעיה היא שפסיכיאטר בדרך כלל מטפל בחולי נפש, ואילו כאן עיקר הבעיה היא נהגים הסובלים מהפרעות אישיות והתמכרויות, והם בדרך כלל אינם פונים לטיפול. כמו כן נבדקו יותר נהגים בעלי ותק מועט בנהיגה. הוותק בנהיגה הוא גורם מגן מפני מסוכנות בנהיגה.

אחד הקשיים שעמם מתמודד המכון הוא מקורות הדיווח. המכון מסתמך על כך שידווח לו על חשד לבעיה בנהיגה ובכך מחדד את הקושי והקונפליקט של המדווח למי נאמנותו – לחולה או לחברה. כמצופה, משרד הרישוי הוא המדווח העיקרי – 43% – אך גם צבא ולמשרד הביטחון חלק גדול בדיווח, והדבר מעלה את הדילמה של מעבר מידע בין הרשויות ו"האח הגדול הרואה הכול".

המשטרה ובית המשפט מדווחים רק ב-6%-7% כל אחד, והדבר מעורר סימן שאלה, במיוחד בהתחשב בעובדה שאלו הגופים המתמודדים עם נהגים שכבר הוכח שבעברם עברה כלשהי ושארף נשפטו.

מערכת הבריאות אינה גורם משמעותי בדיווח – רק כ-8% מהדיווחים, וזאת למרות חובת הדיווח על פי החוק. אולי אפשר להבין זאת על רקע המפורט לעיל, שהנהגים המסוכנים אינם בהכרח באים במגע עם מערכת הבריאות למעט מכורים לסמים או אלכוהול. קבוצה זו מחייבת הקפדה רבה בדיווחים על ידי הצוות הרפואי המטפל בהם אף אם נפגש אתם פגישה חד-פעמית.

מכאן נראה שעל המשטרה ובתי המשפט להגביר את הדיווחים, שכן הם הנפגשים עם נהגים אשר כבר ביצעו עברה ויש חשש שהם מסוכנים.

רקע נפשי

רוב הנבדקים אינם נמצאים בטיפול נפשי, והדבר מעיד שהאנשים שעמם המכון מתמודד אינם חולים במחלת נפש אלא שייכים לתחום שהוא פחות מוגדר, התחום של הפרעות באישיות והפרעות בהתנהגות. גם היות האדם מטופל תרופתית איננו מעיד בהכרח שרישיונו יילקח ממנו.

77% מקרב הנבדקים שמצב הרישיון הורע להם סובלים מהפרעות אישיות או שהם מכורים לסמים או אלכוהול.

רק 2%-6% סובלים מהפרעות נפשיות מגוריות כגון סכיזופרניה ודיכאון.

מלבד הממצאים הצפויים שאנשים הסובלים מהפרעה מוחית אורגנית או מפיגור שכלי מהווים גורם סיכון לנהיגה, הרי שיש לציין שחולי הסכיזופרניה בהכרח יותר מסוכנים. מידת הסיכון העיקרית היא בקרב המוגדרים כלוקים בהפרעת האישיות ובקרב המתמכרים דווקא ולא בהכרח בקרב אלה המוגדרים כלוקים בהפרעת נפש – האחרונים מטופלים ומחלתם נמצאת בשליטה. לעומתם אנשים הסובלים מהפרעות אישיות או מהתמכרות אינם נוטים ללכת לטיפול. הם אינם מודעים לכך שיש להם הפרעה כלשהי ונוטים ליחס את בעייתם לזולת. הם אינם נוטים לקבל את האחריות על מעשיהם, ולכן אין פלא שהם נחשבים לנהגים מסוכנים ביותר.

הדבר מעיד גם על קושי בטיפול מערכתי בנושא זה. לעומת חולי הנפש, שאפשר לטפל בהם ולדווח על מצבם הנפשי, ויש עמם שיתוף פעולה תרופתי וכי, הרי שאין טיפול טוב לאדם שסובל מהפרעת אישיות, ואך מעטים מן הנהגים האלה פונים לפסיכותרפיה אינטנסיבית למשך חמש שנים כדי לחזור למכון ולבקש שוב רישיון לאחר שינוי אישיותי מעמיק. הדבר מחדד את הצורך בטיפול ספציפי בנהגים כאלו, ונראה שהוא חשוב גם לכל מקצוע הדורש רישיון: לא כל אחד יכול לעסוק בו, ומי שאינו עומד בדרישות המינימליות איננו צריך לנהוג.

קושי אחר הוא היעדר מערכת המדווחת על אנשים הסובלים מהפרעות אישיות, שכן הם אינם נמצאים במסגרת כלשהי. אלה שמדווח עליהם הם, הדיווחים מגיעים הצבא ורשויות האכיפה, ומכאן חשיבותם הרבה.

סיכום

עבודת המכון הרפואי לבטיחות בדרכים היא חשובה ביותר. יעדה העיקרי הוא הקטנת שיעור תאונות הדרכים ומכאן שיעור הנפגעים. לצורך זה נבדק כושרם הרפואי של אזרחים בעלי בעיות אישיות ונפשיות אשר עלולים להוות סיכון בטיחותי בנהיגה לעצמם ולאחרים. העובדה שמרבית ההגבלות על הרישיון מוטלות בגלל סיבה נפשית מצריכה התעמקות בסוגיה זו. בעבודתנו הראינו שרוב הסיבות לשלילה על רקע נפשי הן הפרעות אישיות או התמכרות ולא מחלת נפש.

הדבר מעלה את הסוגיה אם יש צורך באבחון אישיותי טרם קבלת הרישיון, שכן הספק במידה וקיים באשר למתן רישיון נהיגה אינו נוטה להשתנות עם השנים, ומאידך האם ניתן לטפל בהפרעה?

הנאמר לעיל יכול להסיר במעט את הסטיגמה מחולי הנפש בעניין נהיגה, שכן הם לא הצטיירו בבדיקות המכון כנהגים המסוכנים ביותר. עם זאת יש לציין בכלל ששיעורי המצאת רישיון הנהיגה בקרב החולים הם ממילא נמוכים.

חומר למחשבה הוא השאלה אם יש לקיים בדיקות תקופתיות לכל הנהגים ולא לחכות רק לדיווח. במקרים רבים ההפניה היא מטעם המשטרה, משרד הרישוי, ובית המשפט, ואז הבדיקה היא לאחר מעשה. כלומר, העברה בוצעה והתאונה קרתה. עם זאת יש צורך בהגברת דיווחים אלו כדי למנוע סכנה בעתיד (במודל רפואה מונעת).

אין ספק שלמשימות אלה דרושים משאבים רבים: מניעת תאונות דרכים, פצועים והרוגים מצריכה משאבים רבים, ובכך בין היתר יימנע סבל שאפשר למנוע.

עוד נדרש מחקר רב בנושא הנהגים והסיכון.

ביבליוגרפיה

1. C. EVANS, TRAFFIC SAFETY AND THE DRIVER (1991)
2. הנחיות קליניות בנושא ליקויי בריאות, הערכת נכות ושיקום כישורי נהיגה. ד"ר נאוה רצון, ההסתדרות הרפואית 2008.
3. פקודת התעבורה, 1961, סעיף 12(א).
4. חוזר משרד הבריאות, מנהל רפואה, 61/98 בנוגע לחובת הודעה על נהגים חולים המסוכנים לעצמם ולזולתם.
5. עמדת הר"י בנושא תאונות דרכים, נהגים מסוכנים וחובת דיווח. מכתב לחבר- 62(3-4)2000, עמ' 31.
6. Leo E. Hollister, *Automobile driving by psychiatric patients*, AM. J. PSYCHIATRY 149:2 (February 1992)
7. R.W. Pettis, T.G. Gutheil, *Misapplication of the Tarasoff duty to driving cases: a call for a reframing of theory*, BULL. AM. ACAD. PSYCHIATRY LAW 21(3) 263 (1993)
8. U. Gabbay, Y. Barak, *Elderly drivers involvement in traffic accidents: analysis of characteristics, type of accidents, consequences and indicators of risk*
9. B. Lawton, D. Parker, S.G. Stradling, *Predicting road traffic accidents: The role of social deviance and violations*, BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (88) 249-262 (1977)
10. M. Harris, *Psychiatric conditions with relevance to fitness to drive*, ADVANCES IN PSYCHIATRIC TREATMENT 6(6) 261-269 (2000)
11. A. Cremona, *Mad drivers: psychiatric illness and driving performance*, 35[3] BR. J HOSP. MED. 193-5 (1986 Mar)
12. T. Silverstone, *The influence of psychiatric disease and its treatment on driving performance*, INT. CLIN. PSYCHOPHARMACOLOGY 3 Suppl. 1:59-66 (1988 May)
13. א' שלוסברג "סכיזופרניה ועבירות תנועה בישראל (לפני אשפוז ואחריו)" **הרפואה** 119(10): 307-308.
14. י' מלמד, ד' פשר, ע' וינר "המכון הרפואי לבטיחות בדרכים – בדיקת כשירות נהגים" **רפואה ומשפט** 33(2005) 137-131.
15. נייר עמדה, המכון לבטיחות בדרכים, בנושא אי-התאמה אישיותית.