

ELDRE OG FØRERKORT

AV ANNE BRÆKHUS

Det blir stadig flere eldre bilførere i trafikken.

Selv om de fleste kjører skadefritt, stiger ulykkesfrekvensen med økende alder. Med unntak

av aldersgruppen 18–19 år har eldre over 65 år den høyeste ulykkesfrekvens per kjørt distanse.

Man har få holdepunkter for at det er alder i seg selv som er årsak, men flere studier viser at ulike sykdommer som først og fremst forekommer hos eldre, bidrar til å øke ulykkesrisikoen.

Men det er kanskje i denne fasen av livet at bilen oppleves som viktigere enn noensinne for å opprettholde en god livskvalitet?

En allmennlege har sendt inn nedenstående kasuistikk som reiser flere interessante problemstillinger. Jeg har få fasitsvar, men vil gjerne fremme noen synspunkter.

Demensdebatten er viktig. Jeg hadde nettopp en skrekkelig oppryddingssjau etter at min flinke, men unge vikar hadde brukt klokkelest og MMS som screeningverktøy i en førerkortsak. Mannen ble funnet dement fordi han var pissnervøs og aldri har tegnet noe som helst i hele sitt liv, og i alle fall ikke en klokke! Hvorfor skulle han det? Og stave bakvendt tror jeg han fant meningsløst. Til alt overmål ble han videregjort til psykiatriklinikken for verifisering. Han var jo bare interessert i å få igjen lappen og fant seg i det meste. Men da han kom ned til psykiologen på sykehuset som igjen bare kjørte tester på ham (han så knapt frakkeskjøtene av en psykiater) fikk han fullstendig hetta og pådro seg nok et par mindre flatterende merknader. Jeg kjenner ham godt. Han er en kristelig samfunnsstøtte som aldri gjorde det særlig skarpt på skolen og som er redd for straffen i sin alminnelighet og eksamener i særdeleshet. Han snakker om politikk, historie, den nye bilen sin (innkjøpt i fjor) og årstidene. Han kjører bare korte strekninger. Han er ikke dement. Og hvis han er det, så spiller det ingen rolle. Han har kjørt i 40 år uten ett uhell (hvilket ikke kan sies om legen som har hatt utallige uhell på halvparten av tiden). Nå har jeg tatt saken opp med Fylkeslegen på prinsipielt grunnlag og avventer svaret. Fylkeslegen sendte ballen i retur til legen og sa at han var suveren i sin vurdering. Pasienten ble sendt til sjåførlærer som bekreftet at han er en utmerket sjåfør, og så fikk han attest for et år. Men demensdiagnosen står jo der – som en ripe i lakken både for pasienten og vårt kontor.



Anne Brækhus

44 år, gift og har tre barn i alderen 11–14 år. Hun tok doktorgrad i 1999 på et arbeid om tidligdiagnostikk av demens. Hun var med på å starte Hukommelsesklinikken på Ullevål universitetssykehus i 1990 og har arbeidet der i 12 år. Fra 1998 til 2002 ledet hun et prosjekt med formål å etablere demensutredning i primær- og spesialisthelsetjenesten på ulike steder i Norge. Har fra november 2002 arbeidet som assistentlege ved nevrologisk avdeling på Rikshospitalet. Hun har arbeidet med problemstillingen demens og bilkjøringen nesten fra Hukommelsesklinikkens spede begynnelse. Det ble fort oppdaget at det var et problem.

Kasuistikken belyser mange problemstillinger:

- Bruk av screeningverktøy i førerkortsaker
- Hvordan stilles demensdiagnosen?
- Skal demensdiagnosen stilles? («ripe i lakken»)
- Allmennlege – suveren?
- Kan personer med demens kjøre bil? («Han er ikke dement. Og hvis han er det spiller det ingen rolle»).
- Validitet av praktisk kjøretest

Bruk av screeningverktøy i førerkortsaker

Som nevnt innledningsvis skyldes den økte forekomsten av trafikkuulykker hos eldre personer antakelig økt forekomst av ulike sykdommer. Både hjerneslag, forskjellige synslidelser, Parkinsons sykdom og demens er forbundet med økt antall ulykker i trafikken. Ulike former for demens, med demens av Alzheimers type og vaskulær demens som de to hyppigste, er vanlige lidelser hos eldre og rammer så mange som 20 prosent av alle over 80 år (1). Og det er et uomtvistelig faktum at disse pasientene på et eller annet tidspunkt i sykdommen vil kjøre uforsvarlig (selv om uforsvarlig på ingen måte er et absolutt begrep!) Så spørsmålet er: Hvordan identifisere bilførere med en begynnende mental svikt uten at det medfører en «bedre føre var»-holdning? Å kunne kjøre bil er svært viktig, ikke minst for den eldre del av befolkningen, så det er viktig å treffe beslutningen på det riktige tidspunktet.

Det er her viktig at man har problemstillingen klart for seg. På den ene side, min oppfatning er at korttester ikke fungerer perfekt, men oftest godt nok til å påvise begynnende mental svikt hos eldre personer. På den annen side mener jeg at korttestene man bruker i dag ikke er godt nok validert til at de kan brukes som screening hos eldre generelt med spørsmål om bilkjøring. Ingen studier har til nå vist at en eller flere korttester predikerer evnen til å kjøre bil på en tilfredsstillende måte.

Mini-mental status test har vært mye benyttet til påvisning av mental svikt, i de senere år er også klokke testen (i ulike varianter) tatt i bruk (2–4). Mye kan sies om denne type tester. De fleste korrigerer verken for alder eller utdanning, noe som er en klar ulempe. Et annet problem er at selv om det i ulike studier påvises høy sensitivitet og spesifisitet for mental svikt, kommer det som oftest ikke så klart frem at prevalensen av demens i disse studiene er høy. I en normal-

befolkning med langt lavere forekomst av mental svikt/demens vil antallet med positiv test som faktisk er syke være betydelig lavere. Man får med andre ord mange falsk positive med de problemer det medfører. En annen vanskelighet, som det også hentydes til i kasuistikken, er at noen eldre reagerer på at de blir utsatt for trivielle og enkle spørsmål. Min erfaring med dette er imidlertid at hvis man forbereder pasienten godt på at det vil forekomme spørsmål som virker urimelig lette, pleier det å gå uproblematisk. Kan man da ha noen nytte av slike korttester i denne sammenheng? Ja, jeg tror likevel det. Selv om mange allmennpraktikere kjenner sine pasienter til dels meget godt, kan det være vanskelig å oppdage de første symptomer på mental svikt. Forekomsten av demens er som sagt høy hos eldre mennesker, og jeg mener at man vil kunne ha nytte av regelmessig testing, særlig av noen grupper (for eksempel pasienter over en viss alder og de som mottar hjemmetjenester). Om et enkeltresultat er vanskelig å tolke, kan endring over tid gi viktig informasjon.

Tabell 1

Utreddning av demens – hva bør gjøres?

- Anamnese av pasient og pårørende
- Testing av kognitiv funksjon
- Blodprøver
- CT eller MR cerebrum
- Evt andre undersøkelser (f. eks nevropsykolog)

Tabell 2

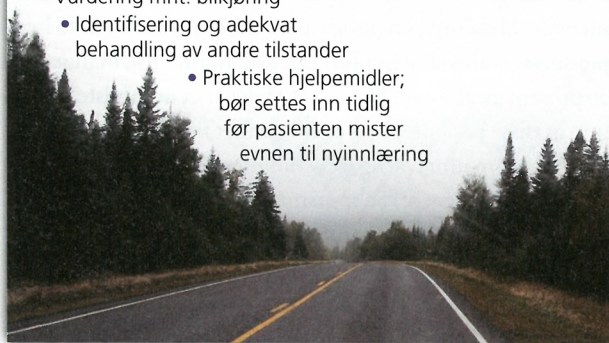
Kriterier for demens i følge ICD-10

- 1) Svekket hukommelse
- 2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner, den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner
- 3) Klar bevissthet
- 4) Svekkelse på det emosjonelle, atferdsmessige eller sosiale området
- 5) Varighet minst 6 måneder

Tabell 3

Viktige grunner til å utrede symptomer forenlig med mental svikt

- Utelukke andre, reversible, årsaker til mental svikt
- Informasjon om demens til pasienten
- Informasjon om demens til pårørende
- Avdekke funksjonssvikt, slik at adekvate hjelpetiltak kan settes inn der pasienten trenger hjelp
- Spesifikk behandling av demenssykdommen
- Behandle tilleggssymptomer ved demens (angst, depresjon)
- Vurdering mht. bilkjøring
 - Identifisering og adekvat behandling av andre tilstander
 - Praktiske hjelpemidler; bør settes inn tidlig før pasienten mister evnen til nyinnlæring

**Hvordan stilles demensdiagnosen?**

Slik det er beskrevet i kasuistikken kan det virke som om demensdiagnosen her er stilt kun ved bruk av MMS og klokke testen. Og uansett hva man måtte mene om denne type tester så er det i de aller fleste tilfeller ikke tilstrekkelig. Korttester skal brukes til screening eller casefinding, eller, som de oftest benyttes, sammen med andre kilder. Demensdiagnosen er en ren klinisk diagnose, og det er derfor i de fleste tilfeller nødvendig med informasjon fra ulike kilder. Spesielt er det viktig å innhente informasjon fra noen som kjenner pasienten gjennom lengre tid. Tabell 1 viser elementer i en demensutredning. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har utviklet en «kokebok», dvs et konkret forslag til en minimumsutredning for demens. Det er verd å legge merke til at dersom pasienten fyller de formelle kriteriene for en demenssykdom (tabell 2), har han eller hun per definisjon en demenssykdom, uansett hva årsaken til symptomene er.

Skal demensdiagnosen stilles?

Jeg reagerer litt på utsagnet «... hvis han er [dement] spiller det ingen rolle». For det første er det mange grunner til at personer med begynnende mental svikt bør utredes, se tabell 3. For det andre, både av hensynet til pasienten selv, og ikke minst sikkerheten for andre trafikanter bør disse pasientene identifiseres og vurderes relativt tidlig i sykdommen med tanke på bilkjøring.

Demensdiagnose – ripe i lakken

Dette utsagnet får meg til å stusse. Er dette fremdeles tilfelle? Ville vi ha skrevet «hjerterinfarkt – en ripe i lakken»? Jeg antar at mannen er frisk, og føler det er ille å få merkelappen «syk». Men er det å få en demensdiagnose verre en



annen sykdomsdiagnose? Dersom det motsatte faktisk er tilfelle, pasienten har en begynnende mental svikt, vil det ikke da være en like stor feil ikke å påvise dette? Både fordi han etter en stund ville være usikker som sjåfør, og fordi det som tidligere nevnt, er rikelig med andre grunner til å utrede symptomer forenlig med mental svikt. Undersøkelsen utført av Vernooij-Dassen og medarbeidere viser at demenssykdommer fortsatt er forbundet med stigmatisering og at det sannsynligvis er det viktigste hinder for at utredning av demens blir iverksatt på et tidlig tidspunkt (5).

Hvilken plass har vurdering av praktiske kjøreferdigheter?

Mange anser praktisk kjørevurdering som gullstandard. Men er det det? Det finnes ingen standardisert kjørevurderinger for eldre mennesker i Norge i dag. Tvert i mot, kravene varierer fra sted til sted, samt også mellom sjåførlærere og sensorer ved Trafikkstasjonen. Og, som det antydes i kasuistikken, mange er fryktelig nervøse, (hvem ville ikke ha vært det?) og presterer antakelig ikke det de er gode for. Vi vet svært lite om hvor godt den praktiske kjørevurderingen korrelerer med faktiske kjøreprestasjoner, uten «overvåker» tilstede, i egen bil og på kjente områder. På den annen side er det liten tvil om at kjørevurdering i mange tilfeller kan gi god informasjon som supplement til en medisinsk vurdering.

Allmennleger – suveren

Å vurdere egnethet for bilkjøring er vanskelig, det er det ingen som helst tvil om. Vi vet ofte ikke hvilken innvirkning de ulike symptomene har på pasientens kjøreferdigheter, retningslinjene fra myndighetene er ofte tvetydige, og det er ingen enighet om hvilken ulykkesrisiko som aksepteres. Det virker derfor noe underlig på meg at en enkelt aktør kan anses suveren. Vel vet primærlegen ofte mye om den enkelte pasient, men er det alltid den riktige kunnskapen i dette tilfellet?

Hvordan skal vi da kunne vurdere om eldre bilførere er skikket som bilførere?

Det er særlig tre helsemessige forhold som er særlig viktig med tanke på bilkjøring. Har pasienten tilfredsstillende syn, foreligger det mental svikt eller har det forekommet episoder med bevissthetsreduksjon? Er det medisinske i

orden kan en kjørevurdering være aktuell. Men, til tross for at kasuistikkforfatteren ikke hadde gode erfaringer med å henvise til spesialisthelsetjenesten mener jeg at de må mer på banen her. Dette er et komplisert spørsmål, i de fleste tilfeller finnes ingen sikker fasit og det er spesielt sett fra pasientens synsvinkel uomordentlig viktig at problemstillingen belyses grundig og korrekt. For som en av mine gamle pasienter sa: «Å miste førerkortet er verre enn å miste kjerringa.» I spesialisthelsetjenesten bør pasienten møte en lege som er opptatt av problemet og har kunnskap og erfaring på området. I en del tilfeller kan det være aktuelt å henvise pasienten til nevropsykolog og en praktisk kjørevurdering hører gjerne med.

Jeg vil i lys av det ovenstående anbefale å bruke korttester til utredning av mental svikt. Venne seg til én uten å stole blindt på den. Videre bør man være svært lydhør overfor pårørendes bekymringer. Vurdering av helse og egnethet for bilkjøring er vanskelig, gjør derfor en grundig vurdering, ha lav terskel for å koble inn spesialisthelsetjenesten. Medisinske sannheter varer som kjent ikke lenge, så la dette være min anbefaling inntil videre.

Referanser

1. Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Sem, 2004.
2. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
3. Nishiwaki Y, Breeze E, Smeeth L et al. Validity of the clock-drawing test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. Am J Epidemiol 2004;160:797-807.
4. Yamamoto S, Mogi N, Umegaki H et al. The clock drawing test as a valid screening method for mild cognitive impairment. Dement Geriatr Cogn Disord 2004;18:172-9.
5. Vernooij-Dassen MJFJ, Moniz-Cook ED, Woods RT et al. Factors affecting recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:377-86.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com