

Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Demenssykdommer

■ ANNE BRÆKHUS *Dr med, spesialist i nevrologi, Nevrologisk avdeling, og Hukommelsesklinikken, Geriatrik avdeling, OUS, Ullevål*

Bakgrunn

I eldre år skjer det en rekke endringer som kan påvirke evnen til å kjøre bil på en sikker måte. Det gjelder forandringer i synsfunksjon, i muskel-skjelettapparatet og i nervesystemet som blant annet redusert psykomotorisk tempo, og forlenget reaksjons- og innlæringsstid.

I hvilken grad disse endringene har betydning for den økte ulykkesfrekvensen i trafikken man ser hos eldre er derimot usikkert. Det er utført få studier der kjøreferdigheter hos helt friske eldre er vurdert. Det er derimot godt dokumentert at mange sykdommer som primært oppstår i eldre år, øker ulykkes-

forekomsten. Det gjelder for eksempel hjerneslag, demenssykdommer, synssykdommer, polynevropati, ulike muskelskjelettlidelser og parkinsonisme.

De fleste demenssykdommer kjennetegnes ved at det gradvis, over år, skjer en generell svekkelse av intellektuelle evner. De hyppigste formene er demens av Alzheimers type, som rammer 60–80 prosent av pasientene, vaskulær demens eller en blanding av disse to tilstandene. Det hyppigste debutsymptomet ved demens av Alzheimers type er redusert hukommelse, men atferdsendringer i form av apati, depressive symptomer og tilbaketrekking sees også ofte tidlig i forløpet. Etterhvert

som sykdommen utvikler seg tilkommer en generell intellektuell reduksjon, med blant annet språkproblemer, redusert oppmerksomhet og rom/retningssans.

Symptomene medfører sviktende ADL-funksjon, i første omgang påvirkes krevende intellektuelle ferdigheter, etter hvert rammes andre funksjoner. På et eller annet tidspunkt i sykdomsutviklingen rammes også evnen til å kjøre bil på en trygg måte. Pasienter med primært vaskulær demens kan være psykomotorisk trege tidlig i forløpet, mens pasienter med demens av Alzheimers type oftere fremstår kvikkere psykomotorisk.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

og førerkort

ILLUSTRASJONSFOTO: KJUT EKANGER

Symptomer ved demens som kan påvirke evnen til å kjøre bil

De fleste symptomer ved demenssykdom kan påvirke kjøreferdighetene. Tidligere studier viser at de viktigste funksjonene for å kunne kjøre trygt er oppmerksomhetsfunksjon, spesielt delt oppmerksomhet, rom-retningssans, psykomotorisk tempo samt eksekutiv funksjon. Derimot vil en isolert hukommelsesreduksjon ofte ikke påvirke kjøringen i negativ retning så lenge pasienten fungerer tilfredsstillende på andre kognitive områder.

Lover og retningslinjer

I henhold til Lov om Helsepersonell (§ 34) har leger, psykologer og optikere meldeplikt til Fylkesmannens helseavdeling når en pasient ikke fyller førerkortforskriftens helsekrav. Til hjelp i vurderingen har Helsedirektoratet utgitt en veileder beregnet på leger, psykologer og optikere, samt en beregnet til bruk av Fylkesmannen (1, 2).

Mange pasienter med kognitiv svikt har forbigående symptomer, en deliriumtilstand, med andre ord en tilstand der akutt somatisk sykdom eller bivirkning av medikamenter er årsak til pasientens kognitive reduksjon. Etter at underliggende årsak er behandlet vil de kognitive symptomene bedres. I henhold til førerkortforskriftens helsekrav foreligger det ikke skriftlig meldeplikt til Fylkesmannen ved tilstander med forventet varighet under seks måneder. I tilfeller der det foreligger en akutt forvirringstilstand kan det derfor være hensiktsmessig å gi pasienten muntlig advarsel om ikke å kjøre. Det er viktig å journalføre vurderingen.

Alle pasienter med en helsevekkelse av over seks måneders varighet skal ha skriftlig beskjed fra legen om at de ikke lenger kan kjøre. For en del pasienter bør denne utføres enkelt, slik at pårørende kan vise til dette

skrevet når pasienten spør om hvorfor han ikke lenger får lov til å kjøre bil.

Alle personer over 70 år må medbringe helseattest i tillegg til førerkort. Fra 2013 er denne grensen planlagt hevet til 75 år.

Dersom pasienten mister førerkortet av helsemessige årsaker, kan han søke Fylkesmannen om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Dersom Fylkesmannen avslår, kan vedtaket påklages. Opprettholder Fylkesmannen sitt vedtak, sendes saken automatisk til Helsedirektoratet for endelig avgjørelse.

Hvordan kan vi på en best mulig måte vurdere om en pasient med demenssykdom fremdeles kan kjøre bil?

Det finnes dessverre ingen enkel metode for å avgjøre om en person med demens er skikket til å kjøre bil på en sikker måte. Noen slutter å kjøre etter påtrykk fra pårørende, andre slutter på eget initiativ – selv om det er langt fra sikkert at det er de mest risikoutsatte som slutter.

I mange tilfeller må helsepersonell vurdere. Hvor omfattende vurderingen må være avhenger av flere forhold. Hvis pasienten skårer 18–19 poeng eller lavere på MMS (og NB! pasienten er i en stabil tilstand) er det sjelden nødvendig med ytterligere utredning, bortsett fra tid til grundig informasjon til pasienten. Der det foreligger mindre uttalte symptomer bør det utføres en mer omfattende vurdering. Spesielt gjelder det vurderinger der pasienten, og/ eller pårørende overhodet ikke innser at dette kan være et problem.

Klinisk undersøkelse og testing

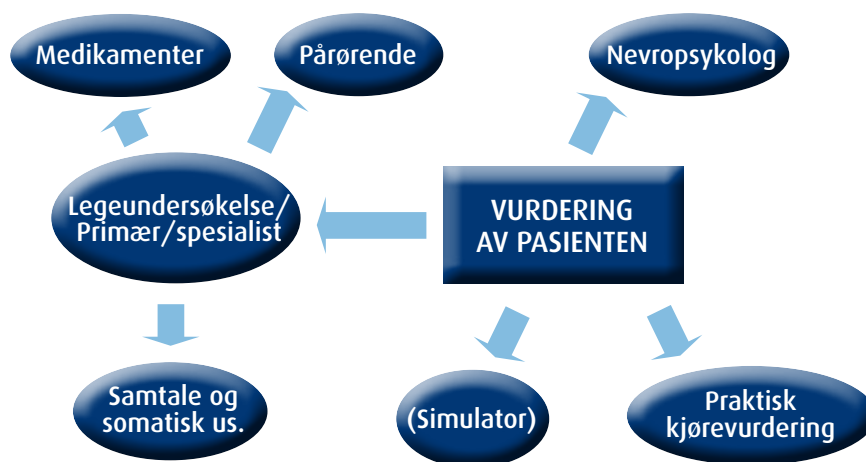
Hvilke metoder man har til rådighet er vist på figur 1.

Samtale med pasienten

Vurderingen bør alltid starte med en samtale med pasienten og punkter som bør vektlegges er:

- Har han innsikt i at dette kan være et problem, aksepterer han at det kan stilles spørsmål om at dette er et problem?

FIGUR 1. Vurdering med hensyn til skikkethet





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

- Har pasienten sykdomsinnsikt og innsikt i egne begrensninger?
- Har han lang kjøreefaring?
- Medfører sykdomsinnsikten restriksjoner i forhold til egen kjøring?
- Benytter han kompensatoriske strategier, som for eksempel kjører lite i mørke, på glatt føre osv?
- Hvordan oppfører han seg under samtalen; er han psykomotorisk treg, virker han forvirret?

Tester av kognitiv funksjon

Et stort antall studier har vurdert ulike nevropsykologiske testers evne til å forutsi ulykkesrisiko i trafikken. Den viktigste konklusjonen er at det ikke finnes én test eller en kombinasjon av tester som kan predikere hvilke pasienter som er sikre i trafikken. En systematisk gjennomgang utført av American Academy of Neurology viser derimot at CDR (KDV; klinisk demensskala) er den beste metoden til å forutsi hvilke pasienter som vil be-

stå en vurdering av praktiske kjøreferdigheter (3). Flere klasse 1-studier viser en øket risiko for å stryke på en kjøretest for pasienter med KDV 0, 5 og 1 som tilsvarer henholdsvis mulig og mild grad av demens. Skalaen dekker ulike funksjoner, og fylles ut av helsepersonell i samarbeid med pårørende basert på all tilgjengelig informasjon. Litteraturgjennomgangen deres finner derimot ingen overbevisende holdepunkter for at nevropsykologiske tester bidrar ytterligere utover dette.

At kognitive tester bare til en viss grad kan predikere kjøreevne er ikke overraskende. Det bunner blant annet i forhold som ikke fanges opp av tester. Omfang og kvalitet av pasientenes kompensatoriske strategier er vanskelig å bedømme på et legekontor. Det gjelder tidligere kjøreevne, kjøreefaring- og lengde, og forhold som kan påvirke testresultatene i negativ retning som lite skolegang og dårlig kjennskap til det latinske alfabet. Pasienter med liten formell skoleutdannelse vil ofte skåre betydelig dårligere på kognitive

tester enn deres reelle funksjon tilsier. Ned-satt hørsel, fremmedspråklig lege, eller nervøsitet kan spille inn og påvirke resultatet i stor grad.

Likevel vil testing av kognitiv funksjon være nyttig og i mange tilfeller en vesentlig del av vurderingen. Det er lite aktuelt og heller ikke nødvendig for flertallet av demenspasientene å gjennomgå en full undersøkelse hos nevropsykolog. Det anbefales derfor at alle allmennleger har et utvalg av tester som de bruker ofte og dermed får et godt kjennskap til. Mini-mental status test, Trail making test A og B og klokketest egner seg i denne sammenheng. Det er viktig å utføre mer enn én test. Allmennleger kan for eksempel gjennomføre testene en gang i året, for å påvise eventuelle endringer i kognitiv fungering. Dersom man påviser et resultat som kan være uforenlig med tilstrekkelig kjøresikkerhet, anbefales det at testene gjentas etter noen måneder, slik at avgjørelsen ikke baseres kun på en (kort) undersøkelse. Det er viktig å være

klar over at det IKKE eksisterer etablerte og validerte cutpoint for hva som er godkjent for kjøring. Noen (sykehus)miljøer opererer f. eks med en maksimal grense på 180 sekunder for Trail making test B, noe som etter manges oppfatning er en altfor streng grense. Mange institusjoner bruker UFOV (useful field of view) og NorSDSA. Sistnevnte er dårlig tilpasset denne gruppen pasienter og bør fortrinnsvis benyttes hos en slagpopulasjon. UFOV viser seg å ha god prediktiv evne, men det er i enkelte studier stilt spørsmål ved om den kan være for utfordrende for pasienter selv i et svært tidlig stadium av en demenssykdom.

Samtale med pårørende

Pasientens pårørende gir i de fleste tilfeller gode komparentopplysninger. Det er likevel viktig å være på vakt mot underrapportering (trenger sjåfør og kjører ikke selv), eller i enkelte tilfeller også overrapportering (spesielt engstelige), eller – kan man en enkelt gang få mistanke om –, ønsker bilen selv...

Innhenting av komparentopplysninger kan gjøres ved hjelp av skjemaet «Kjøreferdigheter – komparentintervju» (<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=1701>). Skjemaet har ingen definerte grenseverdier, men gir en oppfatning av hvordan pårørende vurderer kjøringen og kan være nyttig å ha med i totalvurderingen.

Somatisk status, neurologisk undersøkelse og medikamentanamnese

Alle eldre pasienter der det er spørsmål om de er kognitivt skikket til å kjøre bil bør vurderes somatisk. Ulike lidelser i muskel-skjelettsystemet, polyneuropati, sekvele etter hjerne-slag, visusreduksjon, eller medikamenter som kombinert med den kognitive svikten kan gjøre dem uegnet som bilfører.

Vurdering hos nevropsykolog

Enkelte pasienter kan være aktuelle for vurdering av nevropsykolog. Det kan være tilfel-

ler der man mistenker fokale utfall, eller tilfeller der pasienten er meget motvillig til å gi opp kjøringen, og det er nyttig at flere vurderer.

Det er imidlertid viktig å vurdere resultatet av testingen nøye. Noen ganger klarer pasienten seg bra på enkle tester, men faller ut på sammensatte oppgaver. Det kan selvfølgelig skyldes at svikten rammer mer komplekse funksjoner, men av og til kan årsaken være at pasienten på grunn av sin reduserte hukommelsesfunksjon ikke husker en komplisert testinstruksjon, og dermed yter for dårlig i forhold til sin totalfunksjon. Vedkommende kan likevel være en tilstrekkelig god sjåfør.

Simulatorvurdering av pasienter med demenssykdom utføres enkelte steder i landet, men er ikke veldig utbredt.

Vurdering av praktiske kjøreferdigheter

Ofte er det en gråsonerområde der det er usikkert om en pasient med lett til moderat grad av demens er tilstrekkelig sikker som sjåfør. Da kan det være nyttig med en vurdering av praktiske kjøreferdigheter. Denne vurderingen oppfattes av mange som en «gullstandard», selv om det er mange grunner til at den ikke bør betraktes som det.

Dersom pasienten ikke består kjøretesten, er det all grunn til å vurdere om pasienten er en god nok sjåfør. Riktignok kan det være en del tilfeller hvor man kan stille spørsmål ved «stryk»; pasienten var fryktelig nervøs, har ikke kjørt bil på lenge, har vanskeligheter med å forholde seg til en ukjent bil, for streng sensor eller vurderingen ble utført under altfor krevende forhold (fremmede områder i dårlig vær). Det er vanligvis grunn til å være mer obs på falske negative; der kjøringen blir godkjent til tross for manglende ferdigheter; for snill sensor/sjåførlærer, eller at den funksjonsnedsettelsen som er av betydning for kjøresikkerheten ikke blir tilstrekkelig utfordret i en kjøreprøve under ordinære trafikale forhold.

Hvis legen bestemmer seg for at pasienten

ikke fyller helsekravene og det sendes melding til Fylkesmannen bør det settes av god tid til informasjon av pasienten. Det er for mange pasienter et voldsomt nederlag å miste førerkortet, men min erfaring er at det er lettere for pasienten å akseptere avgjørelsen når vi gir inntrykk av innsikt i hvor sårt dette kan være.

Oppsummering

Alle leger er pålagt meldeplikt dersom en pasients helsetilstand ikke oppfyller helsekravene i førerkortforskriften. Det er altså noe vi – til stadighet – må forholde oss til, enten vi føler oss bekvemme med det eller ei. Det kan i mange tilfeller være en vanskelig oppgave å vurdere, og retningslinjene åpner innen mange områder for en stor grad av skjønn.

Avgjørelsen om en pasient med demenssykdom kan fortsette å kjøre må tas på bakgrunn av all tilgjengelig informasjon. Det kan være lurt å ta problemet opp med pasienten ved en konsultasjon i startfasen av sykdommen. Dermed kan pasienten venne seg til tanken at han på et eller annet tidspunkt ikke lenger vil være skikket til å kjøre bil.

REFERANSER

1. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forerkort-regler-og-veiledning-for-utfylling-av-helseattest-for-forerkort>.pdf
2. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker>/Publikasjoner/veileder-forerkort.pdf
3. Iverson DJ, Gronseth GS, Reger MA, et al Practice parameter update: Evaluation and management of driving risk in dementia. Report of the Quality Standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010 20;74:1316–24. Review.

 abrakhus@ous-hf.no

UTPOSTEN
– en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen