

Ökumenn með heilabilun

Ágrip

Helga María
Hallgrímsdóttir

Jón Snædal

Inngangur: Hlutfall aldraðra í þjóðfélaginu fer vaxandi og fjöldi aldraðra með ökuréttindi eykst sömuleiðis. Það leiðir til fjölgunar ökumanna með vitræna skerðingu og jafnvel heilabilun því tíðni heilabilunar fer mjög vaxandi eftir 65 ára aldur. Í þessari rannsókn er skoðað hvaða vandamál eru þessu samfara.

Efniviður: Niðurstöður viðtala við einstaklinga og ættingja þeirra sem komu á fjögurra ára tímabili til skoðunar á Minnismóttöku Öldrunarlækningadeildar Landspítala Landakoti. Upplýsingar félagsráðgjafa fengust um 346 þeirra.

Niðurstöður: Af 346 einstaklingum var 121 virkur ökumaður, 110 höfðu hætt akstri, flestir eða 92 (84%) af eigin hvötum og 48 höfðu aldrei haft ökuskírteini. Ófullkomnar akstursupplýsingar fengust um 67 einstaklinga. Aðstandendur 12 einstaklinga upplýstu um óhöpp eftir að einkenni vitrænnar skerðingar voru komin fram og voru sjö þeirra enn virkir ökumenn.

Umræða: Aldraðir einstaklingar sem fá vitræna skerðingu taka oftast sjálfir ákvörðun um að hætta akstri. Hluti þeirra sýnir þó dómgreindarleysi og ekur áfram þrátt fyrir einkenni sín. Þörf er á skýrum leiðbeiningum til aðstandenda og heilbrigðisstarfsmanna um það hvernig staðið skuli að lokum ökuferils og hvenær til þess þurfi að koma.

Inngangur

Orsakir fyrir heilabilun geta verið ýmsar og leiða til mismunandi einkenna. Í undantekningartilvikum er orsökinn sjúkdómur sem er læknanlegur en annars má vænta vaxandi einkenna með tímanum. Sjúkdómsgreiningin heilabilun felur í sér að vitrænni getu hefur hrakað það mikið að einstaklingurinn þarf aðstoð eða eftirlit við athafnir daglegs lífs. Minnið versnar og önnur færni eins og til dæmis hæfileikinn til að meta fjarlægðir og afstöðu, framkvæmd flókinna athafna og dómgreind geta einnig truflast töluvert. Algengasta orsök fyrir heilabilun er Alzheimerssjúkdómur, eða í liðlega helmingi tilfella (1). Algengt er að sjúkdómnum fylgi innseisskortur og minnkandi geta til að stjórna eigin hegðun og gerðum. Rannsóknir hafa þó sýnt að um þriðjungur þeirra sem greindir hafa verið með heilabilunarsjúkdóm heldur áfram að keyra (2).

Meðalaldur á Íslandi sem og í öðrum velferðarríkjum hefur hækkað og fleiri ná háum aldri, þannig að fjöldi aldraðra eykst hlutfallslega miðað við heild-

ENGLISH SUMMARY

Hallgrímsdóttir HM, Snædal J

Driving and Dementia

Læknablaðið 2002; 88: 503-6

Objective: The proportion of elderly in the community is increasing and thereby the number of elderly drivers. This leads to an increase in the number of drivers with cognitive impairment and even dementia. This study looks into the problems this is creating.

Material and methods: Interview with patients and their relatives seeking for cognitive impairment to a Memory Clinic over a period of 4 years. Information was achieved by a social worker for 346 individuals.

Results: Out of 346 individuals, 121 were active drivers, 110 ex drivers and 48 had never had drivers license. Insufficient information on driving was for 67 patients. Most of the ex drivers or 92 (84%) had stopped driving of their own initiative. The relatives of 12 individuals informed of accidents occurring after the onset of cognitive impairment and 7 of them continued to drive in spite of that.

Discussion: Elderly who experience cognitive impairment decide in most instances themselves to stop driving. A minority continues driving in spite of obvious deficiencies. Clear guidelines for relatives and health professionals are needed in order to help elderly with cognitive impairment in making decisions on when it is appropriate to stop driving.

Key words: driving, dementia.

Correspondance: Jón Snædal, jsnaedal@landspitali.is

arfjölda íbúa. Ætla má að eldri konur framtíðar hafi frekar ökuskírteini en meðal fyrri kynslóða. Notkun einkabíls telst sjálfsögð jafnt hjá öldruðum sem öðrum. Af þessu leiðir að aldraðir ökumenn eru vaxandi hópur í samfélaginu. Miðað við vegalengdirnar sem aldraðir aka hefur verið reiknað út að 1,6-2,4 sinnum meiri áhætta sé á að ökumaður sem er eldri en 65 ára lendi í árekstri heldur en ökumenn á aldrinum 25-65 ára (3). Þeir eldri keyra hins vegar ekki eins mikið og hinir yngri og eiga því sök á hlutfallslega fáum árekstrum (4). Engin einföld skýring er á þessari hlutfallslegu aukningu á óhappatíðni með aldri en er þó líklega frekar sjúkdómar tengdir öldrun, svo sem sjónskerðing eða stöðkerfissjúkdómar, fremur en aldurstengdar breytingar. Rannsóknur ber ekki saman um það að hve miklu leyti slysatíðni sé hærri

Öldrunarlækningadeild
Landspítala Landakoti,
Túngötu, 101 Reykjavík.
Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Jón Snædal, yfirlæknir,
Öldrunarlækningadeild
Landspítala Landakoti,
Túngötu, 101 Reykjavík,
jsnaedal@landspitali.is

Lykilorð: akstur, heilabilun.

Tafla I. Kynjaskipting, aldur og akstur sjúklinga.

	Fjöldi	Meðalaldur	Akandi
Karlar	167	75,9	92 (55%)
Konur	179	75,8	29 (16%)
Alls	346	75,9	121 (35%)

hjá heilabiluðum en hjá öðrum öldruðum. Í nokkrum erlendum rannsóknum hefur óhappatíðni ökumanna með heilabilunareinkennum verið skoðuð (2, 3, 5). Hvort sem umræddar rannsóknir eru metnar út frá ekinni vegalengd eða tímanum sem ekið er sýna þær að hætta er hið minnsta tvöföld og allt að áttföld (6) hjá þeim en hjá öldruðum almennt (5). Í þessum árekstrum er hinn heilabilaði yfirleitt talinn eiga sök (2). Niðurstöður annarra rannsókna eru á þann veg að á frumstigi Alzheimerssjúkdóms eigi ökumenn ekki oftar sök á árekstrum en gengur og gerist hjá öðrum ökumönnum en eftir fyrstu þrjú árin aukist áhætta verulega (7).

Ekki eru til neinar leiðbeiningar um meðferð ökuréttinda sjúklinga með heilabilunareinkennum hér á landi, enda lítil umræða átt sér stað og þetta atriði ekki verið kannað áður. Könnun White og O'Neill 1999 (8) á reglum varðandi akstur aldraðra í Evrópu-sambandsríkjunum leiddi í ljós að 10 af löndunum 15 eru með einhvers konar heilsufarslega skimun. Leiðbeiningar Evrópusambandsins (European Council Directive 91/439/EE) leggja grunninn að alþjóðlegum viðmiðunum um heilbrigðisskilyrði til aksturs en þar er ekki fjallað sérstaklega um öldrunartengda sjúkdóma og túlkun þjóðanna á leiðbeiningunum er misjöfn. Í þessari rannsókn er skoðað að hve miklu leyti sjúklingar með heilabilun aka bíl og hvaða vandamál eru því samfara.

Efniviður og aðferðir

Þessi afturskyggna rannsókn byggir á upplýsingum sem safnað hefur verið um einstaklinga sem komið hafa til greiningar frá miðju ári 1996 til miðs árs 2000 á Minnismóttöku Öldrunarlækningadeildar, Landspítala Landakoti sem í upphafi var staðsett að Há-túni 10b. Eingöngu er byggt á upplýsingum ef þær liggja fyrir bæði frá lækni og félagsráðgjafa. Þessum upplýsingum var safnað við fyrstu komu sjúklings á móttökuna á staðlaðan hátt og félagsráðgjafi spurði nánasta ættingja sérstaklega um akstur sjúklings. Þegar enginn ættingi hefur verið til staðar hafa þessar upplýsingar því ekki verið fengnar. Einungis einn félagsráðgjafi hefur verið við störf á móttökunni á tímabilinu og í fjarveru hans voru akstursupplýsingar ekki fengnar. Því liggja ekki fyrir akstursupplýsingar um alla þá einstaklinga sem komið hafa til greiningar á móttökuna, en þeir voru alls 560 á þessu tímabili. Þó er vitað að rannsóknarhópurinn er ekki marktækt frá-

Tafla II. Vitræn geta sjúklinga metin á MMSE*-kvarða.

Stig á MMSE	Akandi	Aka ekki	Alls
20 stig og færri	14	62	76 (22%)
fleiri en 20 stig	104	155	259 (74%)
Upplýsingar vantar	3	8	11 (3,2%)
Alls	121	225	346

* MMSE: Mini-Mental State Examination.

brugðinn heildarhópi þeirra sem komu á móttökuna á sama tímabili hvað varðar aldur, kynjaskiptingu eða sjúkdómsgreiningu. Auk upplýsinga um akstur var sjúkdómsgreining skráð, tími frá upphafi einkenna og stig sjúkdómsins samkvæmt einföldu vitrænu prófi, MMSE (Mini-Mental State Examination) (9).

Niðurstöður

Upplýsingar fengust um 346 einstaklinga, 167 karla og 179 konur. Af körlunum óku enn 92 (55%) en af konunum 29 (16%), og því voru virkir ökumenn alls 121 (35%), samanber töflu I. Vitræn skerðing og heilabilun var skráð með tvennu móti, annars vegar með skilmerkjum ICD 10 (10) og hins vegar með niðurstöðum úr einföldu minnisprófi, MMSE (9), og var aksturs saga skoðuð sérstaklega með tilliti til prófsins (tafla II). Vitræn skerðing var talin alvarleg ef stigin voru 20 eða færri af 30, en væg eða þó nokkur (mild to moderate) ef stigin eru fleiri en 20. Af þeim sem reyndust hafa alvarlega vitræna skerðingu samkvæmt MMSE óku enn 14 af 76, eða 19%. Af þeim sem höfðu vægari skerðingu óku enn 104 af 259, eða 40%. Af 121 einstaklingi sem enn ók höfðu sjö lent í óhöppum og fimm að auki höfðu hætt vegna óhapps. Höfðu því alls 12 einstaklingar af 231, eða 5,2%, lent í óhöppum eftir að einkenni vitrænnar skerðingar komu fram samkvæmt upplýsingum ættingja þeirra. Aðstandendur 27 virkra ökumanna (22%) höfðu verulegar áhyggjur af akstri þeirra. Fjórutíu og sex ökumenn (38%) gerðu sjálfir einhvers konar varúðarráðstafanir eða takmörkuðu sig en þó höfðu aðstandendur sex þeirra (13%) áhyggjur af akstri þeirra. Hlutfallið er þó hærra meðal aðstandenda þeirra ökumanna sem ekki gerðu varúðarráðstafanir, eða 21 af 75 (28%).

Upplýsingar fengust um að 110 einstaklingar höfðu áður ekið en hætt því og reyndust 92 þeirra hafa hætt af eigin hvötum, eða 84%. Ættingjar höfðu beitt þrýstingi eða gripið til ráðstafana í tíu tilvikum, fimm hættu eftir umferðaróhapp en einungis þrjár að læknisráði. Einstaklingar sem höfðu hætt akstri voru að meðaltali með meiri vitræna skerðingu en þeir sem enn óku, sjá töflu II.

Ástæður þess að einstaklingar hættu akstri af eigin hvötum voru margvíslegar og oft samtvinnaðar. Versnandi sjón og aðrar líkamlegar hamlanir (heilsu-

farslegar ástæður), minni þörf á akstri eftir að komið var á eftirlaunaaldur og því hætt akstri smám saman (félagslegar ástæður) og þegar einstaklingar hafa með aldrinum hætt að treysta sér til þess að aka, oftast vegna umferðar (sálrænar ástæður).

Upplýsingar fengust um að 48 einstaklingar (21%) höfðu aldrei ekið en ekki lá fyrir aksturssaga frá 67 einstaklingum því hún hafði ekki verið skráð eftir viðtal. Vitræn geta þeirra skildi sig ekki frá vitrænni getu þeirra sem upplýsingar fengust um.

Umræða

Rannsókn þessi byggir á gögnum frá móttöku sjúkrahúss sem sérhæfir sig í greiningu og meðferð vitrænnar skerðingar og heilabilunar. Hún getur því í bezta falli gefið vísbendingu um hvernig akstri einstaklinga með heilabilun er háttað í þjóðfélaginu. Þó má benda á að móttakan er sú eina sinnar tegundar í landinu. Því er líklegt að niðurstöðurnar endurspegli allvel hvernig akstri sjúklinga með heilabilun er háttað í samfélaginu og hvaða vandamál tengjast honum.

Eitt af algengum einkennum heilabilunar er skert dómgreind og innsæi og því var í upphafi sett fram sú tilgáta að sjúklingar hættu akstri seint á sjúkdómsferlinu og að frumkvæðið kæmi einkum frá öðrum en sjúklingunum sjálfum. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda ekki til að sú sé raunin. Þannig hættu 84% (92 af 110) sjúklinga akstri að eigin frumkvæði samkvæmt upplýsingum þeirra nánustu ættingja. Óhappatíðnin virðist heldur ekki há, eða 12 óhöpp hjá 231 öikumanni (5,2%) síðustu þrjú ár á undan. Til samanburðar má nefna að á fyrsta ári ökuréttinda eiga 40% öikumanna aðild að óhöppum (11). Ekki liggja fyrir upplýsingar um hlutfall öikumanna á eftirlaunaaldri sem lenda í óhöppum því ekki er vitað hversu stór hluti þeirra sem hafa réttindi til aksturs nýta þau. Á þessu verður að hafa þann fyrirvara að óhöpp með mjög alvarlegum afleiðingum koma ekki fram í þessari samantekt af þeirri ástæðu að sjúklingarnir hafa þá annaðhvort látist eða komið til langvinnrar umönnunar. Framvirk rannsókn myndi því væntanlega sýna hærri óhappatölur. Athygli vekur hversu fáir hætta akstri samkvæmt ráðleggingu lækna, eða aðeins þrír. Nefna má tvær skýringar á þessu. Í ljósi þess að lagaleg ábyrgð er takmörkuð er líklegt að lækna séu tregir til þess að blanda sér í slík mál, af ótta við að stofna trúnaðarsambandi sínu við sjúklinginn í hættu. Í þessu sambandi má benda á tvöfalt hlutverk lækna, hann þarf að hafa í huga trúnað sinn við skjólstæðinginn en um leið öryggi almennings. Önnur hugsanleg skýring er að lækna viti ekki vel af heilabilunareinkennum sjúklinga sinna. Í athugun á þessu í Linköping í Svíþjóð kom í ljós að aðeins 26% þeirra einstaklinga sem eru með heilabilunareinkenni eru þekktir af því á sinni heilsugæslustöð (12).

Er þá þörf á nánari leiðbeiningum eða reglum á þessu sviði? Viðtöl við aðstandendur benda til að svo

sé. Ættingjar 22% sjúklinga sem enn aka hafa verulegar áhyggjur af akstri þeirra en hafa ekki getað fundið viðunandi lausn. Að auki virðast 38% öikumanna gera sjálfir einhverjar varúðarráðstafanir, svo sem að aka einungis í björtu og við bestu skilyrði, aka aðeins leiðir sem þeir þekkja eða aka aðeins utan helsta umferðartíma. Akstur aldraðra einstaklinga sem þjást af heilabilun er aðstandendum oft mikið áhyggjuefni. Það er þeim hins vegar erfitt að þurfa að taka völdin af maka eða foreldri og stöðva akstur þeirra. Ákvörðunin getur verið ein sú viðkvæmasta sem fjölskyldan hefur þurft að taka (13). Þó virðist þessi ákvörðun oftast vera í höndum aðstandenda en í fáeinum tilfellum njóta þeir aðstoðar lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks. Oft er það einungis fjölskylda viðkomandi sem hefur vitneskju um þær breytingar sem hafa áhrif á aksturshæfni.

Akstur er mikilvægur þáttur í nútímasamfélagi, hann er sá samgöngumáti sem flestir eldri borgarar kjósa og er mikilvægur fyrir sjálfstæði þeirra. Missir þeirra réttinda hefur tilfinningalegar og hagrænar afleiðingar í för með sér og getur leitt til félagslegrar einangrunar og þunglyndis. Óþægindi geta skapast vegna daglegra athafna og þátttöku í félags- og tómstundastarfi. Viðkomandi verður öðrum háður hvað samgöngur varðar og getur fundist hann/hún vera byrði. Einnig geta komið fram neikvæðar tilfinningar um eigin verðleika. Enn fremur er bent á að missir ökuleyfis geti haft „domino áhrif“ því maki, vinir, aldraðir ættingjar og jafnvel fullorðin börn geta verið háð viðkomandi öikumanni hvað akstur varðar (13).

Í Reglugerð um ökuskírteini (14) er kveðið á um lágmarkskröfur um líkamlega og andlega hæfni til að stjórna ökutæki (21. gr.). Við endurnýjun er krafist læknisvottorðs sem venjulega er á stöðluðu formi, þar sem þó er ekki gert ráð fyrir mati á vitrænni getu. Verði lækni þess áskynja í starfi sínu að einstaklingur með heilabilunareinkenni sé enn við akstur ber honum þó ekki lagaleg skylda til þess að tilkynna það yfirvöldum. Í viðauka II við fyrrnefnda lagagrein koma fram nánari ákvæði um heilbrigðisskilyrði. Í G-lið viðaukans kemur meðal annars fram að hvorki megi gefa út eða endurnýja ökuskírteini fyrir umsækjendur eða öikumenn sem haldnir eru alvarlegum hegðunarvandamálum vegna öldrunar eða persónuleikatrufunum sem valda skorti á dómgreind eða samskipta- og aðlögunarhæfni. Þessi einkenni eiga yfirleitt ekki við þá sem þjást af heilabilun fyrir en á síðari stigum sjúkdómsins en ýmsar aðrar truflanir sem geta haft áhrif á aksturshæfni koma fram mun fyrir. Í fyrrnefndri 21. gr. er kveðið á um að Dómsmálaráðherra skuli að höfðu samráði við Landlækni setja leiðbeinandi reglur um meðferð mála er varða útgáfu og endurnýjun ökuskírteinis, þar sem fram koma upplýsingar um heilbrigði, er krefjast læknisfræðilegra yfirlýsinga, umsagna eða mats. Þessar leiðbeinandi reglur hafa enn ekki litið dagsins ljós.

Á hverju ættu leiðbeiningar um lok ökuferils að byggja? Þessi rannsókn getur ekki gefið grundvöll að slíkum leiðbeiningum en niðurstöðurnar geta þó verið hjálplegar. Víðast hefur ekki náðst eining um ákveðnar leiðbeiningar en bent hefur verið á nokkur atriði til hliðsjónar. Mikilvægast er að fá góða sögu um akstur eins og hann kemur ættingjum fyrir sjónir, hvort þeir hafi áhyggjur og í hverju þær séu fólgnar. Í álitserð sem sænska umferðarráðið tók þátt í var fjallað um notkun MMSE-prófsins í þessu skyni, en prófið hefur þann kost að vera mjög útbreitt og vel þekkt (3). Varast ber að nota það nema til viðmiðunar, niðurstaða úr því prófi ein og sér getur ekki verið ákvarðandi. Það er þó tæplega nokkuð sem getur mælt með áframhaldandi akstri ef niðurstaða á prófinu er 10 stig eða færri og niðurstaða allt að 24 stigum ætti að gefa tilefni til nánari skoðunar á ökuhæfni, einkum ef áhyggjur ættingja af akstri viðkomandi sjúklings eru fyrir hendi. Sú skoðun felst í læknis-skoðun, þar með talið taugaskoðun, og taugasálfræðilegu mati sem getur bent á veikleika í fjarlægðar- og rýmdarskynjun og dómgreind (15). Einnig kemur til álita að fá ökukennara til að fylgjast með akstri eða reyna akstur í ökuhermi en hvorugt hefur þó reynst áreiðanlegt meðal sjúklinga með byrjandi heilabilun (3).

Það er því niðurstaða þessarar athugunar að akstur einstaklinga með heilabilun sé í heild ekki mikið vandamál út frá öryggi í umferðinni. Hins vegar vanti skýrari leiðbeiningar svo auðvelda megi sjúklingum og aðstandendum þeirra að stíga fyrir eða síðar það óhjákvæmilega skref að sjúklingurinn láti af akstri. Læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk hljóta að gegna lykilhlutverki í þeirri leiðsögn.

Þakkir

Þakkir fær Berglind Magnúsdóttir, öldrunarsálfræðingur fyrir aðstoð við tölfræðiúrvinnslu. Vísindasjóður til styrktar rannsóknum á Alzheimerssjúkdómi og skyldum sjúkdómum veitti styrk til rannsóknarinnar.

Rannsóknin fékk leyfi Vísindasiðanefndar Landspítala og Persónuverndar.

Heimildir

1. Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology* 1998; 51: 728-33.
2. Lucas-Blaustein MJ, Filipp L, Dungan C, Tune L. Driving in patients with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 1087-91.
3. Lundberg C, Johansson K, Ball K, Bjerre B, Blomqvist C, Brækhus A, et al. Dementia and Driving: An Attempt at Consensus. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 1997; 11: 28-37.
4. Guðmundsson E. Hvers konar tjónum lenda eldri öikumenn helst í? Í: Eldri öikumenn í umferðinni. Málþing um akstur eldra fólks. Reykjavík: Félag eldri borgara, Landssamband eldri borgara, Umferðarráð 1999: 24-7.
5. Cooper PJ, Tallman K, Tuokko H, Beattie BL. Vehicle crash involvement and cognitive deficit in older drivers. *J Safety Res* 1993; 24: 9-17.
6. Johansson K. Den åldrande bilförarens trafiksäkerhet. *Medicinsk årbog. Munksgaard, Köbenhavn*. 1998; 165-74.
7. Drachman DA, Swearer JM. Driving and Alzheimer's disease: the risk of crashes. *Neurology* 1993; 43: 2448-56.
8. White S, O'Neill D. Health and Relicensing Policies for Older Drivers in the European Union. *Gerontology* 2000; 46: 146-52.
9. Tómasson K. Athugun á glöpum hjá öldruðum og áfengissjúklingum með auðveldu stöðluðu prófi borin saman við mat starfsfólks. *Læknablaðið* 1986; 72: 246-59.
10. International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). WHO, Genf 1994.
11. Skýrsla um umferðarslys á Íslandi árið 1997, bls. 28. Umferðarráð, Reykjavík 1998.
12. Ólafsdóttir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000; 11: 223-9.
13. Adler G. Driving and dementia: Dilemmas and decisions. *Geriatrics* 1997; 52: 26-9.
14. Reglugerð um ökuskrteini nr. 501/1997.
15. Corkin S, Growdon JH, Sullivan EV, Nissen MJ, Huff FJ. Assessing treatment effects: a neuropsychological battery. In: Poon LW, ed. *Clinical Memory Assessment of Older Adults*. American Psychiatric Association. Washington DC 1987: 156-67.