

Alzheimer undir stýri

Sjúklingar með langt genginn Alzheimers sjúkdóm hafa misst alla hæfileika til að aka bíl þótt þeir hafi í upphafi sjúkdómsins haft fulla færni. Einhvers staðar þar á milli kemur að því að hætta verður akstri. Hvernig það er metið, hvernig að því er staðið og hverjir koma að þeirri ákvörðun er hins vegar ekki staðlað og reyndar mjög einstaklingsbundið.

Akstur í nútíma þjóðfélagi er teikn um sjálfstæði. Almenningsamgöngur á höfuðborgarsvæðinu eru þokkalegar en mun lakari eða engar annars staðar. Það er hins vegar afar rík hefð fyrir notkun einkabíls hér á landi og það er því erfið tilhugsun fyrir flesta að sleppa bílnum og nota almenningsamgöngur. Í þeirri kynslóð sem nú er á efri árum er hlutfall kvenna með ökuréttindi fremur lágt en það er óðum að breytast. Það er því enn algengt að eiginmaðurinn aki bíl en konan ekki. Ef hann veikist af Alzheimers sjúkdómi, skerðist sjálfstæði hennar einnig ef leggja þarf bílnum. Missir ökuréttinda getur því haft áhrif á fleiri en þann einstakling sem þetta beinlínis varðar. Það reynist einnig töluvert andlegt áfall að viðurkenna að aksturshæfileikinn sé ekki lengur góður og að akstur sé orðinn óöruggur. Því er augljóslega fyrirstaða gagnvart því að hætta akstri. Á hinn bóginn verður að hafa í huga þá áhættu sem akstur einstaklinga með skerta akstursgetu hefur í för með sér. Vandamál varðandi akstur aldraðra hefur verið kannað í nokkrum rannsóknum og þótt þær séu ekki allar alveg samhljóða, kemur í stórum dráttum fram svipuð niðurstaða. Öldruðu fólki er almennt heldur meiri hætta búin en yngra fólki ef miðað er við ekinn kílómetra en hins vegar aka aldraðir mun minna en þeir sem yngri eru og því er heildaróhappatíðni þeirra lægri. Þegar sjúklingar með Alzheimer sjúkdóm eru skoðaðir með hliðsjón af jafnöldrum þeirra, kemur í ljós að á allra fyrstu stigum sjúkdómsins er ekki að merkja neinn mun. Síðan eykst áhætta sjúklinganna. Það sem gerir matið erfitt er annars vegar að einkennin eru að koma smám saman og því erfitt að meta nákvæmlega hvenær að því kemur að rétt er að hætta akstri og hins vegar að einkennin geta verið misjafnlega mikil frá degi til dags þótt í heildina sé um afturför að ræða til lengri tíma. Það skiptir einnig máli hvaða einkenni það eru sem koma fram. Skert minni eitt og sér skerðir ekki hæfileika til aksturs svo nokkru nemi. Máltruflanir skerða heldur ekki akstur. Ef á hinn bóginn koma fram einkenni eins og verkstol eða skert ratvísi getur það komið snemma niður á aksturshæfileikum. Þeim einkennum fylgir oft skert rýmdarskynjun þ.e.a.s. að átta sig á afstöðu hluta hvers til annars svo sem fjarlægð farartækja, hraða þeirra og jafnvel akstursstefnu. Einkenni eins og innsæis- og dómgreindarleysi eru einnig mjög varasöm. En hvernig er þetta í reynd?

Í rannsókn sem við gerðum á minnismóttöku Landakots fyrir nokkrum árum var rætt við aðstandendur 346 sjúklinga sem þangað leituðu. Í ljós kom að vandamálið í heild virðist ekki vera mikið. Af þeim 110 einstaklingum sem höfðu hætt akstri þegar hér var komið sögu höfðu liðlega 8 af hverjum 10 tekið þá ákvörðun sjálfir og var það mun hærra hlutfall en við áttum von á. Meðal þeirra sem enn óku höfðu aðstandendur áhyggjur í u.þ.b. fjórðungi tilfella. Það sem oftast virðist gerast er að einstaklingurinn finnur sjálfur fyrir skerðingunni og bregst við henni jafnvel þótt hann tali ekki um

Það. Þeir fara að keyra minna, velja aðstæður og tíma og halda sig við kunnuglegar slóðir. Allt þetta dregur úr óhappalíkum. Veðráttan og veturinn hér gera það einnig að verkum að fólki reynist auðveldara að hætta akstri án þess að hafa um það mörg orð. Margir hætta því að keyra þegar skammdegið verður áberandi og færð spillist og þegar sól hækkar á lofti er bíllinn ekki tekinn fram að nýju. Vandamálið er því ekki stórt í heildina tekið en akstur sumra sjúklinga veldur þó verulegum áhyggjum og hvað er þá til ráða?.

Í ljós kemur að í þeim tilvikum að sjúklingur áttar sig ekki á takmörkunum sínum hvílir ákvörðunin um að hætta akstri og framfylgd hennar að langmestu leyti á ættingjum. Þeim reynist þetta oft erfitt og það tekur gjarnan langan tíma fyrir þá að koma þessu um kring. Stundum er gripið til sérstakra ráðstafana svo sem að láta ekki gera við bíl þegar hann bilar, lána hann aðstandendum eða jafnvel fjarlægja geymi eða aðra nauðsynlega hluti svo bíllinn verði óökuhæfur. Læknar og heilbrigðisstarfsfólk virðist lítið hafa skipt sér af þessum málum og það voru mjög fáir sjúklingar sem höfðu hætt akstri vegna afskipta þeirra. Í kjölfar þessarar rannsóknar hefur verið komið upp verklagsreglum á minnismóttökunni á Landakoti þannig að akstur verði ávallt til umræðu við fyrstu komu og síðar einnig eftir þörfum. Lögð er áhersla á að gefa ráðleggingar og að fylgjast með því hvernig þær duga. Til grundvallar þessum ráðleggingum er matið sem fer fram á vitrænni getu sjúklings. Stundum liggur í augum uppi að grípa þarf fram fyrir hendur á sjúklingi en það er sjaldan núorðið að þeir komi svo seint í sjúkdómsferlinu að svo sé komið. Það er því fyrst og fremst í eftirfylgdinni sem þarf að hafa þetta í huga. Það er einnig möguleiki á því að senda sjúkling í akstursmat sem fer fram á staðlaðan hátt hjá ökukennara og iðjubjálfa og er það nokkuð notað. Í akstursmatinu er notast er við þann bíl sem sjúklingur hefur sjálfur til afnota. Ef allt um þrýtur þarf læknir sjúklings á móttökunni að grípa inn í með bréfi til viðkomandi lögreglustjóraembættis og benda á að þessi einstaklingur sé ekki lengur hæfur að aka bíl. Þetta gerist þó sjaldan.

Benda má á að hægt er að fá takmarkað ökuleyfi þar sem tilgreint er undir hvaða kringumstæðum eða á hvaða svæði leyfið er í gildi en þessi valkostur er sennilega ekki mikið notaður.

Að endingu er rétt að áréttu að akstur sjúklinga sem eru með vaxandi heilabilun er ekki einkamál þeirra. Það þarf að ræða opið um þá kosti sem eru fyrir hendi og fagfólk á að vera þess umkomið að veita góðar leiðbeingar og stuðning. Fagfólk minnismóttökunnar hefur metnað til að standa vel að lausn slíkra mála.

Höfundur Jón Snædal.
Nóvember 2008