

Läkares kontroll av körkortsfrågor etter slaganfall

Sammendrag

Bakgrund. Hjerneslag i Finnmark er en totalundersökning av nya slaganfall i Finnmark under fyraårsperioden april 1998–mars 2002. 622 fall var första-gångsattacker. Avsikten med undersökningen var att bedöma hur behandlande läkare handlade i frågor om bilkörning hos slagpatienter i det subakuta skedet och under det första året.

Material och metod. Bedömningar av lämpligheten att köra bil gjordes av författaren tillsammans med forskningssjuksköterskor i det subakuta skedet och via telefonintervjuer efter tre och 12 månader.

Resultat. 45 % av slagpatienter som överlevde första attacken hade körkort för bil. Oftast saknades journaluppgifter om körkortsinnehavet. Uppgifterna inhämtades i efterhand vid uppföljningsintervjuerna. 80 % av körkortsinnehavarna bedömdes inte uppfylla hälso-kraven att köra bil i det subakuta skedet pga. neurologiska, kognitiva eller oftalmologiska rubbningar. Mindre än hälften av dessa fick temporärt körförbud av läkare. Flera av de andra fortsatte att köra bil. Ca. 40 % av de körkortsinnehavare som levde efter ett år bedömdes inte uppfylla hälsokraven att köra bil. Flera fall av homonym hemianopsi undgick länge upptäckt.

Slutsats. Innehav av körkort bör alltid dokumenteras i patientjournaler. Behandlande läkare skall bedöma om temporärt muntligt och skriftligt körförbud behöver utfärdas för slagpatienter. Synrubbningar bör särskilt beaktas. Enhetliga normer för körkortsutredningar bör utarbetas i Norge.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2609

Sven-Mårten Samuelsson

svenmarten@hotmail.com
Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Kirkenes sykehus
9915 Kirkenes

90 % av befolkningen i Norge under 50 år har körkort, medan andelen med körkort över 50 år års ålder beräknas till 50 % (1). I takt med ökningen av andelen äldre i befolkningen förväntas antalet äldre med körkort öka.

Slaganfall är en relativt vanlig sjukdom. Eftersom sjukdomen övervägande drabbar den äldre befolkningen (2, 3) kan man förvänta att allt fler äldre slagpatienter har körkort. Fysiska och kognitiva nedsättningar efter slaganfall är vanliga (4, 5) liksom även synrubbningar, men dessa är mindre uppmärksammade (6, 7). Sådana komplikationer kan allvarligt försämra förmågan att köra bil. Det är en viktig samhällsuppgift att trafikfarliga patienter upptäcks, både för patienternas egen och för medtrafikanternas skull.

Syftet med föreliggande undersökning var att studera hur läkare hanterade körkortsfrågor hos personer som drabbats av akut slaganfall i Finnmark.

Material och metoder

Hjerneslag i Finnmark är en totalundersökning av nya slaganfall över 15 års ålder i Finnmark under fyraårsperioden april 1998–mars 2002. Incidensen kartläggs. Förekomsten av riskfaktorer för slag och ett stort antal andra medicinska data registreras i ett slagregister. Utfallet av behandlingen vid det akuta slagtilfallet och behandlingskedjan studeras. Materialet följs upp ett år efter akuttillfället. Populationen i Finnmark utgörs av ca. 75 000 invånare.

Samtliga primärdata insamlades av författaren tillsammans med forskningssjuksköterskorna Anita Brekken, Kirkenes sykehus, och Janne Isaksen och Elin Reinholdt-sen, Hammerfest sykehus. De flesta nya fall registrerades medan patienterna fortfarande var inläggande på respektive sjukhus. Endast fall som uppfyllde WHO-kriterierna på diagnosen slaganfall inkluderades. För att garantera att inga nya slag undgått upptäckt granskades även datalistor över patienter med diagnosen slaganfall som utskrivits från sjukhusen i Kirkenes, Hammerfest och Universitetssykehuset Nord-Norge under den

aktuella perioden. Som inklusionskriterier användes diagnoskoderna 430–432, 434, 436, 437 (ICD9) för år 1998, respektive I60, I61, I63, I64 (ICD10) från och med år 1999. Dessutom granskades en stor mängd journaler med näraliggande diagnoser, t.ex. diagnoskoderna 433, 435, 438 (ICD9) respektive I62, I65–I69 och G45 (ICD10). Vidare togs upprepade kontakter med kommunleger I och sjukhemmen i Finnmark för att få reda på eventuellt nya slagrammade som inte blivit inlagda på sjukhus. En av forskningssjuksköterskorna gjorde datasökningar på diagnosen slaganfall i några kommuners datasystem. Slutligen erhöles från Statistisk sentralbyrå dödsdiagnoser på personer i Finnmark som avlidit med diagnosen slaganfall under den aktuella perioden. Sjukhusjournalerna på detta material granskades. Tio nya slaganfall upptäcktes därvid; nio hade varit intagna på sjukhus och dött relativt akut i intracerebral blödning (fyra), subaraknoidalblödning (två) eller hjärninfarkt (tre). De hade som regel haft andra sjukhusdiagnoser än slag.

Totalt blev 58,7 % inlagda på slagenhet, 28,9 % på annan sjukhusavdelning i Finnmark, 9,5 % direkt på Universitetssykehuset Nord-Norge eller annat sjukhus utanför Finnmark. 0,5 % vårdades bara på sjukhem och 2,5 % blev behandlade enbart i primärvård. En andel av dem som blev inlagda på sjukhusavdelning hade först varit intagna en kortare tid på något helsesenter/sjukhem.

De flesta tre- och 12-månadersuppföljningarna gjordes av författaren. Uppföljningarna gjordes per telefon.

Projektet godkändes av Statens helsetilsyn, Datatilsynet och regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Nord.

Huvudbudskap

- Körkortsförhållandena hos slagpatienter skall alltid uppmärksammas av behandlande läkare
- Om indikation föreligger skall temporärt muntligt och skriftligt förbud mot bilkörning utfärdas
- Synproblem efter slaganfall skall särskilt beaktas med tanke på bilkörning och behandlingsupplägg
- Enhetliga normer för körkortsutredningar efter t.ex. slaganfall bör utarbetas

Preliminära resultat från den inledande delen av undersökningen april 1998–mars 1999 har rapporterats tidigare (3).

I samband med registreringen av primärdata vid akutsjuknandet i slag noterades bl.a. om patienterna hade körkort för bil, lastbil och minibuss/buss. Registreringen av primärdata omfattade en mängd medicinska data, t.ex. förekomst av förlamningar, kognitiv nedsättning och/eller hemianopsi. Det var därför möjligt att göra en någorlunda rimlig klinisk bedömning, huruvida vederbörande patienter uppfyllde «førerkortforskriftens helsekrav» (8) att köra bil i det subakuta skedet. Notering gjordes om det fanns journaluppgifter på att patienterna fått muntligt eller skriftligt förbud att köra bil.

Innan tre- och 12-månadersuppföljningarna gjordes, insamlades samtliga journalhandlingar på patienterna under den aktuella perioden. En del av patienterna hade varit intagna på Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Kirkenes sykehus, for rehabilitering eller kørkortsutredning efter slaganfallet. Det primära syftet med telefonoppfølgningarna var att få en detaljerad bild av forløppet under det første året och att få reda på patienternas fysiske og psykiske funksjon. Patienterna tillfrågades också om de hadde kørkort og själva körde bil, om de eventuelt fått forbud att köra bil och om Fylkeslegen varit inkopplad i kørkortsfrågan. I de fleste fallen intervjuades också en nära anhørig om patientens funksjonstilstand og om vederbörande körde bil; dessa oppgifter var særskilt viktige når det gjaldte patienter med kognitiv nedsättning. Med ledning av intervjudata og tidligere journaldata var det sålunda möjligt att göra en rimlig bedømming, huruvida patienterna uppfyllde «førerkortforskriftens helsekrav» att köra bil och inneha kørkort (8).

Resultat

Under den aktuelle undersøkningsperioden registrerades 622 førstagsinsjuknanden i slag (323 män och 299 kvinnor) och 173 slagrecidiv (96 män och 77 kvinnor). Medelåldern vid førstagsinsjuknandet var 67,7 år för män och 74,1 år för kvinnor ($p < 0,0001$). Samtlige resultat i nedanstående tabeller redovisar forholdene hos patienter med førstagsinsjuknande i slag ($n = 612$).

Kørkortsforholdene ved første attacken

44 % av patienterna (64 % av mennene og 23 % av kvinnene) hadde kørkort for bil (tab 1).

Medelåldern var betydelig lágere hos kørkortsinnehavere (64,7 år hos menn og 60,3 år hos kvinner) än hos dem som inte hadde kørkort (73,3 år hos menn og 78,4 år hos kvinner).

4,3 % hadde kørkort for lastbil og 4,9 % for minibuss/buss (ej redovisade i tabell 1 eller senere tabeller). 45 % av dem som overlevde første attacken hadde kørkort for

bil (tab 1). I de fleste fall sagnades an- teckning i akutjournalerna angående inne- hav av kørkort. Dessa oppgifter inhämtades därför vid telefonoppfølgningarna.

Med ledning av medicinske journaler og de bedømminger som gjordes i akutskedet kunde konstateres att 80 % av de 242 kørkortsinnehavere inte uppfyllde helsekraven att köra bil i det subakute skedet (tab 1). Medelpoeng enligt Barthels ADL Index (0–20 poeng) i denna gruppen var 12,0 jämfört med 18,3 i den «godkända» gruppen ($p < 0,0001$). 43,7 % av dessa 193 kørkortsinnehavere hadde extremitetspareser og kognitive rubbninger, 38,1 % enbart extremitetspareser, 11,1 % enbart kognitiv nedsättning og 7,2 % enbart hemianopsi. Totalt hadde 29,8 % av dessa kørkortsinnehavere synrubbninger. I några fall förelåg dessutom epilepsi respektive kronisk alkoholisme.

Endast 93 av dessa 193 patienterna fikk kørförbud enligt journalanteckninger. Ett litet antal av dessa kørförbud utfärdades av läkare vid akutklinikerna. Flertalet kørförbud utfärdades av läkare vid rehabiliteringsavdelningen i Kirkenes, den enda rehabiliteringsavdelningen i fylket, i samband med fortsatt rehabilitering eller kørkortsutredning efter det akute slagtilfallet.

Kørkortsforholdene for bil ett år efter første attacken

En analyse gjordes av kørkortsforholdene for bil hos patienter som levde ett år efter

Tabell 1 Innehav av kørkort for bil vid førstagsinsjuknande i slag

	Antal
Førstagsinsjuknede, antal totalt	622
Dérav kørkortsinnehavere	271
Overlevde første attacken	538
Dérav kørkortsinnehavere	242
Uppfyllde inte helsekraven att köra bil	193
Fikk forbud att köra bil av läkare vid:	93
Akutavdeling	24
Rehabiliteringsavdeling	65
Regionsjukhus	3
Primærvård	1

første slagattacken. 19 overlevde inte ett år. Av tabell 2 framgår bl.a. att Fylkeslegen varit involveret i 23 % av fallen. 41 % av de 171 kørkortsinnehavere uppfyllde inte helsekraven att köra bil. 50 % av dessa ($n = 70$) hadde kvarvarande extremitetspareser og kognitive rubbninger, 34 % enbart extremitetspareser, 5 % enbart kognitiv nedsättning, 8 % enbart hemianopsi og 3 % allvarlig hjerte- eller nyrusjukdom. Ca. hälften av dessa 70 körde bil.

Patienter med homonym hemianopsi

Vid tre- og 12-månadersuppfølgningarna gjordes en spesiell analyse av kørkortsforholdene hos dem som konstateres ha homo-

Tabell 2 Kørkortsforholdene hos patienter som levde ett år efter insjuknande i førstagsinslag

	Antal	(%)
Har kørkort for bil	171	(76,7)
Uppfyller helsekraven att inneha kørkort	101	
Uppfyller inte helsekraven	70	
Kör bil	31	
Kör inte bil	39	
Har kørkort og har fått dispensasjon av Fylkeslegen	9	(4,0)
Kørkortet indraget av politen	42	(18,8)
Har ogiltigt kørkort efter 70 års alder	1	(0,4)
Totalt	223	(100)

Tabell 3 Kørkortsforholdene og bilkörning hos patienter med homonym hemianopsi. Gæller patienter med førstagsinsjuknande i slag som levde tre respektive 12 måneder efter det akute slagtilfallet

	Efter 3 måneder ($n = 72$)		Efter 12 måneder ($n = 66$)	
	Antal	(%)	Antal	(%)
<i>Kørkortsforholdene</i>				
Har kørkort	34	(47,2)	19	(28,8)
Kørkortet indraget av politen	11	(15,3)	22	(33,3)
Har inte kørkort	27	(37,5)	25	(37,9)
<i>Bilkörning</i>				
Kör bil	8	(11,1)	7	(10,6)
Kör inte bil	64	(88,9)	59	(89,4)

nym hemianopsi ved det akuta slagtilfallet eller senere (tab 3). Andelen kørkort som inndragts av politen økade frå tremånaders-til 12-månadersstidpunkt. 29 % av patienterna med homonym hemianopsi hadde fortfarande kvar sitt kørkort etter 12 månader. En del av dessa var så fysisk handikappade att de inte kunde køre bil; de bodde t.ex. på sjukhem. De utgjorde naturlegvis ingen riskgruppe for bilkøring. Men 11 % av patienterna med hemianopsi kørde fortfarande bil 12 månader etter debuten av sitt slag-anfall.

Diskussion

Undersøkingen visade att knapt halften av de slagpatienter som overlevde første attacken hadde kørkort for bil.

80 % av kørkortsinnhavarna bedømmede inte oppfylle helsekravene att køre bil i det subakute skedet. Orsakerna til dette var ekstremtetspareser, kognitive nedsættninger og/eller synrubbingar. Dette resultat er rimligt med tanke på att ca. tre fjerdedel av slagpatienter oppvisar kvarvarande neurologiske symptom 2–3 vecker etter det akute slagtilfallet (9) og mange av dessa symptom utgør i alle fall ett temporært hinder for bilkøring.

I mange fall saknades oppgitt i akutjournalerna om patienternas kørkortsforhøllanden. Troligen kende inte lækarna til om patienterna hadde kørkort eller inte. I alle fall fikk patienterna inte någon informasjon om att de i forekommande fall inte fikk køre bil i det subakute skedet.

Forhøllendevis få akutlækere utførde muntlige kørførbud for patienterna. De fleste forbuden utførdes av rehabiliteringslækere etter det subakute skedet.

Det er naturlegvis tankbart att en del patienter fikk muntligt kørførbud av lækare på akutavdelningarna utan att dette noterades i journalerna. Det er dessutom inte helt utånkbart att vissa patienter fikk ett muntligt kørførbud men inte kunde ta til sig eller minnas denne informasjon pga. kognitiv nedsættning eller pga. att de befann sig i chockfas etter det akute insjuknandet.

I mange fall fikk man alltså inte kunnskap om patienternas eventuelle kørkortsinnhav førre i samband med tre- og 12-månadersoppfølgingarna. En del patienter berättade

då, att de hadde försøkt køre bil etter utskrivningen frå akutavdelningen. I flere fall märkte de då att bilkøringen gikk «på Guds försyn». Förstående patienter avvaktade då med fortsatt bilkøring ett antal månader, tills de kende sig mera kapable. En del patienter fortsatte dock att prøva sig fram med vekslande framgang. De anhöriga uttryckte inte sällan oro över att patienterna trots sitt dålige funksjonstilstand kørde bil.

Ca. 40 % av de slagpatienter som hadde kvar sitt kørkort ett år etter det akute slagtilfallet bedømmede inte oppfylle helsekravene att køre bil. Orsakerna var fortsatta ekstremtetspareser, nedsatt kognitiv funksjon og/eller synfælsdefekt. Knappt halften av dessa patienter kørde bil. Fylkeslegen hadde varit involverad i endast ett fåtal kørkortsørenden under det første året etter det akute slaginsjuknandet.

Inga systematiske undersøkingar av t.ex. øgonstatus, inklusive visus og synfælt, gjordes på patienterna i rutinsjukvården. Oppkomst av homonym hemianopsi etter t.ex. hjertoperasjon kunde undgå oppdækt. Det var ibland tilfælligheter att en homonym hemianopsi oppdæktes, t.ex. ved undersøking hos optiker. Flere av patienterna med homonym hemianopsi kørde bil flere månader, ibland mer än ett år, innan hemianopsin oppdæktes. Sådanne bilførere torde utgøre en stor trafikfare.

Det kan misstænkas att forekomsten av synrubbingar i dette materiale er ännu større än vad som framkom i samband med 12-månadersintervjuerna. Det var inom ramen for denne undersøking inte praktisk möjligt att göra undersøkingar av synfælt og visus utan endast telefonintervjuer.

Någon undersøking av eventuelle trafikulykker hos patienterna som bilførere gjordes inte.

Det er viktig att behandlende lækare på t.ex. slagenheter alltid oppmärksammer kørkortsproblematiken og undersøker t.ex. synfælt enlig Donders metode. I sitt utmärkte lærebokskapittel om behandling av slaganfall på slagenhet næmner Indredavik (9) ingenting om kørkortsproblematiken i samband med akut slag. Temporært muntligt kørførbud bør utførdes, om lækaren finner att «førekortforskriftens helsekrav» att køre bil inte er oppfyllda, og patienterna bør även få

en skriftlig informasjon om kørførbudet. Dessutom måste kørkortsfrågen føljes opp av ansvarig lækare.

Enhetlige bedømninger av førmågen att køre bil etter t.ex. slaganfall bør komme til stand. For nærvarande finns inga enhetlige normer i Norge – eller i Sverige – for sådanne undersøkingar. Systematiske kørkortsbedømninger sker på några stællen i Norge, t.ex. ved Spesialsykehuset for rehabilitering, Kristiansand (10), Sunnaas sykehus (11), Universitetssykehuset Nord-Norge (12), Kirkenes sykehus (13) og i Trondheim (kørsimulator).

Litteratur

1. Statens vegvesen. Bilfører 65+. Oslo: Statens vegvesen, 2000.
2. Ellekjær H. Hjerneslag i Nord Trøndelag. Hyppighet, risikofaktorer og forløp. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2000.
3. Samuelsson S-M, Mahonen M, Hassaf D et al. Short-term functional outcome of hospitalised first-ever strokes in Finnmark, Norway in 1998–1999. Results from the Finnmark Stroke Register. *Int J Circumpolar Health* 2001; 60: 235–44.
4. Bogousslavsky J, van Melle G, Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke. *Stroke* 1988; 19: 1083–92.
5. Desmond DW, Tetemichi TK, Figueroa M et al. Disorientation following stroke: frequency, course, and clinical correlates. *J Neurol* 1994; 241: 585–91.
6. Wilhelmssen GB. Visuelle forstyrrelser etter hjerne-slag. En undersøking av synsfunksjonen og effekten av synstrening. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000.
7. Riise R, Gundersen B, Brodal S et al. Synsproblemer ved hjerne-slag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 176–7.
8. Statens helsetilsyn. Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. IK-2562. Veiledningsserie nr 2-97, sist oppdatert mai 2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
9. Indredavik B. Hjerneslag. I: *Wekre LL, Vardeberg K, red. Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget, 2004: 125–48.
10. Næss T. Opprettelse av Trafikkmedisinsk Senter (førekortenheter) i Kristiansand. *Bilen til EU-kontroll – hva med sjåføren?* FoU-rapport 2004. Kristiansand: Spesialsykehuset for rehabilitering, 2004.
11. Schanke A-K, Østen PE, Hoff E et al. Vurdering av kognitiv egnethet for bilkøring etter hjerne-skade. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 954–8.
12. Thingelstad K, Elvestad R. Utredning av kognitiv egnethet for bilkøring. *Fagkongressen for Voksenrehabilitering i Norge*. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge, 2003.
13. Lundberg C, Caneman G, Samuelsson S-M et al. The assessment of fitness to drive after a stroke: the Nordic Stroke Driver Screening Assessment. *Scand J Psychol* 2003; 44: 23–30.