

Hjerneskade og kørekort

Centrale problemstillinger og forslag til forbedring af praksis.

Af Cand. Psych. Annette Meng
Videncenter for Hjerneskade

Dette er et uddrag af rapporten "Hjerneskade og kørekort; Centrale problemstillinger og forslag til forbedring af praksis". Den fulde rapport kan downloades fra: WWW.VFHJ.DK (Se under publikationer).

Hjerneskode og kørekort: Centrale problemstillinger og forslag til forbedring af praksis

Indledning

De hyppigste årsager til erhvervet hjerneskode er en blodprop eller blødning i hjernen (apopleksi) eller en traumatisk hjerneskode efter f.eks. en trafikulykke. Hjerneskode kan også opstå som følge af betændelsestilstande (f.eks. meningitis), svulster eller iltmangel, eksempelvis som følge af kvælning, drukning eller hjertestop.

Man regner med, at der hvert år kommer 15.000 nye tilfælde af hjerneskode til i Danmark, og at 60.000 mennesker herhjemme lever med erhvervet hjerneskode.

Som følge af en hjerneskode kan der ske forringelser af de kognitive funktioner, der involverer: Opmærksomhed, perception, hukommelse, impuls kontrol, overblik, planlægning og kontrol af adfærd og handlinger. Hjerneskode kan derfor medføre, at man har svært ved at forudse kritiske situationer eller er uopmærksom på begivenheder, der foregår i det ene synsfelt. Desuden forekommer der ofte personlighedsforandringer, som kan føre til f.eks. øget aggression. Sådanne vanskeligheder kan påvirke evnen til at køre bil og have som konsekvens, at man ikke længere er trafiksikker.

De kognitive vanskeligheder og personlighedsforandringerne kan synes meget diskrete og kan umiddelbart være svære at opdage og kaldes ofte skjulte handicaps. Derfor kræver det en grundig undersøgelse at vurdere, om det er forsvarligt, at en person med erhvervet hjerneskode genoptager bilkørsel.

Situationen kompliceres yderligere af, at nogle hjerneskode mangler indsigt i deres egne vanskeligheder og har svært ved at vurdere deres egne præstationer. Dette burde i sig selv være nok til at vurdere disse mennesker som uegnede til at køre bil, da de ikke kan kompensere for kognitive vanskeligheder, de ikke erkender, de har.

Hjerneskode uden sygdomsindsigt udgør en særlig udfordring i behandlingssystemet. De er ofte ikke samarbejdsvillige og er utilbøjelige til at følge personalets anbefalinger vedrørende bilkørsel, da de netop på grund af deres manglende selvindsigt mener, at de sagtens kan køre bil. Omvendt findes der også personer, som uden videre opgiver at køre bil igen, når et tidsbegrænset kørselsforbud er udløbet, selv om de på nuværende tidspunkt sagtens kunne køre igen.

Kort sagt: Det er vigtigt, at personer med erhvervet hjerneskode systematisk får deres køreevne vurderet, og at den skadede selv og de pårørende omkring personen informeres om, hvordan en hjerneskode kan få indflydelse på evnen til at køre bil.

Kortlægning af praksis i Danmark

I februar 2005 foretog Videnscenter for Hjerneskode en spørgeskemaundersøgelse. Formålet var at kortlægge procedurer og praksis for håndteringen af kørekortproblematikken på relevante afdelinger og institutioner i dagens Danmark. Deltagerne i undersøgelsen blev yderligere bedt om at komme med forslag til forbedringer af procedurer og praksis på området.

168 hospitalsafdelinger eller rehabiliteringsinstitutioner, hvis patient- eller klientgruppe kunne være personer med hjerneskode, blev opfordret til at besvare et spørgeskema vedrørende afdelingens eller institutionens politik og praksis mht. køreevaluering.

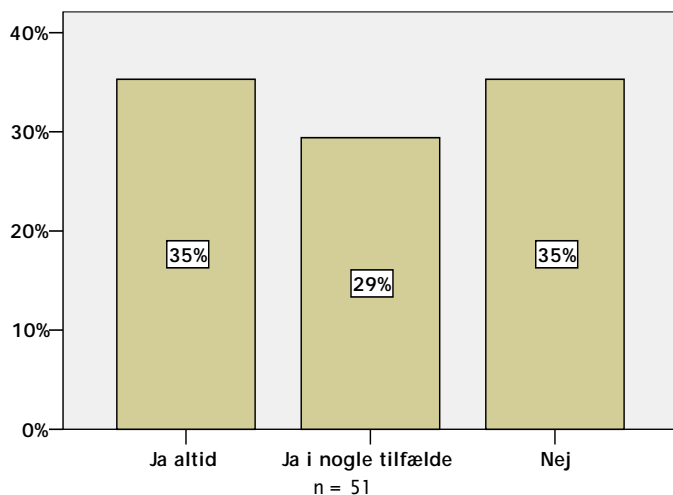
Vi modtog 51 besvarelser. Den reelle svarprocent er vanskelig at opgøre, da nogle af de

afdelinger eller tilbud, der fik tilsendt spørgeskemaet var lukket eller havde skiftet klientgruppe, mens det samme spørgeskema i andre tilfælde blev besvaret på vegne af flere afdelinger, f.eks. både en neurologisk og en apopleksiafdeling.

Resultaterne af undersøgelsen

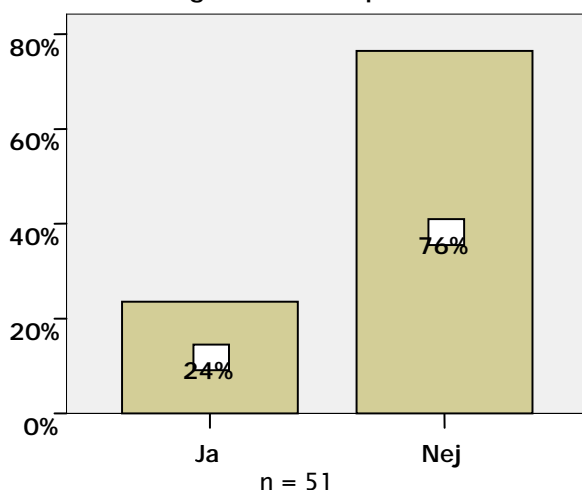
Afdelingernes / institutionernes politik med hensyn til køreevaluering

Figur 1: Registreres det om patienten/klienten har kørekort ved indlæggelsen?



Knap halvdelen af afdelingerne eller institutionerne oplyste, at den skadedes køreevne altid blev vurderet på udskrivelsestidspunktet, mens det kun skete i nogle tilfælde hos knap en tredjedel. Som det fremgår af figur 1, oplyste over en tredjedel desuden, at de ikke registrerer, om den hjerneskadede har kørekort ved indlæggelsen, hvilket må betragtes som en forudsætning for, at kørselsproblematikken tages op.

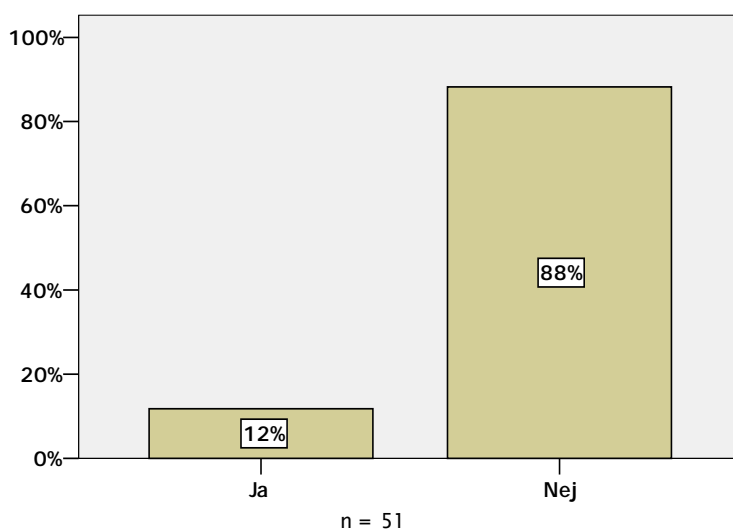
Figur 2: Har afdelingen/institutionen en skriftligt udformet procedure for håndteringen af kørselsproblematikken?



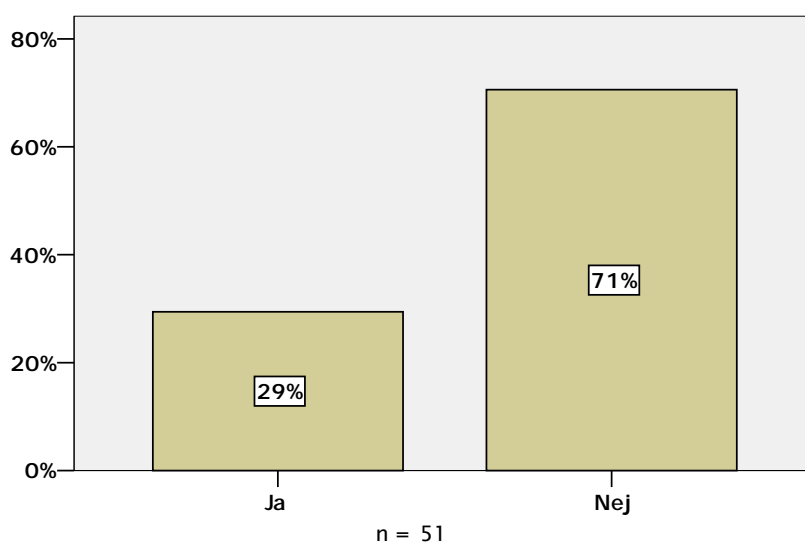
Som det ses i figur 2, havde tre fjerdedele af afdelingerne ingen skriftlig procedure for håndtering af kørselsproblematikken.

Tilsvarende havde kun en fjerdedel af afdelingerne udpeget specifikke personer eller faggrupper som ansvarlige for at vurdere patientens/klientens køreevne. I de tilfælde, hvor der var udpeget ansvarlige faggrupper, var det oftest læger.

Figur 3: Har afdelingen/institutionen faste retningslinier for hvilke patienter/klienter, der skal køreevalueres?



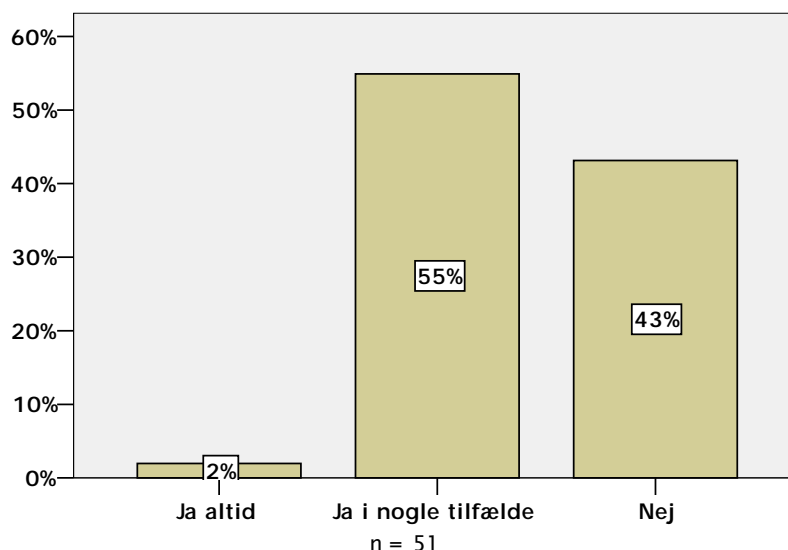
Figur 4: Har afdelingen/institutionen faste retningslinier for hvorledes egnethed til bilkørsel skal vurderes?



Næsten alle afdelinger rapporterede, at de ikke havde faste retningslinier for, *hvilke* patienter/klienter, der skulle tilbydes en køreevaluering, og kun meget få havde faste retningslinier for, *hvordan* egnethed til bilkørsel skulle vurderes, se figur 3 & 4. Altså er det tilsyneladende ofte op til det enkelte personalemedlem at afgøre, af hvem, hvornår og hvorledes denne vurdering bedst foretages. Undersøgelsen viser altså, at kørselsproblematikken ikke håndteres systematisk. At der kun i få tilfælde foreligger skriftlige procedurer for, hvordan kørekortproblematikken skal håndteres. Og kun i få tilfælde er udpeget særligt ansvarlige til håndtering af denne problematik. Det er derfor tankevækkende, at knap 67 procent af svarene gav udtryk for, at proceduren på deres arbejdsplads var tilfredsstillende.

Afdelingernes / institutionernes praksis med hensyn til køreevaluering

Figur 5: Henviser afdelingen/institutionen til formelle køreevalueringens instanser?



Som det fremgår af figur 5, svarede over halvdelen, at de henviste til formelle køreevalueringensinstanser. 40 besvarelser uddybede desuden, hvilke instanser de henviste til. Af dem henviste 30 procent til PTU, (Landsforeningen for Polio-, Trafik- og Ulykkeskadede), som bl.a. tilbyder vejledende køretimer til handicappede og til personer med hjerneskade. Når deltagerne bliver spurgt om, hvorfor de ikke henviser til sådanne tilbud, svarer de typisk, at det er for tidligt i behandlingsforløbet - det er oftest afdelinger, der har patienter i fase 1 og 2, der har besvaret dette spørgsmål. I andre tilfælde er klienterne stadig så dårlige i fase 3, at det er omsonst at sende dem til køretimer. Alligevel kan det ikke udelukkes, at der også er mange afdelinger eller institutioner, som ikke udnytter muligheden for denne type køreevalueringer, selv om de kunne være relevante.

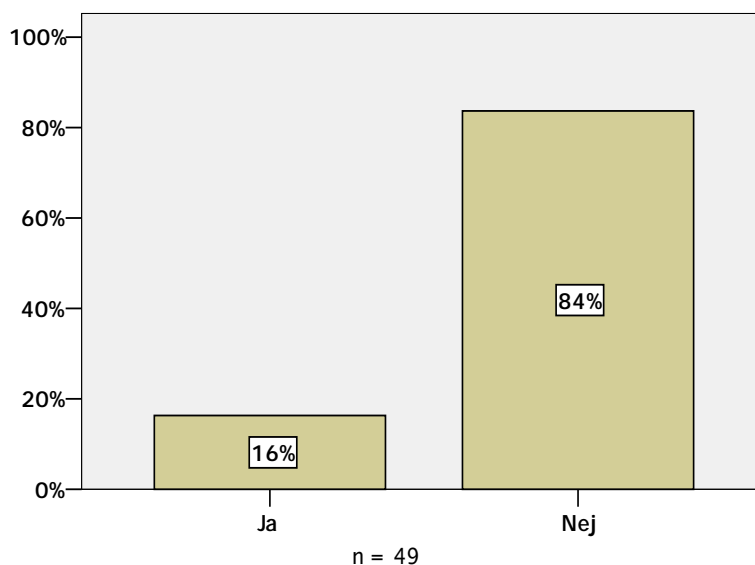
Når der blev spurgt til praksis med hensyn til, hvem der vurderer, at den hjerneskadede kan genoptage bilkørsel, var det oftest enten egen læge eller læger fra afdelingen, der vurderede, om bilkørsel kunne genoptages. Besvarelserne af spørgeskemaets åbne spørgsmål giver generelt det indtryk, at ansvaret ofte i sidste ende ligger hos egen læge. Altså er det tilsyneladende ofte egen læge, der kommer med den endelige beslutning om, hvorvidt der fortsat kan køres bil efter pådragelsen af en hjerneskade.

Deltagerne blev bedt om at skrive et par eksempler på, hvordan afgørelsen af en køreevaluering typisk blev udtrykt i patientens journal. Hensigten med spørgsmålet var bl.a. at få indtryk af, om der blev opfordret til opfølgning af kørselsproblematikken senere i forløbet. Selv om nogle tilsyneladende blot beskriver et eventuelt kørselsforbud, er der flere, der anbefaler, at egen læge kontaktes efterfølgende, eller at der tages vejledende køretimer. Én besvarelse nævner desuden, at der kan være en tendens til, at patienterne/klienterne "glemmer", at deres køreevne skal genevalueres, når kørselspausen ophører.

Det ser altså ud til, at godt halvdelen af afdelingerne henviser til køreevaluering, oftest hos PTU. Besvarelserne giver indtryk af, at beslutningen om, hvorvidt en person kan genoptage kørslen efter en kørepause, meget ofte træffes af den praktiserende læge.

Skriftligt informationsmateriale

Figur 6: Har afdelingen/institutionen kendskab til eller udarbejdet skriftlig informationsmateriale til patienter/klienter og pårørende om bilkørsel efter hjerneskade?



Endelig viser undersøgelsen, at meget få af afdelingerne eller institutionerne havde kendskab til, eller havde udarbejdet skriftligt informationsmateriale om bilkørsel efter en hjerneskade.

Forslag til forbedringer på området

Forslagene til forbedringer af procedurer var: *Klare ensartede retningslinier/procedurer, større brug af PTU, vejledende køretimer skal være let og umiddelbart tilgængelige, udlevering af skriftligt informationsmateriale til patienter/klienter og pårørende.* Desuden nævnes, at der er behov for en uafhængig instans, der frakender retten til at køre, så det ikke er det daglige personale, der skal gøre dette, og et ønske om et mere officielt papir, der kan udleveres, når patienten/klienten informeres om kørselsforbud.

Som forslag til forbedring af køreevalueringerne blev i undersøgelsen nævnt: *Øget viden om og erfaring med skjulte frontale problemstillinger (hvilke tests er gode?), flere vejledende køreprøver/ køretimer, brug af simulator-tests, Indførelse af en ensartet nedfældet procedure, mere fokus på området og oparbejdelse af kompetence.*

Svagheder i lovgivningen

Halvdelen af besvarelserne syntes, at lovgivningen på området var tilfredsstillende. Deltagere, hvis patienter var i fase 1, var oftere tilfredse med lovgivningen, end deltagere hvis klienter var i fase 3 (78 procent vs. 7 procent af besvarelserne).

Der blev givet flere eksempler på svagheder i den nuværende lovgivning på området:

For det første er det et problem, at de hjerneskadede beholder deres kørekort, selvom de er blevet frarådet at køre, da der er stor risiko for, at personer med dårlig sygdomsindsigt kører alligevel.

For det andet er der manglende klarhed over, hvem der skal evaluere, hvornår det skal ske, og på hvilket grundlag.

For det tredje er der ikke tilstrækkelig opmærksomhed på skjulte handicaps.

For det fjerde er lovgivningen for rigid, alle bør vurderes individuelt – herunder også i forhold til længden af kørselsforbudet.

For det femte burde loven kræve, at alle efter en hjerneskade revurderes ved hjælp af tests og vejledende køretimer.

Endelig gav en besvarelse udtryk for, at reglerne er urimeligt stramme efter apopleksi/TCI.

Diskussion og sammenfatning af undersøgelsens resultater

Bilkørsel efter hjerneskade dækker over to problemstillinger, nemlig vurderingen af, hvorvidt der skal nedlægges midlertidigt kørselsforbud og i så fald længden af dette forbud, og vurderingen af egnethed til at genoptage bilkørsel på længere sigt. Det er typisk i fase 1 og 2, at der skal tages stilling til, om der skal nedlægges midlertidigt kørselsforbud, hvorimod det oftest er i fase 3, at egnethed til bilkørsel på længere sigt skal vurderes.

Der er i danske hospitalsafdelinger og genoptræningstilbud til hjerneskadede ofte mangel på faste procedurer og retningslinier for håndtering af kørselsproblematikken. Tilsyneladende gælder det især for de langsigtede køreevalueringer, altså i fase 3. Derfor er der behov for at udvikle officielle retningslinier for, hvordan kørselsproblematikken skal håndteres både på hospitalet og i tiden efter.

Ved at indføre faste procedurer på relevante afdelinger og institutioner kan det sikres, at der bliver fulgt op på kørselsproblematikken. En fast procedure løfter ansvaret fra det enkelte personalemedlem, da det dermed bliver en fast rutine at diskutere bilkørsel med alle klienter/patienter. Derved behøver personalet ikke at tage stilling til, om det nu også er nødvendigt at diskutere dette ømtålelige emne i hvert enkelt tilfælde.

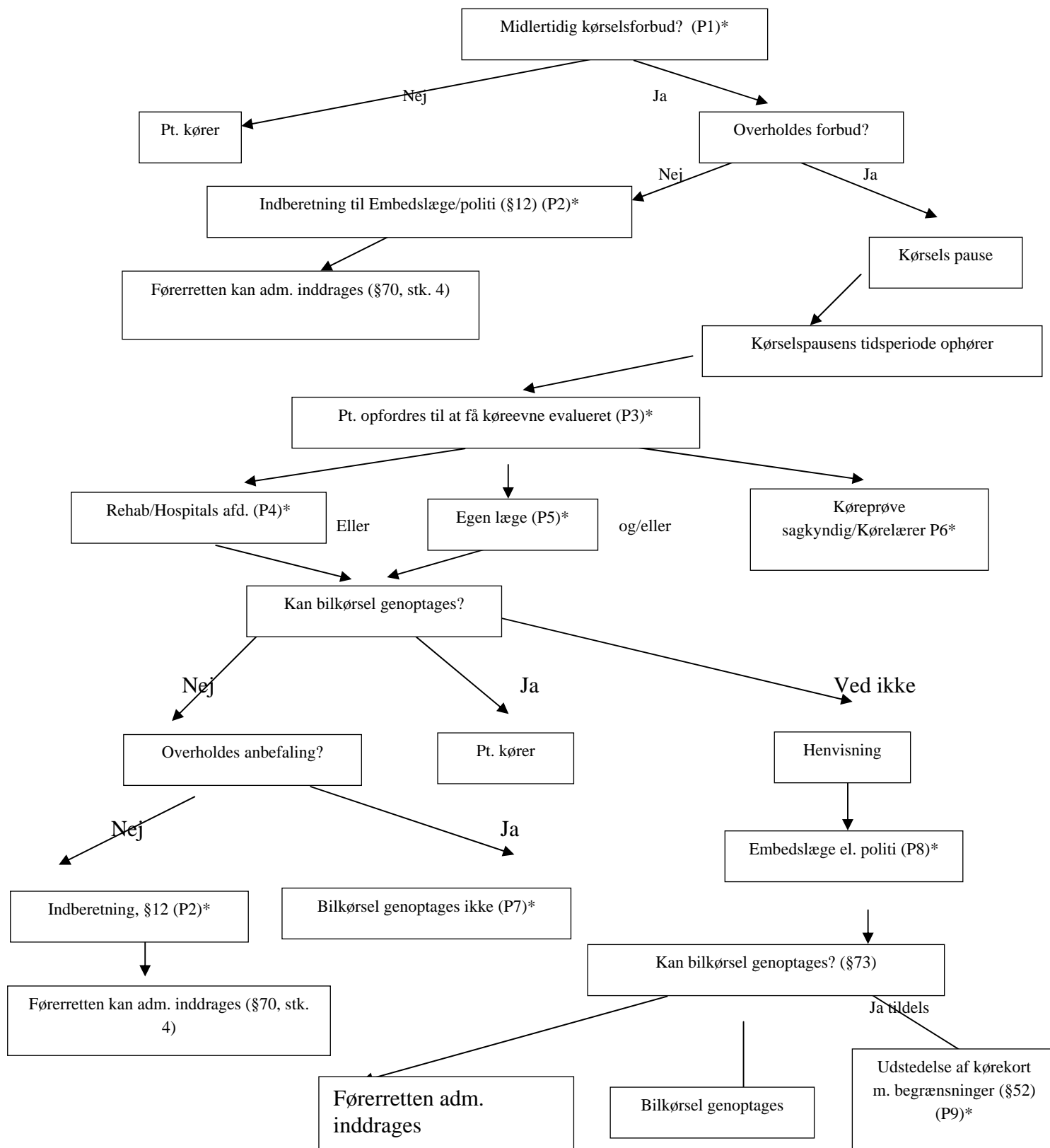
Det er meget vigtigt, at der følges op på kørselsproblematikken efter en kørepause, så bilkørsel ikke blot genoptages efter pausens ophør, uden at køreevnen er blevet genevalueret. Undersøgelsens resultater viser, at det ofte er egen læge, der tager den endelige beslutning om, hvorvidt bilkørsel kan genoptages. Det er på baggrund af denne undersøgelse ikke muligt at sige noget om, hvordan lægerne takler denne opgave.

Det er blevet fremført, at det er problematisk, at de hjerneskadede beholder deres kørekort, da det kan øge risikoen for, at de kører bil trods anbefalinger om det modsatte. Måske ville systematisk inddragelse af kørekortet efter en hjerneskade medvirke til, at der blev fulgt op på problemet hele vejen, indtil den langsigtede vurdering af egnethed til bilkørsel var gennemført. Andre har fremført, at en sådan inddragelse ikke er lovlig og rejser en række andre spørgsmål, f.eks med hensyn til, ved hvilken sværhedsgrad af skaden en sådan inddragelse skulle finde sted.

Det er blevet foreslået, at der skulle være en uafhængig instans, som skulle evaluere køreevne og frakende kørekort om nødvendigt, således at det daglige personale ikke er ansvarlig for dette. Baggrunden for forslaget var, at det er et stort indgreb i et menneskes liv at miste retten til at køre. Derved kan kørekortproblematikken hurtigt belaste forholdet mellem personale og klient/patient og medvirke til at modarbejde rehabiliteringen. Desuden vil tilstedeværelsen af en specialiseret instans til at evaluere egnethed til at genoptage bilkørsel efter hjerneskade øge muligheden for at udvikle kompetencen på området, fordi alle køreevalueringer ville være samlet under et tag.

Endelig er der behov for skriftligt informationsmateriale, der kan udleveres til de hjerneskadede og deres pårørende. Det kunne øge chancen for, at informationen huskes, og anbefalingerne forstås og følges.

Overzicht over den nuværende procedure



*P1 – P9 Henviser til en beskrivelse af problemer i forbindelse med de enkelte led i proceduren, se nedenstående afsnit ” Beskrivelse af svaghederne i nuværende procedure og praksis”.

Beskrivelse af svaghederne i nuværende procedure og praksis

I forbindelse med udarbejdelse af denne rapport, blev der udover spørgeskemaundersøgelsen afholdt et par møder, hvor relevante fagfolk samt pårørende var inviteret til at diskutere emnet ”hjerneskade og kørekort”. På baggrund af information fra undersøgelsen og møderne lykkedes det at få overblik over, hvordan proceduren for håndtering af kørselsproblematikken er i dag, samt at få indblik i, hvorfor proceduren ikke pt. fungerer i praksis.

- P1: De anvendte retningslinier for midlertidig kørselsforbud er for rigide, hvilket kan føre til u hensigtsmæssige lange kørselsforbud.
- P2: Det er ikke altid, at der indberettes til politiet/embedslægen når det vurderes, at den hjerneskadede vil køre trods et kørselsforbud. Dette skyldes bl.a., at det kan ødelægge tillidsforholdet mellem behandler og patient og i yderste konsekvens føre til, at patienten afbryder behandlingen/rehabiliteringen.
- P3: Ikke alle patienter husker, at de skal have deres køreegnethed genevalueret før de genoptager bilkørslen, efter kørselspausen.
- P4: På grund af mangel på faste procedurer på hospitalerne er det præget af tilfældighed, hvem der bliver testet for køreegnethed. Dette kan bl.a. føre til, at personer, der ikke er blevet testet, undlader at genoptage bilkørslen efter deres hjerneskade pga. usikkerhed, selvom de er egnede til at køre bil.
- P5: Hvor godt rustet er de praktiserende læger til, at vurdere om personer med hjerneskade er egnede til at genoptage bilkørsel? Hvilken information har lægen til rådighed? Kender lægen til problematikken vedrørende skjulte handicaps?
- P6: Almindelige køreprøvesagkyndige er måske ikke rustede til, at vurdere køreevnen hos personer med kognitive vanskeligheder, især de skjulte handicaps. Desuden er det problematisk, at personer med hjerneskade kan gå direkte til en kørelærer og få køreevnen vurderet ved en prøvekørsel, uden at komme i kontakt med en køreprøvesagkyndig. Igen vil disse kørelærere i mange tilfælde ikke være rustede til at vurdere personer med hjerneskades køreevne, især når der er tale om skjulte handicaps.
- P7: Når egen læge eller hospitalslægen anbefaler, at en person med hjerneskade ikke skal genoptage bilkørslen, beholder pågældende kørekortet. Dette øger risikoen for, at han eller hun ”kommer til” at køre bil alligevel på et senere tidspunkt.
- P8: Embedslægen eller politiets beslutning om, hvorvidt en person med hjerneskade må genoptage bilkørsel, bygger blandt andet på resultatet af en helbredsmæssig vejledende køretest foretaget af Statens Bilinspektion. Måske har Statens Bilinspektion ikke de nødvendige redskaber til at vurdere køreevnen hos personer med kognitive vanskeligheder, især skjulte handicaps? Altså kan beslutningsgrundlaget være utilstrækkeligt.
- P9: Hvor ofte udstedes der kørekort med begrænsninger? Benyttes denne mulighed tilstrækkeligt? Eller mister personer med begrænsede kørefærdigheder blot kørekortet? Der vil på nuværende tidspunkt kun blive udstedt kørekort med begrænsninger, såfremt der er fysiske handicaps (specialindretning af bilen) og formentlig en tidsbegrænsning med henblik på observation. Der udstedes normalt ikke kørekort, som begrænser kørslen i øvrigt.

Konklusioner

Der er et stort behov for at skabe øget opmærksomhed på de mange problemstillinger, der er forbundet med kørekortproblematikken hos hjerneskadede. På den ene side skal de hjerneskadedes rettigheder som borgere naturligvis respekteres. Det er vigtigt at huske på, at konsekvensen af at miste muligheden for at køre bil i mange tilfælde betyder en væsentlig reduktion af en persons livskvalitet. På den anden side er der naturligvis hensynet til trafiksikkerheden. Målet med en opstramning af procedurerne omkring kørekort og hjerneskade er derfor ikke udelukkende at undgå, at personer, der ikke egner sig til at køre bil, kører alligevel. Et mindst ligeså vigtigt mål er at sikre, at de personer, der trods en hjerneskade stadig kan køre bil, fortsat får mulighed for at gøre det.