

Jyrki Korkeila

Psykiatrian professori
Tyks Ajopolin psykiatriasiantuntija



Nykyinen ajoterveyden ohjeistus lähtee siitä, että ajokykyä arvioidaan aina lääkärikäyntien yhteydessä eikä vain silloin, kun potilas hakee ajokorttia varten todistusta.

Ajokyvyn arviointi: psykiatria

Ajaminen edellyttää kognitiivisia valmiuksia, koska liikenteessä liikkuminen edellyttää hyvää harkintakykyä, tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista toimintojen ohjausta. Tarkkaavuuden tulee olla riittävää ajotehtävistä suoriutumista varten ja riittävän turvallisuuden takaamiseksi. Kaikilla psykiatrisilla häiriöillä on joi-tain vaikutuksia neurokognitiivisiin toimintoihin, mutta muissa kuin vakavissa psykiatrisissa häiriöissä vaikutukset eivät yleensä ole este ajamiselle. Traf-in ohjeissa todetaan

”Muut kuin psykoosiasteiset psyykkiset häiriöt (epäsosiaalista persoonallisuutta lukuun ottamatta) eivät yleensä ole sen asteisia, että ilmoitusvelvollisuus tulisi niiden kohdalla kyseeseen muutoin kuin poikkeustapauksissa ja perusteellisen psykiatrisen selvittelyn jälkeen. Ilmoitusvelvollisuus koskee erityisesti tilanteita, joissa on osoitettavissa toistuvia vaaratilanteita tai joissa sellaisen syntyminen on muun tiedon perusteella todennäköistä” (1).

Tieteellinen tieto ajokyvystä psykiatrisissa häiriöissä

Liikenneonnettomuuksien yleisiä taustatekijöitä ovat ikä (nuori tai vanha),

miessukupuoli, vaaraa väheksyvä asenne, huono tunnesäätelykyky (impulssi-en/aggression hallinta), elämynälkäisyys, väsymys ja ihmissuhdekonfliktit. Psykiatrisissa häiriöissä saattaa esiintyä joitain näistä oireina tai häiriö voi voimistaa esimerkiksi impulssien hallinnan vaikeuksia.

Australialaisessa Monashin yliopistossa arvioitiin kaikkia saatavissa oleva kirjallisuus terveyden ja ajokyvyn suhteesta. Kaikkiaan kahdeksaan sairaustilaan liittyi suurempi onnettomuusalttius: alkoholihäiriöt, muistisairaus, epilepsia, multippeli skleroosi, uniapnea, kaihi, skitsofrenia ja psykiatriset häiriöt yhtenä ryhmänä. Tutkijat päättelivät, että saadut tulokset olivat ali-arvioita siitä, miten paljon ajokyky oli heikentynyt (2).

Vuonna 2017 julkaisu meta-analyysi kattoi 58 artikkelia, jotka olivat täyttäneet tutkijoiden asettamat kriteerit (3). Kaikkiaan 16 tutkimuksessa oli eksplisiittisesti tutkittu ajokykyä. Tutkimukset tarkastelivat joko onnettomuustietoja, terveydenhuollon ammattilaisten arvioita ajokyvystä tai tutkimuksia ajamisen kannalta tärkeistä kyvyistä. Kaikkiaan tutkittua tietoa ei ole paljoa. Liikenneonnettomuuksia näyttää kuitenkin tapahtuvan väestöä enemmän niillä, joilla on jokin mielenterveyden

häiriö ja onnettomuudet ovat tavalliseen vakavia. Ajosimulaattorikoheet osoittavat, että heikentynyt toiminnanohjaus lisää vaikuttaa heikentävästi ajokykyyn.

Vakavaan psykiatriseen häiriöön sairastuminen toisaalta vähentää ajamista ja nuorella iällä skitsofreniaan sairastuminen tarkoittaa yleensä sitä, ettei ajokorttia ole edes pystytty hankkimaan. Saksalaisessa viiden psykiatrisen sairaalan potilailla tehdyssä tutkimuksessa 67 % potilaista oli ajokortti ja 77 % heistä ajoi säännöllisesti. Neuropsykologisella LNDETER tutkimuspatterilla tutkittiin espanjalaisen avohoitoklinikan potilaita. Hoitoon tullessa 90 % ei täyttänyt ajoterveyskriteereitä. Vain 20 % toipuneista täytti ajoterveyden kriteerit kaikilla mittareilla. Kuitenkin autoa käyttävistä 208 potilaasta edeltävän puolen vuoden aikana vain kolme oli ajanut kolarin. Kliininen toiminta ei ole sama asia kuin ajoterveyden riittävä elpyminen, sillä kognitiiviset toiminnot eivät kohennu samassa tahdissa oirelievittymisen kanssa. Ajokyvyn puuttuminen oli yhteydessä heikentyneeseen kykyyn reagoida motorisesti moniin asioihin samanaikaisesti monimuotoisen tilanteen edellyttämällä tavalla. Hidas reaktioaika ja molempien käsien huono koordinaatio liittyivät ajoterveyden kriteerien täyttymättömyyteen. Keskitymiskyvyn oleellinen kohentuminen liittyi ajoterveyden elpymiseen (4).

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa 3226 kuljettajan autoihin asennettiin monitorointilaitte. Kaikkiaan 274:llä kuskilla oli ADHD ja 251:llä depressio. Sekä ADHD että depressio liittyivät korkeampaan ”läheltä piti” tasoon ja suurempaan liikenneonnettomuuksien

määrään vuoden aikana. Kun tehtiin vakiointi kilometrien mukaan, olivat erot vielä suurempia (5). Depressiossa esiintyy tavallisesti kognitiomuutoksia, jotka yleensä eivät väisty tilasta toivuttaessa. Näihin muutoksiin ei yleensä liity vaikeaa toiminnanohjauksen heikentymistä. ADHD-kuljettajan onnettomuuksien tavallisin syy oli tarkkaavuuden herpaantuminen ja vähemmässä määrin väsymys. ADHD:ssa lääkehoidon on todettu kohentavan ajokykyä oleellisesti (6). Tietyt ADHD:n erityispiirteet muodostavat riskin ajamiselle: tarkkaamattomuus, impulssikontrollin heikkous, toiminnanohjaus ja unen häiriöt (7).

Australialaisessa väestötutkimuksessa selvitettiin itsemurha-alttiutta. Kaikkiaan 15 % itsemurhaa yrittäneistä oli harkinnut itsemurhan tekemistä liikenteessä. Itsemurhaa yrittäneistä 8 % oli ajanut päin toista kulkuneuvoa itsensä tappaakseen (8). Suomessa kuolemaan johtaneista liikenneonnettomuuksista noin 10 % tilastoidaan itsemurhiksi. Tyypillisessä tapauksessa on ajettu päin raskasta kulkuneuvoa hyvien liikenneolosuhteiden vallitessa.

Trafin ohjeet

Kuljettajalla on aina oma vastuunsa, ettei lähde ajamaan huonokuntoisena. Kolmiolääkkeitä käyttävän tulee itsekkin arvioida ajokuntonsa lääkkeen otettuaan. Lääkettä määränneen lääkärin tehtävänä on antaa tietoa ajokykyä mahdollisesti haittaavista vaikutuksista. Ryhmän 2 ajokortin terveysvaatimukset ovat oleellisesti tiukemmat kuin ryhmässä 1.

Psykoosisairauden, manian tai vaikeasteisen masennuksen akuuttivaiheessa potilaalle annetaan soveltuvan

pituinen ajokielto. Kun terveydentila elpyy riittävästi, voidaan myöntää ajolupa. Itsemurha on harvinainen tapahtuma, jota on vaikea ennakoita. Kaikkien voimakkain ennustetekijä on aiempi yritys. Liikenteessä tehty yritys tai vakava aikomus antaa kuitenkin aiheen tehdä ilmoitus poliisille. Muu vakava itsemurha-alttiutus antaa perusteen ajokieltoon, muttei ilmoitukseen. Sedatiivisilla lääkkeillä on ajokykyä heikentäviä vaikutuksia. Ajokielto tulee määrää vahvasti sedatoivissa lääkkeissä niin pitkäksi kuin hankala sedaatio kestää. Yleensä 2-4 viikon sisällä sedaatioon adaptoidutaan.

Ilmoitusvelvollisuus vaikeassa psykiatrisessa sairaudessa syntyy, jos arvoskelukyky, todellisuudentaju ja/tai yleinen toimintakyky on pitkäkestoisesti heikentyneet eikä ole oletettavissa toipumista 6 kuukauden kuluessa. Vakava epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, varsinkin yhdistyneenä päihderiippuvuuteen, merkitsee suurta liikenne-riskiä. Näissäkin tilanteissa ajokykyarvio tehdään yksilöllisesti eikä se saa perustua yksinomaan potilaan diagnoosiin. Jos impulsiivisuus on merkittävää, ei lievytymä hoidolla ja henkilöllä on ollut toistuvia vaaratilanteita, laaditaan ilmoitus poliisille.

Muualla Euroopassa yksi tavallisimpia perusteita poliisille tehdyistä ilmoituksista on skitsofrenia. Potilas voi kuitenkin toipua ajokykyiseksi. Riittävä ajoterveys edellyttää sairauden tuntoa, hän suostuu hänelle määrättyyn lääkehoitoon, on riittävässä seurannassa, potilaalla ei esiinny selvää psykomotorista hidastumista eikä lääkkeiden aiheuttamaa merkittävää sedaatiota. Mikäli ajoterveyden riittävydestä on epäilyä, potilas on hyvä ohjata terveysperusteiseen ajokokeeseen, joka voidaan tehdä autokolussa. Ryhmän 2 kohdalla vain

”**Tietyt ADHD:n erityispiirteet muodostavat riskin ajamiselle: tarkkaamattomuus, impulssikontrollin heikkous, toiminnanohjaus ja unen häiriöt.**”

poikkeustapauksissa tarkkojen tutkimusten jälkeen, potilaan oltua täydessä remissiossa ilman sedatiivisia lääkkeitä hoitoja pitkän aikaa, voidaan ajoterveyttä katsoa riittäväksi.

Kehitysvammaisuus on aina este ryhmän 2 ajokortille. Sen sijaan R1 ajokortille kehitysvammaisuus ei ole este, ellei siihen liity muita merkittäviä ongelmia. Aspergerin oireyhtymä ei yleensä vaikuta ajoterveydentilaan merkittävästi, mutta tilaan saattaa toisinaan liittyä muutakin neuropsykiatrista häiriöisyyttä. ADHD:n osalta ajoterveyden kriteerit eivät täyty, jos henkilöllä esiintyy vaikeaa impulssikontrollin häiriötä, riskikäyttäytymistä, voimakasta elämishakuisuutta, vaaratilanteita liikenteessä tai merkittäviä muita kognitiivisen toiminnan häiriöitä. Lääkittynä voi hankalistakin oireista toipua ajokykyiseksi, mikäli taustalla ei ole esim. vaikeaa hahmottamisen häiriöisyyttä.

Arviointi

Suomessa toimii sekä VSSHP:ssä että HUS:ssa poliklinikat, joissa tehdään ajoterveyden arviointia paperikonsultaatioina. Tarvittaessa potilaalle voidaan tehdä neuropsykologinen Viennatutkimus. Vastaanotolla tai sairaalassa tulisi muistaa kysyä, onko potilaalla ajokortti ja tehdä tarvittaessa ajoterveyden arviointi. Psykiatriset häiriöt ovat heterogeenisiä, häiriön ja kognition muutosten suhde on heterogeeninen kuten häiriön ja toimintakyvynkin suhde. Sedatiivisten lääkkeidenkin vai-

kutukset ovat yksilöllisiä. Diagnoosi ei johda psykiatristen potilaiden kohdalla yleensä sellaisenaan toimenpiteisiin. Joten, mikä avuksi?

Esitiedoissa on hyvä kartoittaa psykopatologian kulkua pitemmällä aikavälillä, huomioida sairautentunto, somaattisen terveydentilan ja käytettyjen lääkehoitojen

mahdolliset vaikutukset kognitioon. Potilaan keskittymiskykyä voidaan kartoittaa tiedustelemalla, kykeneekö

lukemaan tekstiä, niin että muistaa lukemansa tai putoaako kärryiltä keskusteluissa. Potilaalle voidaan esittää kysymyksiä sarjoina, jolloin hän joutuu pitämään yhtä aikaa mielessä useampia asioita ja muistamaan kysytyt asiat. Potilaan nukkumista tulisi kartoittaa huolellisesti: meneekö usein yli puoli tuntia tai enemmän nukahtamiseen, heräileekö hän yöllä tai aamulla tavallista aikaisemmin. Näiden kysymysten perusteella arvioidaan unen lyhentymisen määrää. Päiväaikainen uneliaisuus tulee kartoittaa huolellisesti. Ajoterveyttä arvioidessa on kysyttävä, onko nukahtanut tai ollut nukahtaa autonrattissa. Liikenneturva selvityksen mukaan torkahtelu ajon yhteydessä on varsin tavallista. Energiatasoa voidaan kartoittaa tiedustelemalla aamuaskareista selviämistä tai päivittäisten tehtävien lykkääntymisestä voimien puutteiden vuoksi. Psykomotorinen nopeus korreloi myös toimintojen hidastumiseen. Hidastumista voidaan tiedustella potilaalta suoraan.

Kirjallisuutta

1. Traficom. Ajoterveyden arviointiohjeet terveydenhuollon ammattilaisille. 4.11.2019 https://www.traficom.fi/sites/default/files/media/file/Ajoterveysohje_v1.2.pdf
2. Monash University: Accident Research Centre Review <http://www.monash.edu.au/muarc/reports/muarc213.html>
3. Unsworth CA, Baker AM, So MH, Harries P, O'Neill D. A systematic review of evidence for fitness-to-drive among people with the mental health conditions of schizophrenia, stress/anxiety disorder, depression, personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 2017 Aug 31;17(1):318.
4. De Las Cuevas C, Ramallo Y, Sanz EJ. Psychomotor performance and fitness to drive: the influence of psychiatric disease and its pharmacological treatment. *Psychiatry Res*. 2010 Apr 30;176(2-3):236-41.
5. Aduen PA, Kofler MJ, Sarver DE, Wells EL, Soto EF, Cox DJ. ADHD, depression, and motor vehicle crashes: A prospective cohort study of continuously monitored, real-world driving. *J Psychiatr Res*. 2018 Jun;101:42-49. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.026. Epub 2018 Mar 6. PMID: 29547761; PMCID: PMC5889746.
6. Winston FK, Romer D. Medication reduces crash risk among men with ADHD. *Evid Based Ment Health*. 2014 Nov;17(4):102. doi: 10.1136/eb-2014-101860. Epub 2014 Aug 27. PMID: 25165166.
7. Philip P, Micoulaud-Franchi JA, Lagarde E, Taillard J, Canel A, et al. (2015) Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms, Sleepiness and Accidental Risk in 36140 Regularly Registered Highway Drivers. *PLoS ONE* 10(9): e0138004. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138004>
8. Murray D, De Leo D. Suicidal behavior by motor vehicle collision. *Traffic Injury Prevention* 2007;244-247.