

Trafin ajoterveyden arviointiohjeiden soveltaminen uniapnea- ja hengitysvajepotilaiden ajoterveyden arvioinnissa

- 1) Keuhkopoliklinikan kutsukirjeen mukana olevaan lomakkeeseen lisätään kysymys ajokorttiluokasta ja kirjataan kaikille erikoisaloille näkyväksi hoitotaulukkoon (ns. "kuumekurva") Perustiedot sarakkeeseen (VSSHP) tai vastaavaan kohtaan sähköiseen sairauskertomukseen. Osastopotilailla tieto ajokorttiluokasta kirjataan samoin hoitotaulukkoon.
- 2) Lähetä voidaan palauttaa, jos ajoterveyden arviointi ei vaadi keuhkolääkärin kannanottoa. Jos kyseessä on uniapnean takia yksikössä CPAP-hoidossa oleva potilas, ilmoitetaan lähettävälle lääkärille viimeisen käynnin pvm ja silloiset laitteen käyttötunnit. Keuhkolääkärin kannanottoa ei tarvita esim. tilanteessa, jossa iäkkäällä henkilöllä on R2-ryhmän ajokortti, mutta hän ajaa pelkästään henkilöautoa. Tällöin PTH:n hoitava lääkäri voi kirjoittaa suoraan lausunnon ajokorttiluokan muuttamiseksi R1-kortiksi, mikäli on epäilystä R2-luokan ehtojen täyttymisestä.
- 3) Järjestetään alueellinen koulutustilaisuus TTH:n ja PTH:n hoitajille, jotta he osaavat katsoa CPAP-laitteesta käyttötunnit, joiden tulee olla viimeisen kuukauden aikana keskimäärin yli 4 h/vrk.
- 4) Jos uniapnean takia läheteellä tuleva potilas on jo joutunut liikenneonnettomuuteen tai on ollut läheltä piti-tilanne tai $ESS \geq 15$, hänelle tehdään terveystestaus vähintään 90 minuutin kestoisen ajokoe 1 - 2 kk CPAP-käytön jälkeen ja siihen asti annetaan suullinen ajokielto ajokorttiluokasta riippumatta. Tuloksesta annetaan soittoaika lääkärille.
- 5) Jos kyseessä on ammattikuljettaja, tulee jäännös-AHI:n hoidon aikana olla hoitomuodosta (CPAP, uniapneakisko, kirurginen hoito, laihduttaminen) riippumatta alle 10/h eikä potilaalla saa olla poikkeavaa päiväväsymystä. Mikäli nämä kriteerit eivät täyty, tulee tehdä ensi sijaisesti terveystestaus vähintään 90 minuutin kestoisen ajokoe tai ellei mahdollista, MWT tai Oslerin testi.
- 6) Keuhkosairaudesta johtuvilla hengitysvajepotilailla ja muilla vaikeaa keuhkosairautta sairastavilla potilailla, joiden ajoterveysvaatimusten ei katsota täytyvän, keuhkosairauksien erikoislääkäri tai erikoistuva lääkäri tarvittaessa erikoislääkäriä konsultoiden antaa suullisen ajokiellon ja kirjaa sen sairauskertomukseen. Mikäli ajokielto jatkuu yli 6 kk tai potilas on eri mieltä suullisesta ajokiellosta, tehdään lausunto poliisille. Neuromuskulaarisesta sairaudesta johtuvaa hengitysvajetta sairastavien ajoterveyteen ottavat kantaa neurologi ja/tai Hengitystukiyksikön anestesioologi (VSSHP) tai muu hoitovastuussa oleva lääkäri (muut shp:t).
- 7) Toiminta itsenäisellä hoitajapoliklinikalla. Mikäli itsenäistä hengitysvajehoitajan poliklinikkavastaanottoa pitävä hoitaja epäilee, etteivät potilaan ajoterveysvaatimukset täyty, hän kirjaa sen sairauskertomukseen ja konsultoi saman tien puhelimitse keuhkolääkäriä jatkotoimenpiteistä. Mikäli itsenäistä uniapneahoitajan poliklinikkavastaanottoa pitävä hoitaja epäilee, etteivät potilaan ajoterveysvaatimukset täyty, hän kehottaa potilasta erityiseen varovaisuuteen liikenteessä tai kehottaa olemaan ajamatta autoa, pyytää häntä pikaisesti varaamaan ajan työterveys- tai terveyskeskuslääkärilleen ja kirjaa sen sairauskertomukseen sekä lähettää tiedon kiireellisenä potilaan työterveys- ja terveyskeskuslääkärille.

Lähteet

Commission directive 2014/85/EU amending Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council on driving licences. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0085&from=EN>

Komission direktiivi 2014/85/EU, ajokorteista annetun Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin 2006/126/EY muuttamisesta. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0085&from=EN>

McNicholas WT, Bencs Z, De Valck E, et al. New standards and guidelines for drivers with obstructive sleep apnoea syndrome. Date last updated: 2013. https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/behavior/sleep_apnoea.pdf (perustelumuistio)

McNicholas WT, Rodenstein D. Sleep apnoea and driving risk: the need for regulation. Eur Respir Rev. 2015 Dec;24(138):602-6.

Trafi. Ajoterveyden arviointiohjeet lääkäreille. Liikenteen turvallisuusvirasto 16.5.2017. https://www.trafi.fi/filebank/a/1495180076/57cc5f81dab60b5ac3994097f3d1a0b2/25315-Trafi_Ajoterveyden_arviointiohjeet_laakareille_2017_05_16.pdf

Otteita ohjeen pohjana käytetyistä Trafín ohjeista ja EU-direktiivin perustelumuistiosta

Trafín ohje 16.5.2017

Uni- ja vireystilan häiriöt

EU komission direktiivin 2014/85/EU mukaan uniapnea on yksi suurimmista moottoriajoneuvonnettomuuksien riskitekijöistä. Tämä liittyy siihen, että uniapnea ja eräät muut unenaikaiset hengityshäiriöt aiheuttavat usein vireystilan häiriintymistä. Ajokykyä arvioitaessa valveillaoloajan väsymyksen aste on merkitsevä. Komissio edellyttää, että uniapnea huomioidaan ajoterveysarvioinneissa, kuljettajat saavat asianmukaista hoitoa ja että heidän tilaansa seurataan riittävästi.

Uni-vireystilan arvioinnissa käytettävistä menetelmistä väsymysoiretta kuvaava ESS-pisteiden kokonaismäärä, unirekisteröinnissä todettu apnea-hypopnea-indeksi (AHI), hengitysvajauspotilaan happi- tai hiilidioksidiosapainearvo tai keuhkotoimintakokeen tulos) eivät riitä arvioinnin perusteeksi. AHI-indeksin ollessa 5-15 ilman väsymysoireita ei uniapnea todennäköisesti ole ongelma liikenteessä. Jos AHI-indeksi on > 15, uniapnea saattaa aiheuttaa ongelmia liikenteessä, jolloin tarvitaan tarkempi vireystilan objektiivinen arviointi (esim. MWT) ja tarvittaessa riittävän pitkä vireyttä mittaava ajokoe tai terveysperusteinen ajokyvyn testaus. Tilanne tulee aina harkita tapauskohtaisesti, kokonaisuus huomioon ottaen ja herkästi uni- ja vireystilan häiriöihin perehtynyttä erikoislääkärinä konsultoiden.

Ryhmän 1 kuljettajalla ei ole ajo-oikeutta, jos hänellä on uniapneasta johtuva vaikea päivääikainen nukahtamistaipumus. Viitteitä päivääikaisesta nukahtamistaipumuksesta voidaan arvioida esim. näillä kysymyksillä:

- Kuinka usein kuljettaja on kokenut itsensä väsyneeksi ajaessaan autoa?
 - o on joutunut läheltä piti –tilanteisiin ajaessaan autoa?
 - o on joutunut liikenneonnettomuuteen ajaessaan autoa?
 - o on joutunut liikenneonnettomuuteen väsymyksen tai rattiin nukahtamisen takia?

Hoitovasteen toteamiseen saakka tulee antaa tilapäinen ajokielto. Jos nukahtamistaipumus ei ole hoidolla poistettavissa, ajokyvyyttömyydestä ilmoitetaan poliisille.

Ryhmän 2 kuljettajalla uniapneasta aiheutuva lievempikin vireystilan häiriö (varmistettu vireystilan ylläpitämistä mittaavilla tutkimuksilla tai vähintään 90 minuutin kestoisella ajokokeella tai terveysperusteisella ajokyvyn testauksella) estää ajoluvan. Hoitovasteen toteamiseen saakka annetaan tilapäinen ajokielto. Jos vireyshäiriö ei reagoi riittävästi hoitoon 6 kuukauden aikana, ilmoitetaan ajokiellosta poliisille. Uniapneaa sairastava ryhmän 2 kuljettaja saa jatkaa ammatissaan jos hänen vireystilansa objektiivisesti tutkittuna on hoidon ansiosta korjaantunut. Uniapneaa sairastavien ryhmän 2 kuljettajien CPAP-hoidon tai muun hoidon tehoa ja hoitomyöntyvyyttä tulee seurata säännöllisesti vähintään vuoden välein tehtävillä kontrollikäynneillä ja ryhmän 1 kuljettajilla vähintään kolmen vuoden välein tehtävillä kontrollikäynneillä.

Vaikeassa kroonisessa hengitysvajauksessa esiintyy myös joskus vaikeaa päivääikaisen vireystilan häiriintymistä ja muistitoimintojen heikentymistä, jotka heikentävät olennaisesti ja pysyvästi ajokykä. Myös muissa uni- ja vireystilan häiriöissä kuten esim. narkolepsiassa tarvitaan tietoa erityisesti päivääikaisesta vireydestä, nukahtamisalttiudesta ja hoidosta. Tilanne tulee aina harkita tapauskohtaisesti uni- ja vireystilan häiriöihin perehtynyttä neurologian erikoislääkärinä konsultoiden. Ryhmän 1 kuljettaja kuuluu ilmoitusvelvollisuuden piiriin, jos henkilöllä on vaikea päivääikainen nukahtamistaipumus, joka ei reagoi hoitoon ja jatkuu vähintään 6 kuukautta. Narkolepsia on aina este ryhmän 2 ajokortille.

3.1.7 Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö

Useimmilla keskushermostoon vaikuttavilla lääkeaineilla voi olla ajoturvallisuutta heikentäviä vaikutuksia. Näistä haittavaikutuksista tavallisimpia ovat vireystilan lasku, mutta voi ilmetä myös mm. sekavuutta, impulssikontrollin heikentymistä tai kaksoiskuvia. Hoitavan lääkärin tulee arvioida lääkityksen vaikutusta ajokyvyn yksilöllisesti ottaen huomioon henkilön ajokorttiluokan. Ajoterveysvaatimukset täytyvät, jos henkilö käyttää lääkkeitä lääkärin ohjeen mukaan eikä lääkitys vaikuta haitallisesti tarkkaavaisuuteen tai muuhun suorituskykyyn.

Jos keskushermostoon vaikuttava lääkitys hoitoa aloitettaessa aiheuttaa väsymystä tai alentunutta huomiokykyä, ajoterveysvaatimukset eivät täyty niin kauan kuin haittavaikutuksia ilmenee. Jos potilas ylittää lääkärin määräyksestä jonkin väsymystä aiheuttavan lääkkeen yleisten hoitosuositusten mukaisen enimmäisannoksen, lääkärin on perusteltava sairauskertomukseen se, millä perusteella hän arvioi, ettei siitä ole merkittävää haittaa autolla ajamiselle. Jos potilas käyttää ajokyvyn vaikuttavaa väsyttävää lääkettä ylittäen lääkärin määräämät enimmäisannokset tulee lääkärin kieltää autolla ajaminen. Ilmoitusvelvollisuus täyttyy mikäli potilas ei hoidosta huolimatta kykene lopettamaan ajokyvyn haitallisesti vaikuttavaa lääkehoitoa ja tilan arvioidaan kestävän vähintään 6 kuukautta. Jatkuva tai usein toistuva väsyttävien ja ajokykä haittaavien lääkkeiden käyttäminen muodostaa esteen ryhmän 2 ajo-oikeudelle. Tarvittaessa vireystason säilymiskyky tulee testata objektiivisesti (esim. MWT ja Ajoterveyden arviointiohjeet lääkäreille – 16.5.2017 20 ajokoe tai terveysperusteinen ajokyvyn testaus) vastaavalla tavalla kuin esimerkiksi narkolepsiaa tutkittaessa konsultoiden herkästi uni- ja vireystilan häiriöihin perehtynyttä erikoislääkärinä.

EU-direktiivin perustelumuistio (s. 20 ja 31-33)

Huom. Kohta 2C: R1-ryhmän seurantaväli myöhemmin muutettu 3 v:ksi

Specific Standards for driving licence delivery in OSAS

Specific recommendations for Driving Licence and medical advice

1. For driver candidates who have been identified as positive in the screening questionnaire to obtain or renew the driving licence:

1.A - A medical advice is required that will either exclude or confirm the presence of moderate to severe OSAS

1.B - A driver candidate suspected of being affected by OSAS may receive a conditional driving licence for a limited time until a definite diagnosis is established

2. For driver candidates who have been diagnosed with OSAS and want to obtain or renew the driving licence

2.A - A driver candidate with a diagnosis of OSAS needing treatment in the opinion of his physician and who, for any reason, is not treated, should not receive an unconditional driving licence.

2.B - A driver candidate with a diagnosis of OSAS needing treatment in the opinion of his physician and who is effectively treated according to usual medical standards should receive a driving licence as long as treatment is necessary and complied with.

2.C - The need for, and compliance with, treatment should be subject to medical review at intervals not exceeding 2 years for drivers of Group 1, and 1 year for drivers of Group 2.

Annex 4

General Recommendations Regarding OSAS

1. OSAS diagnosis precludes unconditional certification.
2. A driver with an OSAS diagnosis may be authorized to drive if the following conditions are met:
 - 2A. The driver has untreated mild OSAS with an apnoea-hypopnoea index (AHI) of less than or equal to 15 (mild-moderate OSA), and
 - 2B. The driver does not admit to experiencing invalidating excess sleepiness during the major

wake period (ESS < 15); denies motor vehicle accidents; does not suffer from hypertension requiring two or more agents to control it and BMI is less than 35 kg/m²)

2. The driver's OSAS is being effectively treated

3A. A driver with a moderate to severe OSAS diagnosis may be authorized to drive, based on demonstrating compliance with treatment. Minimally acceptable compliance with Positive Airway Pressure (PAP) treatment consists of at least 4 hours per day on 70% of days. The need for, and the compliance with, treatment should be subject to periodic medical review. The periodicity may differ in drivers from Group 1 and Group 2.

4. Drivers with an OSAS diagnosis should be disqualified immediately or denied certification if any of the following conditions are met:

4A. The driver admits experiencing invalidating excessive sleepiness during the major wake period while driving (Epworth Sleepiness Scale \geq 15)

4B. Has had a Motor vehicle accident likely related to somnolence at the wheel.

4C. Previously diagnosed OSAS not compliant with treatment and nonrecent medical follow-up

5. A driver with a diagnosis of OSAS may receive a conditional certification, pending a medical evaluation, in the following cases:

5A. The driver has been previously diagnosed with OSAS and he declares to be compliant with therapy, but there is no recent medical report

5B. The driver does not have invalidating sleepiness (ESS < 15), he has had no recent motor vehicle accident and his BMI is not greater than 35 kg/m²

6. Recovery of Driving Licence after treatment

6A. Adequate positive airway pressure should be established preferably in an accredited sleep laboratory or by certified sleep specialist, through one of the following methods:

6A1. Titration study with polysomnography

6A2. Auto-titration system

6B. A driver who has been disqualified may return to drive if the three following conditions are all met:

6B1. The driver is successfully treated for 2- 4 weeks, and

6B2. The driver can demonstrate at least minimal compliance (i.e., 4 hours use per night on 70% of days), and

6B3. The driver does not report invalidating excessive sleepiness during the major wake period.

7. In professional drivers, the recording on treatment (manual titration or autoCPAP) should lead to a residual AHI of less than 10 and to the disappearance of excessive daytime sleepiness.

8. With other treatments like mandibular advancement devices, treatment with surgery or weight loss a sleep study should demonstrate a residual AHI of less than 10 and the disappearance of excessive daytime sleepiness.

In some cases with presence of symptoms and always at the discretion of the sleep specialist it may be necessary to perform objective specialized tests measuring sleepiness or restored alertness after treatments (Multiple Sleep Latency Test, Maintenance of Wakefulness Test, Osler Test)

Turussa 22.9.2017

Tarja Saaresranta

Keuhkosairauksien erikoislääkäri, unilääketieteen erityispätevyys

Vs. prof, osastonylilääkäri, Tyks, Medisiininen toimialue, Keuhkosairaudet

Jari-Pekka Tuominen

Hallintojohtaja, VSSHP