

THKK4 Kuidas käsitleda potentsiaalselt ohtlikku patsienti – juhtimisõiguse peatamine, relvaloa peatamine?

Ravijuhenditest on käsitletud autojuhtimist pärast insulti, kuid puudub info selle kohta, kuidas käsitleda relvaloa andmist või peatamist.

Autojuhtimisega seotud soovitused on ravijuhendites sõnastatud järgnevalt:

1. Inimestelt, kellel on olnud akuutne insult või TIA tuleb küsida autojuhtimise kohta enne haiglast või ambulatoorselt raviilt lahkumist (Royal College of Physicians 2016).
2. Patsientidel tuleks keelata autojuhtimine vähemalt kuu aja jooksul pärast insulti ning see peab olema kooskõlas (Kanada) maanteeameti tervisestandarditega autojuhile (tõenduse tase C) (Hebert et al. 2016).
3. Auto juhtimisega jätkamise soovi korral tuleb:
  1. Inimesi nõustada autojuhtimisest vaba perioodi osas ning nende vastutusest teavitada maanteeametit, kui neil on jätkuvaid terviseprobleeme, mis võivad mõjutada autojuhtimisvõimet.
  2. Inimeselt küsida või viia läbi vastav hindamine autojuhtimise absoluutsete takistavate tegurite osas nt epileptilised hood (välja arvatud krambihood 24 tunni jooksul pärast insulti), olulised nägemisvälja defektid, vähenenud nägemisteravus või topelnägemine.
  3. Inimesele pakkuda hindamist nendes aspektides, mis võivad mõjutada autojuhtimisvõimet, nt kognitiivne, visuaalne ja füüsiline võimekus.
  4. Inimesele anda kirjalikult hindamistulemused ning hindamistulemuste koopia nende perearstile ro(Royal College of Physicians 2016).
4. Ühe või mitme TIA juhtumiga patsientidel tuleb soovitada loobuda autojuhtimisest kuni põhjaliku neuroloogilise hindamise läbiviimiseni, kui hindamise tulemusel ei tuvastata funktsionaalse võimekuse kadu, võimalikku riski TIA taastekkimiseks ning kui kõikvõimalikud TIA-t põhjustavad seisundid on sobiliku raviga kõrvaldatud ning see peab olema kooskõlas (Kanada) maanteeameti tervisestandarditega autojuhile (tõenduse tase C) (Hebert et al. 2016).
5. Kuu aja möödudes insuldist tuleb hinnata patsiente, kes soovivad uuesti autot juhtida (Hebert et al. 2016).
6. Soovitavalt peaks hindamise läbi viima tegevusterapeut, kes kasutab valideeritud ja usaldusväärseid meetodeid sensoorse, motoorse ja kognitiivse defitsiidi hindamiseks (tõenduse tase B):
  1. Sensoorne hindamine peaks keskenduma nägemisele, nägemisväljale, visuaalsele tähelepanule ja teksti mõistmisele.
  2. Motoorne hindamine peaks keskenduma jõudlusele, koordineerimisele ja reaktsioonijale.
  3. Kognitiivne hindamine peaks keskenduma tajule, probleemilahendusele, otsustuskiirusele ja otsustusvõimele (Hebert et al. 2016).
7. Patsientidele, kel on olulised neuroloogilised puudujäägid seoses autojuhtimise võimega, on soovituslik autojuhtimisvõimekuse hindamiseks viia läbi täielik sõiduvõimekuse
8. hindamine, mis sisaldab valitsuse poolt heaks kiidetud sõiduohutuse hindamist (*on road assessment*, Eesti mõistes sõidueksam) (tõenduse tase B) (Hebert et al. 2016).

9. Püsiva insuldijärgse kognitiivse, keelelise või motoorse puudega inimesed, kes soovivad jätkata autojuhtimist, tuleb suunata edasi sõiduohutustestile ja hindamisele (sõidueksam) (Royal College of Physicians 2016).
10. Patsiente võib suunata simulaatoripõhisele treeningule, et valmistuda sõiduohutuse hindamistestiks või autojuhtimisega taaslustamiseks (tõenduse tase B) (Hebert et al. 2016).
11. Inimesi, kes soovivad insuldijärgselt jätkata autojuhtimisega, tuleb informeerida puudega seotud soodustustest (nt puudega inimese parkimiskaart) (Royal College of Physicians 2016).

Kirjandusest ei leitud ühtegi metaanalüüsi, mis käsitleks autojuhiloo või relvaloo peatamist ning selle tingimusi pärast insulti. Leiti kliinilistele andmetele tuginevaid uuringuid, mis käsitlesid erinevate hindamismeetodite tõhusust patsiendi liiklusohu riski hindamisel, samuti autojuhtimisega seotud rehabilitatsiooni.

Ehkki sõidutesti kirjeldatakse kui kõige valiidsemat meetodit sõiduvõimekuse hindamiseks, ei pruugi see olla alati kättesaadav ning samuti mitte piisav otsuste tegemiseks autojuhtimisega jätkamise kohta. Tuleks kasutada ka kognitiivseid teste, et kinnitada sõidutesti käigus saadud infot inimese kognitiivse võimekuse kohta (Samuelsson et al. 2018). Ranchet *et al* (2016) on leidnud oma uuringus, et patsiendi perearsti või eriarsti hinnang patsiendi sõiduvõimekusele kattub 73% juhtudest sõidueksami hindaja (tegevusterapeut või füsioterapeut) hinnanguga patsiendi sõiduvõimekusele. Arstidel võib olla keeruline hinnata autojuhtimise võimekust, kuna osaliselt võivad kognitiivse, motoorse ja nägemisega seotud defitsiit avalduda alles reaalses liiklussituatsioonis (Ranchet et al. 2016). Choi *et al* (2015) on uurinud spetsiaalselt insuldipatsientide autojuhtimisvõimekuse hindamiseks väljatöötatud hindamisinstrumendi kasulikkust autojuhtimisega seotud riskitegurite hindamiseks. Kognitiivset võimekust hindav DCAT hindamisinstrument on mõeldud autojuhtimise skriinimiseks ning koosneb mälu, tähelepanu, ohu hindamise, reaktsiooniaja ja otsustusvõime hindamisest. Võrreldes DCAT testi tulemusi sõidusimulaatori testi ja kognitiivse võimekuse testidega leiti, et DCAT testis väikese riskiga gruppi liigitunud autojuhtidel oli sõidusimulatsiooni testis parem pedaalireaktsiooniaeg, keskmine reaktsiooniaeg, telgjoone ületamise, teeserva märgiste ületamise, teelt väljasõidu ja kokkupõrke tulemus kui kõrge riski gruppi liigitunutel (Choi et al. 2015). Uuring on aga väikesemahuline, mistõttu ei ole võimalik selle põhjal anda soovitusi DCAT testi kasutamiseks autojuhtimisvõimekuse hindamiseks insuldihaigetel. Samuelsson *et al* (2018) 204 patsienti hõlmavas uuringus tuli välja, et kõige sensitiivsem oli UFOV (*useful field of view*) test, et määrata ära patsiendid, kellel on suurim risk sattuda tulevikus liiklusõnnetusse ning kes ei peaks seetõttu autojuhtimisega jätkama. UFOV testi sensitiivsus oli 78% ning kombineerides seda sõidusimulaatori testiga, oli sensitiivsus 87% (Samuelsson et al. 2018). Kuna uuring põhineb kliinilistel andmetel, mis ei võimaldanud andmete standardiseeritud kogumist, soovitatakse aga uuringu tulemustesse suhtuda ettevaatusega.

Autojuhtimisega jätkamiseks suunatud spetsiaalset rehabilitatsiooni käsitles üks artikkel. Selle uuringu eesmärgiks oli välja selgitada, kas mis tahes sekkumine, mille eesmärk on parandada sõiduoskusi, parandab autojuhtimise võimekust insuldipatsientidel. Sellistest sekkumistest on levinud kaks peamist lähenemist: 1) juhtimiseks oluliste kognitiivsete, füüsiliste või visuaalsete oskuste taasomandamine ja 2) kontekstispetsiifiliste ülesannete lahendamine ning sõidutunnid (nii sõidusimulaatoril kui liikluses). Uuringu tulemusel aga ei saa teha järeldusi selliste

rehabilitatsioonimeetodite kasulikkusest autojuhtimisvõimekuse parandamisele insuldijärgselt (George et al. 2014).

Relvaloa peatamise kohta seoses insuldiga ei leitud ühtegi uuringut. Vastavalt Eestis kehtivale seadusandlusele on relvaloa taotlemiseks vajalik läbida tervisekontroll, misjärel tervisetõend kehtib 5 aastat (Riigikogu 2018). Relvaloa saamist välistavad mitmed tervisehäired, sh laskekäe koordinatsioonihäired, laskekäe treemor, ühe käe osaline või täielik halvatus, kahelinägemine, oluline defekt tsentraalses vaateväljas (Vabariigi Valitsus 2015). Relvaseaduse järgi tunnistab Politsei- ja Piirivalveamet relvaloa kehtetuks muuhulgas siis, kui loa omaja ei vasta enam seadusega kehtestatud nõuetele (Riigikogu 2018). Õigusaktidest ei tulene aga, kellel on teavitamiskohustus ning kes peaks algatama relvaloa peatamise või kehtetuks tunnistamise.

#### Allikate loetelu

Choi, S.Y., Yoo, D.H. & Lee, J.S., 2015. Usefulness of the driveABLE cognitive assessment in predicting the driving risk factor of stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(10), pp.3133–3135. Available at: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/27/10/27\\_jpts-2015-425/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/27/10/27_jpts-2015-425/_article).

George, S. et al., 2014. Rehabilitation for improving automobile driving after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008357.pub2>.

Hebert, D. et al., 2016. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), pp.459–484. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1747493016643553> [Accessed October 8, 2018].

Ranchet, M. et al., 2016. Fitness-to-drive agreements after stroke: medical versus practical recommendations. *European Journal of Neurology*, 23(9), pp.1408–1414.

Riigikogu, 2018. *Relvaseadus*

Royal College of Physicians, 2016. Royal College of Physicians National Clinical Guideline for Stroke. 5th edit 2016. *British Medical Journal*.

Samuelsson, K., Modig-Arding, I. & Wressle, E., 2018. Driving after an injury or disease affecting the brain: an analysis of clinical data. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(7), pp.376–383.

Vabariigi Valitsus, 2015. Soetamisloa ja relvaloa taotleja tervisekontrolli kord, loa andmist välistavate tervisehäirete loetelu ning tervisetõendi sisu ja vormi nõuded.