

Asia: Liikenne- ja viestintäministeriö pyytämä lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi laiksi ajokorttilain muuttamisesta

Tausta. Ajokorttilaki uudistuu osana Liikennepalvelulakia, joka puolestaan on osa Liikennekaarta. Normeja on pyritty purkamaan ja käytäntöjä yksinkertaistamaan. Lakiehdotuksessa on positiivisia aihioita, mutta etenkin ajoterveyden valvonnassa otetaan taka-askeleita, joista jäljempänä.

Taustalla olevassa liikenteen palvelulaissa ja ajokorttilaissa säädetään ajoneuvoluokista, koulutusvaatimuksista ja kuljettajan pätevyys- ja terveysvaatimuksista. Tässä lausunnossa keskitytään erityisesti kuljettajan terveydentilan valvontaan koskeviin lakiehdotuksessa oleviin muutoksiin. Terveydentila ja laajemmin kuljettajan tila on yleisin kuolemaan johtaneiden moottoriliikenteen taustariski (sairaus välittömänä riskinä 15%; taustariskinä 35%; yht. noin 50%; lähde OTI:n ajoterveysraportti). Myös ylinopeuskuolonkolareissa kuljettajan terveys ja tila – esimerkiksi päihteet – ovat johtava tapaturman syy. Sama tulee esille tarkasteltaessa nuorten kuolonkolareita (LVK: Nuorisraportti).

Suomessa on käytettävissä kansainvälisesti arvioiden aivan ainutlaatuinen onnettomuuksien tutkijalautakunta-aineisto, joka mahdollistaa ajoterveyden puutteiden ja kuljettajan tilan selvittämisen onnettomuusajankohtana. Tätä ei ole missään muussa Euroopan maassa. Selvityksistä nousevaa tietoa tulee ehdottomasti hyödyntää entistä paremmin ehkäisevässä liikenneturvallisuustyössä. Ulkomaisissa tutkimuksissa tulokset ja tilastointi ovat erilaisia, koska terveysrikkejä ei ole ollenkaan selvitetty.

Ajoterveyttä koskevat muutosehdotukset Ajokorttilaissa (ja Liikennekaareissa)

1. Keskeisin koko suomalaista terveydenhuoltoa koskeva osio on kaikkia liikennemuotoja (tieliikenne, merenkulku, rautatieliikenne, ilmailu) koskevan liikenneturvallisuussäätelyn yhtenäistäminen, jossa terveydenhuollon ammattihenkilölle (eli laajempi kuin lääkärit) annetaan **oikeus** ilmoittaa viranomaiselle, kun epäillään liikenneturvallisuustehtävässä työskentelevän turvallista toimintakykyä sekä **velvollisuus** ilmoittaa viranomaiselle mikäli kyseessä on merkittävä uhka yleiselle turvallisuudelle. Jälkimmäinen säännös tuli Potilaslakiin 2014. Kyseessä on kaksi-portainen lähestymistapa, jonka perusteella epäilyksen/kysymyksenasettelun saa ilmoittaa, mutta vakava uhka on ilmoitettava.

Kommentti: muutos on sinänsä oikean suuntainen, mutta aiheuttaa toteutuessaan melkoisia ongelmia. Muutoksen edellyttämiä valmiuksia pystytään kouluttamaan kattavasti etenkin hoitajille tai optikoille. Lääkäreidenkin koulutukseen osallistuminen on ollut lisääntymään päin, mutta edelleen rajallista ja ilmoitusvelvollisuutta käytetään edelleen liian vähän. Siten aivan keskeiset työkalut (=koulutus ja tiedonkulku) lain toteuttamisen varmistamiseksi puuttavat. Oikea järjestys on kouluttaa ensin tehtävään ja sitten vasta toteuttaa se. Muutos näyttäisi siirtymäajalla korjattuna järkevältä.

2. Viranomaisille esitetään turvallisuuskriittisen tiedon käyttöoikeutta. Toistaiseksi ei ole säännöksiä mm. siitä, saako esim. Trafi käyttää henkilöä koskevaa liikenneturvallisuuteen vaikuttavaa tietoa eri liikennemuodoissa (esim. lentäjä ja merenkulkija) laajemmin tai saako poliisi ilmoittaa Trafiin ja päinvastoin.

Kommentti. Tämä osio vaatisi massiivista lisäpanostusta, mikä saattaa ulottua perustuslakiin. Lääkäreiden ja poliisin tiedonkulku on olematonta tapauksissa, joissa lääkäri määrää kuljettajan väliaikaiseen alle kuuden kuukauden mittaiseen ajokieltoon. Toisaalta poliisin tiedot liikennesrikkomuksista tai huumeidenkäytöstä eivät tule lääkärin tietoon. Lääkärien määräämät ajokiellot ja -rajoitukset pitäisi saada näkyviin, jotta niitä voitaisiin valvoa. Onnettomuustutkinta on paljastanut tapauksia, joissa lääkärin ajokieltoa on rikottu tai joissa lääkäri on laiminlyönyt

ajokiellon antamisen. Laiminlyöntien nollaaminen säästäisi noin 10% kuolonkolareiden uhreista. Vakavia loukkaantumisia on keskimäärin viisikertaa enemmän kuin kuolonkolareita, joten niitä säästyisi jopa 100/vuosi. Rahassa mitattuna puhutaan 100-150 miljoonan euron menoerästä.

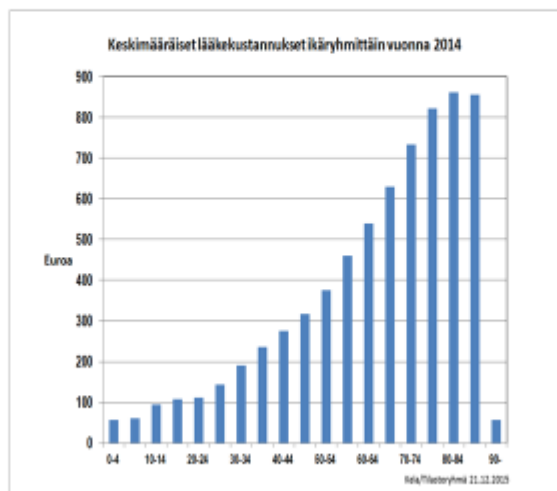
Jollei ajamista kaikissa ikäluokissa koettaisi jonkinlaisena kansalaisoikeutena, ei ajokorttiasioista syntyisi uhkailuja, valituksia tai kanteluita, mikä on varsin yleistä. Jotta lääkäri voisi arvioida terveeltä vaikuttavan nuoren, tulee terveys- ja lääkitystietojen olla nähtävissä. Kuitenkin esim. Kanta- tiedostossa omien tietojen näkymistä voi estää ja sitä myös tehdään. Vaihtoehtoisesti tiedot voisi esim koodittamalla saattaa poliisin ja ajokorttiviranomaisen nähtäväksi, mutta se tie on pitkä ja vaatinee monien lakien huomiointia.

3. lökkään lääkärinlausunnon esittämistarpeen ikärajan nostaminen 70-ikävuodesta 75-vuoteen.

Kommentti: ikärajan nostaminen saattaa olla perusteltua, koska väestön terveys on parantunut ja terve ikääntyminen on pitkittynyt. Se ei kuitenkaan poista iän myötä lisääntynyttä riskiä saada sairaus ja ajokykyyn vaikuttava lääkitys, jo ennen 75-ikävuotta (kuva 1). Tämäkin muutosehdotus nojaa lääkäreiden kykyyn todeta ja puuttua heikentyneeseen ajoterveyteen sairauden hoidon ohella. Lääkärien toiminta ei tule kompensoimaan muutosehdotuksen vaikutuksia ennen kuin sitä on systemaattisesti koulutettu, kehitetty ja potilasjärjestelmät on saatu tukemaan riskikuljettajien tunnistamista ja ajo-oikeuteen puuttumista. Ikääntyneet kuljettajat saattavat kokea nostetun ikärajan luonnolliseksi hetkeksi luopua ajo-oikeudestaan siinä vaiheessa kun tutkimus tulee ajankohtaiseksi, koska ovat itse todenneet ajamisen vaikeutuneen. Toisaalta nostettu ikäraja saattaa lykätä ajamisesta luopumista ajoterveydestä asti. Kaikkiaan ajo-oikeudesta luopuminen on kaikissa ikäryhmissä vaikeaa, kun kuljettajalla on tarve ajokortille tai hänellä on arvostelukykyä heikentävä tila, sairaus, vika, vamma, lääkitys tai päihteiden käyttö.

Lääkekorvaukset

(lääkkeiden käyttöön liittyy riskejä)



Kuva 1. Iän myötä lääkkeiden käyttö ja lääkekorvaukset nousevat voimakkaasti. Ikääntyessä monilääkitys ja monisairaus ovat ajoturvallisuuden riskitekijöitä.

Aikuisväestön sairausriskit tunnetaan ja niihin tulee puuttua! Onnettomuustutkinnassa merkittävin taustariskisairaus on psykiatrinen sairaus, jossa sekä sairaus että lääkitys vaikuttaa usein ajokykyyn. Yllättävän moni päätyy ajoneuvolla itsemurhaan tai sen yritykseen. Seuraavassa kuvassa nähdään viiden tarkasteluvuoden taustariskisairaudet ja niiden samanaikainen esiintyminen.

Tutkijalautakuntien
tutkimat kuolemaan
johtaneet
moottoriajoneuvo-
onnettomuudet v.
2011-2015

Sairaus onnettomuuden taustariskinä

Kuljettajan sairaudet taustariskin sairauskohtaus- onnettomuuksissa (yht. 353 onn.). Huom: Samassa onnettomuudessa voi olla useita sairauksia.	Kpl	Osuus taustariskin sairauskohtaus- onnettomuuksista
Sydänsairaus tai verenpainetauti	92	26 %
Psykinen sairaus	163	46 %
Liikuntaelinten sairaus	35	10 %
Aivoverenkierron sairaus	7	2 %
Epilepsia	9	3 %
Sokeritauti	32	9 %
Silmäsairaus	9	3 %

Kuva 2. Sairaus taustariskinä 1001 kuolonkolarin materiaalissa (itsemurhat ei ole poistettu).

Taustariskisairauksia esiintyy kaikilla ikäryhmillä ja usein monta yhtä aikaa (kuva 3)

Tutkijalautakuntien
tutkimat kuolemaan
johtaneet
moottoriajoneuvo-
onnettomuudet v.
2011-2015

Sairaus onnettomuuden taustariskinä

Henkilön ikä	Sukupuoli		Total
	Mies	Nainen	
10-14 V.	1	0	1
15-17 V.	4	0	4
18-20 V.	26	1	27
21-24 V.	36	2	38
25-34 V.	69	3	72
35-44 V.	50	6	56
45-54 V.	56	5	61
55-64 V.	43	5	48
65-74 V.	26	3	29
YLI 74 V.	16	1	17
Total	327	26	353

Kuva 3. Taustasairaudet ja kuljettajan ikä. Sairauksien suhteellinen osuus nousee iän mukana.

Taustasairauksien lisäksi ajonaikainen sairauskohtaus tai ajokyvyn menetys voi aiheuttaa kuolonkolarin. Tällöin on kyse sairaudesta välittömänä riskinä (kuva 4).

Tutkijalautakuntien
tutkimat kuolemaan
johtaneet
moottoriajoneuvo-
onnettomuudet v.
2011-2015 (**1001
onnettomuutta**)

Sairaus onnettomuuden välittömänä riskinä

Kuljettajan sairaudet välittömän riskin sairauskohtaus- onnettomuuksissa (yht. 146 onn.). Huom: Samassa onnettomuudessa voi olla useita sairauksia.	Kpl	Osuus välittömän riskin sairauskohtaus- onnettomuuksista
Sydänsairaus tai verenpainetauti	122	84 %
Psyykinen sairaus	10	7 %
Liikuntaelinten sairaus	21	14 %
Aivoverenkierron sairaus	8	5 %
Epilepsia	11	8 %
Sokeritauti	35	24 %
Silmäsairaus	4	3 %

Kuva 4. Sairauskohtaukset 1001 kuolonkolarin materiaalissa (poistetaan kaikissa maissa tilastoista). Luvut ovat todellista alhaisemmat, koska monet tapaukset kirjautuva kuolemansyyn selvittämisenä eivätkä tule mukaan liikenneonnettomuuksien tutkintaan.

Kohtausonnettomuuksista ja niiden määrästä on OTI:ssa valmisteilla uusi selvitys.

Sairauskohtauksia alkaa esiintyä 45 v jälkeen. Sairaus yhtenä onnettomuuden riskinä (välitön + taustariski) esiintyi puolessa kuolonkolareista. Näistä ”tietoinen teko” ja ”sairauskohtaus” – jotka siis eurooppalaisen käytännön mukaisesti poistetaan tilastoista- olivat mukana 30%:ssa kaikissa moottoriliikenneonnettomuuksista ja 46%:ssa henkilöautojen kuolonkolareista! ***Tilasto vinouttaa todellisuutta siis melkoisesti, mikä saattaa johtaa harhaan arvioitaessa ajokunnon ja – terveyden valvonnan tarvetta ja merkitystä liikenneturvallisuudelle.***

4. Lääkärintodistuksen esittämisvelvollisuus ehdotetaan poistettavaksi nuorilta henkilöiltä ja ensimmäisen ajokortin hakijoilta. Ajokorttilain perusteluissa vedotaan tarkastusten tarpeettomuuteen ”nuorilla ja terveillä” henkilöillä, koska monissa melko turvallisissakin maissa näistä tarkastuksista on luovuttu tai ne on korvattu lakiehdotuksessa esitetyllä vakuutuksella terveydentilasta.

Kommentti: Heikentyneeseen ajoterveyteen puuttuminen vaikeutuu merkittävästi, jos tämä ensimmäinen lääkärintarkastus poistetaan. Subjektiiivinen ajoterveyden arvio hakijan oman vakuutuksen varassa ei varmasti ole luotettava, kun kyseessä on tarve ajokortille tai omaa arvostelukykyä heikentävät tilat, kuten kehitykselliset synnynnäiset, sairaudet, viat ja vammat, lääkitykset ja päihteiden käyttö. Lääkärin arvion poistuessa ajokorttiranomaisella tulisi olla tieto ajoterveyteen vaikuttavista terveydellisistä tekijöistä, lääkkeistä ja sairauksista. Tämän tietojärjestelmän kehittäminen on mahdollista, mutta hidasta (ks. kappale ”Oma vakuutus”). Heikentyneen ajoterveyden tunnistamista ja siihen puuttumista tulee kehittää. On pohdittava, miten sähköisiä potilasjärjestelmiä ja Kanta-arkistoa voidaan kehittää tunnistamaan ajoterveyteen vaikuttavat terveystekijät ja riskit, ja miten näihin riskeihin voidaan puuttua.

Terveydenhuollon osaamista on merkittävästi lisättävä ajoterveyteen vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen ja ajo-oikeuteen puuttumiseen. Merkittävää on se, että kaikissa muissa liikennemuodoissa paitsi kumipyöräliikenteessä lääkäreiltä edellytetään erityinen pätevyys kuljettajan ajoterveyden arvioimiseksi. Lausunnonantajalääkäreiden ammattipätevyyttä ei edelleenkään ehdoteta maantieliikenteeseen eikä käytäntöjä edes paranneta, vaan heikennetään.

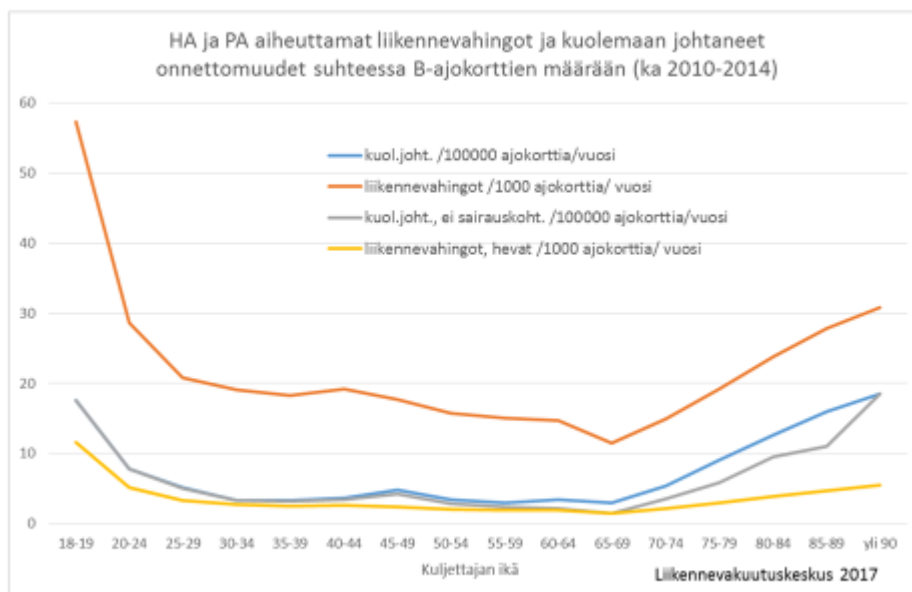
- Lääkäreiden ilmoitusvelvollisuus tuli voimaan 2014, mutta se ei ole tuottanut toivottuja muutoksia parannuksia liikenneturvallisuudessa. Kuten ajokorttilakiehdotuksen perusteluissa todetaan, ilmoitusvelvollisuutta ei noudateta kunnolla tai riittävästi. Tämä tuli esiin myös Markku Tervon OTM pro-gradu selvityksessä (2015). Ongelmat on kuitenkin suurimmaksi osaksi selvitetty, joskaan niitä ei ole saatu vielä poistettua.
- Liikennelääketieteen koulutusta on lisätty/aloitettu sekä valmiille lääkäreille että opiskelijoille ja sitä on tullut mukaan myös poliisikoulutukseen. Ajopoleja on perustettu keskussairaaloiden yhteyteen. Tästä huolimatta erällä erikoisaloilla - etenkin psykiatriassa ja päihdelääketieteessä - ohjeita rikotaan yleisesti tai ohjeet ylipäänsä ovat melkoisen sallivia. Ajatellaan, että ajamiseen puuttuminen estäisi potilaiden hoitoon hakeutumista eikä huomioida muiden tielläliikkujien turvallisuusriskejä. Lääketieteellinen koulutus antaa edellytykset huolehtia potilaan eduista, joka johtaa sallivuuteen antaa potilaiden ajaa vajavaisillakin edellytyksillä osana kuntoutumista. Muutos lääkärikunnan asenteissa on käynnissä, mutta ilman merkittävää koulutuslisää ja tiedolla vaikuttamista, positiivinen kehitys vaatii vielä lisää aikaa. Kuten muissa

liikennemuodoissa, välttämätöntä on kouluttaa tietyt lääkärit, joiden pätevyyttä valvotaan, arvioimaan ajoterveyttä ja ajokyvyn riittävyttä.

Ehdotus: Vaihtoehto 1: maantieliikenteen lausuntoja tekeviltä lääkäreiltä(kin) edellytetään koulutus ajokyvyn arviointiin. Vaihtoehto 2: terveydenhuollon ja erityisesti lääkärien koulutusta lisätään ja puutteelliseen toimintaan puututaan nykyistä määrätietoemmin ja jopa sanktioin. Onnettomuustutkinnan tuloksissa löytyy riittävää näyttöä lääkärien puutteellisesta toiminnasta puuttua potilaiden ajo-oikeuteen.

Nuorten ”hyvä terveys” ei pidä paikkaansa eivätkä sairaudet koske vain iäkkäitä. Tosin lääkitykset lisääntyvät voimakkaasti iän myötä.

Nuorien kuljettajia pidetään terveisinä (lain perustelut) ja samalla todetaan, että nykyisin nuorille ennen ajo-oikeuden myöntämistä tehdyt lääkärintarkastukset johtavat vain hyvin harvoin hylkäämiseen terveyssyistä. Pitää varmasti paikkansa, että terveystarkastukset eivät ole kovin hyödyllisiä estämään osaa nuorten liikennerikkomuksista ja onnettomuuksista. Nuorten osuus erittäin korkea ajo-oikeuksien määrään suhteutettuna liikennekuolemissa (kuva 5).



Kuva 5. Ikä ja kuolemaan johtaneet liikenneonnettomuudet. Harmaa käyrä kuvaa iäkkäiden onnettomuuksia ilman sairauskohtauksia, sinisessä ne ovat mukana. Nuorten riski on kaiken ikäisistä korkein.

Nuorten korkea liikenneonnettomuusriski ei johdu vain asenteista ja riskinotosta, sillä päihteiden (alkoholi ja huumeet) on mukana noin puolessa nuorten kuolonkolareissa (VALT Nuorisraportti, josta kuva 6). Pelkästään alkoholi oli mukana 44%:ssa tapauksista (kuva 6). Mielenterveyden ongelmat ovat mukana sekä päihdeonnettomuuksissa että itsenäisinä syinä.

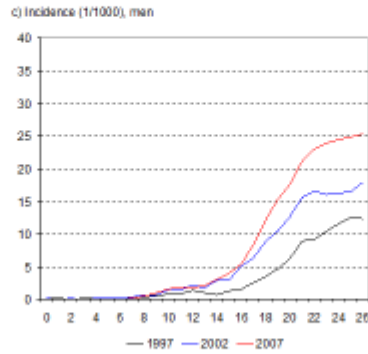
Nuorten kuljettajien vuosina 2007–11 aiheuttamat moottoriajoneuvossa olleen kuolemaan johtaneet onnettomuudet	Miehet 18–24-vuotta	Naiset 18–24-vuotta
Aiheuttajien onnettomuuksien määrä	219 kpl	58 kpl
Osuus nuorten aiheuttamista onnettomuuksista	85 %	15 %
Yleisimmät riskitekijät (osuus aiheutetuista onnettomuuksista)		
ajoneuvon käsittelyvirheet tai ajo-ohinnat	42 %	42 %
ennakointi- ja arviointivirheet	21 %	18 %
hävintövirheet	10 %	18 %
muut riskitekijät	27 %	22 %
Alkoholi ja ylinopeus (osuus aiheutetuista onnettomuuksista)		
rattijuopumus (vähintään 0,5 ‰)	44 %	6 %
onnettomuushetkellä ylinopeutta vähintään 10 km/h	70 %	24 %
Aiheuttajakuljettajista taustalla		
aikeittomia liikenneläkemukaisia	60 %	27 %
aiempia onnettomuuksia	28 %	29 %
Aiheuttajakuljettajien onnettomuuspaikan tuntemus		
kulkesut paikan ohi vähintään kuukausittain	86 %	90 %
tuntesut paikan vähintään vuodet	86 %	84 %

Kuva 6. Nuorten keskuudessa LVK:n Nuorisoraportin mukaan lähes puolet oli humalassa, merkittävä osa – etenkin taajamissa- on käyttänyt huumeita/lääkkeitä ja silloin ajetaan ylinopeutta ja ilman turvavyötä. Kuolleista käytännössä puolet olisi vyötä käyttämällä pelastunut. Nuorilla on siis päihdeongelma, joka usein heijastaa nuoren psykiatrista taustaa (Duodecim 2017).

Nuori –etenkin ns. ongelmanuori- on siis yllättävän usein terveydenhoidon asiakas ja hänellä voi olla kohtaamisia poliisin kanssa. Nuorten psykieläkkeiden käyttö on myös lisääntymässä (kuva 7).

Nuorten psyykelääkkeiden käytön lisääntyminen (Ilona Autti-Rämö) iän ja ajankohdan mukaan. Huomioitava ajo-oikeudesta päätettäessä

Nuorten päihdekäyttö lisääntyy myös (kannabis), sen mukana myös psykiatriset lääkitykset, hoitajaksot ja yhteiskunnalliset ongelmat

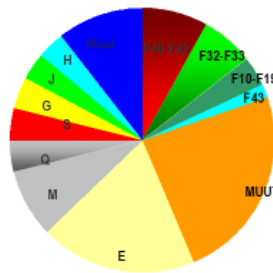


Kuva 7. Nuorten psyykelääkkeiden käytön kasvu.

Nuorten korkean liikennetähtäkin takana on myös muita terveysongelmia, jotka toki melko erilaisia kuin iäkkäiden terveysongelmia. Niiden yleisyyttä kuvaavat kuitenkin Puolustusvoimien tilastot (kuva 8). Puolustusvoimien tilastojen mukaan ikäluokasta vapautetaan ennen palvelusta terveysongelmista noin 15% ja palveluksen aikana 12-13%. Vapautettujen kokonaismäärä on vuosittain noin 5000. Karkeasti noin puolet vapautuksista johtuu mielenterveyden ongelmista ja päihdeongelmista. Jos kuvion 5 perusteella arvioimme riskiryhmäksi ikäluokat 18-21 vuotta eli kolme vuotta, merkitsee tämä noin 7500 riskikuljettajan lukumäärää, joka on liikenteessä mukana. Vuotavasta lääkärintarkastusjärjestelmästä johtuen heihin ei tähänkään asti ole puututtu.



**Diagnoosijakauma kutsunnoissa 2015
vapautetuista (C+E-luokka),
yhteensä 5252 kpl
(16,7 % -97 synt. ikäluokasta).**

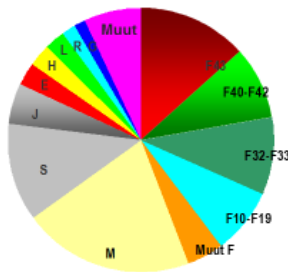


1. F40-F42 = Ahdistuneisuushäiriöt 8,1 % (N=424)
2. F32-F33 = Masennus 6,4 % (N=335)
3. F10-F19 = Alkoholi ja muut päihteet 3,6 % (N=188)
4. F43 = Sopeutumishäiriöt 1,7 % (N=89)
5. Muut F = Muut F-ryhmän diagnoosit 23,9 % (N=1256)
6. E = Umpieritys- ravitsemus- ja aineenvaihduntasairaudet 18,9 % (N=994)
7. M = Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet 8,4 % (N=443)
8. Q = Syntymäiset epämuodostumat 3,9 % (N=207)
9. S = Vammat 3,9 % (N=203)
10. G = Hemoston sairaudet 3,8 % (N=201)
11. J = Hengityselinten sairaudet 3,5 % (N=185)
12. H = Silmän ja apuelinten sairaudet 3,2 % (N=169)
13. MUUT = Muut diagnoosit 10,6 % (N=559)

Kutsunnaalaisten määrä 31407



**Diagnoosijakauma 2014 saapumiseristä
palveluksen terveyssyyn keskeyttäneistä
alokkaista, yhteensä 3021 kpl (12,0 %
saapuneista).**



1. F43 = Sopeutumishäiriöt 13,3 % (N=401)
2. F40-F42 = Ahdistuneisuushäiriöt 9,9 % (N=270)
3. F32-F33 = Masennus 9,5 % (N=287)
4. F10-F19 = Alkoholi ja muut päihteet 7,9 % (N=240)
5. Muut F = Muut F-ryhmän diagnoosit 4,5 % (N=137)
6. M = Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet 20,8 % (N=629)
7. S = Vammat 11,9 % (N=360)
8. J = Hengityselinten sairaudet 5,0 % (N=151)
9. E = Umpieritys- ravitsemus- ja aineenvaihduntasairaudet 2,9 % (N=88)
10. H = Silmän ja apuelinten sairaudet 2,8 % (N= 86)
11. L = Ihon sairaudet 2,3 % (N=66)
12. R = Muualla luokitattomat oireet 1,7 % (N=51)
13. G = Hemoston sairaudet 1,6 % (N=49)
14. MUUT = Muut sekalaiset diagnoosit 6,8 % (N= 204)

Saapumiserien kokonaisvahvuus
25166 alokasta.



Kuva 8. Ylemmässä kuvassa on terveysperusteisesti vapautetut diagnoosiryhmittäin ja alemmassa palveluksen aikana vapautetut vuonna 2015. Psykkisten F-diagnoosien määrä on korkea.

Lääkkeiden päihde- ja väärinkäyttöä esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Nuorten ongelmia ovat psykiatriset sairaudet, kehityshäiriöt, vammojen jälkitilat, alkoholi ja päihderiippuvuus sekä persoonallisuushäiriöt.

Toinen ongelma syntyy, jos nuori jolla on ajo-oikeuden estävä sairaus tai sellaiseksi nopeasti etenevä vika, hankkii ajo-oikeuden, se joudutaan häneltä ilmoitusvelvollisuuden perusteella myöhemmin poistamaan. Ilmoitusvelvollisuuslaki koskee nimittäin vain ajo-oikeuden omaavia henkilöitä, eikä useinkaan kyse ole lakiehdotuksen tarkoittamasta merkittävästä riskistä, jonka ilmoittamiseen terveydenhoidon ammattihenkilöllä olisi oikeus. Siten etukäteen ei voida ohjata nuoren toimintaa ja jälkikäteinen puuttuminen voi johtaa pettymykseen ja kustannuksiin. Vain muutokset sähköisissä järjestelmissä ja tiedonkulun kehittäminen voisivat kompensoida tätä ongelmaa.

Ajo-oikeuteen puuttuminen voidaan nähdä myös interventiona, joka suuntaa jo varhaisvaiheessa ammatinvalintaa, uudelleen kouluttautumista sekä lisää hänen omaa ja muiden liikenteessä liikkujien turvallisuutta.

Tällä hetkellä lääkäri ei välttämättä tiedä, millainen ajo-oikeus potilaalla on, minkä vuoksi ilmoitusvelvollisuus voi jäädä toteutumatta.

Ehdotus: Ajo-oikeuden tarkastamisen mahdollisuus tehdään lakisääteiseksi ja se on mahdollista sähköisissä potilastietojärjestelmissä. *Ajo-oikeuden voimassaolon ja sen luokan tulisi näkyä sähköiseen potilaan sairauskertomustietoihin kirjautuessa ja järjestelmän tulisi antaa herätteet, kun määrätään ajokykyyn vaikuttavia lääkkeitä tai tehdään ICD 10 diagnoosi, joka voi vaikuttaa ajokykyyn.* Tämä mahdollistaa lääkäreiden valvonnan ja ohjaa noudattamaan ilmoitusoikeutta tai velvollisuutta.

Vaikka nykyinen lakimuutosehdotus ei koske ammattikuljettajia ja RII ajo-oikeuksia, siellä kaikki edellä mainitut seikat entisestään korostuvat. Työterveyshuolloilla on valmius arvioida ja puuttua heikentyneeseen ajokykyyn, mutta suurin osa ammattikuljettajista on yksityisyrittäjiä, joilla ei ole tai on puutteellinen työterveyshuolto. Näitä kuljettajia ei valvo oikein kukaan. Riski näkyy tutkijalautakuntien raporteissa.

Miksi muut maat pärjäävät ilman lääkärintarkastuksia ja tilastot näyttävät meitä paremmilta?

Edellä on kuvattu tilastoinnin (Eurostat) aukko koskien sairauskohtauksia (yli 20% henkilöautojen kuolonkolareista) ja liikenneitsemurhista (noin 20% henkilöautojen kuolonkolareista ja noin 40% yhdistelmäajoneuvojen niistä onnettomuuksista, joissa vastapuolena on aiheuttajahenkilöauto). Suomen tilastoissa itsemurhat ovat mukana, muissa maissa ne poistetaan. Kaikki maat poistavat sairauskohtaukset, joiden todellinen määrä on vielä korkeampi. Itsemurhissa ja päihdeonnettomuuksissa lähes poikkeuksetta on mukana ylinopeus. Syy tilastoista poistamiseen on lähinnä tutkimusresurssien puute eri maissa ja lainsäädännön ongelmat.

Kun kuljettajan riski jätetään huomioimatta, on toiseksi suurin riksiryhmä ajonopeus (noin 40%), josta tilannenopeus on noin 10% ja varsinainen ylinopeus 30%. Riskitön ja selvä ylinopeudella ajanut henkilöauton aiheuttajakuljettaja edustaa kuitenkin vain 5%:a kaikista moottoriliikennekuolemista. Tämä kertoo sen, kuinka suuri terveydentilan, väsymyksen ja päihtymisen osuus on myös ylinopeusonnettomuuksissa. Meidän ei tulisi luottaa mielikuvaan, joka aliarvioi kuljettajan tilan merkityksen onnettomuuksien riskitekijänä ja yliarvioi terveydenhuollon kyvyn puuttua ajoterveyden riskitekijöihin ilman erillistä tarkastustoimintaa.

Lakitestin korjausehdotus:

§17 Ajokortin terveysvaatimukset ryhmässä 1.

Pykälä on muutettava kokonaan. ”Erikoislääkäri” voi erityisestä syystä poiketa.... Pykälä on lääketieteellisesti virheellinen ja Trafin tuoreimpien ohjeiden vastainen. Näkökentän arviointiin pystyy vain silmälääkäri ja sen pitäisi onnistua myös neurologilta. Käytännössä neurologitkin haluavat usein silmälääkäriltä lausunnon näkökentästä. Siten mikä tahansa erikoislääkäri ei ole lainkaan pätevä arvioimaan näkökenttää. 1. Näkökenttä on vain pieni osa ajoterveysvaatimuksia ja sen puutoksilla on lähes olematon vaikutus liikenneonnettomuuksien riskiin (Ajoterveysraportti/OTI). Siten asian ottaminen lakiin

pykälänä ei ole perusteltua. 2. Näkökenttäpuutos voi johtua silmäsairaudesta, kuten glaukooma, tai neurologisesta sairaudesta, kuten aivoinfakti. Jälkimmäisessä tapauksessa potilaalla on usein muitakin aivovaurion oireita, jotka tulee selvittää neurologian erikoislääkärin toimesta. 3. ajokokeella voidaan vain harvoin selvittää/poissulkea kyseiseen muutokseen liittyvä potentiaalinen riski. Sen suorittaminen voidaan poikkeusta esitettäessä toki vaatia, mutta kuten Ruotsinkin ohjeissa mainitaan ensisijaisesti harkinnan pitää perustua lääketieteellisiin tosiseikkoihin eikä ajokokeeseen, jonka tyyppi pitäisi tarkemmin määrittää (Ajovarman toteuttama tai terveysperustainen ajokoe).

Ajoterveysraportin valossa on laissa turhaa keskittyä näköön. Riittää, kun todetaan, että henkilön tulee täyttää vaatimukset näkökyvyn ja muiden sairauksien ja toimintakyvyn osalta. Ja ajoterveyden arvioinnin osalta viitataan asetukseen ja Trafín tarkempaan ohjeistukseen. Suuri osa ajo-oikeuksista menee näkökentän puutosten vuoksi nimenomaan glaukoomassa. Siksi muutos pitäisi saada direktiivitasolle, koska nykyisellään määräys muodostaa lisäkuluja ja valituksia päätöksistä.

Yhteenveto ehdotuksista:

- **Lääkärinlausuntoa RI korttia ensi kertaa myönnettäessä ei poisteta**
- **Sähköisiä potilasjärjestelmiä ja viranomaisten välistä tiedonkulkua kehitetään ja helpotetaan**
- **Harkitaan lausunnonantajalääkärin pätevyyskoulutuksen perustamista ja vaatimista myös maantieliikenteessä**
- **Esitetyille muutoksille varataan siirtymäaika koulutuksen käynnistämistä varten**
- **Pykälä 17 kirjoitetaan uudelleen. Nykymuodossaan se ei ole lääketieteellisten tosiasioiden mukainen.**

Helsingissä 21.6.2017

Timo Tervo

Liikennelääketieteen professori, Helsingin yliopisto
Ajoterveyden osaamiskeskus, HYKS

Markku Sainio

Suomen Liikennelääketieteen yhdistys
Liikennelääketieteen asiantuntijapalvelut,
Työterveyslaitos