

# Zaawansowany wiek, otępienie a prowadzenie pojazdów: poradnik dla pacjenta, rodziny i lekarza

Gary J. Kennedy, MD

*Przepisy narzucające stosowanie pasów bezpieczeństwa i poduszek powietrznych są dowodem na to, że w każdym wieku prowadzenie samochodu jest związane z niemożliwym do uniknięcia ryzykiem. Wpływ zaawansowanego wieku i chorób jeszcze bardziej zwiększa to ryzyko. Starsi dorośli często ograniczają je przez zmianę stylu prowadzenia pojazdu. Wiele innych osób mimo dobrze przemyślanych planów odejścia z pracy na emeryturę nie zamierza rezygnować na niej z prowadzenia samochodu. Kiedy otępienie uniemożliwia im realistyczną ocenę zagrożenia, jakie stwarzają dla siebie i otoczenia, członkowie rodziny często proszą lekarza o interwencję. Wymaga to znalezienia równowagi między kwestiami etycznymi, dotyczącymi bezpieczeństwa publicznego a opieką skoncentrowaną na pacjencie. Umiejętności i współczucie często mogą umożliwić opracowanie bezpiecznego planu z uniknięciem stosowania przymusu lub konieczności kontaktowania się ze stanowym wydziałem komunikacyjnym.*

## Wprowadzenie

W Stanach Zjednoczonych w następnej dekadzie będzie 50 milionów kierowców w podeszłym wieku. Do 2030 roku osoby w podeszłym wieku będą stanowić 25% społeczeństwa i odpowiadać za 25% śmiertelnych wypadków komunikacyjnych. Wypadki z udziałem starszych osób rzadko wiążą się z dużą prędkością czy spożywaniem alkoholu. Młodsze osoby powodują więcej wypadków, jednak osoby w podeszłym wieku mają więcej wypadków w przeliczeniu na liczbę przejechanych kilometrów. U starszych osób prawdopodobieństwo zgonu w wyniku urazów związanych z wypadkiem jest czterokrotnie większe. Starsi kierowcy najczęściej są oskarżani o wymuszenie pierwszeństwa lub jazdę po niewłaściwym pasie. Do ponad 50% śmiertelnych wypadków z udziałem osób powyżej 80 r.ż. dochodzi na skrzyżowaniach.<sup>1</sup>

Prowadzenie pojazdu mechanicznego nigdy nie jest do końca bezpieczne. Nawet najlepsi kierowcy są skazani na łaskę kierujących w stanie intoksykacji czy w inny sposób zaburzonych. Postępujące pogorszenie sprawności związane z zaawansowanym wiekiem i towarzyszącymi mu schorzeniami, takimi jak zapalenie stawów, degeneracja plamki żółtej, jaskra lub retinopatia, jeszcze bardziej zwiększa zagrożenie. Nawet łagodne otępienie nasila niebezpieczeństwo, ponieważ upośledza zdolność starszego kierowcy do rozpoznawania zagrożenia i wykonywania

wymijających manewrów. Wielu z nich zmniejsza ryzyko, redukując prędkość, nie prowadząc samochodu w porze nocnej, unikając nieznanymi lub zatłoczonymi drogami oraz wykorzystując alternatywne środki transportu. Wielu innych mimo dobrze przemyślanych planów odejścia z pracy na emeryturę nie zamierza rezygnować z jeżdżenia samochodem, co obrazuje następujące stwierdzenie: „Ledwo słyszę, ledwo widzę i ledwo chodzę. Jednak mogłoby być gorzej. Przynajmniej mogę prowadzić”.<sup>2</sup>

Prawie 30% dorosłych z zaburzeniami funkcji poznawczych nadal prowadzi auta. W sondażach po wypadkach 60% opiekunów relacjonowało, że nie byli w stanie dyskutować z kierowcą na temat jego upośledzonej zdolności prowadzenia pojazdu.<sup>1</sup> Kiedy otępienie uniemożliwia starszej osobie realistyczną ocenę zagrożenia stwarzanego dla siebie i innych osób, członkowie rodziny mogą poprosić lekarza o interwencję. Poniżej opisano podejście, które respektuje potrzebę zachowania autonomii i niezależności przez starszego kierowcę, nie pomijając przy tym kwestii bezpieczeństwa. Wymaga to znalezienia równowagi między kwestiami etycznymi, dotyczącymi bezpieczeństwa publicznego a opieką skoncentrowaną na pacjencie. Umiejętności i współczucie często mogą umożliwić opracowanie bezpiecznego planu z uniknięciem stosowania przymusu czy konieczności kontaktowania się ze stanowym wydziałem komunikacyjnym.

## Wiek i choroby przewlekłe a zmniejszenie zdolności do prowadzenia pojazdów

Oznaką zaawansowanego wieku jest wzrastające zróżnicowanie sprawności fizjologicznej i wydajności funkcjonowania. Dlatego niektóre obdarzone wyjątkowym zdrowiem starsze osoby okażą się lepszymi kierowcami niż osoby o połowę młodsze. Niemniej nie do uniknięcia jest pogorszenie sprawności sensoryczno-nerwowej i mięśniowo-szkieletowej, a zmiany te narastają z wiekiem. Wynikiem samego procesu starzenia się jest opóźnienie czasu reakcji, utrata siły i elastyczności, które upośledzają zdolność starszego kierowcy do reagowania na zagrożenie. Ograniczenie pola widzenia i pogorszenie szybkości akomodacji (dostosowywania ostrości widzenia w zależności od odległości oglądanych obiektów) przyczyniają się do pogorszenia percepcji zagrożenia. Zmniejszenie ilości informacji, które mogą być szybko przetwarzane w pamięci operacyjnej, i pogorszenie funkcji wykonawczych przyczyniają się do coraz większych trudności w rozwiązywaniu problemów. Zmiany te są subtelne i zachodzą podstępnie tak, że starsza osoba może nie być świadoma ich kumulującego się wpływu. W jednym z testów przeprowadzanych w trakcie jazdy, w którym porównywano osoby z łagodnym otępieniem w średnim wieku 75 lat z osobami bez zaburzeń funkcji poznawczych, których średnia wieku wynosiła 69 lat, zarówno wiek, jak i otępienie były związane z błędami zagrażającymi bezpieczeństwu. W ciągu trwają-

Dr Kennedy, profesor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine; director, Division of Geriatric Psychiatry, Montefiore Medical Center, Bronx, New York

Dr Kennedy współpracuje z biurami prasowymi firm Forest i Pfizer oraz otrzymuje granty od firm Forest, Myriad, Novartis, Pfizer i Takeda.

Adres do korespondencji: Gary J. Kennedy, MD, Director, Department of Geriatric Psychiatry, MMC, 111 East 210th St, Klau One, Bronx, NY 10467, Stany Zjednoczone.

cego 45 minut testu prowadzenia pojazdów osoby z otępieniem popełniły 42 błędy zagrażające bezpieczeństwu, kierowcy z grupy kontrolnej – 33. Również poważne błędy zagrażające bezpieczeństwu były częściej popełniane przez osoby z otępieniem (4,35 vs 1,90). Liczba błędów zwiększała się przeciętnie o dwa co każde 5 lat życia. Podsumowując, można się spodziewać, że zdrowi starsi dorośli mogą popełnić prawie dwa poważne, zagrażające bezpieczeństwu błędy w ciągu 45 minut prowadzenia pojazdu. U osób z otępieniem częstość popełniania błędów się podwaja.<sup>3</sup>

Mniej subtelne są przewlekłe konsekwencje zaćmy, jaskry, degeneracji plamki żółtej, które jeszcze bardziej pogarszają ostrość wzroku i ograniczają pole widzenia. Zapalenie stawów, neuropatia i brak aktywności związany z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego oraz układu krążenia zaburzają siłę i koordynację potrzebne przy kierowaniu samochodem. Zaburzenia snu, także te związane z dużą depresją lub stosowaniem niektórych leków, mogą upośledzać czujność. Jednak to raczej choroby niż leki stosowane w ich terapii przyczyniają się do zbyt dużego ryzyka związanego z prowadzeniem samochodu. Wyjątek może stanowić cukrzyca insulinozależna. Oczywiście picie alkoholu nie idzie w parze ze zdolnością do prowadzenia pojazdów, co nawet jeszcze silniej zaznacza się w późnym okresie życia, ze względu na zwiększoną wrażliwość osób w podeszłym wieku na alkohol.

Otępienie jeszcze bardziej upośledza bezpieczne prowadzenie pojazdów, dołączając się do zagrożeń związanych z wieloma przewlekłymi schorzeniami i zaawansowanym wiekiem. Tylko jednak otępienie upośledza wgląd i zdolność oceny w sposób prowadzący do zaprzeczania i zmniejszenia zdolności doceniania zagrożenia stwarzanego dla siebie i innych osób. Charakterystyczne dla otępienia dezorientacja, apraksja i zaburzenia funkcji wykonawczych wielokrotnie zwiększają ryzyko związane z prowadzeniem samochodu, przekraczając zagrożenie wynikające z zaburzeń pamięci i uczenia się. W końcu, ostre schorzenia, częste w późnym okresie życia, takie jak udar, zawał mięśnia sercowego, złamanie kości udowej, mogą okresowo pozbawiać daną osobę możliwości prowadzenia pojazdów. Powrót do zdrowia w stopniu wystarczającym do bezpiecznego kierowania samochodem może być w tych przypadkach opóźniony lub niemożliwy.

## Kwestie etyczne

Utylitarna idea poszukiwania jak największego dobra dla jak największej liczby osób jest etycznym kamieniem węgielnym społecznej polityki prozdrowotnej. Imperatywy zdrowia publicznego mogą nie uwzględniać indywidualnych praw i preferencji w sytuacji, kiedy zagrożenie jest pewne, a koszty utraty praw są

uzasadnione. Przykłady sytuacji, w których indywidualne preferencje do dokonywania odmiennych wyborów są ograniczane lub eliminowane, obejmują politykę przeprowadzania obowiązkowych szczepień przeciwko chorobom zakaźnym oraz regulowane kodeksem cywilnym lub karnym kary za prowadzenie w stanie intoksykacji, bez prawa jazdy lub bez zapiętych pasów bezpieczeństwa. W przeciwieństwie do tego obowiązuje równocześnie poszanowanie indywidualnej autonomii, np. przez uzyskiwanie świadomej zgody czy stosowanie zasady poufności jako imperatywu etycznego opieki skoncentrowanej na pacjencie. Imperatyw ten nie jest jednak bezwzględny. W zagrażających życiu sytuacjach, np. zatrzymanie czynności oddechowej u nieprzytomnej osoby, niepodjęcie interwencji z powodu niemożności uzyskania zgody, byłoby zaniedbaniem. Podobnie niezłamanie zasady poufności w sytuacji zagrożenia spowodowanego zamiarami samobójczymi lub narastającym pobudzeniem u chorego z urojeniami również miałyby charakter zaniedbania.

W powyższych przykładach zagrożenie jest oczywiste, zaś interwencja mająca na celu ratowanie życia musi być bezwzględnie podjęta. W skrajnych przypadkach względy bezpieczeństwa mają przewagę nad autonomią. W sytuacji kiedy zagrożenie jest raczej względne i odległe niż bezwzględne i bezpośrednie, zaś preferencje rodziny lub lekarza różnią się od preferencji pacjenta, konflikt jest nieuchronny. Co więcej, dla starszej osoby konsekwencje rezygnacji z prowadzenia samochodu nie są błaha. Konsekwencje te są zarówno praktyczne, jak i psychologiczne. W przypadku osób w podeszłym wieku mieszkających na wsi lub na przedmieściach własny samochód może być jedynym dostępnym środkiem transportu. Również jednak w miastach, w których możliwe jest korzystanie z publicznych środków transportu lub taksówek, utrata możliwości prowadzenia auta oznacza utratę niezależności i poczucia kontroli. Zależność od przyjaciół i członków rodziny nie zawsze jest rozwiązaniem przyjmowanym z zadowoleniem. Dlatego przekonanie osoby w podeszłym wieku do rezygnacji z prowadzenia samochodu ze względów bezpieczeństwa będzie miało czasami niekorzystne konsekwencje.

## Poradnictwo dotyczące rezygnacji z prowadzenia samochodu

W Stanach Zjednoczonych osoby w podeszłym wieku bądź cierpiące na przemijającą lub trwałą niesprawność mogą uzyskać znaczącą pomoc w wyspecjalizowanych ośrodkach rehabilitacyjnych. Terapeuci zajęciowi mogą dokładnie ocenić zdolności do prowadzenia pojazdu, a także potrzeby wykorzystywania specjalnych udogodnień poprawiających lub utrzymujących bezpieczeństwo.

Mniej całościowy charakter mają szerzej dostępne kursy bezpiecznej jazdy. Starsi dorośli mogą również dobrowolnie poddać się sprawdzianowi z prowadzenia samochodu w stanowym wydziale komunikacyjnym. W przeciwieństwie do całościowej oceny przeprowadzanej w ośrodku rehabilitacyjnym standardowy próg zaliczenia takiego egzaminu może być stosunkowo niski. Przeprowadzenie testów w wyspecjalizowanym ośrodku rehabilitacyjnym lub urzędzie komunikacyjnym może być zalecane również w przypadku rozbieżności między zdaniem pacjenta a zaleceniami lekarza. Niektóre osoby po prostu odmówią poddania się takim testom. Inni uzyskają pozytywny wynik, jednak wystąpią u nich nasilające się deficyty, a potrzeba rozważenia rezygnacji z prowadzenia samochodu pojawi się ponownie w późniejszym czasie. Wyzwaniem terapeutycznym dla lekarza jest przekształcenie konfrontacji zwiększającej jeszcze ryzyko w płaszczyznę współpracy mającej na celu bezpieczeństwo i poszanowanie niezależności. Wymaga to oceny, edukacji i negocjacji. W internecie dostępne są formularze samooceny i materiały do wykorzystania przez członków rodziny.<sup>1,5</sup>

Osoba w podeszłym wieku będzie prawdopodobnie świadoma pewnego pogorszenia sprawności prowadzenia pojazdu, jednak nie stopnia, w jakim zaawansowany wiek, choroba i niesprawność kumulują się, przyczyniając się wspólnie do zwiększenia ryzyka powyżej możliwego do zaakceptowania poziomu. Przeglądowi poszczególnych układów, ze zwróceniem wyjątkowej uwagi na zaburzenia widzenia i schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz przyjmowane leki, powinien towarzyszyć przegląd funkcjonowania z uwzględnieniem codziennych czynności i zdolności do prowadzenia samochodu. W jaki sposób dana osoba stara się zwiększyć bezpieczeństwo podczas prowadzenia samochodu? Czy pacjent prowadzi tylko w towarzystwie drugiej osoby? Czy w ostatnim czasie miał jakieś wypadki, niebezpieczne sytuacje lub otrzymał mandat? Czy kierowca zgubił się w znajomym otoczeniu lub potrzebował pomocy, żeby przypomnieć sobie, gdzie się znajduje? Czy wnukom wolno jeździć z dziadkiem lub babcią samochodem?

Badanie neurologiczne ujawni słabe strony spowodowane zaburzeniami koordynacji i widzenia. Szczególnie ważne jest badanie w kierunku apraksji, zaburzeń pamięci i funkcji wykonawczych, jeżeli przegląd objawów wypadka stosunkowo korzystnie.<sup>4</sup> Informacje z wywiadu, badania poszczególnych układów i badania neurologiczne umożliwiają przybliżone oszacowanie ryzyka. Szczegółowy kwestionariusz jest dostępny w internecie.<sup>1,5</sup> Częściej, zanim zdolność pacjenta do prowadzenia pojazdów stanie się przedmiotem zewnętrznej oceny,

prób bezpieczeństwa został już przekroczony. Rolą lekarza jest wówczas raczej zalecenie rezygnacji z prowadzenia teraz niż odkładanie tego na jakiś moment w przyszłości. Nawet wtedy, należy zacząć od próby nawiązania współpracy, dążąc w tym przypadku do zmniejszenia, nie pominięcia, ryzyka. „Zgodnie z moją medyczną opinią musi pan/pani zrezygnować z prowadzenia samochodu” może być dobrym zakończeniem rozmowy, którą jednak należy rozpocząć od stwierdzenia w rodzaju: „porozmawiajmy o sposobach zachowania pana/pani niezależności”.

Wiele osób z chorobami przebiegającymi z otępieniem zachowuje wystarczający stopień krytycyzmu, aby docenić ryzyko i dostrzec konieczność znalezienia alternatyw wobec prowadzenia samochodu. Im bardziej dostosowane są emocje i zachowany szacunek wobec opinii opiekujących się pacjentem członków rodziny, tym chętniej pacjent rozważy względy bezpieczeństwa, nawet, jeżeli myśl o zaprzestaniu prowadzenia samochodu początkowo budzi jego sprzeciw. Członkowie rodziny mogą pamiętać krewnych, którzy minimalizowali lub zapominali niedawne wypadki, niebezpieczne sytuacje lub epizody dezorientacji. Ocena dokonywana bez obecności rodziny, od której można pozyskać dodatkowe informacje, może być błędna. Przywołanie

„zasady wnuka” w obecności rodziny może mieć większą wagę. Lekarz po prostu zauważa: „jeżeli przebywanie wnuków w samochodzie nie jest bezpieczne, kiedy pan prowadzi, jak prowadzenie bez ich obecności mogłoby być bezpieczne?”. Skupienie się na utracie możliwości ochrony siebie przed poczynaniami innych kierowców eksternalizuje zagrożenie. Osoba towarzysząca lub specjalne urządzenie mogą pomóc w nawigacji, jednak środki te nie są szczególnie przydatne, kiedy trzeba zahamować lub ominąć przeszkodę. Przyznanie, że prowadzenie samochodu wiąże się z ryzykiem w każdym wieku, jednak wzrasta wraz z wiekiem i chorobami, pomaga uniknąć arbitralnego tonu i stanowi punkt wyjścia negocjacji. Jeżeli dostrzegane ryzyko nie jest wystarczające, żeby teraz przestać prowadzić, to w jakich okolicznościach będzie uznane za odpowiednio duże? Niektóre wydarzenia, np. ukaranie mandatem lub zgubienie się mogą być niepożądane, jednak można je tolerować. Do innych, takich jak wjechanie w bok innego samochodu lub uderzenie w przeszkodę, nigdy nie należy dopuszczać ponownie. Powinny one być uznane za wydarzenia ostrzegawcze, stwarzające konieczność zaprzestania kierowania samochodem. Oddanie części niezależności przez rezygnację z siedzenia za kierownicą jest lepsze od całkowitej utraty niezależności

w wyniku wypadku. Trzeba jednak powtórzyć, że dążenie do zachowania niezależności pacjenta jest najważniejszym zadaniem.

Po omówieniu we współczujący sposób nieuchronności nadmiernego ryzyka należy poszukać alternatywnych rozwiązań. W przypadku starszych osób, które wcześniej już ograniczyły prowadzenie samochodu do minimum, roczne koszty utrzymywania pojazdu mogą przewyższać koszty korzystania z taksówek lub innych usług transportowych. Opiekunom można przypomnieć, że ich stała dostępność dla borykającego się z problemami członka rodziny jest ważniejsza niż stała możliwość prowadzenia pojazdów. Pacjentem dysponującym znacznym majątkiem należy przypomnieć o odpowiedzialności deliktowej, którą poniosą, jeżeli dojdzie do wypadku. Rodzina może również spontanicznie zaoferować pomoc w przejazdach na zakupy, spotkania czy wakacje. Pomoc zapewnić mogą również przyjaciele, współczłonkowie różnych organizacji, przedstawiciele kleru i organizacje pomocy społecznej. Niektórym pacjentom brakuje poznawczych możliwości rozwiązywania problemów związanych z dotarciem do innych osób. Propozycje ułatwienia skontaktowania się z rodziną, organizacją świecką lub kościelną najczęściej będą przyjmowane z wdzięcznością.

## Kiedy zawodzi podejście oparte na współpracy

Muszą zdarzyć się sytuacje, kiedy podejście oparte na współpracy mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa zawiedzie, a poziom ryzyka osiągnie niemożliwy do zaakceptowania poziom. Przedstawiono tutaj różne możliwości postępowania, od najmniej do najbardziej represyjnych, których zastosowanie może być konieczne, aby zapewnić pacjentowi ochronę przed urazem, a lekarzowi przed oskarżeniem o zaniedbanie.

Poniżej przytoczono tekst listu wysłanego do pacjentki, leczonej psychiatrycznie z powodu depresji, do której dopiero w ostatnim czasie dołączyły się objawy otępienia. Jej wysoki poziom wykształcenia i ponadprzeciętne umiejętności językowe maskowały objawy ostrzegawcze. Niemniej jednak badanie neuropsychologiczne wykazało umiarkowane zaburzenia odzwierciedlające znaczne pogorszenie w stosunku do wcześniejszego poziomu funkcjonowania. Rezonans magnetyczny mózgu w porównaniu z analogicznym badaniem wykonanym pięć lat wcześniej po epizodzie zawrotów głowy wykazał znaczną progresję zmian w istocie białej. Pacjentka zlekceważyła wskazania internisty, który zalecił testy i zgadzał się z postawioną diagnozą. Psychiatrya potworzył wiele testów oceniających pamięć i za-

burzenia funkcji wykonawczych u pacjentki. Potwierdził jednoznacznie występowanie wskazanych zaburzeń. Pacjentka bagatelizowała powagę deficytów, jednak skorzystała ze wskazówek prowadzącego leczenie geriatry w celu uzyskania pomocy w radzeniu sobie ze sprawami finansowymi. Zgodziła się, żeby porozumiał się z psychiatrą, jednak odmówiła prośbie psychiatry dotyczącej skontaktowania się z jej rodziną mieszkającą w innym stanie. Geriatra wyraził zaniepokojenie możliwością prowadzenia samochodu przez pacjentkę, brakiem rodziny w pobliżu i jej niechęcią do skorzystania z planu dalszej opieki. W trakcie następnego spotkania z psychiatrą, podczas którego wypłynęła kwestia bezpieczeństwa, pacjentka przypominała sobie, że jej ojciec zbeształ ją cynicznie za pragnienie nauczenia się prowadzenia. Pacjentka brała kolejne lekcje nauki jazdy, zdała egzamin na prawo jazdy i kupiła samochód. Robiła to wszystko bez zachęty ze strony ojca. Psychiatrya wyraził pogląd, że to doświadczenie musi częściowo tłumaczyć, dlaczego tak trudno było jej rozważyć zalecenie zrezygnowania z prowadzenia. Pacjentka nadal protestowała, wskutek czego psychiatra wysłał do niej list, w którym stwierdził:

W tym liście pragnę wyjaśnić moje zalecenia dotyczące ryzyka związanego z Pani decyzją o kontynuowaniu prowadzenia samochodu.

Tak jak wyjaśniłem na naszym spotkaniu 11 listopada, podzielam niepokój wyrażany przez Pani przyjaciół i lekarza, że prowadzenie przez Panią samochodu będzie stawać się coraz bardziej niebezpieczne w miarę postępu otępienia na podłożu naczyniowym. Ponieważ ogólny stan Pani zdrowia jest bardzo dobry, trudno przewidzieć, w jakim tempie pogarszać się będą umiejętności prowadzenia samochodu. Ze względu na udokumentowane deficyty pamięci i funkcji wykonawczych Pani bezpieczeństwo już jest zagrożone. Naturalnie prowadzenie samochodu w każdych okolicznościach jest związane z pewnymi zagrożeniami. Uważam po prostu, że w Pani przypadku ryzyko jest podwyższone i powinna Pani w tej sytuacji zaplanować ograniczenie lub zaprzestanie prowadzenia samochodu.

Pacjentka nie zrezygnowała z prowadzenia, natomiast zmieniła internistę. Poprosiła psychiatrę, żeby wysłał informację na jej temat do nowego lekarza. To umożliwiło psychiatrze powiadomienie internisty o trudnościach pacjentki w zaakceptowaniu rozpoznania i pozwoliło podjąć odpowiednie kroki w celu zapewnienia jej bezpieczeństwa. Internista pobrał z internetu formularz z wydziału komunikacji stanu Nowy Jork, który pozwala lekarzowi na zaznaczenie jednego z dwóch pól: wskazującego, że pacjent cierpi na chorobę somatycz-

na, która upośledza możliwość obsługiwanego pojazdu mechanicznego, lub, że należy podać go przeprowadzanemu przez ten wydział egzaminowi z prowadzenia samochodu na drodze. W przypadku zaznaczenia pierwszego pola prawo jazdy zostaje automatycznie zawieszona. Pacjent może ubiegać się o jego odzyskanie, jednak ten proces jest skomplikowany i kłopotliwy. W przypadku zaznaczenia drugiego pola wydział nie zawiesza prawa jazdy, natomiast kontaktuje się z pacjentem w sprawie przeprowadzenia testu. Internista zaznaczył drugie pole. Pacjentka odwołała następne spotkanie z psychiatrą i nie wróciła już do niego, oskarżając go o to orzeczenie. Poszczególne stany różnią się pod względem polityki dotyczącej obowiązku zgłaszania i zwolnienia z odpowiedzialności.<sup>1</sup> W stanie Nowy Jork nie ma obowiązku zgłaszania tych kwestii ani nie obowiązuje zwolnienie z niego, jednak stanowe stowarzyszenie lekarskie za American Medical Association zaleca, aby opierać się na wytycznych etycznych, zgodnie z którymi należy kierować się zasadą poufności do momentu, kiedy może dochodzić do zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta lub innych osób.<sup>5</sup>

W innym przypadku pacjent cierpiał na całym nasilone urojenia paranoiczne, mimo tylko niewielkiego upośledzenia funkcji poznawczych spowodowanego otępieniem. Oskarżał swoją żonę o złe zamiary i zabronił psychiatrze kontaktować się z nią. Żona pacjenta wysłała

jednak desperacką prośbę do lekarza psychiatry, by zrobił coś, zanim jej mąż będzie miał kolejny wypadek samochodowy. Kiedy lekarka sumiennie podzieliła się z pacjentem tą wiadomością, ten potraktował to jako kolejny dowód potwierdzający złe intencje jego żony, jednak przyznał się do kilku wypadków – w żadnym z nich nie doznał obrażeń. Psychiatra zasugerowała, że ze względu na jego zaawansowany wiek i stan zdrowia rozsądne byłoby rozważenie alternatyw wobec prowadzenia samochodu. Bezpośrednio po tym jak odmówił przyjmowania leków na zaburzenia pamięci, pacjent odmówił też rozważenia tych alternatyw i zdyskredytował niepokój lekarza i swojej żony. Nie wyraził również zgody na skontaktowanie się z jakimikolwiek innymi członkami rodziny w celu oceny możliwości uzyskania od nich pomocy w transporcie. Poproszono go, żeby przemyślał jeszcze raz całą sytuację i zgłosił się na następną wizytę. Pacjent pozostał niezłomny w swoim oporze i psychiatra poinformowała go, że nie ma wyjścia i musi skontaktować się z wydziałem komunikacji, ponieważ martwi się o bezpieczeństwo jego i innych osób. Pacjent znowu odmówił szukania alternatywnych rozwiązań. Kiedy zorientował się, że jego prawo jazdy zostało zawieszona, złożył formalną skargę w biurze do spraw konsumentów w szpitalu, w którym pracowała opiekująca się nim psychiatra, co spowodowało przegląd dokumentacji medycznej. Z dokumentacji wynikało,

że psychiatra trzykrotnie omawiała ten przypadek z superwizorem, podejmowała wiele prób wynegocjowania bezpiecznego planu uwzględniającego różne alternatywy w stosunku do prowadzenia samochodu, z których wszystkie pacjent odrzucił. Dokonujący rewizji uznał, że pogwałcenie zasady poufności w tym przypadku było zgodne z najwyższymi standardami postępowania. Obydwa przedstawione przypadki ilustrują możliwości, które chociaż nieprzyjemne, mogą być wykorzystane przez lekarza zmuszonego do interwencji.

## Podsumowanie

Poproszenie starszej osoby o zrezygnowanie z prowadzenia samochodu może stanowić znaczny cios dla jej dumy i poczucia kontroli. Najczęściej podejście oparte na współpracy, skupione na zapewnieniu jednocześnie bezpieczeństwa i niezależności, poparte dokładną oceną i wsparciem rodziny, umożliwi znalezienie możliwych do zaakceptowania alternatyw. Istnieje wiele organizacji społecznych i możliwości ułatwiających starszej osobie obecność na drodze, chociaż nie za kierownicą. W rzadkich przypadkach pacjent pomimo widocznego ryzyka opóźnia decyzję lub odmawia rozważenia alternatyw. W takich sytuacjach względnie bezpieczeństwo pacjenta i społeczeństwa uzasadnia podjęcie interwencji wbrew jego woli.

*piśmiennictwo na str. 54*

## Komentarz

**Prof. dr hab n. med.**  
**Iwona Kłoszewska**  
**Klinika Psychiatrii Wieku**  
**Podeszłego i Zaburzeń**  
**Psychotycznych**  
**Uniwersytet Medyczny w Łodzi**

Możliwość prowadzenia samochodu nie tylko ułatwia życie, daje również poczucie wolności i niezależności. W życiu każdego kierowcy nadchodzi jednak moment kiedy należy zadać sobie pytanie, czy dalsze korzystanie z tych uprawnień nie stało się zbyt ryzykowne. U większości osób granicę stanowi 70-75 r.ż. Wraz z wiekiem pogarsza się wzrok i słuch, zmienia się postrzeganie kolorów. Osoby w podeszłym wieku potrzebują znacznie więcej światła, aby dobrze widzieć, jednocześnie łatwiej ulegają osłepieniu przez reflektory innych samochodów. Wiele leków przyjmowanych w związku z występującymi częściej w tym wieku schorzeniami, powoduje działania niepożądane w postaci senności, spowolnienia psychoruchowego czy zaburzeń równowagi. Według statystyk właśnie te przy-

padłości stanowią przyczynę 10% wypadków drogowych. Koliduje drogowe z udziałem osób w podeszłym wieku mają najczęściej miejsce na skrzyżowaniach lub podczas zmiany kierunku jazdy, czyli w sytuacjach wymagających szybkiego podejmowania decyzji. Do tego dochodzą zmiany w prawie o ruchu drogowym, nie zawsze znane osobom, które otrzymały prawo jazdy kilkadziesiąt lat wcześniej.

Kierowcy powyżej 75 r.ż. należą do grupy podwyższonego ryzyka, podobnie jak kierowcy bardzo młodzi, chociaż okoliczności w których dochodzi do wypadków są różne. Statystyki MSWiA pokazują, że w 2008 roku osoby po 60 r.ż. spowodowały 3387 wypadków, czyli blisko 9 proc. wszystkich wypadków drogowych w kraju. Ta liczba może wzrosnąć, bo z każdym rokiem na polskich drogach będzie przybywać kierowców w podeszłym wieku. W 2030 roku seniorem będzie co trzeci Polak. Większość z tych osób będzie miało prawo jazdy.

Aby uzyskać prawo jazdy należy przedstawić zaświadczenie od lekarza o tzw. braku przeciwwskazań zdrowotnych do prowadze-

nia auta. W czasie badania lekarskiego potencjalny kierowca traktowany jest indywidualnie. Istnieją wprawdzie schorzenia o ostrym przebiegu, np. choroby psychiczne czy skrajna ślepotą, które dyskwalifikują kandydata, ale właściwie prowadzić auto może każdy. Opinia lekarza zależy bowiem nie tyle od rodzaju choroby, co od jej stadium, rodzaju dolegliwości towarzyszących, które mogą np. osłabiać koncentrację, wywoływać zaburzenia wzroku czy opóźniać dynamikę ruchów, oraz od ogólnej kondycji pacjenta. W przypadkach, kiedy istnieje podejrzenie, że choroba może się rozwijać, zaświadczenie wydawane jest na określony czas, po którym należy znowu wykonać badania oceniające stan zdrowia i znowu zdać się na decyzję lekarza.

Przy pewnych schorzeniach, np. padaczce czy cukrzycy, zaświadczenie zezwalające na kierowanie pojazdem dostanie osoba, która zamierza użytkować auto prywatnie, ale nie ktoś, kto jest bądź zamierza zostać zawodowym kierowcą. Na badania psychologiczne kierowani są zawodowi kierowcy przewożący ludzi oraz towary stanowiące zagrożenie

dla zdrowia i życia, a także osoby prywatne, o ile lekarz stwierdzi taką konieczność. Testy wykonywane są przez uprawnionych psychologów.

Natomiast po uzyskaniu bezterminowego prawa do prowadzenia pojazdów jego utrata jest związana na ogół z wydarzeniami kryminalnymi (prowadzenie pod wpływem środka odurzającego, spowodowanie wypadku), rzadko w praktyce na podstawie orzeczenia lekarskiego dotyczącego przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem.

W ostatnich miesiącach w Polsce pojawiła się inicjatywa kilku senatorów, którzy chcą wprowadzić do prawa o ruchu drogowym obowiązkowe egzaminy sprawdzające umiejętności kierowania oraz regularne wykonywanie badań lekarskich uprawniających do prowadzenia auta dla wszystkich po 60 r.ż. Propozycja ta spotkała się z żywym i bardzo niechętnym odbiorem, głównie podkreślany jest aspekt ograniczania praw obywatelskich i dyskryminacji ze względu na wiek.

Instytut Transportu Samochodowego opracował test dla kierowcy – seniora, który może być przydatny w przypadku osób zachowujących wgląd we własne ograniczenia:

Czy jesteś w stanie bezpiecznie kierować pojazdem? Ocenę własnych możliwości ułatwia test opracowany w Instytucie Transportu Samochodowego:

I. Jak się dziś czujesz?

1. Czy dziś czujesz się dobrze pod względem fizycznym i psychicznym?

2. Czy obecnie masz jakieś zmartwienie, jesteś czymś zdenerwowany lub odczuwasz ból?

3. Czy ostatnio miałeś trudności z koncentracją uwagi podczas kierowania pojazdem?

4. Czy ostatnio miałeś trudności z jednoczesną obserwacją kilku obiektów lub sytuacji w ruchu drogowym?

5. Czy ostatnio kierowanie pojazdem sprawiało Ci większą trudność?

6. Czy w ostatnim tygodniu przechodziłeś chorobę o gwałtownym przebiegu lub czy nie pogorszyły się nękające Cię dolegliwości?

Wnioski: Jeśli odpowiedziałeś „tak” chociaż na jedno pytanie, dziś kierowanie przez Ciebie pojazdem wiąże się z dużym ryzykiem. Nie powinieneś samodzielnie prowadzić samochodu. Jeśli musisz odbyć zaplanowaną podróż, poproś krewnego, albo zaprzyjaźnioną osobę o przejęcie roli kierowcy lub skorzystaj z transportu publicznego.

II. Czy jesteś wystarczająco sprawny do kierowania pojazdem?

1. Czy po wysiłku fizycznym lub zdenerwowaniu odczuwasz duszności lub ucisk w klatce piersiowej?

2. Czy podczas jazdy lub parkowania tyłem możesz swobodnie patrzeć za siebie?

3. Czy cierpisz na zawroty głowy lub napady drgawek?

4. Czy dobrze znosisz leki? Czy nie wywołują one uczucia zmęczenia, roztargnienia lub oszołomienia, albo czy nie wpływają ujemnie na wzrok i czas reakcji?

Wnioski: Jeśli odpowiedziałeś „tak” chociaż na jedno z tych pytań, koniecznie skontaktuj się z lekarzem. Tylko za jego zgodą możesz kierować pojazdem.

III. Czy kontrolujesz stan swojego zdrowia?

1. Czy ostatnio kontrolowałeś stan swojego zdrowia?

2. Jeśli jesteś chory na cukrzycę lub cierpisz na nadciśnienie, czy miałeś ostatnio uregulowany poziom ciśnienia i cukru?

Wnioski: Pamiętaj, że Twoim obowiązkiem jest kontrola stanu zdrowia, szczególnie, gdy cierpisz na nadciśnienie lub cukrzycę.

IV. Czy możesz sprostać tej jeździe?

1. Czy planowaną trasę pokonywałeś już wcześniej?

2. Czy dobrze zaplanowałeś jazdę?

3. Czy nie jesteś pod wpływem alkoholu?

Wnioski: Odpowiedź twierdząca na dwa pierwsze pytania to jeszcze nie gwarancja, ale szansa, że podróż będzie spokojna. „Tak” w przypadku trzeciego pytania jest równoznaczna z całkowitym zakazem siadania za kierownicą. I pamiętaj, ograniczenia wynikające z wieku mogą być częściowo wyrównywane przez doświadczenie, rozsądek i odpowiedzialność. Ale tylko częściowo.

Innym zagadnieniem jest prowadzenie pojazdów przez osoby z otępieniem, które od pewnego momentu stanowią niewątpliwe zagrożenie dla bezpieczeństwa na drodze. Brak konkretnych uregulowań prawnych zmuszających pacjentów wobec których istnieją takie podejrzenia, powoduje, że zaprzestanie prowadzenia samochodu staje się indywidualnym problemem opiekunów chorego. Rzadko krytycyzm w przebiegu otępienia jest na tyle zachowany, by odpowiedzialną decyzję podjął sam pacjent.

Lektura artykułu Kennedy’ego budzi w polskim czytelniku zazdrość i tęsknotę za światem, w którym lekarz porusza się wśród jasno wytyczonych reguł, ma zachowanie poczucie bezpieczeństwa, a zatem nie uchyla się od wypełniania swoich obowiązków. Autor pisze „poszczególne stany różnią się pod względem polityki dotyczącej obo-

wiązku zgłaszania i zwolnienia z odpowiedzialności” zgłaszania przez lekarza problemów zdrowotnych pacjentów do wydziału komunikacji, ale ta polityka istnieje! U nas szeroka interpretacja zakresu tajemnicy lekarskiej uniemożliwia działanie tam gdzie ze względu na bezpieczeństwo byłoby ono niezbędne, z drugiej strony stanowi usprawiedliwienie dla tych lekarzy, którzy wolą problemy ignorować. Opisany w artykule sposób postępowania, posługiwanie się listami do pacjenta, zachowanie ciągłości opieki i kontaktu pomiędzy kolejnymi lekarzami prowadzącymi pacjenta, nawet jeśli byli to lekarze różnych specjalności, powinny stanowić wzór do którego powinniśmy dążyć w opiece nad naszymi chorymi nie tylko w kontekście prawa prowadzenia pojazdów.

W 1997 roku przedstawiliśmy w Postępie Psychiatrii i Neurologii (I. Kłoszewska i E. Kwiecińska) modelowe rozwiązanie obowiązujące w Wielkiej Brytanii opracowane przez Medical Advisory Branch of the Drivers and Vehicle Licensing Agency (DVLA). Najnowsza wersja At a Glance Guide to the Current Medical Standards of Fitness to Drive pochodzi z lutego 2010 zawiera przepisy określające warunki, jakie muszą spełniać osoby z różnymi chorobami somatycznymi i psychicznymi, by uzyskać zgodę na prowadzenie samochodu. Lekarze zobowiązani są do informowania pacjentów o tym, że ich choroba wpływa na zdolność do prowadzenia pojazdów, ale jednocześnie tylko pacjent ma obowiązek zgłoszenia tego faktu do DVLA. Udzielenie przez lekarza specjalistę takiej informacji musi zostać odnotowane w dokumentacji lekarskiej oraz powinien zostać poinformowany o zaistniałej sytuacji lekarz rodzinny. Do niego należy podjęcie dalszych kroków w przypadku jeżeli pacjent odmawia poinformowania DVLA, a istnieje duże zagrożenie spowodowania przez niego wypadku.

Zarówno amerykańskie, jak i brytyjskie zalecenia dotyczące ograniczenia prowadzenia pojazdów przez osoby chore psychicznie podkreślają, że większe niebezpieczeństwo związane jest z chorobą niż z działaniem leków. Chory w ustabilizowanym stanie psychicznym, przyjmujący stałe dawki leków, świadomy swoich ograniczeń może być bezpiecznym uczestnikiem ruchu drogowego.

W Polsce, wzorem innych państw, ustawodawca powinien wprowadzić przepisy zobowiązujące lekarzy do poinformowania wydziału komunikacji o sytuacjach zdrowotnych – somatycznych i psychicznych – ograniczających sprawność chorych w roli kierowcy.