

Földi András

Mentális betegségben szenvedők vezetői engedélyének megszerzése

Getting driving licence for people with mental illness

Absztrakt

Jelen tanulmány a vezetői engedély megszerzésének témájában egy szűk szegmens vizsgálatával foglalkozik. Nevezetesen a mentális betegségben szenvedők milyen feltételek mellett szerezhetnek vezetői engedélyt, illetve ez a folyamat mennyire működik hatékonyan. A szerző kérdőíves felmérést végzett mentális betegségben szenvedők körében, illetőleg a háziorvosok körében, annak feltárása érdekében, hogy a vezető engedély megszerzésének folyamata a jogszabályokban rögzítettekhez képest miként működik a valóságban. Mindemellett a kutatás során az interjú módszerét is alkalmazta. A feltárt igen jelentős problémák megoldására a tanulmány végén javaslatokat is megfogalmaz.

Kulcsszavak: balesetmegelőzés, mentális betegség, vezetői engedély, alkalmassági vizsgálat

Abstract

This study focuses on a narrow segment of the issue of obtaining a driving licence. The investigated area is the conditions under which people with mental illness can obtain a driving licence and the effectiveness of the process. The author conducted a questionnaire survey among people with mental illness and general practitioners in order to find out how the process of obtaining a driving licence works in reality compared to the legal requirements. The research also used the interview method. At the end of the study, it also makes proposals to resolve the significant problems identified.

Keywords: accident prevention, mental illness, driving licence, competency test

Bevezetés

Modern világunkban egyre nagyobb szerepet játszik a közlekedés, amely komoly veszélyeket hordoz magában. Ezen fenyegetettségek mögött java részt az ember jelenik meg felelősként és nem a jármű vagy a közlekedés környezete. Sok szóbeszédet hallottam ismerőseimtől, de az interneten is olvastam, hogy a járművezetői alkalmassági vizsgálatok nem minden esetben részletesek, esetleg hanyagok, nem megfelelőek. Különösen érdekesnek tartottam górcső alá venni a mentális betegségben szenvedők vezetői engedélyének megszerzése körül felmerülő problémakört. Az alkalmassági vizsgálatnak alapvetően ki kell terjednie vérnyomásmérésre, hallásvizsgálatra, EKG vizsgálatra, szemészeti és színlátási vizsgálatra, ami magába foglalja a látóteret is. Az orvosi vizsgálatnak ki kell térnie általános egészségre vonatkozó kérdésekre, meg kell tekinteni a kérelmező előző egészségügyi történéseit (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltató Tér – továbbiakban EESZT rendszer adatai alapján), illetve kiemelten kell figyelni a krónikus betegségekre, melyeknél a háziorvos kérhet szakorvosi véleményt is, mely segíti az orvos döntését az alkalmasság kinyilvánításában. Miután a háziorvos az említett vizsgálatokat körültekintően végrehajtotta, csak akkor adhatja ki az alkalmasságról szóló orvosi igazolást.

Hipotézisem az, hogy az egészségügyi alkalmassági vizsgálat a pszichés zavarok tekintetében nem megfelelő alapossággal kerül végrehajtásra. Céлом, hogy felfedjem mennyire is valós ez probléma, továbbá azt kívánom bemutatni, hogy az ember pszichés állapota milyen mértékben tud „szétcsúszni” és milyen mértékben tudják ezek az érzékelési képességeinket befolyásolni.

A téma feldolgozásánál nagy nehézséget okozott, hogy nem találtam adatokat arra, hogy a közlekedési baleseteknél mekkora szerepet játszott a mentális betegség. Ennek oka, hogy ezek szenzitív adatok, így nem férhet hozzá bárki. A másik nehézség pedig az volt, hogy nem találtam ehhez hasonló kutatásokat, illetve felméréseket és eredményeket. Ebből adódóan saját magam kellett kutakodnom és különböző szakvéleményeket kikérnem, hogy tudjam bizonyítani ennek a jelenségnek a létezését és fontosságát. Saját kérdőíveket hoztam létre. Az elsőt az orvosoknak, és egy másodikat a betegeknek, más kérdéseket kellett megválaszolni a két vizsgálati csoportnak. A céloom az volt, hogy valós adatokat tudjak prezentálni.

A közlekedés

A közlekedési rendszert hagyományosan három elemmel szokás jellemezni, úgymint az ember, a jármű, és a közlekedés környezete. E három elem harmóniája tartja stabilan magát a közlekedési rendszert. Amennyiben valamelyik elemben zavar keletkezik, az kihat magára a közlekedésre, és természetesen a helyváltoztatás valamilyen csorbát szenved.¹ A balesetek majdnem mindegyikét az emberek okozzák. Ez az arány nagyjából 98-99%-os többséget jelent. Ez a szám azért ilyen magas, mert vezetés közben folyamatosan inger ér minket, mondhatni, hogy egy folyamatos döntéshozatal, amely nagyban függ a döntéshez rendelkezésre álló időtől is. Ez a rendelkezésre álló idő pedig a haladási sebességgel fordítottan arányos.² Az ember egyéni adottságai, fizikai, biológiai, és pszichikai jellemzői alapvetően meghatározzák az egyes képességek szintjét, ám ezeken túlmenően számos más tényező is befolyásolja azokat. Ezek lehetnek akár pillanatnyi állapotok. A közlekedésbiztonság egyfajta kényes egyensúlyi állapot, amelyben az egyik oldalon áll az ember egyéni teljesítőképessége, a másikon pedig az emberrel szemben támasztott követelmények.³

Magyarország közlekedésének jogi szabályozása

A problémakör megközelítésének első lépéseként először az 1980. évi 3. törvényerejű rendelethez kell fordulnunk. Azon belül a 8. cikket kell vizsgálni, ahol rögzíti a harmadik pontnál, hogy minden vezetőnek rendelkezni kell a szükséges testi és szellemi tulajdonságokkal, hogy vezetésre alkalmasnak minősüljön.⁴ Tovább haladva elérkezünk az 1988. évi I. törvényhez, ami szintén a közúti közlekedést szabályozza. A közúti közlekedésben résztvevők alapvető jogai és kötelezettségei címszó alatt az 5. szakasz említi a kötelezéseket. Közúton járművet az vezethet, aki a biztonságos vezetésre alkalmas állapotban van, a jármű vezetéséhez előírt engedéllyel rendelkezik.⁵ Végül pedig elérkezünk az egyik legfontosabb ilyen rendelethez, ami a közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. KPM-BM. rendelet. Azonban itt sem találunk pontosabb meghatározást. A 4. paragrafus foglalkozik egyedül a járművezetés személyi feltételeivel: a b) és a c) pont említi az alkalmas állapotot, illetve azt a feltételt, hogy a vezető vezetési képességre hátrányosan ható szer befolyása alatt nem áll, és szervezetében nincs szeszes ital fogyasztásából származó alkohol.⁶

Külön ki kell emelni a 13/1992. NM rendeletet, ami a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szól. Nem kell sokat keresni és máris megtaláljuk a 4. § második pontját, ami így szól: nem végezhető el az egészségi alkalmassági vizsgálata, ha a vizsgálandó személynél a vizsgálat eredményét hátrányosan befolyásoló egészségi állapot áll fenn, annak megszűnéséig.⁷ Ez elég egyértelműen van megfogalmazva, ahogy a 20 § is: ha az orvosnak tudomása van arról, hogy az általa kezelt személy járművezetésre jogosító okmánnyal rendelkezik, és nála az előző időszakos alkalmassági vizsgálatot követően olyan új betegséget, illetőleg állapotromlást észlel, amely közúti járművezetésre való alkalmasságát kérdésessé teszi, köteles haladéktalanul soron kívüli vizsgálatot kezdeményezni az alkalmasságot első fokon vizsgáló vagy a 7. § (3) bekezdése szerinti szervnél.⁸ Kérdés, hogy miket sorol ilyen egészségi állapotnak be? Ha tovább kutatunk, találunk erre hivatkozó mellékletet. Az általam vizsgált terület szempontjából egyedül a hetedik és a kilencedik pontot fontos kiemelni.

„7.1. Az 1. alkalmassági csoportra vonatkozó előírások

Egészségi alkalmasság csak pszichiáter szakorvosi vélemény ismeretében állapítható meg azon kérelmező esetében, akinél fennáll a következő rendellenességek valamelyike:

a) súlyos elmezavar,

¹ Major, 2010, 17.

² Mészáros et al., 2021, 1035.

³ Major, 2016, 32.

⁴ 1980. évi 3. törvényerejű rendelet az 1968. évi november hó 8. napján Bécsben aláírásra megnyitott Közúti Közlekedési Egyezmény kihirdetéséről

⁵ 1988. évi I. törvény a közúti közlekedésről

⁶ 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet a közúti közlekedés szabályairól

⁷ 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról 4. §

⁸ 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról 20. §

- b) jelentős fokú gyengeelméjűség,
- c) a korral járó, súlyos viselkedési probléma vagy
- d) az ítélőképességet, viselkedést vagy alkalmazkodóképességet súlyosan gyengítő személyiségzavar.⁹

9.1. Az 1. alkalmassági csoportra vonatkozó előírások

9.1.1. Egészségi alkalmatlanságot kell megállapítani, ha a kérelmező rendszeresen, nem terápiás céllal használ pszichotróp anyagokat.

9.1.2. Egészségi alkalmatlanságot kell megállapítani azon kérelmező esetében, aki bármilyen formában rendszeresen, terápiás céllal használ a jármű biztonságos vezetéséhez szükséges képességeket károsító pszichotróp anyagokat, ha a felszívódó mennyiség akkora, hogy káros befolyást gyakorol a járművezetésre.

9.1.3. A 9.1.2. pontban foglaltakat megfelelően alkalmazni kell minden olyan egyéb gyógyszerre, illetve gyógyszer-kombinációra, amely káros befolyást gyakorol a járművezetői képességre.”¹⁰

Ezeket a bekezdéseket nézve láthatjuk, hogy a jogszabályban hiba nincsen. Tisztán és érthetően leírja, hogy milyen esetekben kell alkalmatlanságot megállapítani.

Egészségügyi törvény

Mielőtt rátérnénk a fő kérdésre, hogy mi folyik eközben a gyakorlatban az orvosi vizsgálatnál, fontos, hogy megismerjük a kiemelkedő szerepet játszó 1997. évi CLIV törvényt az egészségügyről. Itt rengeteg mindent meg lehet találni - ami akár a mindennapi helyzetekben jól jön, de a témánál maradván először a beteg kötelezettségeihez kell lapozni, ahol részletezi, hogy a páciensnek milyen információkat kell továbbítani az orvosnak.

„26. § (1) A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és az egészségügyi szolgáltató működési rendjét.

(2) A beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint az alábbiak szerint együttműködni:

- a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségéről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,
- b) tájékoztatni őket - saját betegségével összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról, (...)”¹¹

Azt hihetnénk, hogy akkor az egyik oldalt ezzel le is zárhatjuk, hiszen megtaláltuk, hogy a betegek milyen kötelezettsége van orvosai felé. Azonban ezeknek a kötelezettségeknek természetesen nem mindenki tesz eleget. Ez történhet önhibából is vagy egyszerűen azért mert a beteg nem tudja, hogy beteg. Ezt az állítást a következő bekezdésben fogom tárgyalni a pszichiátriával kapcsolatos tudnivalókkal.

Vezetésre különösen veszélyes betegségek, állapotok

Az egyén a megterhelésre alkalmazkodási készségével reagál, ha ez a védekezés kimerül, az egyensúly felborul, és kóros megnyilvánulások jelentkezhetnek. Kiemelt szerepe van ebben a pszichiátriai betegségben szenvedőknek. Ez a probléma két tényezőtől áll. Egyrészt a betegeknek nincs betegségbelátásuk, vagyis nem tartják magukat betegnek ezért a pszichés egyensúly felborulásakor a magatartásukban, viselkedésükben bekövetkező változásokat nem veszik észre, nem tudják reálisan értékelni. A probléma másik összetevője a betegségek

⁹ 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról 1. melléklet 7. pont

¹⁰ 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról 1. melléklet 9. pont

¹¹ 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 26. § (1) (2)

kezelése, abban az esetben, ha a beteg együttműködik az orvossal és kiegyensúlyozott állapotban tartja a betegségét, az azt vonja maga után, hogy a páciens folyamatosan és rendszeresen gyógyszert szed.

A pszichiátriai betegek betegségbelátás-hiánya gyakran vezet pszichotikus állapot kialakulásához. A valósággal való adekvát kapcsolat megszakad, az érintettek realitásérzéke eltorzul, kapcsolatuk a valósággal elvész.¹² Közös jellemvonásuk a kiszámíthatatlanság. Ez nem egy konkrét betegség, hanem több tünet együttes jelenléte, de kiválthat ilyesmit alkohol- és kábítószer-fogyasztás, illetve ezeknek a szereknek a megvonása is. Ebből adódóan a pszichózis pontos gyakorisága nem ismert. A pszichózist okozó mentális zavarok közül a legismertebb a szkizofrénia, de ilyen állapot kialakulásához vezethet a hangulati élet zavar (affektív zavar) is, ritkán személyiségzavaroknál is előfordul.

A pszichotikus állapot kihat a tudatra, figyelemre, észlelésre, gondolkodásra, memóriára, érzelmi életre, beszédre stb.. Leggyakrabban téveszmékkel, hallucinációkkal járhat (úgy érzi megfigyelik, követik, hangokat hall a fejében, ami utasításokat közöl vele), megváltozik a viselkedésük (félelmei vannak, feszült, nyugtalan, mozdulatlaná válik) megváltozik a gondolkodásuk (zavart a beszédük, nehezen értelmezhető a beszéde, meglussul a beszéd vagy követhetetlenül felgyorsul, koncentrációs zavara van). Ezek a tünetek gyakran együttesen jelentkeznek. A betegségek egyes fázisokban olyan szinten tudják érinteni a vezetésre való képességet, hogy veszélyeztető állapotúnak lehet tekinteni a járművezetőt. Ezeknek a tárháza elég nagy, viszont igyekeztem a legfontosabbakat összeszedni.

A szorongásos zavarokra a beteg irracionális félelme jellemző, amelyet egy mások számára lényegtelen, vagy jellegtelen inger vált ki. A pánikroham azért nagyon jelentős, mert ez egy intenzív félelemmel, vagy diszkomfort érzéssel hirtelen alakul ki. Ilyen állapotban a betegre jellemző reszketés, légszomj, mellkasi fájdalom, szédülés, végtag gyengeség, zsibbadás, illetve a halálfélelem.

Ezeket a beteg ténylegesen megéli, nem szimulálja. Jól kitűnik, hogy ez milyen kockázatokat von maga után. Természetesen ennek megjelenésénél a legjobb eset, ha a gépjármű vezető félre húzódik – amennyiben erre van lehetősége egyáltalán – és másokat nem veszélyeztet. A poszttraumás stressz szindróma egy életen át követheti a beteget, gyakran kíséri depresszió és előnytelen személyiségváltozás (agresszív, antiszociális viselkedés).

Az affektív zavar, ami a hangulati élet zavara, két nagy csoportra osztható. Az első a depresszió. Tünetei az alábbiak lehetnek: szomorúság, rossz közérzet érzelmi kiürülés, közömbös, gondolkodása lassú és tartalomszegény, figyelem nehezen felkelthető, tekintete elréved, akaratgyengeség, motoros inaktivitás, fokozott alvásigény, étvágytalanság, fokozott fájdalomérzet. A depresszió kiemelkedő szerepe abban van, hogy öngyilkossághoz vezethet. A második elem a mániás állapot. Itt szintén fel lehet sorolni a zavart gondolatokat, nagyfokú nyugtalanságot és a figyelem csapongását, gátlástalan, gyors döntéshozatalt. Az utolsó említésre méltó és talán a leggyakrabban említett betegség a szkizofrénia. Legfőbb jellemzője a valósággal való kapcsolat elvesztése. Abnormális gondolkodással jár, gyermekkorban vagy a serdülőkor elején már kialakulhatnak az első tünetek. Eltompult érzelmek (az érzelmek beszűkülése), személyiségtorzulás, szociális zavarok, akár egész életre szóló munkaképtelenséget és megbélyegzettséget eredményezhet.¹³

¹² Szuromi, 2015, 14.

¹³ Földi (2019)

Magyarországon nyilvántartott pszichiátriai betegek

1. ábra: Pszichiátriai gondozókban gondozottak

Év	Pszichiátriai gondozókban gondozottak	
	Nyilvántartott gondozott	Gondozásba vett új beteg
1990	127 884	19 719
1995	140 754	19 409
2000	130 762	22 432
2005	142 210	24 567
2010	136 824	18 496
2015	147 089	14 159
2020	153 436	11 018

Forrás:¹⁴

Az adatok egyértelművé teszik, hogy évről évre – bár csökkenő ütemben, de - növekszik a mentális problémákkal küzdők száma. Fontos megjegyezni, hogy ezen adatok csak a Pszichiátriai gondozókban megjelent eseteket mutatják. Szomorú tény azonban, hogy a betegek egy része elutasítja a szakorvosi gondozást.

Magyarország lakossága 2021. január 1-jén 9 730 526 fő volt.¹⁵ Összeadva a 2020-as nyilvántartott gondozottak és a gondozásba vett új betegek számát, az eredmény pontosan 164 454 fő. Ha ezekhez még hozzáadjuk az olyan betegeket, akik nem vesznek részt ellátásban, akkor láthatóvá válik mennyire is magas ez a szám valójában.

Gyógyszerek mellékhatásai

A mentális betegségben szenvedőknek elengedhetetlen a gyógyszeres kezelés javulásuk érdekében. Minden ilyen gyógyszernek van mellékhatása, ami nem kifejezetten előnyös, ha autóba ülünk. Természetesen vannak ismertebb és vannak kevésbé ismert gyógyszerek. Több pszichiátriai gyógyszer hatását és mellékhatását tanulmányoztam, a teljesség igénye nélkül például a Rivotril (klorazepám), Frontin-Xanax (alprazolám), Risperdal (risperidon). Általános mellékhatások a koncentrációs zavar, aluszékonyság, lehangolt lelkiállapot (depresszió). A mentális betegségben szenvedőknél sokszor előfordul, hogy ezeket a gyógyszereket együttesen szedik, tehát ezzel egyenes arányosan nő a mellékhatások lehetséges kialakulása és annak erőssége.

Orvosi kérdőív

Kutatásom egyik pillére az orvosok által kitöltött kérdőívből levonható következtetések voltak. Mielőtt belekezdek az elemzésbe fontos megemlíteni azt a ténytet, hogy az orvosok számára megközelítőleg 250 kérdőív lett elküldve és ebből 44 válasz érkezett. Azt gondolom, hogy ez a rendkívül alacsony válaszolási hajlandóság már ad egy olyan képet, amiből lehet következtetni arra, hogy a házi orvosok körében ez egy kényes kérdés. Felmerülhet az is, hogy esetleg az orvosi alkalmassági vizsgálatokat nem kellő körültekintéssel látják el? A hipotézisem alapján ezzel az opcióval számoltam és tudatosan nagyon

¹⁴ URL1

¹⁵ URL2

rövidre és lényegre törően készítettem el az űrlapot. Kitöltése nagyjából 1-2 percnél többet nem vett igénybe.

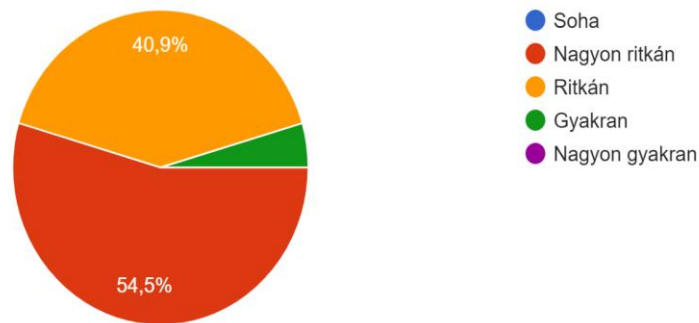
Az első kérdésem az volt, hogy munkájuk hány százalékát teszi ki az alkalmassági vizsgálat. Itt minden kitöltő azonos választ adott, tehát 0-30% között.

A következő az volt, hogy milyen gyakori, hogy alkalmatlanságot állapít meg.

2. ábra alkalmatlanság gyakorisága

Milyen gyakori, hogy alkalmatlanságot állapít meg?

44 válasz



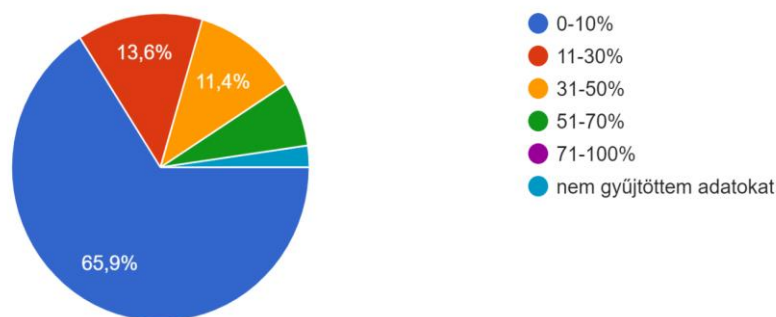
Forrás: Szerző

A harmadik tárgykör az volt, hogy ha alkalmatlanságot határoznak meg, az milyen gyakran vezethető vissza pszichiátriai okokra.

3. ábra Az alkalmatlanság pszichiátriai okai

Az alkalmatlanság megállapításakor hány % vezethető vissza pszichiátriai okokra?

44 válasz



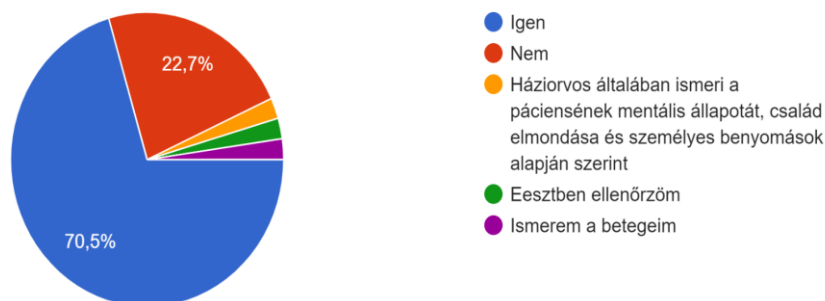
Forrás: Szerző

Most pedig következnek a kutatás tárgyává tett legfontosabb kérdés.

4. ábra pszichés állapot megítélése

Általában az alkalmassági vizsgálat során kitér-e célzottan pszichés állapot megítélésére?

44 válasz



Forrás: Szerző

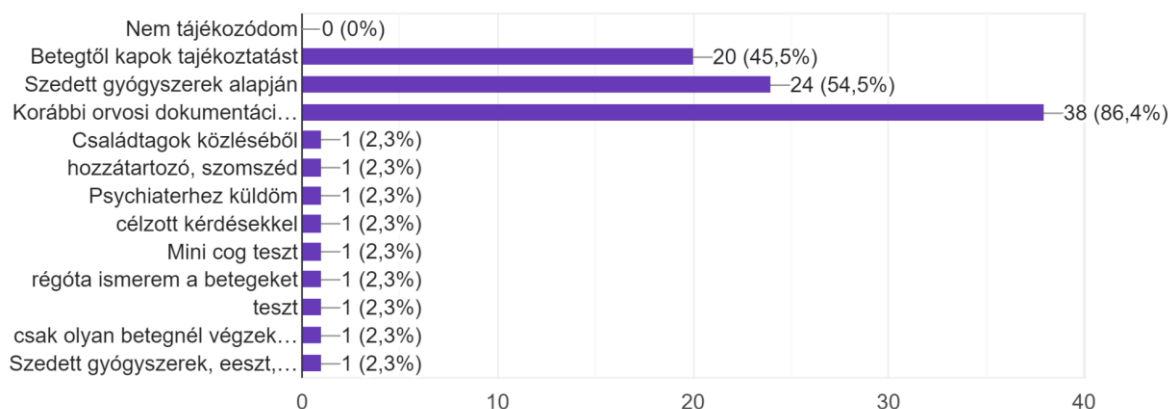
Ez az ábra kettő fontos dologra rávilágít. Az első az, hogy a válaszadók 22,7% nem tér ki a pszichés állapot megítélésre, további kettő válaszadó pedig azt válaszolta, hogy az orvos ismeri a betegeit, vagyis célzott vizsgálatokat nem végez, illetve végeztet. A válaszok miatt több probléma is felmerül. Értelemszerűen az első, hogy 10-en azt állították, hogy nem térnek ki a pszichés állapot vizsgálatára. Az a 22,7% aki azt válaszolta, hogy nem tér ki a pszichés állapotra, az nyilván az előző kérdésnél szükségszerűen azt válaszolta, hogy nem állapít meg pszichés ok miatt alkalmatlanságot. Ebből következően az az adat nem fedheti a valóságot. A második probléma pedig a páciensek ismerete. Itt gondolom arról van szó, hogy ismeri a családját, azt, hogy mi a lakcíme vagy nagyjából merre lakhat a városban, de kétlem, hogy a mentális állapotát naprakészen tudná, továbbá nem hiszem, hogy a családtag megmondaná az igazat, ha azzal a rokonánál hátrányos helyzetet alakít ki.

A soron lévő kérdés az volt, hogy a pszichés állapotra vonatkozó tájékozódást honnan teszik meg.

5. ábra Pszichés betegségekről való tájékozódás forrásai

Honnan tájékozódik, hogy van-e a vezetői képességet befolyásoló pszichés elváltozás, betegség?

44 válasz



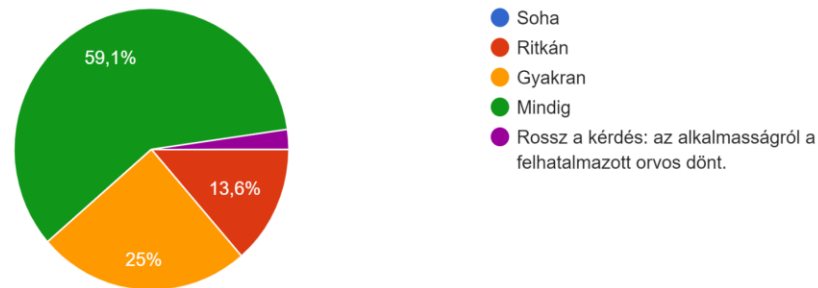
Forrás: Szerző

Az utolsó kérdés pedig arra vonatkozott, hogy a házi orvos bevonja a döntésébe az illetékes szakorvost:

6. ábra Szakorvos bevonásának gyakorisága

Ha felmerül pszichés betegség lehetősége, milyen gyakran küldi el szakorvoshoz, orvosi alkalmasság megítélésére?

44 válasz



Forrás: Szerző

Ezek a válaszok azért érdekesek, mert itt valamennyi orvosnak a „mindig”-et kellett volna megjelölnie, hiszen a jogszabály szerint, ha felmerül pszichés betegség gyanúja, akkor a páciens szakorvoshoz kell irányítani. Nem értem, hogy miért jelölte be azt valaki, hogy ritkán vagy gyakran. Ezek szerint nem küldi el vizsgálatra annak ellenére, hogy felmerül a pszichés betegség lehetősége? Elég nyugtalanító a gondolat, hogy valaki ennyire sajátosan értelmezi a jogszabályt, ami egyértelműen leírja, hogy mi a teendő, ha az alkalmatlanság lehetősége fennáll. Abban az esetben lenne csak a válaszadónak igaza, amennyiben semmilyen pszichés probléma nem merül fel, és az adott személy egészséges. Amennyiben viszont bármilyen adatot talál pszichés problémára a házi orvos, úgy kötelessége elküldeni a beteget a pszichiáter szakorvoshoz, hogy ő mondjon véleményt, hogy a páciens alkalmas-e a járművezetésre.

Betegek által kitöltött kérdőívek

Három intézményből sikerült adatokat gyűjtenem pszichiátriai kezelt betegektől. Összesen 106 kérdőívet tudtam beszerezni, ebből pedig 99 volt értékelhető. A kérdőív a következő kérdéseket tartalmazta:

- Életkor
- Mióta rendelkezik vezetői engedéllyel
- Milyen gyakran szokott vezetni
- Mikor volt legutóbb egészségügyi alkalmassági vizsgálaton
- Alkalmassági vizsgálaton házi orvos a milyen vizsgálatokat végzett
- Hány éve van kezelt pszichés problémája
- Milyen gyakran látogatja házi orvosát és/vagy pszichiátert
- Rendszeresen szedi a pszichiáter által javasolt gyógyszereket
- Pszichiáter által felírt gyógyszerek nevei
- Mennyire érzik úgy, hogy a szedett gyógyszereket korlátozzák vezetői képességeiket
- Megítélésük szerint érte-e hátrány az egészségügyi alkalmassági vizsgálaton amiatt, hogy pszichiátrián kezelt betegek
- Pszichiáter javasolt-e soron kívüli egészségügyi alkalmasság elvégzését
- Történt-e olyan, hogy járművezetésre alkalmatlannak nyilvánította a házi orvos pszichiátriai kezelése miatt
- Előfordult-e hogy házi orvos a nem adta meg az egészségügyi alkalmasságot vezetői engedélyhez, ezért fellebbez másodfokú elbírálásra

- Ha igennel válaszolt az előző kérdésre, akkor előfordult-e, hogy a másodfokú bizottság engedélyezte a vezetői engedély meghosszabbítását

Először is az első lényegesebb kérdéssel kezdeném, az pedig a vezetés rendszeressége. 99 válaszadóból 74 fő azt nyilatkozta, hogy hetente többször, illetve napi rendszerességgel szokott a vezető ülésbe beleülni. Teljesen egyértelmű, hogy ez egy nagyon magas szám és ezen tény miatt válik majd a többi válasz is „ijesztővé”.

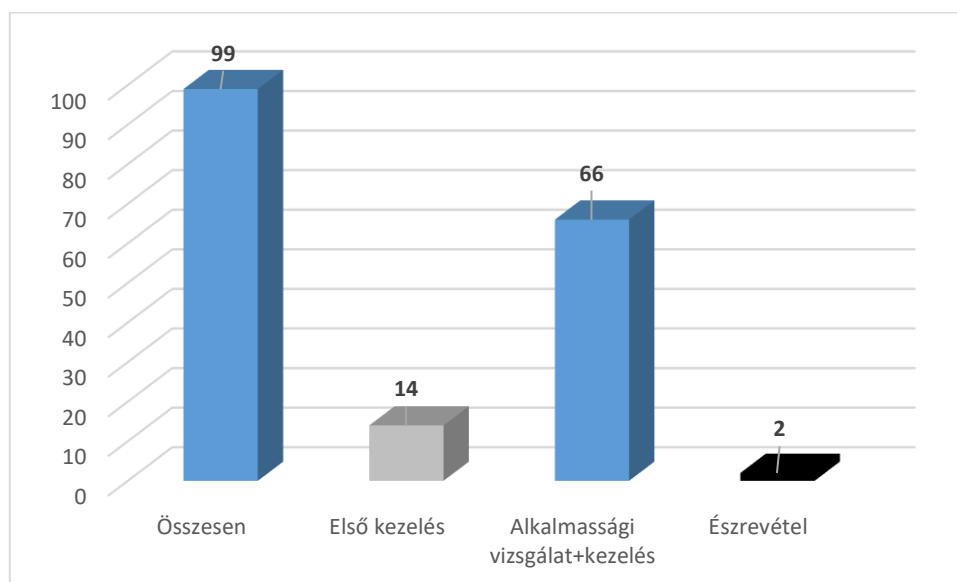
Most pedig vissza szeretnék térni a háziorvosi alkalmassági vizsgálatokra. Alapvetően hét vizsgálatot kell elvégeznie az orvosnak. Ez áll egy vérnyomásmérésből, EKG vizsgálatból, látás-hallás-laborvizsgálatból, általános egészségügyi kérdésekből végezetül pedig minden olyan orvosi dokumentációt át kell olvasni, ami a betegségre vonatkozik.

A kitöltők közül összesen 4-en válaszoltak erre a kérdésre úgy, hogy szerintük mind a 7 vizsgálat el lett végezve. Természetesen számolni kell olyan tényezőkkel is, hogy esetleg rosszul emlékeznek, tehát, ha valaki 6-ot válaszolt, azt is megfelelőnek értékeltem. Így sem jött ki kedvezőbb eredmény mivel a 4 fő így 12-re módosult. Vagyis a betegek 12%-áról lehet azt elmondani, hogy a jogszabályi rendelkezéseknek megfelelő vizsgálaton esett át. Még inkább elkeserítő az a tény, hogy 14-en azt húzták alá, hogy csak 1 darab vizsgálaton estek át.

Ha átlagot számolunk az összes adatból, akkor pontosan 3,525 jön ki, ami 50% a 7-hez képest. Azért gondolom, hogy ezek a számok a valóságot mutatják, mivel az orvosoknak kiállított kérdőívekben is 3 darab vizsgálatot említettek meg, amit el szoktak végezni. Az orvosok 38 esetben válaszolták azt, hogy a korábbi dokumentációkat átolvasta, tehát azt állítják, hogy minden olyan papírt, iratot átnéztek, ami előző vagy mostani betegségekre vonatkozik. Ebben a kérdőívben 37 beteg válaszolta azt, hogy orvosa minden egészségügyi dokumentumát, előzményét átnézte. Az összes ilyen kérdőívet egyenként átnéztem, és azt lehetett megállapítani, hogy a 37 betegből 23 több mint öt éve áll kezelés alatt, 11 fő súlyos állapotúnak tekinthető, 8 fő havi rendszerességgel látogatja a háziorvosát, és hét fő rendszeresen vezet. Egyedül egy beteg nyilatkozta azt, hogy elvették tőle a vezetői engedélyt, valamint odaírta a lapra, hogy másodfokú elbírálásra megy.

Ezeket a gondolatokat folytatva megnéztem, hogy miként alakultak a „mióta van pszichés kezelés alatt” és „mikor volt utoljára alkalmassági vizsgálaton” kérdésre érkezett válaszok. Mivel 14 válaszoló első kezelésen vesz pillanatnyilag részt, így az ő válaszuk jelenleg nem számít. Maradt 85 beteg, amiből 66 úgy rendelkezik vezetői engedéllyel, hogy amióta kezelés alatt áll volt már alkalmassági vizsgálaton, mi több látogatja is a háziorvosát. Összesen 2 olyan eset volt, amikor ezt a háziorvos észlelte és pszichiáter szakorvoshoz kellett menni.

7. ábra: Pszichiátriai kezelés és alkalmassági vizsgálat alakulása



Forrás: Szerző

Elborzasztó ez a rendkívül kicsi arány, főként, hogy a következő bekezdésekkel további problémákra fogok rávilágítani.

A betegek által szedett gyógyszerek problematikáját tekintve az alábbi eredmények születtek. Rengeteg fajta gyógyszer létezik és a betegek is sok mindent írtak, hogy miket szednek. Azért, hogy az elemzést megkönnyítsem 4 csoportra bontottam a gyógyszereket:

- Antipszichotikus szerek (pl: Kvetiapin, Risperdal)
- Nyugtató (pl: Frontin, Xanax)
- Hangulatjavító (pl: Citalopram, Mirzaten)
- Hangulatstabilizátor, tulajdonképpen ezek epilepszia kezelésére használt gyógyszerek (pl: Tegretol, Convulex)

8. ábra A leggyakrabban szedett gyógyszerek

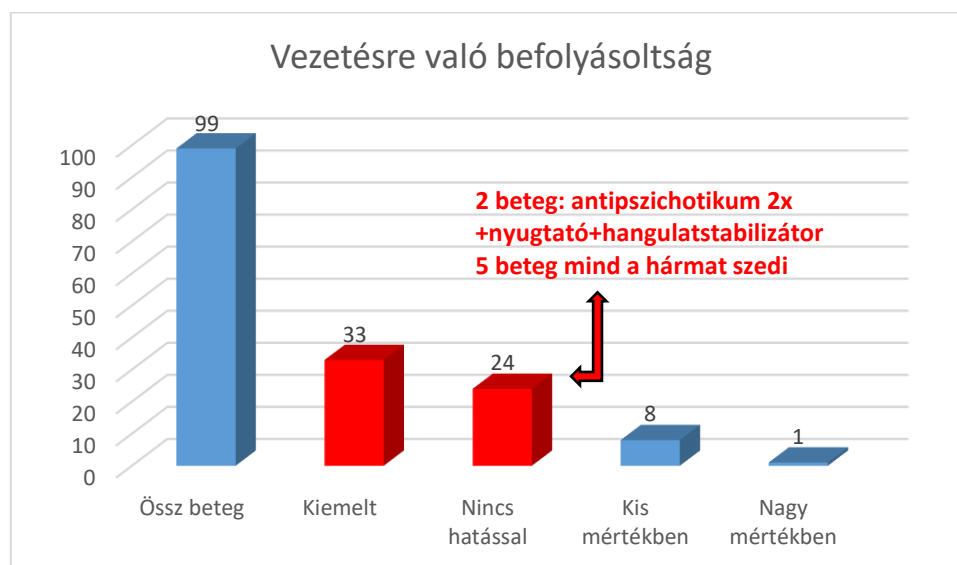


Forrás: Szerző

Bordóval jelöltem ki azokat az oszlopokat, aminél vagy az antipszichotikum hatású szereket szedik magában vagy mással kombinálva. Pirossal pedig amelyek nyugtatót is tartalmaznak. 6 fő volt, aki csak antipszichotikumot szed, ebből pedig 1 személy, aki injekcióval kapja. Ezt azért kell kiemelni, ugyanis ezt a módszert csak akkor szokták alkalmazni, amikor a beteg nem hajlandó a gyógyszereket szedni és az állapota olyan szinten romlhat, hogy a kezelésétől nem lehet elállni. Ő is, mint a kitöltők nagy része 5+ éve van kezelés alatt, ezen felül azt válaszolta, hogy heti rendszerességgel szokott vezetni. 11 személyt találtam, aki 3 fajtát szed és közülük 4 ember vezet heti/napi rendszerességgel. Ezeknek a gyógyszereknek a kombinációja kifejezetten hátrányosan hathat a vezetésre, hiszen ezek külön-külön is nagy hatással vannak a figyelemre, kombinációban használva még inkább negatívan hathat a vezetői képességre, magatartásra.

A szedett gyógyszerek analízise után át kell térnünk, arra a kérdésre, hogy mégis a betegek mit éreznek vezetés közben, mennyire is nehezíti meg nekik a gyógyszeresedés a járművezetői magatartásukat.

9. ábra A gyógyszereszedés járművezetésre gyakorolt hatása



Forrás: Szerző

A „kiemelt” azért kapta ezt a címet, mivel összesen 33 olyan beteg volt, aki olyan gyógyszert szed, aminek hatással kell lennie a képességeire. 24 beteg azt válaszolta, hogy ez még sincs így, ennek ellenére ebben a csoportban van két olyan beteg is, aki kétfajta antipszichotikus gyógyszert szed, plusz nyugtatót és hangulatstabilizátort, valamint 5 olyan beteg van, aki a hármast szedi. Kétség merült fel bennem emiatt és utána érdeklődtem, hogy mégis ez mennyire lehet valós, ha valaki ilyen kombinációval szedi a gyógyszereit. Azt a választ kaptam, hogy valószínűleg kihatással van rá, csak a beteg nem érzékeli saját magát.

A többiek közül 8 fő érzi úgy, hogy kis mértékben korlátozza, 1 pedig nagymértékű befolyásoltságot érez. Az első pozitív adatunk pedig az, hogy az utóbbi nevezett személy csak ritkán vezet. Ezen kívül van még 12 beteg, aki kismértékű befolyásoltságot érez és 2, aki nagymértékűt. Őket azért említem külön, mert ők nem tartoznak a kiemelt csoportjába. Ettől függetlenül összesen 23 személy érzi azt, hogy a gyógyszerek miatt tompulnak a képességeik.

Korábban említettem, hogy 14 személy első kezelésen vesz részt, így ha őket nem számolom bele, akkor 27% jön ki arra a kérdésre, hogy hányan érzik magukat befolyásolva a gyógyszerek hatása miatt.

Most pedig szeretnék ismertetni pár szélsőséges esetet, amit a betegek meséltek a kérdezőbiztosnak a kérdőívek kitöltése közben. Ezek az esetek attól a 30 embertől származnak, akik fekvőbetegek. A járóbetegektől ilyen információk nem érkeztek, hiszen ott nem volt kérdezőbiztos.

Volt olyan páciens, akit 20-25 éve kezelnek skizofréniával, de lejárt az egészségügyi alkalmassága, majd 1-2 éve úgy döntött - mert örökölt egy gépjárművet -, hogy megújítja. Ez a beteg 3 fajta gyógyszert is szed egyszerre és állapota az évek folyamán folyamatosan romlik. Az orvosi alkalmassági vizsgálat pozitív elbírálását minden különösebb nehézség nélkül megszerezte.

A második esetben a beteg rendőri intézkedést követően került be az intézménybe. Egyszer már elvették a vezetői engedélyét ittas vezetés miatt, de visszakapta. Azóta is vezet, és elmondása szerint általában beveszi a pszichiátriai gyógyszereit, ami az előző beteg gyógyszerkombinációjával megegyezik. A kérdőív bevezetőjénél már közölte, hogy nem bíz a „Nemzeti Közszolgálati Szolgálatokban”, ezért ragaszkodik hozzá, hogy az anonim kérdőívet aláírja mindkét oldalon és fénymásolatot is kért a kérdőívből, nehogy a rendőrök visszaéljenek az ő adataival.

A harmadik történetnél a beteg elmondta, hogy régóta rendelkezik vezetői engedéllyel, viszont nem tudta értelmezni a kérdőívben feltett kérdést, ami arra vonatkozott, hogy a háziorvos milyen vizsgálatokat végzett nála. A kérdezőbiztos sem értette először, hogy mit nem ért, majd később kiderült, hogy mindig a családja intézi az alkalmassági vizsgálat lebonyolítását, mert a családnak nagyon jó barátja a háziorvos. Ebből adódóan ő még nem vett részt vizsgálaton.

Az utolsó eset érdekessége pedig az, hogy a vizsgált személy büntetés-végrehajtási intézetben dolgozott, de onnan leszereltették pszichés állapotára tekintettel. Nevezett személy azóta is rendelkezik vezetői

engedéllyel. Ez a beteg minden nap vezet, a munkájához tartozik. Felvetődik a kérdés, hogy mégis hol veszhett el az az információ, hogy pszichés gondjai vannak és senki nem vette el a vezetői engedélyét.

Pszichiáter szakorvosi interjú

Ahhoz, hogy átfogó képet kapjak az egészségügyi alkalmasság teljes folyamatáról, interjút készítettem egy pszichiáter szakorvossal, aki munkája során már többször szakvéleményt adott járművezetésre jogosító okmányok megszerzéséhez, megújításához.

Ahogy a jogszabály is fogalmaz, amennyiben járművezetésre jogosító okmánnyal rendelkező egyénnél olyan betegség észlelhető, ami a közúti járművezetésre való alkalmasságát megkérdőjelezi, az észlelő orvosnak kötelessége soron kívüli vizsgálatot kezdeményezni. Fontos megjegyezni, hogy a jogszabály csak orvost említ, értelmezésem szerint ez minden orvosra vonatkozik, az én vizsgálatomban a háziorvosra és a pszichiáter szakorvosra is egyaránt.

Az általam megkérdezett pszichiáter a járművezetés alkalmasságának a megítélésére szolgáló szakvéleményt ritkán szokott kiadni. Évente pár esetben kéri a háziorvos pszichiáter szakorvos javaslatát. A szakvélemény kiadásához figyelembe veszi a – pszichiátriai betegdokumentációk áttekintésével – hogy a szakvélemény kiadását megelőző egy-másfél évben a betegnél történt-e pszichiátriai kezelés az alábbi szempontok szerint. A prioritások szempontjából a leglényegesebb, hogy szed-e antipszichotikumot, ha szed, és nem csak „minimális” dózist, akkor nem nyilvánítja alkalmasnak a járművezetésre. Ha hangulatjavítót és hangulatstabilizátort szed a beteg, akkor megnézi, hogy történt-e az elmúlt egy-másfél évben kezelés és annak mi volt az oka. Amennyiben enyhe hangulatingadozás, enyhe depresszió állt a kezelés okaként, akkor alkalmasnak nyilvánítja járművezetésre. Amennyiben többször kezelték a beteget és gyógyszerabúzus (gyógyszerrel való visszaélés, például nagyobb mennyiséget vett be az előírtnál, vagy öngyilkossági kísérlete volt) történt, akkor nem nyilvánítja alkalmasnak. Az alkalmasság megítélésénél fontos szempont az is, hogy a beteg rendszeresen megjelenik-e gondozás céljából.

Ugyanez a szakorvos, fekvőbeteg osztályon is lát el feladatokat, kezel beteget. A doktornő elmondta, hogy fekvőbeteg osztályos kezelése során még soha nem tett javaslatot a járművezetői alkalmasság megkérdőjelezésére, mivel „ez a háziorvos feladata”. Megkérdeztem a doktornőt, hogy milyen jogszabályok alapján teszik meg a szakorvosi javaslatot vagy van-e valamilyen szakmai protokoll, irányelv, ami egyértelművé teszi a vezetői alkalmasság megítélésének szempontjait, szabályait. A doktornő azt mondta, hogy igen van ilyen, most nem tudja meghivatkozni a jogszabályt, de utána néz. Fél óra elteltével, kiderült, hogy nem találják ezt a szabályozót és tulajdonképpen hosszú évek óta az általa kialakított sémával dolgozik. A másik vizsgálati helyen, ahol csak fekvőbeteget kérdeztem meg, ott is hasonló tapasztalataim voltak.

Összegezve elmondható, hogy a pszichiátriai betegek ellátásában kiemelt szerepű fekvőbeteg osztályok szakmai feladataik között egyáltalán nem jelenik meg közúti járművezetésre való alkalmasság megkérdőjelezése. Ez azért elszomorító, mert ebben az ellátási formában jelenik leginkább a beteg összerendezetlen, tétova, zavart, felhangolt, agresszív és még sorolhatnánk, milyen viselkedésformája. A pszichiátriai osztályok látják a leghitelesebben, hogy mi történik egy beteg mentális állapotával, ha nem szedi be az előírt gyógyszereket, ha visszaél a gyógyszerekkel, ha gyógyszerre alkoholt fogyaszt, illetve itt tapasztalható meg leginkább a szélsőséges érzelmi megnyilvánulásokkal kapcsolatos magatartásforma.

Javaslatok

A több szinten elvégzett kutatás eredményei alapján több következtetés is levonható. Az első észrevétel az, hogy a háziorvosok és az állampolgárok közötti kapcsolat túl barátságos lett. Szeretnek szívességeket kérni az emberek, ezt pedig paraszolvenciával hálálták meg az orvosoknak, bár a rendszer újonnan történő átszervezése kiemelt hangsúlyt fektet ennek megszüntetésére. A kialakult jó kapcsolatok azt eredményezik, főleg kisebb városoknál, falvaknál, hogy esetlegesen egy alkalmassági vizsgálaton a háziorvos nem végez valódi vizsgálatot, hanem csak megadja az engedélyt, hiszen vagy ismeri az adott személyt, vagy annak a családját.

Első javaslatom, hogy az alkalmassági vizsgálaton, a háziorvos a jogszabálynak megfelelően járjon el, ezt pedig úgy lehet biztosítani, ha a saját rendszeréből, EESZT-ből kinyomtat egy formanyomtatványt, ami igazolná, hogy azt megtekintette. Ebből két példányt kellene készíteni, egyet saját magának, egyet pedig a kérvényező személynek, amit a sikeres alkalmassági vizsgálatos irat mellé csatolva kellene odaadni, ezzel ő is igazolni tudná, hogy az orvos ezt áttekintette. Ezzel vállalná a felelősségét annak, hogy tisztában van a vizsgálandó személy kezeléseivel, mentális állapotával, szedett gyógyszereivel.

A következő javaslat a zárójelentésekre vonatkozik. Nem elfogadható számomra, hogy ennek tartalma intézményenként eltérő. Egységesíteni kell a zárójelentés tartami követelményeit, ami magába kell, hogy foglalja a pszichiátriai betegeknél a vezetésre való alkalmatlanságot. A pszichiáter szakorvos tudja legjobban megítélni, hogy az általa előírt gyógyszerek szedése befolyásolja-e a vezetői képességeket. Ez azért lenne fontos, mert így a háziorvos is sokkal hangsúlyosabban értékelné ezt a kérdéskört, és nagyobb lenne a felelőssége, ha megadná az orvosi alkalmassági engedélyt. Egyébként ez egyben meg is könnyítené a háziorvos munkáját, mert láthatná az EESZT rendszerben a szakorvosi véleményt és ez segítséget nyújtana neki az elbírálás szempontjából.

Ezekon felül szigorítani kellene a szakmai ellenőrzéseket a háziorvosoknál, hogy ők is felmérjék ennek a vizsgálatnak a súlyát, hiszen a közlekedési balesetek döntően a nem megfelelő járművezetői magatartás miatt következnek be, mely hibás magatartásnak nő a valószínűsége, ha a járművezető pszichés problémákkal küzd. Mindemellett nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy a közlekedési baleset emberi életet követelhet, vagyis áttételesen egy alaptalanul kiadott vezetési jogosultság, akár emberéletbe is kerülhet.

Jól látható, hogy az egészségügyi ellátásban a szakmai keretek megtartása nem megfelelően működik, mert a rendszer túl nagy mozgásteret biztosít az orvosoknak. Egyértelműen le kellene szabályozni azon gyógyszer hatóanyagok nevét és mennyiségét, amivel engedélyezett vezetni.

Rendészeti szempontból a közlekedési bűncselekmények kivizsgálásánál nyilatkoztatni kellene a háziorvost arra vonatkozóan, hogy az elkövetőnél nem áll fenn semmilyen pszichés zavar, illetve nem szed az illető olyan gyógyszereket, ami befolyással lehet a járművezetésre. Ezzel egyfajta nyomást lehetne gyakorolni a háziorvosra, melynek hatásaként valószínűleg körültekintőbben járna el a későbbi alkalmassági vizsgálatokon.

A fenti javaslatok megvalósulásához kommunikációt kell kezdeményezni a rendőrségnek az orvosszakma irányába, meg kell nyerni az orvostársadalmat magunknak, mert csak így érhető el a korrekt együttműködés.

A rendőri gyakorlat alapvetően az ittas – és a bódult – vezetés kiszűrésére összpontosít, melynek oka, hogy megállapítása viszonylag egyszerű és konkrét adatokkal mérhető. A pszichés problémákat azonban nem lehet hiteles, számszerűsített vizsgálatokkal kiszűrni. Leginkább az egyén viselkedése, reakciója, magatartása kelti fel a figyelmet. Így a rendőrök felkészítésébe kellene beemelni ezt a témakört is.

Úgy gondolom, e javaslatok alkalmazása egy jó kiindulást adnak ennek a problémának a megoldására, hiszen alkalmazásuk nem nehezítené meg az orvosok munkájukat, ugyanakkor – a valódi és hatékony szűrővel – csökkentené a balesetek kockázatát.

Irodalomjegyzék

- Földi N. (2019): Pszichiátriai betegségek és ápolási specialitásai 1.
- Füredi, J., & Németh, A. (szerk.) (2015). A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015
- Major, R. (2010). A közúti közlekedési balesetek megelőzése, különös tekintettel a rendőrség lehetőségeire és korlátaira. PhD értekezés, PTE ÁJK Pécs, 2010.
- Major, R. (2016). Közlekedésrendészet. Egyetemi tankönyv NKE 2016.
- Mészáros G., Felföldi P. (2021). Autópályán biztonságosan? Belügyi Szemle, 69(6), 1027-1041. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.6.6>
- Tringer, L. (2003). Sürgősségi ellátás a pszichiátriában. Medicina Könyvkiadó Budapest, 2003

- Zsákai, S. (2008). Társas kapcsolathálók és alkoholizmus. Társadalmi támogatás szerepe az Anonim Alkoholisták felépülésében és visszaesésében. PhD értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, 2008.
- Szuromi B. (2015) Pszichózisok (Epidemiológia, etiológia, diagnózis, terápia) Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, előadás, 2015.11.02.
- Hógye-Nagy, Á. (2020). Közlekedési Kultúra a pszichológus szemével. KTE előadás 2020.09.10.

- 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet a közúti közlekedés szabályairól.
- 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról.
- 1980. évi 3. törvényerejű rendelet az 1968. évi november hó 8. napján Bécsben aláírásra megnyitott Közúti Közlekedési Egyezmény kihirdetéséről.
- 1988. évi I. törvény a közúti közlekedésről.
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Internetes források

URL1: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0027.html (letöltve: 2022.09.12.)

URL2: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0001.html (letöltve: 2022.09.12.)

URL3: <https://tankorterm.wordpress.com/2019/03/07/pszichiatriai-betegsegek-es-apolasi-specialitasai-1/> (letöltve: 2022.09.12.)