

Svensk Trafikmedicinsk Förening (STMF), sektion av Läkaresällskapet tackar för möjligheten att avge synpunkter på den nu aktuella remissen. Vårt yttrande har diskuterats och antagits av föreningens styrelse.

Tillsammans med rapporten "Rapport Översyn Diabetes" är det ett stort arbete som Transportstyrelsen lagt ned inför de ändringar som nu föreslås i gällande medicinföreskrifter. En analys av balansen mellan strikta medicinska regler för körkortsinnehav och de hinder för näringsliv och mobilitet dessa kan innebära respektive av önskade effekter på trafiksäkerheten är vällovlig.

Medan storleken på de förra konsekvenserna är väl belysta i den omfattande konsekvensutredningen är dock de senare inte ens i form av välgrundade antaganden belysta eller analyserade. Sammantaget innehåller konsekvensutredningen mycket om förlorade förtjänster inom företag men mycket lite om de negativa trafiksäkerhetseffekter som kan bli följden av de liberaliseringar som föreslås.

Trafiksäkerhetseffekterna av att låta en ny stor grupp av förare med icke obetydliga risker att plötsligt bli medvetlösa eller trafikfarligt omtöcknade under körning behöver storleksbedömas. Antalet nya personer som kommer att vara inblandade i krockar med personskador som förare av tunga fordon eller fordon för personbefordran måste vägas mot de konkurrensnackdelar strängare svenska regler innebär.

Eftersom Sverige har Europas säkraste trafik är det inte sannolikt att en anpassning till sådana mindre strikta regler som finns i andra europeiska länder kan göras utan offer i form av krockar med personskador. En sådan anpassning är heller inte ett självklart mål i sig. Den svenska traditionen att sätta trafiksäkerhetshänsyn först är vägledande för den nollvision som ska leda svenskt trafiksäkerhetsarbete, men de här föreslagna ändringarna kan befaras gå i motsatt riktning.

Trots att möjligheten att hitta allvarlig hypoglykemi som orsak till dödsolyckor i Trafikverkets djupstudier är begränsad på grund av metodiken som används, förekommer här redan idag allvarliga hypoglykemier som lett till dödsolyckor bland förare med diabetes typ 1 och körkort i grupp I. Likaså återkallar Transportstyrelsen årligen ett inte så litet antal körkort i grupp I efter allvarliga hypoglykemier i trafiken. Ett försök till en analys av dessa siffror skulle kunna ge utredningen en möjlighet att värdera storleken av de föreslagna liberaliseringarnas konsekvenser på trafiksäkerheten.

Det anges i början av den långa konsekvensutredning att de regler som "inte längre är motiverade" behöver tas bort men några sakliga skäl till vilka som ska ses som "inte motiverade" framgår inte. Sådana skäl bör väl vara att de inte har stöd i den medicinska vetenskapliga litteraturen men sammanställningar av det vetenskapliga kunskapsläget saknas när det gäller riskerna att drabbas av allvarlig hypoglykemi vid diabetes typ 1. Är det ett fenomen som förekommer så ofta som en gång om året hos varje typ 1-diabetiker, mer sällan eller mer ofta?

En annan fråga som också behöver analyseras är hur stor skillnaden i risk är att drabbas av allvarlig hypoglykemi vid diabetes typ 1 jämfört med diabetiker med diabetes typ 2 som insulinbehandlas? Är den 100 gånger vanligare? Lägre eller högre? Denna skillnad är av helt avgörande betydelse för det som nu föreslås och måste därför belystas. Även om det finns mellanformer av diabetes som i utredningen tas som en intäkt för att ta bort den nuvarande distinktionen mellan diabetes typ 1 och 2, är dessa två typer de vanligaste. Transportstyrelsen har sedan länge också haft möjligheten att ge dispens för körkort i grupp II vid sådana mer ovanliga tillstånd med lägre risk för allvarlig hypoglykemi och hållbara metoder för sådana bedömningar har utarbetats genom åren.

Det anges under 6.1.4 under slutsatser i konsekvensutredningen att den som har en diabetes typ 1 löper större risk än vid typ 2 att drabbas av allvarlig hypoglykemi och detta är ett riktigt och viktigt påpekande. Men det som därefter anges att förekomsten av sensorbaserad mätning innebär att det "borde minska risken för att hamna i ett tillstånd med för lågt blodsocker" är tyvärr bara ett antagande som såvitt STMF vet inte har stöd i den vetenskapliga litteraturen. Detta är en central fråga i hela konsekvensutredningen och behöver belysas med vetenskapliga referenser liksom frågan om hur ofta allvarlig hypoglykemi förekommer hos de som har diabetes typ 1 trots användande av sensorteknik för mer kontinuerlig mätning av vävnadsblodsocker.

Det är tydligt att de mål som anges under rubriken "B Transportpolitisk målluppfyllelse" sätter de stolta svenska traditionerna om hög trafiksäkerhet som ett extra viktigt mål ur spel. Här kommer trafiksäkerheten först på tredje plats som ett så kallat "hänsynsmål" efter det "övergripande målet" och "funktionsmålet".

Det som sägs under punkt 11 att "Transportstyrelsen bedömer att föreskriftsrevideringen inte får någon större påverkan på hänsynsmålet vad gäller trafiksäkerheten" är helt ogrundat och bara en from förhoppning. Inte minsta riskkalkyl finns i detta avseende. Med en analys som vore lika omfattande och noggrann som den som belyser fördelar för företag vore det inte svårt att se de tydligt ökade risker som kan komma med att tillåta personer med en sjukdom som inte sällan ger plötslig medvetlöshet eller grumlat medvetande och omdöme att köra tunga fordon.

### EU-anpassning

En tidigare utvärdering från EU av huruvida de svenska medicinska föreskrifterna lever upp till kraven i direktivet har inte haft något att erinra mot de skrivningar som finns i kap 6. Att Sverige har mer avancerade och "strängare" regler i vissa avseenden ses nu av Transportstyrelsen som enbart sådant som måste rättas till och liberaliseras. I själv verket kan det i många avseenden vara så att svenska regler är mer i framkant av den medicinska utvecklingen och kan även i det som nu kallas "särkrav" utgöra ett föredöme för revisionsarbete i andra EU-länder. Det nyligen avrapporterade arbetet inom den internationella organisationen CIECA pekar delvis på just detta.

Att så strikt lägga sig på direktivets absoluta miniminivå är en lösning som i första hand används i de länder som saknar ett seriöst och utvecklat trafikmedicinskt arbete och som inte har höga ambitioner när det gäller efterlevnad i kliniskt vårdarbete och när det gäller trafiksäkerheten. Direktivets enkla medicinska regler ger i de flesta avsnitt inte tillräcklig vägledning för den medicinska bedömningen utan behöver kompletteras med nationella riktlinjer som är kliniskt användbara. Detta kan vara i form av föreskrifter/annan lagtext men också genom förklarande texter som professionen själv kan utveckla. Sådan har vi dock inte i dagsläget i Sverige varför de svenska medicinska föreskrifterna behöver vara innehållsrika och anpassade till att ge läkare stöd i sina kliniska bedömningar.

### Långa körningar

Konsekvenser av sådana långa körpass som förekommer hos yrkesförare av tunga fordon och av nödvändigheten att passa snäva tidsmarginaler hos bussförare i tätortstrafik behöver också belysas i relation till insulinbehandlade typ1-diabetikers behov av regelbundna möjligheter till intag av mat och att vid konstaterade låga sockervärden kunna göra en tillräckligt lång paus för att korrigera dessa.

### Läkemedelsbehandling

Det anges i allmänna råd till 7§ vad som gäller för "viss oral medicinering" eller "vissa andra injektionsläkemedel" att dessa innebär en ökad risk för allvarlig hypoglykemi men det berörs inte alla vilka grupper av läkemedel detta avser. Detta trots att Transportstyrelsen haft en expertgrupp av

diabetesläkare med i revisionsarbetet. Uppgifter om vilka grupper av läkemedel som avses behöver anges för att denna distinktion ska vara användbar för de läkare som behandlar diabetiker och skriver läkarintyg. I tidigare arbeten med föreskriftsrevisioner har uppgifter av sådant slag som måhända inte lämpar sig för en föreskriftstext kunnat belysas i konsekvensutredningen. Det vore önskvärt med en sådan medicinskt sakkunnig redovisning också här.

### Inga invändningar

Skrivningen i 6 kap 4 § fokuserar som tidigare på trafiksäkerhetseffekter av diabetes och möjligheten till en mer global bedömning är värdefull.

Skrivningen i det allmänna rådet i anslutning till 12 § är relevant och nödvändig.

De ändrade intervallen för kontroller i 13 § är en rimlig anpassning till EU-direktivet.

STMF anser att det är bra att den anomali som den särskilda regeln om fortsatt innehav (17 §) innebär nu tas bort.

### Transplantationer

Det går sannolikt bra att ta bort den särskilda skrivningen om transplantation av ö-celler i nuvarande 6 kap 13 § när diagnoskriterierna inte längre uppfylls men där det ändå kan bli progress av diabeteskomplikationer som redan finns. Detta gäller även sådana tillstånd som kan vara av betydelse för trafiksäkerheten. Sådan transplantation kan trots allt bedömas vara en mer ovanlig åtgärd och även om regleringen nu blir mindre tydlig för en behandlande läkare rör det i första hand frågan om fortsatta villkor om läkarintyg för någon som tidigare haft det och beslutet om att inte avsluta sådana kontroller sker inom Transportstyrelsen där handläggare får förutsättas vara bekanta med regleringen i den nya mer allmänna skrivningen i 1 kap.

Det kan i detta sammanhang ändå behövas ett förtydligande eftersom en transplantation av Langerhanska Ö-celler inte riktigt är att betrakta som en "organtransplantation". STMF anser att den specifika skrivning som finns idag i diabeteskapitlet är bättre och har en för detta särskilda tillstånd bättre placering och större tydlighet. Med den föreslagna ändringen genom en mer allmän skrivning i 1 kap 3 § behöver det övervägas om det ändå inte ska finnas en särskild text som avser just transplantation av Langerhanska Ö-celler.

Skrivningen i andra stycket om "postoperativa komplikationer" kan behöva förtydligas och det är svårt att förstå vad den kan avses handla om. Med begreppet "postoperativ" avses inom sjukvården sådana komplikationer som uppstår i direkt anslutning till en operation men däremot förstås begreppet inte som sådana mer långsiktiga besvär av till exempel senare uppträdande svikt i det transplanterade organet som kan antas vara vad som avses här.

### Läkarintyg

Ändringarna i vilka läkare som kan skriva de olika läkarintyg som behövs är en relevant anpassning till rådande förhållanden i vården. Det kan dock anmärkas att de allmänläkare inom primärvården som kontrollerar diabetiker i allmänhet också är specialister (i allmänmedicin) varför begreppet "specialistsjukvården" kan behöva ändras. "Inom annan specialitet än allmänmedicin" kan vara en rimlig ersättning till begreppet "specialistsjukvården" i 17 kap 3 §.

### Sensormätning

Frågan om huruvida sensormätning kan duga som ersättning för kontroll av blodsocker diskuteras som en viktig fråga inom EU. Flera länder har inte godkänt en sådan mätning då den avspeglar sockerhalten i perifer underhudsvävnad och inte i blodet där ett värde från blodet bättre avspeglar

förhållandena i hjärnan där de trafiksäkerhetsmässiga konsekvenserna av den allvarliga hypoglykemin inträffar. I Sverige har vi hittills haft en praxis att godkänna sådan mätning men då frågan kommer att diskuteras inom EU:s körkortskommitté som ett resultat av ett aktuellt arbete inom europeiska organet CIECA, är det sannolikt klokt att avvakta med den föreslagna föreskriftsförändringen tills ett förtydligande från EU kommer i frågan.

### Synkontroller

Att avsluta den mångåriga rutinen för ögonkontroller kopplade till diabeteskontroller innebär en viss ökad risk för att personer som inte uppfyller kraven i 2 kap kommer att fortsätta köra. Om det rör sig om tydligt nedsatt synskärpa kan det sannolikt bedömas att sådana kan komma till Transportstyrelsens kännedom genom läkares anmälan. Så är dock inte fallet vid synfältsdefekter som är vanliga vid diabetesretinopati. Det blir heller inte så att den progredierande diabetisretinopatin kommer att anmälas och komma till Transportstyrelsens kännedom även om det finns en allmän skrivning i 2 kap 17 § om att progressiv ögonsjukdom ska innebära villkor om läkarintyg. En sådan regel är inte skäl för läkare att anmäla om man fortfarande uppfyller kraven.

Diabetes är såvitt känt för STMF fortfarande den vanligaste orsaken till blindhet i vuxen ålder och det är avgörande för trafiksäkerheten att man i tid hittar nedsatt synskärpa men framför allt synfältsdefekter av betydelse för förmågan att i tid kunna upptäcka medtrafikanter. Om Transportstyrelsen avser att avskaffa de rutinmässiga synkontrollerna vid diabetes bör man genom ett tillägg i den medicinska föreskriften införa en rutin som fångar upp de personer som i den normalt förekommande synscreeningen vid diabetes konstateras ha en progredierande diabetisretinopati.

### Yrkesval

I analysen av konsekvenser för näringslivet analyseras problemet med de personer som faller för regeln om 12 månaders avstängning från körning efter varje allvarlig hypoglykemi. De personliga konsekvenserna av att mista sitt arbete i denna situation behöver också belysas mer ingående i relation till Försäkringskassans regler som innebär att sjukskrivning bara kommer att vara möjlig under en kort tid av sådan avstängning från arbete som förare av lastbil, buss eller taxi. Att vara tvungen att avstå från körande av lastbil eller buss under ett helt år kommer, när det gäller sjukpenninggrätten innebära att man ska prövas mot hela arbetsmarknaden redan efter 180 dagar eller tidigare. Därmed kommer de med diabetes typ 1 som är anställda som chaufförer att mista sin anställning och behöva byta yrke för att klara sin försörjning så snart man får sin första allvarliga hypoglykemi om man har körkort för högre behörighet.

Att lura in personer i yrken som inte är hållbara yrkesval inför framtiden är också en negativ konsekvens av de nu föreslagna liberaliseringarna som behöver beaktas mer ingående. Att det inte är möjligt för den som har diabetes att inleda en yrkeskarriär inom polisen eller försvaret bygger på riskvärderingar som Transportstyrelsen i detta avseende behöver ta del av. Kan samma skäl vara anledning att inte tillåta en yrkesbana som förare av långtradare, buss eller taxi?

Det är också ett särskilt problem med att personer med diabetes typ 1 i motsats till vid typ 2 med tiden får unawareness som då i allmänhet innebär ett permanent körkortshinder. Eftersom diabetes typ 1 vanligen debuterar i unga år och unawareness inträffar efter 20-30 år med sådan diabetes kan detta också innebära att arbete som professionell förare inte är lämpligt för denna grupp av diabetiker. Diabetes typ 1 debuterar ju i unga år och när en unawareness kommer är man därför mitt i yrkeslivet.

## Utryckningsfordon

Personer med diabetes typ 1 som är eller vill bli ambulansförare eller brandmän och därmed ofta avkrävas tjänstgöring under jourförhållanden måste vara beredda att rycka ut direkt utan att göra sådan kontroll av blodsockervärdena innan körning som krävs i 6 kap 10 §, allmänna råd. Särskilt svårt är detta om det handlar om sovande jourtjänstgöring. Denna del av konsekvensutredningen behöver diskuteras mer med respektive branschorgan/arbetsgivare när det gäller att man nu släpper in en helt ny grupp av personer som kan köra tunga utryckningsfordon. I dagsläget har flera regioner i sin anställningspolicy valt att inte erbjuda de som har diabetes typ 1 anställning som ambulansförare även då ambulansen kan föras enbart med körkort i grupp I.

## Uppföljningsbehov

När Transportstyrelsen nu föreslår en liberalisering som kommer att kunna få konsekvenser i form av fler krockar med tunga lastbilar och bussar anser STMF att Transportstyrelsen i så fall måste skapa ett system för en systematisk analys av hur ofta sådana skadehändelser kommer att inträffa och hur många per år som kommer att få personskador eller dödas i sådana krockar. Sådana siffror får då värderas mot den nytta för näringslivet liberaliseringen kan ha haft.

STMF:s förhoppning är dock att den nu avsedda liberaliseringen avseende möjligheten för den som har diabetes typ 1 att köra tunga lastbilar och bussar inte kommer till stånd.

STMF:s styrelse 210616