STMF:s remissvar

Den fråga som Transportstyrelsen har ställt är om man i de medicinska kraven för körkortsinnehav, kan ta bort alla andra diagnoser som anger en problematisk alkoholkonsumtion och ett för personen själv svårreglerat tillstånd, förutom alkoholberoende.

STMF anser inte att det är vetenskapligt styrkt att det kan ske utan tydliga effekter på trafiksäkerheten. Den korta remisstiden och den omotiverade hastigheten i det interimistiska regelarbetet präglas av brist på god vetenskaplig metod och en alltför ytlig genomgång av kunskapsläget.

STMF anser att de nu föreslagna förändringarna av de medicinska föreskrifterna inte tillräckligt sakligt och objektivt har värderats utifrån frågeställningen.

STMF anser att en regelrätt genomgång av det vetenskapliga underlaget genom en remiss till SBU för en sedvanlig, systematisk och noggrann värdering behövs.

Det är STMF:s bedömning att bara en enkel anslutning till de i sammanhanget summariska minimikraven i EU:s körkortsdirektivs Annex III, kommer innebära en tydlig ökning av de problem för trafiksäkerheten som diagnoser inom området innebär.

STMF avvisar därmed förslaget till ny text i de medicinska föreskrifterna för medicinsk lämplighet att inneha körkort.

STMF förstår att förslaget kan innebära mindre administrativ och praktisk börda både för Transportstyrelsen och i vården men betydelsen av att kunna förebygga det stora trafiksäkerhetsproblem alkohol utgör, får bedömas vara viktigare.

STMF bedömer att de föreslagna ändringarna som rör alkohol är så betydande att dessa ensamt är skäl till att underkänna utredningen och kommenterar därför inte det som i övrigt rör droger och läkemedel samt alkolåsföreskriften. Den korta tiden för remissynpunkter har också bidragit till detta.

Skäl för STMF:s bedömning och förslag

Det vetenskapliga underlaget för beslut är undermåligt.

STMF har genom ett gott tillmötesgående från Transportstyrelsen fått ta del av alla de vetenskapliga artiklar som man i konsekvensutredningen säger sig ha ”läst och värderat” och av 3 icke systematiska sammanfattningar av vissa andra artiklar i sammanhanget.

Det talas i konsekvensutredningen om begreppet ”evidens”. I medicinsk vetenskap är det ett begrepp som kräver en systematisk genomgång av det samlade vetenskapliga underlaget med noggrann och tydligt redovisad systematik och med en tydligt utmejslad frågeställning. Det brukar också presenteras i form av en lista på genomgångna publicerade artiklar där varje artikel åsätts en siffra som anger grad av evidens.

En sådan gradering av evidens görs ofta inom den medicinska vetenskapen genom att beakta faktorer som studiernas kvalitet, kvantitet, inbördes samstämmighet och generaliserbarhet. Även avsaknad av tillräckligt många artiklar på området ger en bra vägledning till om man ska vidta nya medicinska åtgärder. Saknas ett tillräckligt bra vetenskapligt underlag bör man invänta resultatet av mer forskning.

Systemet för värdering av graden av evidens kallas GRADE och används av institutioner som till exempel SBU och resulterar ofta i en siffra i en skala från "starkt vetenskapligt underlag" till "otillräckligt vetenskapligt underlag".

Transportstyrelsen använder begreppet på ett annat sätt och det ges inte en möjlighet för en remissinstans att ta del av denna värdering av de fler än 200 vetenskapliga artiklar som man angett att man använt. Någon möjlighet för STMF att värdera graden av evidens eller ens hinna läsa artiklarna under den korta remisstiden ges inte. Flera av dessa artiklar kan man dock enbart genom titeln bedöma inte är relevanta för den angivna frågeställningen.

Evidens är i den medicinska vetenskapen ett ord man ska använda försiktigt och särskilt när det innebär att man säger att det saknas vetenskapligt stöd. I den icke systematiska genomgång som Transportstyrelsen ändå gjort finns visst vetenskapligt stöd för att även andra diagnoser än alkoholberoende har betydelse från trafiksäkerhetssynpunkt och man kan inte sägas ha funnit vetenskapligt stöd för att andra diagnoser saknar betydelse. Bristen på riktigt relevanta studier för att besvara huvudfrågan är också slående. Till detta bidrar det förhållande att den nu redovisade klassificeringen av diagnoser på området är relativt nytillkommen.

Det kan misstänkas att Transportstyrelsen i sin genomgång av det vetenskapliga underlaget tagit hänsyn till de förändringar man utifrån andra bevekelsegrunder önskat få stöd för och använder sig av de artiklar som stöder de önskade förändringarna. Detta kallas i medicinska sammanhang för ”cherry-picking” och kan motverkas enbart genom systematiken som krävs för den goda vetenskapliga värderingen av graden av evidens.

Transportstyrelsen skriver ändå i en sammanfattande bedömning i konsekvensutredningen denna text:

”När det gäller diagnoserna missbruk, skadligt bruk eller bruk av alkohol som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt har Transportstyrelsen inte funnit vetenskaplig evidens för att dessa tillstånd i sig påverkar trafiksäkerheten negativt. Transportstyrelsen har heller inte funnit vetenskaplig evidens för att tillstånden inte påverkar trafiksäkerheten negativt.

Däremot visar studier sammantaget att konsumtionsmönster, livsstil, förhållningssätt och attityd till alkohol samt riskbeteenden är viktiga faktorer som bidrar till rattfylleri och olyckor.” Ingen av desa faktorer ingår i diagnosen alkoholberoende.

Det anges även: ” Den nuvarande regleringen träffar fler personer än de som faktiskt utgör en trafiksäkerhetsrisk.” Detta påstående har man inget vetenskapligt underlag för. Det saknas också ett gott vetenskapligt stöd för att den nuvarande regleringen kan tas bort utan effekter på trafiksäkerheten.

Det faktum att nuvarande svenska medicinska regler har funnits i 31 år tillmäts ingen betydelse. Hur mycket dessa regler har bidragit till Sveriges goda ställning i att bekämpa problemen med rattfylleri och höga ambitioner på området är inte känt eller vetenskapligt belyst. Sveriges stränga synsätt på rattfyllerier och vår internationellt sett låga promillegräns har gått hand i hand med de medicinska föreskrifternas möjligheter att hjälpa personer med ett problematiskt förhållande till alkohol. Åtgärderna inom sjukvården har sannolikt kunnat förebygga rattfyllerier och olyckor med alkoholrelaterad sjuklighet genom att kunna hjälpa personer med diagnoserna missbruk och skadligt bruk. Dessa förhållanden har inte förrän under det senaste året kritiserats. De drakoniska åtgärder i form av kraftigt uppluckrade föreskrifter som föreslås för att bemöta denna kritik får bedömas skjuta långt över målet.

Betydelsen av diagnoserna i sammanhanget är inte tillräckligt belyst.

Allmänt är värderingen att sjukdomar, kroniska eller akuta, ligger bakom 15-20% av alla olyckor med personskada eller död. Skrivningen i EU:s annex III pekar på att det är speciellt viktigt inom området alkoholrelaterade sjukdomar. Där medicinska åtgärder för detta behandlingsbara tillstånd kan ha tydliga trafiksäkerhetseffekter.

För att en läkare ska kunna ställa diagnosen alkoholberoende krävs dock att patienten är beredd att berätta om de förhållanden som utgör grund för diagnoskriterierna. Till exempel kontrollförlust, abstinensbesvär, tvånget att dricka fast man inser skadliga effekter och att man prioriterar alkoholkonsumtionen framför annat samt en ökad tolerans.

Det är först när beroendet kommit till en hög grad av sjuklighet och sociala problem man är beredd att berätta. Ofta i samband med sjukhusinläggningar i ett sent skede av sjukdomen. I klinisk praxis är det tydligt att se förnekandet och den många gånger bristande insikt som hör till alla beroendediagnoser. Detta försvårar ställandet av diagnosen alkoholberoende. Även vid grava tillstånd som krävt sjukhusvård inom den somatiska vården är det vanligt att en sådan diagnos inte ställs, av missriktad hänsyn till patienten och den stigmatisering som diagnosen alkoholberoende kan innebära.

Begreppet ”Skadligt bruk” ger läkaren å andra sidan möjligheten att arbeta med de biologiska markörer som objektiva resultat av blodprov innebär samt att medicinskt påvisa de skador som den höga och regelbundna konsumtionen inneburit.

En person som regelbundet intar alkohol i storleksordningen två flaskor vin om dagen skulle genom provtagning kunna bedömas ha en skadlig konsumtion där blodprover skulle ge utslag och måhända den kliniska undersökningen visa på sådana ”klara bevis för psykiska eller fysiska skador” som krävs för diagnosen skadligt bruk. Men diagnosen alkoholberoende skulle personen bara få om hen är villig att berätta.

Särskilt allvarligt är att det för alkohol och illegala droger inte skiljs mellan lägre och högre körkortsbehörigheter. Det innebär att en person med diagnosen skadligt bruk skulle kunna köra buss, tung lastbil och utryckningsfordon utan att medicinska krav för körkortsinnehav vid annan diagnos än alkoholberoende skulle ha prövats från trafiksäkerhetssynvinkel.

Bedömningsunderlaget för Transportstyrelsen förslag är inte alls grundat på erfarenheter från läkares kliniska vardag som innebär att man ser hur svårt det är att uppfylla kriterierna för att ställa diagnosen alkoholberoende. Men också hur väl det kan fungera att hjälpa patienter att minska till avstående från alkohol eller klara ett kontrollerat drickande. Den medicinska erfarenheten är att det ofta är först vid en risk att mista eller inte återfå sitt körkort som behandlingsinsatser för att minska drickandet blir framgångsrika.

På de många specialiserade läkarmottagningar som arbetar med problematiskt drickande används å andra sidan oftast den enda diagnos som anges i DSM 5 – Substansbrukssyndrom. En diskussion om denna diagnos som integrerat kriterier från den gamla diagnosen alkoholmissbruk med sådana som hör ihop med diagnosen alkoholberoende, kan måhända vara en lämplig kompromiss för att inte försvåra arbetet för den viktiga samarbetspartner som läkaren och sjukvården kan vara i trafiksäkerhetsarbetet. Den frågan behöver också utredas närmare innan Transportstyrelsen hastar in i drakoniska ändringar av förutsättningarna för en användbar medicinsk föreskrift.

Här kan man undandra en stor och från ett trafiksäkerhetsperspektiv synnerligen relevant grupp som rätteligen kunde ha fått diagnosen alkoholberoende, genom att föreslå att vården i körkortssammanhag enbart använder denna diagnos. Den aspekten av frågan behöver också värderas.

STMF anser att just möjligheten att inom vården pröva patienters förmåga att kunna dricka alkohol på ett sätt som inte kommer att innebära risker i trafiken är viktig och betydelsefull. Också för den som har diagnosen skadligt bruk är bedömningen av hur väl man klarar kontroller av nykterhet i vården idag ett underlag för Transportstyrelsen bedömning av lämpligheten att inneha körkort. Inte alls alla med skadligt bruk skulle i den prövningen bedömas olämpliga för körkortsinnehav men en icke betydelselös grupp skulle kunna fångas in och få ha en fortsatt prövning av förmågan att kunna avstå från att köra onykter.

Vad borttagande av diagnoser kan innebära i form av förluster i trafiksäkerhet är inte belyst

Att bara se rattfylleriet som något som sker av slarv är inte tillräckligt. I förarbetena vid tillkomsten av det som kallats ”utvidgad nykterhetsprövning efter rattfylleri” (de medicinska föreskrifternas kapitel 13) angavs att forskning visat att, oavsett vilken nivå av påvisad promillehalt av alkohol i blodet vid körningen personen hade, fanns det hos 60-70% av rattfylleristerna ett problematiskt drickande. I många fall visade den medicinska uppföljning som skedde för att värdera förekomsten av diagnoserna alkoholberoende eller alkoholmissbruk just en sådan diagnos.

Det är också så att en regelbunden hög konsumtion påverkar ens egen förmåga att värdera sin alkoholhalt i blodet och graden av berusning. I en aktuell undersökning från finska trafiksäkerhetsmyndigheten OTI anges att det bland personer som åker fast för fortkörning,

kan man både i intervallet >15km/t för fort och för de som kört mer än 30 km för fort se så hög påvisbar alkoholhalt i blodet att en majoritet av förare i fortkörning 15 och 30 plus bedömdes vara berusade. Detta kan tas som intäkt för behovet av nationella särdrag i nationella medicinska föreskrifter och att det som finns i minimikraven i annex III inte räcker till i de nordiska länderna som har en annan alkoholtradition än sydligare delar av Europa.

Även vid skadligt bruk kan medicinska konsekvenser av drickandet ha trafiksäkerhetseffekter. Som med abstinensbesvär, ökad risk för rattfylleri och svårigheter att själv rätt bedöma sin förmåga. Dessutom har diagnosen ofta en tillfällig och provisorisk karaktär där den fortsatta vårdkontakten med många av de patienter som har en sådan diagnos visar att personen inte kan minska sin skadliga konsumtion på egen hand och rätteligen får diagnosen alkoholberoende.

Detta med att vården bara har kunskap om den lilla toppen av isberget av personer med alkoholberoende och skadligt bruk är heller inte ett skäl att göra sig av med den goda samarbetspartnern i trafiksäkerhetsarbetet som läkarna och sjukvården kan vara. Snarare tvärtom och det nu framlagda förslaget från Transportstyrelsen kommer ytterligare att minska vårdens möjlighet att agera vid trafikfarlig diagnos och göra gruppen som har diagnos som inte upptäcks eller värderas från trafiksäkerhetssynpunkt större.

Texten i det europeiska körkortsdirektivet är alltför summarisk

Den korta texten i det gällande körkortsdirektivets annex III vilar i flera delar inte på vetenskaplig grund. Detta är särskilt tydligt när det gäller den föråldrade texten om alkohol som bara omfattar 10 rader.

Texten fann redan i annex III 2006 och ändrades inte 2020 när bland annat en modernisering av avsnittet om hjärtkärlsjukdomar gjordes. Denna ändring baserades på ett samarbete mellan kliniskt verksamma läkare och forskare som värderade behovet av mer detaljerade regler. Det innebar en ökning av regleringstexten i annex III:s minimikrav för medicinsk lämplighet vid hjärtkärlsjukdom från knappt 20 rader till kring 100. Avsnittet om hjärt-kärlsjukdomar visar hur en sådan text blir när man tar hänsyn till det man behöver ha med för att ha en text som både är till ledning för de läkare som ska tillämpa den i sitt kliniska arbete och för nationella lagstiftare som ska införliva texten i svensk reglering.

I den korta texten om alkohol markeras ändå att ” Alkoholkonsumtion utgör en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning måste läkarkåren vara mycket vaksam.” Med tanke på denna text behöver det finnas ett mer utvecklat regelverk i det nationella regelverket, som kan användas i klinisk praxis.

Det anges också i annex III två nivåer av vilka medicinska tillstånd som behöver regleras:

1. Alkoholberoende, eller
2. Personer som inte kan avstå från att dricka sig berusade i samband med körning.

Den senare kravnivån anger att det utöver de som har ett alkoholberoende finns människor som även utan sådan diagnos utgör en risk i trafiken och behöver prövas medicinskt

Det svenska regelverket med medicinska krav som bygger på trafiksäkerhetstraditioner är mer ambitiösa än de från EU, som i avsnittet om alkohol bygger på dåligt vetenskapligt underlag och utgör snabbt hopkomna och föråldrade texter. De har i detta område en alltför schematisk ordalydelse för att kunna ge ledning i vare sig det kliniska arbetet för läkare eller myndighetens bedömning av körkortsinnehavet.

I bedömningen här har ordet ”särkrav” en förmåga att försvaga det egna självständiga tänkandet och de nationella särdrag som ligger bakom det svenska regelverket. Det är även angeläget att observera att direktivet och annex III varit kortfattat skrivet just för att ge möjligheten för de olika medlemsstaterna att ha mer ambitiösa ambitioner när det gäller trafiksäkerheten.

Transportstyrelsen skriver ändå i en sammanfattande bedömning denna text:

”När det gäller diagnoserna missbruk, skadligt bruk eller bruk av alkohol
som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt har Transportstyrelsen inte funnit vetenskaplig evidens för att dessa tillstånd i sig påverkar trafiksäkerheten negativt. Transportstyrelsen har heller inte funnit vetenskaplig evidens för att tillstånden inte påverkar trafiksäkerheten negativt. Däremot visar studier sammantaget att konsumtionsmönster, livsstil, förhållningssätt och attityd till alkohol samt riskbeteenden är viktiga faktorer som bidrar till rattfylleri och olyckor.”

Läkares anmälan kommer att minska

För läkares anmälan enligt Körkortslagen gäller att skyldighet att anmäla föreligger om en körkortshavare är medicinskt olämplig. Den som är olämplig är den som inte uppfyller de medicinska kraven i Transportstyrelsen medicinska föreskrifter. I dagsläget gäller detta för sjukdomarna alkoholberoende och alkoholmissbruk samt för ett bruk av alkohol som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt. Med den nu föreslagna förändringen kommer olämplighet och anmälningsskyldighet endast att gälla vid alkoholberoende och ett mycket mindre antal personers körkortsinnehav kommer att komma till prövning av sin medicinska lämplighet.

Det finns också en i alkoholsammanhang vanlig situation som innebär att en patient inte vill vara med i den utredning som krävs för att ställa diagnos och bedöma förmågan till nykterhet. Då har en skyldighet att anmäla också gällt vid misstanke om sådan diagnos, så kallad ”misstankeanmälan”. Hur detta lagstiftade förfarande ska ske hos en person där man kan ställa diagnosen skadligt bruk baserat på blodprover men där personen bedöms inte sanningsenligt besvara frågor om de förhållanden som krävs för att diagnoskriterierna för beroendediagnos ska gälla, behöver beröras i det nu framlagda förslaget.

Tanken om att anmälan kan ske utifrån den mer allmänna skrivningen i den medicinska föreskriftens kapitel 1 om olämplighet vid varje sjukdom, kommer enligt STMF:s bedömning inte bli vanligt förekommande ens i de situationer där sjukhistorien innehåller exempel på trafiksäkerhetsrisker vid diagnoserna skadligt bruk eller alkoholbrukssyndrom. Denna tanke

som förs fram som ett förslag i konsekvensutredningen kan inte uppväga de sannolika negativa effekter för trafiksäkerheten som förslaget i övrigt bedöms kunna ge.

STMF:s styrelse, 2025-11-19