



2021-04-01

Transportstyrelsen

Patrik.Grundtman@transportstyrelsen.se

Remissvar Översyn av 12 och 13 kap. i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSV2020-8962)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS fick möjlighet att inför Transportstyrelsen översyn av de trafikmedicinska kraven gällande bruk av substans som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon i *Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2010:125) och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m.*, kap. 12 och 13, att lämna synpunkter på kraven i nu gällande föreskrifter.

SLS har hanterat remissen så att vi skickade ut den till våra närmast berörda föreningar för synpunkter; *Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)*, *Svensk förening för Beroendemedicin* samt *SLS sektioner för trafikmedicin, psykiatri och geriatrik*. SLS fick in svar från tre föreningar: SFAM, Beroendemedicin och Trafikmedicin, varav två svar var likalydande då SFAM och Beroendemedicin hade samordnat sina svar. Då de två inkomna svaren innehåller för frågorna viktiga synpunkter bifogas de i sin helhet utan att en närmare sammanfattning görs här.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Bilagor:

Remissvar från

1. Svensk Förening för Allmänmedicin SFAM
2. Svensk Förening för Beroendemedicin och SFAM (likalydande som bilaga 1)
3. SLS sektion för trafikmedicin

REMISSVAR
2021-03-19

Svenska Läkaresällskapet

susann.asplund@sls.se

Synpunkter från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) till Transportstyrelsen angående översyn av TSFS 2010:125, 12 och 13 kap

Synpunkter på TSFS 2010:125, 12 kap

1. Lättolkat regelverk

Vi anser att regelverket ska vara utformat så att icke juridiskt skolade lätt kan tillägna sig innehållet.

Skälet är att detta främjar en högre grad av efterlevnad av regelverket. Regelverket är något svåröverskådligt, exempel:

För läkare är TSFS 2010:125 central. Dock regleras läkares anmälningsskyldighet i körkortslag 1998:448 och yrkestrafiklag 1998:490, samt särskilt läkarutlåtande i körkortsförordningen 1998:980. Kan lagtext återspeglas i författning eller på annat sätt göras tydligare?

Grundregeln när läkare ska anmäla är tydlig i t.ex. körkortslagen. I TSFS 2010:125 är det dock inte tydligt för icke juridiskt skolade vem som har vilket ansvar när "hinder för körkortsinnehav föreligger". Det bör framgå tydligare vad som är Transportstyrelsens ansvar.

2. Synpunkter på diagnoserna Missbruk och beroende

Vi anser att författningen bör utgå från diagnoser i WHO:s ICD-system. Vården använder i första hand ICD-10 (snart ersatt av ICD 11). Diagnossystemet DSM IV (där diagnoserna missbruk och beroende förekommer) är ersatt av DSM 5, där dessa diagnoser ersatts med diagnosen Substansbruksyndrom. I ICD 10 förekommer alkoholdiagnoserna (motsvarande för övriga substanser):

F10.0	Akut intoxikation orsakad av alkohol
F10.1	Skadligt bruk av alkohol
F10.2	Alkoholberoende
F10.3	Abstinens orsakad av alkohol
F10.4	Abstinens med delirium orsakad av alkohol
F10.5	Psykotisk störning orsakad av alkohol
F10.6	Amnesisyndrom orsakat av alkohol
F10.7	Psykotisk störning som resttillstånd eller med sen debut, orsakad av alkohol
F10.8	Andra specificerade psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
F10.9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, ospecificerade
F10.2A	Alkoholberoende med fysiologiska tecken på beroende
F10.2B	Alkoholberoende utan fysiologiska tecken på beroende
F10.2X	Alkoholberoende, ospecificerat
F10.7A	Alkoholens

F10.7W Alkoholorsakade psykiska störningar och beteendestörningar som restillstånd eller med sen debut, utom alkoholdemens

DSM IV diagnosen Missbruk innefattar sociala och legala konsekvenser och är inte enkelt översättbar med ICD diagnosen Skadligt bruk (som enbart innefattar hälsokonsekvenser). Alkoholberoende är dock likartat definierad i bägge systemen.

3. Synpunkter på hinder för innehav vid diagnoserna beroende och missbruk

Vi anser det orimligt att diagnoserna alkoholberoende och missbruk automatiskt utgör hinder för innehav eller framföra fordon.

Allvarliga tillstånd av alkoholberoende och missbruk är vanliga inom beroendevården, och dessa bör oftast utgöra hinder för körkortsinnehav även fortsättningsvis. Patienter inom beroendevården utgör dock en minoritet av alla med beroendeproblem. De flesta söker aldrig vård. I hela befolkningen är alkoholberoende och missbruk mycket vanligt förekommande tillstånd, där en stor majoritet har måttliga eller milda tillstånd. Punktprevalensen för alkoholberoende är ca 4,5 %, för missbruksdiagnosen saknas siffror. I USA (där invånarna dricker mindre än i Sverige) visar den mycket omfattande NESARC-studien för alkoholberoende en punktprevalens 3,8 %, livtidsprevalens 12,5 % och för missbruk knappt 4,7 % resp. 17,8 %.

Nuvarande regelverk är orimligt

- Då det innebär att uppskattningsvis minst 30 % av befolkningen skulle ha hinder för körkortsinnehav någon gång under livet och potential att utsättas för omfattande myndighetsingripande.
- Då konsekvenserna av en stor regelefterlevnad skulle medföra en av intygsskrivning överbelastad sjukvård och, vem vet, kanske fördubblad befolkning i Borlänge, med tanke på Transportstyrelsens ökade personalbehov.
- Då det bidrar till en ovilja att uppmärksamma alkoholproblem i vården och tveksamhet från individer med alkoholproblem att söka hjälp, och därför en försämrad folkhälsa med ökad dödlighet (alkoholdödligheten är i dag 10–20 gånger större än trafikdödligheten).
- Då det är demoraliserande med en låg regelefterlevnad. En studie från Vägverket visade att endast en av 1000 anmäls enligt körkortslagen.
- Ytterligare ett problem är att enstaka doktorer är nitiska anmälare, vilket skapar en ojämlikhet inför lagen.

Nuvarande lagstiftning ser ensidigt alkoholberoende som ett svårt kroniskt tillstånd med hög risk för rattfylleribrott, vilket inte stämmer med verkligheten. Därför repeteras:

- Det är en folksjukdom med 4,5 % prevalens
- Uppskattningsvis minst 30 % av befolkningen drabbas någon gång (beroende eller missbruk)
- Prognosen är god för merparten med 70 % självläkning efter 3 år i svenska studier
- Samtidig psykisk sjukdom, personlighetsstörning eller nedsatt kognitiv förmåga är ovanlig i gruppen som helhet (men vanligt hos de som söker vård på beroendekliniker)

4. Synpunkter på tolkning av EU-direktiv 2006/126/EG

EU-direktivet 2006/126/EG anger hinder för körkortsinnehav vid alkoholberoende. Man definierar dock ej alkoholberoende (till skillnad från Transportstyrelsen som hänvisar till ICD eller DSM-systemen). Även EU-direktivets term alkoholberoende kan, liksom svenskt regelverk, antas förutsätta de mer svårartade beroendetillstånden. Önskvärt vore en ändring av EU-direktiv 2006/126/EG, men i avvaktan på detta **bör EU-direktiv 2006/126/EG tolkas friare och mot bakgrund att direktivet endast avser de allvarligare tillstånden.**

5. Synpunkter på bedömning av hinder för körkortsinnehav

Vi anser att regelverket är för dikotomt och saknar tydlig möjlighet att körkort kan behållas och patienten kan fortsätta köra. Enl. kap. 10, 2§ i KK-lagen kan läkaren under vissa förutsättningar låta bli att anmäla om patienten avstår köra. **Det bör även finnas möjlighet att patienten kan fortsätta köra, under förutsättning av kontinuitet i läkarkontakt med plan för behandling eller kontroll,** och att det saknas uppenbara hinder. Kanske bör läkare även i dessa fall anmäla till Transportstyrelsen för att där uppmärksamma t.ex. tidigare rattfylleri? Dock inte troligt att sådan föreskrift följs.

Bedömning bör vara en helhetsbedömning innefattande individuella omständigheter samt kända prognostiska prediktorer (exempelvis kriminalitet, personlighetsstörning, blandmissbruk).

Vi anser att ingen av tillstånden i diagnostabellen ovan (utom F 10.7) med automatik ska utgöra hinder för körkortsinnehav. Däremot bör de beaktas med olika tyngd i en helhetsbedömning för innehav. Exempelvis ska ett milt alkoholberoende, utan övriga komplikationer, väga mindre än vid förekomst av psykotisk störning eller amnesi.

Vi föreslår att föreskriftens allmänna råd om nykterhet i 12 kap. 8§ ersätts eller kompletteras med begreppet lågriskkonsumtion. Föreskriftens ”nykterhet” definieras visserligen, men är ej i överensstämmelse med vedertagen uppfattning av nykterhet i alkoholavseende.

6. Synpunkter på biologiska markörer

Biologiska markörer kan endast återspegla senaste tidens alkoholkonsumtion, inte övriga riskfaktorer för att rattfylleribrott begås. PEth har därvidlag överlägsen sensitivitet och specificitet för att och detektera nyligt alkoholbruk, och har, hos en individ, tydlig dos-responskurva. CDT har hög specificitet, men låg sensitivitet för att detektera en hög alkoholkonsumtion.

Förutom att detektera högt alkoholbruk, kan biologiska markörer för att följa en individs alkoholkonsumtion över tid. Även relativt små förändringar av en måttlig alkoholkonsumtion återspeglas i förändrade värden inom referensintervallet. **Vi anser då att PEth, CDT, GT, ASAT och MCV alla är användbara som surrogatvariabler för att följa alkoholkonsumtion hos en individ.** PEth har då kortast halveringstid vilket kräver något tätare provtagning och MCV längst halveringstid. Av levermarkörerna speglar GT alkoholkonsumtionen bäst.

Föreskriften anger att värdena ska ligga inom referensintervall. Det är bra, men bedömningen kan skärpas betydligt om man följer förändringar inom referensintervall. Säkrast bedömning fås efter en verifierad helt alkoholfri period där patientens egna ”normalvärde” kan fastställas, och förändringar sedan följas. Alkoholkalender kan också vara ett terapeutiskt verktyg vid läkaruppföljningar över tid, där alkoholkonsumtionen kan relateras till biologiska markörer.

Synpunkter på TSFS 2010:125, 13 kap

Grovt rattfylleri är ett allvarligt brott och indikerar ett svårt alkoholberoende där rigorös kontroll är befogad.

Även rattfylleri är ett allvarligt brott En hög andel av dessa har ett mer allvarligt tillstånd och även här **bör därför krävas läkarkontakt över tid med behandlingsplan och läkarintyg.**

För Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Sven Wåhlin
SFAMs råd för levnadsvanefrågor

Magnus Isacson
SFAMs ordförande

Synpunkter till Transportstyrelsen angående översyn av TSFS 2010:125, 12 och 13 kap från

- Svensk förening för beroendemedicin (SFBM) och
- Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Synpunkter på TSFS 2010:125, 12 kap

1. Lättolkat regelverk

Vi anser att regelverket ska vara utformat så att icke juridiskt skolade lätt kan tillägna sig innehållet. Skälet är att detta främjar en högre grad av efterlevnad av regelverket. Regelverket är något svåröverskådligt, exempel:

För läkare är TSFS 2010:125 central. Dock regleras läkares anmälningsskyldighet i körkortslag 1998:448 och yrkestrafiklag 1998:490, samt särskilt läkarutlåtande i körkortsförordningen 1998:980. Kan lagtext återspeglas i författning eller på annat sätt göras tydligare?

Grundregeln när läkare ska anmäla är tydlig i t.ex. körkortslagen. I TSFS 2010:125 är det dock inte tydligt för icke juridiskt skolade vem som har vilket ansvar när "hinder för körkortsinnehav föreligger". Det bör framgå tydligare vad som är Transportstyrelsens ansvar.

2. Synpunkter på diagnoserna Missbruk och beroende

Vi anser att författningen bör utgå från diagnoser i WHO:s ICD-system. Vården använder i första hand ICD-10 (snart ersatt av ICD 11). Diagnossystemet DSM IV (där diagnoserna missbruk och beroende förekommer) är ersatt av DSM 5, där dessa diagnoser ersatts med diagnosen Substansbruksyndrom. I ICD 10 förekommer alkoholdiagnoserna (motsvarande för övriga substanser):

F10.0	Akut intoxikation orsakad av alkohol
F10.1	Skadligt bruk av alkohol
F10.2	Alkoholberoende
F10.3	Abstinens orsakad av alkohol
F10.4	Abstinens med delirium orsakad av alkohol
F10.5	Psykotisk störning orsakad av alkohol
F10.6	Amnesisyndrom orsakat av alkohol
F10.7	Psykotisk störning som resttillstånd eller med sen debut, orsakad av alkohol
F10.8	Andra specificerade psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
F10.9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, ospecificerade
F10.2A	Alkoholberoende med fysiologiska tecken på beroende
F10.2B	Alkoholberoende utan fysiologiska tecken på beroende
F10.2X	Alkoholberoende, ospecificerat
F10.7A	Alkohol demens

F10.7W Alkoholorsakade psykiska störningar och beteendestörningar som resttillstånd eller med sen debut, utom alkoholdemens

DSM IV diagnosen Missbruk innefattar sociala och legala konsekvenser och är inte enkelt översättbar med ICD diagnosen Skadligt bruk (som enbart innefattar hälsokonsekvenser). Alkoholberoende är dock likartat definierad i bägge systemen.

3. Synpunkter på hinder för innehav vid diagnoserna beroende och missbruk

Vi anser det orimligt att diagnoserna alkoholberoende och missbruk automatiskt utgör hinder för innehav eller framföra fordon.

Allvarliga tillstånd av alkoholberoende och missbruk är vanliga inom beroendevården, och dessa bör oftast utgöra hinder för körkortsinnehav även fortsättningsvis. Patienter inom beroendevården utgör dock en minoritet av alla med beroendeproblem. De flesta söker aldrig vård. I hela befolkningen är alkoholberoende och missbruk mycket vanligt förekommande tillstånd, där en stor majoritet har måttliga eller milda tillstånd. Punktprevalensen för alkoholberoende är ca 4,5 %, för missbruksdiagnosen saknas siffror. I USA (där invånarna dricker mindre än i Sverige) visar den mycket omfattande NESARC-studien för alkoholberoende en punktprevalens 3,8 %, livtidsprevalens 12,5 % och för missbruk knappt 4,7 % resp. 17,8 %.

Nuvarande regelverk är orimligt

- Då det innebär att uppskattningsvis minst 30 % av befolkningen skulle ha hinder för körkortsinnehav någon gång under livet och potential att utsättas för omfattande myndighetsingripande.
- Då konsekvenserna av en stor regelefterlevnad skulle medföra en av intygsskrivning överbelastad sjukvård och, vem vet, kanske fördubblad befolkning i Borlänge, med tanke på Transportstyrelsens ökade personalbehov.
- Då det bidrar till en ovilja att uppmärksamma alkoholproblem i vården och tveksamhet från individer med alkoholproblem att söka hjälp, och därför en försämrad folkhälsa med ökad dödlighet (alkoholdödligheten är i dag 10–20 gånger större än trafikdödligheten).
- Då det är demoraliserande med en låg regelefterlevnad. En studie från Vägverket visade att endast en av 1000 anmäls enligt körkortslagen.
- Ytterligare ett problem är att enstaka doktorer är nitiska anmälare, vilket skapar en ojämlikhet inför lagen.

Nuvarande lagstiftning ser ensidigt alkoholberoende som ett svårt kroniskt tillstånd med hög risk för rattfylleribrott, vilket inte stämmer med verkligheten. Därför repeteras:

- Det är en folksjukdom med 4,5 % prevalens
- Uppskattningsvis minst 30 % av befolkningen drabbas någon gång (beroende eller missbruk)
- Prognosen är god för merparten med 70 % självläkning efter 3 år i svenska studier
- Samtidig psykisk sjukdom, personlighetsstörning eller nedsatt kognitiv förmåga är ovanlig i gruppen som helhet (men vanligt hos de som söker vård på beroendekliniker)

4. Synpunkter på tolkning av EU-direktiv 2006/126/EG

EU-direktivet 2006/126/EG anger hinder för körkortsinnehav vid alkoholberoende. Man definierar dock ej alkoholberoende (till skillnad från Transportstyrelsen som hänvisar till ICD eller DSM-systemen). Även EU-direktivets term alkoholberoende kan, liksom svenskt regelverk, antas förutsätta de mer svårartade beroendetillstånden. Önskvärt vore en ändring av EU-direktiv 2006/126/EG, men i avvaktan på detta **bör EU-direktiv 2006/126/EG tolkas friare och mot bakgrund att direktivet endast avser de allvarligare tillstånden.**

5. Synpunkter på bedömning av hinder för körkortsinnehav

Vi anser att regelverket är för dikotomt och saknar tydlig möjlighet att körkort kan behållas och patienten kan fortsätta köra. Enl. kap. 10, 2§ i KK-lagen kan läkaren under vissa förutsättningar låta bli att anmäla om patienten avstår köra. **Det bör även finnas möjlighet att patienten kan fortsätta köra, under förutsättning av kontinuitet i läkarkontakt med plan för behandling eller kontroll,** och att det saknas uppenbara hinder. Kanske bör läkare även i dessa fall anmäla till Transportstyrelsen för att där uppmärksamma t.ex. tidigare rattfylleri? Dock inte troligt att sådan föreskrift följs.

Bedömning bör vara en helhetsbedömning innefattande individuella omständigheter samt kända prognostiska prediktorer (exempelvis kriminalitet, personlighetsstörning, blandmissbruk).

Vi anser att ingen av tillstånden i diagnostabellen ovan (utom F 10.7) med automatik ska utgöra hinder för körkortsinnehav. Däremot bör de beaktas med olika tyngd i en helhetsbedömning för innehav. Exempelvis ska ett mildt alkoholberoende, utan övriga komplikationer, väga mindre än vid förekomst av psykotisk störning eller amnesi.

Vi föreslår att föreskriftens allmänna råd om nykterhet i 12 kap. 8§ ersätts eller kompletteras med begreppet lågriskkonsumtion. Föreskriftens ”nykterhet” definieras visserligen, men är ej i överensstämmelse med vedertagen uppfattning av nykterhet i alkoholavseende.

6. Synpunkter på biologiska markörer

Biologiska markörer kan endast återspegla senaste tidens alkoholkonsumtion, inte övriga riskfaktorer för att rattfylleribrott begås. PEth har därvidlag överlägsen sensitivitet och specificitet för att och detektera nyligt alkoholbruk, och har, hos en individ, tydlig dos-responskurva. CDT har hög specificitet, men låg sensitivitet för att detektera en hög alkoholkonsumtion.

Förutom att detektera högt alkoholbruk, kan biologiska markörer för att följa en individs alkoholkonsumtion över tid. Även relativt små förändringar av en måttlig alkoholkonsumtion återspeglas i förändrade värden inom referensintervallet. **Vi anser då att PEth, CDT, GT, ASAT och MCV alla är användbara som surrogatvariabler för att följa alkoholkonsumtion hos en individ.** PEth har då kortast halveringstid vilket kräver något tätare provtagning och MCV längst halveringstid. Av levermarkörerna speglar GT alkoholkonsumtionen bäst.

Föreskriften anger att värdena ska ligga inom referensintervall. Det är bra, men bedömningen kan skärpas betydligt om man följer förändringar inom referensintervall. Säkrast bedömning fås efter en verifierad helt alkoholfri period där patientens egna ”normalvärde” kan fastställas, och förändringar sedan följas. Alkoholkalender kan också vara ett terapeutiskt verktyg vid läkaruppföljningar över tid, där alkoholkonsumtionen kan relateras till biologiska markörer.

Synpunkter på TSFS 2010:125, 13 kap

Grovt rattfylleri är ett allvarligt brott och indikerar ett svårt alkoholberoende där rigorös kontroll är befogad.

Även rattfylleri är ett allvarligt brott. En hög andel av dessa har ett mer allvarligt tillstånd och även här **bör därför krävas läkarkontakt över tid med behandlingsplan och läkarintyg.**

För SFAM
Sven Wåhlin

För SFBM
Sven Wåhlin
Martin Hammar

Yttrande från svensk Trafikmedicinsk Förening, STMF, sektion av Läkaresällskapet, om Transportstyrelsens påbörjade översynsarbete av de trafikmedicinska kraven gällande bruk av substans i Transportstyrelsens föreskrifter - (TSFS 2010:125) kap. 12 och 13.

STMF anser att Transportstyrelsen nya förfaringssätt att redan i starten av det avsedda förändringsarbetet be om synpunkter är bra.

Inför sammanställande av STMFs synpunkter har en bred intern aktivitet för att samla in synpunkter genomförts bland det dryga 100 tal medlemmarna samt bland andra kliniskt verksamma läkare. Däribland företagsläkare, allmänläkare och några psykiatriker som arbetar med frågorna om medicinsk lämplighet för körkortsinnehav. STMF har också genom en "efterlysning" av synpunkter på den mailchat som kallas "Ordbytet" fått synpunkter från några av de allmänläkare som är aktiva där.

STMF anser:

1. Detta medicinska område är sannolikt det mest betydelsefulla från ett trafiksäkerhetsperspektiv och sjukdomen beroende sannolikt den sjukdom som orsakar flest skadehändelser av alla sjukdomar.
2. Det är viktigt att beakta att det till skillnad från begreppet rattfylleri handlar om tillstånd med lång varaktighet och över åren ökande risker i trafiken. Skrivningen i 13 kap gör en värdefull och relevant koppling mellan rattfylleribrottet och sjukdomstillstånden och den prövning som sker vid de brott som här anges är rimlig även om det inte finns någon känd diagnos bakom de regler som finns i kap 13.
3. Det är även viktigt att beakta att de svenska föreskrifterna är långt mer utvecklade och kliniskt användbara än i de flesta andra länder i Europa. I flera avseenden är de ett europeiskt föredöme och innehåller just den vidareutveckling som behövs i relation till den kortfattade skrivningen i EUs körkortsdirektivs Annex III. I ett nyligen avslutat arbete inom den europeiska körkortsorganisationen CIECA är rekommendationen till EU-kommissionen och dess Körkortskommitté att tillsätta en ny medicinsk expertgrupp för att revidera den otillräckliga text som finns när det gäller alkoholrelaterade sjukdomar. Här kan de svenska föreskrifterna tjäna som ett viktigt diskussionsunderlag.
4. Det kan övervägas om de svenska föreskrifterna kan göras ännu mer lättillgängliga för den läkare som ska tillämpa dem. Här behövs ett förenklat juridiskt språk eller en förklarande text, i de medicinska föreskrifterna eller annat dokument.
5. De nuvarande svenska reglerna är föråldrade när det gäller biomarkörer för hög alkoholkonsumtion. De idag obligatoriska CDT och GT bör bytas ut mot Peth + ytterligare en annan, valfri markör. Skrivningen med förslag på andra lämpliga markörer som finns idag är bra och bör behållas men uppdateras. I ett eventuellt byte av CDT till Peth bör det beaktas vilken nivå som ska betraktas som ekvivalent när det gäller skadlig konsumtion och även det faktum att Peth är ett dyrare prov.
6. När det gäller diagnosättningssystemet är DSM IV inaktuellt. Med tanke på den debatt som finns om det amerikanska psykiatridiagnossystemet DSM och det faktum att det inte är dessa diagnoser som används i svenska medicinska journaler kan DSM

nu tas bort. De användbara diagnoskriterier som finns i DSM 5 är inte fritt tillgängliga då DSM omfattas av copyrightregler och det är också därför olämpligt att DSM används i ett svenskt myndighetssammanhang.

7. De regler som utgår från diagnoser bör i stället gälla utifrån ICD av aktuell version (ICD 10 idag).
8. Formuleringen i 12 kap 2 § "om diagnosen ... ställts utifrån vedertagen medicinsk praxis eller om det utifrån tillgänglig information kan bedömas att kriterierna för sådan diagnos är uppfyllda." är användbar och kan kvarstå.
9. Det bör övervägas om diagnosen missbruk ska ersättas med diagnosen "skadligt bruk" från ICD.
10. Att den ställda diagnosen i sig är hinder för körkort är rimligt men det bör finnas ett utrymme för att den som söker vård för sin sjukdom inte bemöts med ett omedelbart återkallande av körkortet. Det som sägs i 14 § är bra men behöver utvecklas för att ge tydligare riktlinjer för behandlande läkares agerande.
11. Det är värdefullt att begreppet "nykterhet" definieras så som i 6-8 §§ och att längden av den varaktigt verifierade nykterhet som krävs för att återfå/behålla sitt körkort definieras så som det görs idag i 9 §.
12. Den detaljerade beskrivningen i 11-12 §§ av vad som krävs för att anse att tiden av varaktigt verifierad nykterhet är god nog är värdefull. Detta gäller bland annat beträffande att provtagningen ska ske "oannonserad", samt övervakad och att verifiering vid ackrediterat laboratorium ska ske vid positivt fynd.
13. Skrivningen om regelbundet läkarordinerat bruk av läkemedel i 16 § som inte är beroende kan behöva skrivas på ett enklare sätt för att tydligare särskiljas från det som gäller om det finns ett beroende av läkarordinerade läkemedel.
14. Skrivningen om hårprov som metod för att styrka drogfrihet är värdefull. Det faktum att den vanliga drogen Cannabis numera inte analyseras behöver beaktas i en ny skrivning. Behöver hårprovet då alltid kompletteras med urinprover? I så fall hur ofta och hur många?
15. I Norge finns ett system med gränsvärden när det gäller bilkörning avseende läkarordinerade läkemedel som kan påverka psyket, uppmärksamheten och omdömet. STMF anser att Transportstyrelsen bör utreda möjligheten till sådana regler också i Sverige.

Inom STMF är vi även beredda att be någon av de kliniskt aktiva medlemmarna som arbetar med dessa frågor att delta i Transportstyrelsens expertgrupp om Transportstyrelsen så önskar.