

# Översyn alkohol, narkotika och läkemedel

En översyn av de medicinska kraven om alkohol, narkotika  
och läkemedel i Transportstyrelsens föreskrifter om  
medicinska krav för innehav av körkort

© Transportstyrelsen

Väg och järnväg  
Enhet Trafikant

Rapporten finns tillgänglig på Transportstyrelsens webbplats [www.transportstyrelsen.se](http://www.transportstyrelsen.se)

Dnr/Beteckning TSV 2020-8962  
Månad År November 2022

Eftertryck tillåts med angivande av källa.

## Sammanfattning

Transportstyrelsen har sedan våren 2021 arbetat med en översyn av de medicinska kraven om bruk av substanser som påverkar förmågan att köra motordrivna fordon (t.ex. alkohol, narkotika och läkemedel) samt kraven som gäller för personer som under de senaste fem åren fällts för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri och som ansöker om körkortstillstånd. Dessa bestämmelser finns i 12 och 13 kap. i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m..

### Jämförande granskning

Bestämmelserna har funnits i många år, och från Transportstyrelsens sida ansåg vi det motiverat att se över medicinföreskrifterna och jämföra kraven däri dels med kraven i körkortsdirektivet<sup>1</sup>, dels med nationella krav i andra länder i Europa. I översynen har vi granskat reglerna i fyra europeiska länder: Danmark, Finland, Norge och Storbritannien. Vi har fått synpunkter från intresseorganisationer, hälso- och sjukvården och andra myndigheter. Även medborgare har haft möjlighet att lämna synpunkter. Internt har vi fått många synpunkter, bland annat från Transportstyrelsens körkortsavdelning. En expertpanel med externa läkare med olika specialistkompetens, bland annat inom beroendemedicin och allmänmedicin samt experter inom laboriemedicinområdet har deltagit. Även Transportstyrelsens läkare har deltagit i arbetet.

I körkortsdirektivets bilaga III finns de krav som ligger till grund för Transportstyrelsens föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort. Vi har analyserat och tolkat bilaga III för att ta reda på om medicinföreskrifterna uppfyller direktivets minimikrav om alkohol respektive narkotika och läkemedel. Vår slutsats är att medicinföreskrifterna uppfyller minimikraven.

### Svenska särkrav

Analysen av körkortsdirektivet har också tydliggjort för oss att Transportstyrelsens medicinföreskrifter i flera avseenden är strängare än körkortsdirektivet; våra föreskrifter innehåller så kallade särkrav.

De identifierade särkraven är följande:

- diagnosen missbruk av alkohol som hinder för körkortsinnehav
- villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende.

---

<sup>1</sup> Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/126/EG av den 20 december 2006 om körkort, bilaga III.

Vi kan konstatera att mycket talar för att särkraven ska behållas, men det behöver utredas vidare i vilken utsträckning och hur de i sådant fall ska vara utformade. Eventuella konsekvenser av en ny utformning måste utredas enligt kraven i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredningar vid regelgivning.

### **Ändringar inom körkortsdirektivets ram**

Vår översyn har också visat att körkortsdirektivets krav är av övergripande karaktär och att man har överlämnat åt medlemsländerna att själva reglera detaljerna. Kraven i medicinföreskrifterna ligger inom det regleringsutrymme som körkortsdirektivet medger, men det kan ändå finnas anledning att utreda vidare hur framtida bestämmelser bör vara utformade inom det utrymme som finns. Eftersom flera delar behöver utredas vidare kan Transportstyrelsen i detta skede inte ta ställning till allt som kan komma att behöva revideras. Men redan nu kan vi konstatera att följande delar kan komma att behöva ändras:

- hänvisningar till diagnosverktyg
- bestämmelser om provtagning avseende alkohol (bl.a. ersätta obligatoriska biomarkören GT med PEth)
- begreppet regelbundet missbruk av narkotika och läkemedel (i medicinföreskrifterna diagnosen missbruk).

### **Ändringar inom ramen för svensk lag och förordning**

Bestämmelserna i medicinföreskrifternas 13 kap. riktar sig till personer som under de senaste fem åren dömts för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri och som ansöker om körkortstillstånd. Dessa bestämmelser baseras på krav i svensk lag och förordning som Transportstyrelsen behöver förhålla sig till, men det kan ändå finnas anledning att utreda vidare hur framtida bestämmelser i denna del av medicinföreskrifterna bör vara utformade inom ramen för Transportstyrelsens bemyndigande.

### **Tydligare föreskrifter för effektivare tillämpning**

Översynen har även blottlagt otydligheter i medicinföreskrifterna, både vad gäller innehåll och struktur. För medborgaren och hälso- och sjukvården kan en revidering av medicinföreskrifterna förtydliga vad som gäller för att få ha körkort och vad som krävs för att få tillbaka körkortet vid substansbruksproblematik. Ett exempel är att det blir lättare för läkaren att bedöma om en person uppfyller kraven eller inte. Vissa begrepp kommer att klargöras, och hänvisningar till diagnosverktyg kommer att uppdateras. Att ersätta alkoholmarkören GT med PEth kan det medföra ökade kostnader, men det övervägs av en effektivisering, eftersom PEth är lämpligare för att påvisa eller avfärda hög regelbunden alkoholöverkonsumtion.

### **Kommer de transportpolitiska målen att påverkas?**

De föreslagna förändringarna kan komma att påverka de transportpolitiska målen, till exempel funktionsmålet, som bland annat handlar om tillgänglighet för människor, och hänsynmålet, där bland annat säkerhet och hälsa ingår.

### **Kommande fjärde körkortsdirektiv**

EU-kommissionen har påbörjat en översyn av körkortsdirektivet från 2006. Vi vet i dagsläget inte vilka förändringar som kommer att genomföras i ett kommande fjärde körkortsdirektiv eller när dessa kommer att träda i kraft. Vi föreslår därför att det påbörjas ett föreskriftsarbete utifrån gällande krav.

## Begrepp och förkortningar

Begrepp, förkortning	Förklaring
<b>Behörigheter</b>	
Lägre behörigheter	Motsvarar körkort för fordon av typ moped, motorcykel och bil. I Sverige ingår även traktorkort i begreppet lägre behörigheter.
Högre behörigheter	Motsvarar körkort för fordon av typ lastbil och buss. I Sverige ingår även taxiförarlegitimation i begreppet högre behörigheter.
Grupp 1	A, A1, A2, AM, B, B1 och BE (definition körkortsdirektivet).
Grupp 2	C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 och D1E (definition körkortsdirektivet).
Grupp I	AM, A1, A2, A, B, BE samt behörighet för traktor (definition körkortsförordningen).
Grupp II	Behörigheterna i grupp I och C1, C1E, C och CE (definition körkortsförordningen).
Grupp III	Behörigheterna i grupp I och II samt behörigheterna D1, D1E, D, DE samt innehav av taxiförarlegitimation (definition körkortsförordningen och medicinföreskrifterna).
AM	Moped klass I.
A1	Lätt två- eller trehjulig motorcykel.
A2	1. Tvåhjulig motorcykel som har en nettoeffekt av högst 35 kilowatt och ett förhållande mellan nettoeffekt och tjänstevikt som inte överstiger 0,2 kilowatt/kilogram och som, om fordonets

Begrepp, förkortning	Förklaring
<b>Behörigheter</b>	
	originalutförande har ändrats, har sitt ursprung i ett fordon med högst den dubbla effekten. 2. Lätt trehjulig motorcykel.
A	Två- och trehjulig motorcykel oavsett slagvolym, effekt och förhållande mellan nettoeffekt och tjänstevikt.
B	1. Personbil med totalvikt av högst 3,5 ton och lätt lastbil samt enbart ett lätt släpfordon som är kopplat till en sådan bil. 2. Trehjulig motorcykel. 3. Fyrhjulig motorcykel.
BE	Bil som omfattas av behörighet B och ett eller flera släpfordon som är kopplade till sådan bil, om släpfordonens sammanlagda totalvikt inte överstiger 3,5 ton.
C1	Tung lastbil med totalvikt av högst 7,5 ton och personbil med totalvikt över 3,5 ton men inte 7,5 ton samt enbart ett lätt släpfordon som är kopplat till sådan bil.
C1E	Bil som omfattas av behörighet C1 eller B och ett eller flera släpfordon som är kopplade till sådan bil om bilens och släpfordonens sammanlagda totalvikt inte överstiger 12 ton.
C	Tung lastbil och personbil med totalvikt över 3,5 ton samt enbart ett lätt släpfordon som är kopplat till sådan bil.

<b>Begrepp, förkortning</b>	<b>Förklaring</b>
<b>Behörigheter</b>	
CE	Bil som omfattas av behörighet C samt ett eller flera släpfordon, oavsett vikt, som är kopplade till sådan bil.
D1	Buss som är konstruerad och tillverkad för att ta högst 16 passagerare utöver föraren och vars längd inte överskrider åtta meter samt enbart ett lätt släpfordon som är kopplat till en sådan buss.
D1E	Buss som omfattas av behörighet D1 samt ett eller flera släpfordon, oavsett vikt, som är kopplade till sådan buss.
D	Buss som är konstruerad och tillverkad för att ta fler än åtta passagerare utöver föraren samt enbart ett lätt släpfordon, oavsett vikt, som är kopplade till sådan buss.
DE	Buss som omfattas av behörighet D samt ett eller flera släpfordon, oavsett vikt, som är kopplade till sådan buss.

<b>Begrepp, förkortning</b>	<b>Förklaring</b>
<b>Medicinska begrepp</b>	
ALAT	Alaninaminotransferas
ASAT	Aspartataminotransferas
AUDIT (Alcohol Use Disorders)	Ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion (Socialstyrelsen)



Begrepp, förkortning	Förklaring
<b>Medicinska begrepp</b>	
Identification Test)	
CDG-syndrom	Medfödda glykosyleringssyndrom, Congenital disorders of glycosylation
CDT	Kolhydratfattigt transferrin, Carbohydrate-deficient transferrin
CRA	Community reinforcement approach
DMT	N,N-dimetyltryptamin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders är en handbok för psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar som ges ut av American Psychiatric Association (APA)
DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)	Ett bedömningsinstrument som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem (Socialstyrelsen)
GBL	Gammabutyrolaktron, kemisk intermediärsubstans
GHB	Gamma-hydroxybutyrat, lösningsmedel
GT	Glutamyltransferas
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems är WHO:s klassifikationssystem för diagnoser
KBT	Kognitiv beteendeterapi, Cognitive behavioural therapy (CBT)

Begrepp, förkortning	Förklaring
<b>Medicinska begrepp</b>	
LARO	Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende
LSD	Lysergsyradietylamid, hallucinogen drog
MCV	Erytrocyter Medelcellsvolym
MET	Motivationshöjande behandling, Motivational enhancement therapy
NPS	Nya psykoaktiva substanser eller s.k. nättdroger
PEth	Fosfatidyletanol, Phosphatidyletanol
SBNT	Social behaviour network therapy

Begrepp, förkortning	Förklaring
<b>Andra förkortningar</b>	
DRUID	Europeiska unionens forskningsprojekt, Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines
DVLA	Storbritanniens körkortsmyndighet, Driver and Vehicle Licencing Agency
EMCDDA	Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk
ICADTS	The International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety

KAPUBRA	Kartläggning, Prevention, Uppföljning och Behandling av Rattfyllerister, Karolinska institutet, beroendecentrum Stockholm
SMADIT	Samverkan mot alkohol och droger i trafiken
VTI	Statens väg- och transportforskningsinstitut

## Innehåll

<b>BEGREPP OCH FÖRKORTNINGAR.....</b>	<b>6</b>
<b>INNEHÅLL .....</b>	<b>12</b>
<b>1 ÖVERSYNENS VIKTIGASTE SLUTSATSER – EN SAMMANFATTNING....</b>	<b>19</b>
1.1 Hur förhåller sig medicinföreskrifterna till kraven i körkortsdirektivet? ..	19
1.2 Är Sverige strängare än andra länder i Europa? .....	19
1.3 Synpunkter från medborgare, hälso- och sjukvården och andra myndigheter .....	20
1.4 Behöver medicinföreskrifterna ändras? .....	20
1.4.1 Identifierade särkrav .....	21
1.4.2 Övrigt .....	22
1.5 Föreslagna förändringar ur tre olika perspektiv .....	23
1.5.1 Medborgarens perspektiv .....	23
1.5.2 Hälso- och sjukvårdens perspektiv .....	24
1.5.3 Samhällsperspektiv .....	24
<b>2 INLEDNING .....</b>	<b>25</b>
2.1 Bakgrund.....	25
2.1.1 En historisk genomgång av föreskrifterna om substanser som påverkar förmågan att köra motordrivna fordon .....	26
2.2 Syftet med översynen .....	27
2.3 Målet med översynen .....	27
2.4 Tillvägagångssätt .....	27
2.4.1 Insamling av synpunkter .....	27
2.4.2 Aktuellt kunskapsläge .....	28
2.4.3 Regler i andra länder i Europa .....	28
2.4.4 Tolkning av körkortsdirektivet .....	28
2.4.5 Medicinföreskrifterna .....	29
2.4.6 Avgränsningar .....	29
2.4.7 Disposition .....	29
<b>3 TOLKNING AV KÖRKORTSDIREKTIVET OCH DESS OLIKA SPRÅKVERSIONER .....</b>	<b>30</b>
3.1 Körkortsdirektivets avsnitt om alkohol, narkotika och läkemedel .....	31
3.2 Transportstyrelsens analys av kraven om alkohol, narkotika och läkemedel i körkortsdirektivets bilaga III .....	32
3.2.1 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14 .....	32
3.2.2 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.1 .....	32
3.2.3 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.2 .....	33
3.2.4 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15 .....	34
3.2.5 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15.1 .....	35

3.2.6	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15.2 .....	36
<b>4</b>	<b>HUR ÄR KÖRKORTSDIREKTIVET INFÖRLIVAT I MEDICINFÖRESKRIFTERNA NÄR DET GÄLLER AVSNITTEN OM ALKOHOL, NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL? .....</b>	<b>37</b>
4.1	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14 .....	37
4.2	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.1 .....	38
4.2.1	Begreppet beroende .....	38
4.2.2	Beroende som hinder för körkortsinnehav .....	39
4.2.3	Inte i stånd från att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd .....	39
4.2.4	Intygad avhållsperiod som stöds av ett läkarutlåtande .....	40
4.2.5	Regelbundna hälsokontroller .....	41
4.3	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.2 .....	41
4.4	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15 .....	42
4.4.1	Begreppet beroende .....	42
4.4.2	Begreppet regelbundet missbruk .....	43
4.4.3	Begreppet psykofarmaka .....	43
4.4.4	Beroende eller regelbundet missbruk som hinder för körkortsinnehav .....	44
4.5	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15.1 .....	45
4.6	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15.2 .....	45
4.7	Sammanfattning av hur körkortsdirektivets har införlivats i medicinföreskrifterna när det gäller kraven om alkohol, narkotika och läkemedel .....	46
<b>5</b>	<b>SÄRSKILT OM VISSA BESTÄMMELSER I MEDICINFÖRESKRIFTERNAS KAPITEL OM ALKOHOL, NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL SOM INTE ÅTERFINNS I KÖRKORTSDIREKTIVETS AVSNITT OM ALKOHOL, NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL .....</b>	<b>48</b>
5.1	Missbruk av anabola steroider .....	48
5.2	Diagnosen missbruk av alkohol som hinder för körkortsinnehav .....	48
5.3	Verifiering av nykterhet under olika former av tvång såsom vistelse eller vård .....	49
5.4	Undantag från vissa krav vid god prognos .....	50
5.5	Deltagande i behandlingsprogram med ett ersättningspreparat .....	51
5.6	Villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende .....	52
5.7	Särskilda krav vid grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri under påverkan av narkotika .....	52
5.7.1	Villkorsuppföljning med läkarintyg efter grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri .....	53
5.8	Sammanfattning av om kraven om alkohol, narkotika och läkemedel i medicinföreskrifterna som inte återfinns i avsnittet om alkohol, narkotika och läkemedel i körkortsdirektivets utgör särkrav eller inte .....	54

<b>6</b>	<b>HUR LÄNDERNA I ÖVERSYPEN HAR IMPLEMENTERAT KÖRKORTSDIREKTIVETS KRAV OM ALKOHOL, NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL.....</b>	<b>55</b>
6.1	Valda länders regler och vägledande dokument avseende körkortsdirektivets medicinska krav om alkohol, narkotika och läkemedel.....	55
6.2	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14 .....	56
6.3	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1 .....	57
6.4	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.2 .....	62
6.5	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15 .....	63
6.6	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.1 .....	66
6.7	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.2 .....	67
6.8	Sammanfattning av hur länderna i översynen har implementerat körkortsdirektivets krav om alkohol, narkotika och läkemedel .....	69
<b>7</b>	<b>SYNPUNKTER OCH ANALYS AV 12 KAP. BRUK AV SUBSTANS SOM PÅVERKAN FÖRMÅGAN ATT KÖRA MOTORDRIVET FORDON .....</b>	<b>71</b>
7.1	1 § .....	71
7.1.1	Beskrivning .....	71
7.1.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	72
7.1.3	Synpunkter på exemplifieringarna av psykoaktiva substanser .....	72
7.1.4	Synpunkter på begreppet opiater .....	74
7.1.5	Synpunkter på skrivelsen om anabola steroider .....	75
7.2	2 § .....	76
7.2.1	Beskrivning .....	76
7.2.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	76
7.2.3	Synpunkter på diagnosen beroende .....	77
7.2.4	Synpunkter om vem som får ställa diagnos .....	79
7.3	3 § .....	79
7.3.1	Beskrivning .....	79
7.3.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	80
7.3.3	Synpunkter på diagnosen missbruk .....	81
7.3.4	Synpunkter om vem som får ställa diagnos .....	83
7.4	4 § .....	83
7.4.1	Beskrivning .....	84
7.4.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	84
7.4.3	Synpunkter om klassifikationssystem för diagnoser .....	84
7.4.4	Synpunkter om hänvisningar till specifika versioner av klassifikationsverktyg.....	85
7.5	5 § .....	86
7.5.1	Beskrivning .....	86
7.5.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	86
7.5.3	Synpunkter om att bruk av anabola steroider kan ge upphov till beroende .....	86
7.5.4	Synpunkter om huruvida bestämmelsen behöver finnas kvar? .....	88

7.6	6 och 7 §§	88
7.6.1	Beskrivning	88
7.6.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen	89
7.6.3	Synpunkter om förekomsten av diagnos som diskvalificerande faktor	90
7.6.4	Synpunkter om hindersparagrafernas koppling till andra paragrafer	91
7.6.5	Synpunkter om beroendediagnos som hinder	92
7.7	8 §	93
7.7.1	Beskrivning	93
7.7.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen	94
7.7.3	Synpunkter om begreppen avhållsamhet, nykterhet och lågriskkonsumtion	94
7.7.4	Synpunkter om bedömning av nykterhet vid diagnos och läkarordinerat bruk av samma substans	97
7.8	9 §	98
7.8.1	Beskrivning	98
7.8.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen	99
7.8.3	Synpunkter om längden på observationstiden	99
7.9	10 §	104
7.9.1	Beskrivning	104
7.9.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen	105
7.9.3	Synpunkter om vad som avses med begreppet "eller motsvarande"	105
7.9.4	Synpunkter om begreppet "kontrollerad nykterhet"	106
7.9.5	Synpunkter om förtydligande om när paragrafen är tillämplig	106
7.10	11 §	107
7.10.1	Beskrivning	107
7.10.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen	109
7.10.3	Synpunkter om begreppet "annan rehabilitering"	111
7.10.4	Synpunkter om begreppen "frekventa" och "upprepade prover"	111
7.10.5	Synpunkter om tätare provtagning vid avhållsamhet av alkohol	112
7.10.6	Synpunkter om substansgrupperna i allmänna rådet	113
7.11	12 §	116
7.11.1	Beskrivning	116
7.11.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen	119
7.11.3	Synpunkter om obligatoriska alkoholmarkörer	120
7.11.4	Synpunkter om provtagning i blod eller urin	123
7.11.5	Synpunkter om håranalys av narkotika	124
7.11.6	Synpunkter om provtagning med kort varsel	125
7.11.7	Synpunkter om möjlighet till salivprov gällande narkotika	125
7.12	13 §	126
7.12.1	Beskrivning	126

7.12.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	126
7.12.3	Synpunkter om samsjuklighet och prognosbedömning.....	127
7.13	14 § .....	127
7.13.1	Beskrivning .....	127
7.13.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	128
7.13.3	Synpunkter om att undantagsmöjligheten är en motiverande faktor.....	128
7.13.4	Synpunkter om god prognos .....	129
7.13.5	Synpunkter om kopplingen till hinderparagraferna.....	130
7.13.6	Synpunkter om undantagsmöjligheten strider mot körkortsdirektivet .....	130
7.14	15 § .....	131
7.14.1	Beskrivning .....	131
7.14.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	132
7.14.3	Synpunkter om begreppet läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende .....	133
7.14.4	Synpunkter om att det finns situationer som inte regleras i medicinföreskrifterna .....	133
7.14.5	Synpunkter om att det är skillnader i observationstidens längd vid befintligt körkortsinnehav och vid ansökan om körkortstillstånd.....	134
7.15	16 § .....	135
7.15.1	Beskrivning .....	135
7.15.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	135
7.15.3	Synpunkter om läkarordinerade trafikfarliga läkemedel .....	135
7.15.4	Synpunkter om diagnos och läkarordinerat bruk av samma substans som diagnosen relaterar till.....	136
7.16	17 § .....	137
7.16.1	Beskrivning .....	137
7.16.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	137
7.16.3	Synpunkter om längden på villkorsuppföljningen.....	139
7.16.4	Synpunkter särskilt om villkorsuppföljning vid läkemedelsbehandling mot överkonsumtion av alkohol.....	142
7.17	18 § .....	143
7.17.1	Beskrivning .....	143
7.17.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	144
7.17.3	Synpunkter och bedömning.....	144
7.18	19 § .....	144
7.18.1	Beskrivning .....	144
7.18.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	145
7.18.3	Synpunkter om längden på villkorsuppföljningen.....	145
7.18.4	Synpunkter om villkorsuppföljning vid regelbundet läkarordinerat bruk enligt 16 § .....	147
7.19	20 § .....	148
7.19.1	Beskrivning .....	148
7.19.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	148



7.19.3	Synpunkter om utformningen och begrepp .....	148
7.20	21 § .....	149
7.20.1	Beskrivning .....	149
7.20.2	Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen .....	149
<b>8</b>	<b>SYNPUNKTER OCH ANALYS AV 13 KAP. SÄRSKILT LÄKARUTLÅTANDE EFTER GROVT RATTFYLLERI OCH EFTER UPPREPADE FALL AV RATTFYLLERI.....</b>	<b>150</b>
8.1	1 § .....	151
8.1.1	Beskrivning .....	151
8.1.2	Synpunkt om att uppföljning av rattfyllerister är befogat .....	151
8.2	2 § .....	152
8.2.1	Beskrivning .....	152
8.2.2	Synpunkt om underlåtenhet att komma till provtagning .....	153
8.2.3	Synpunkter om förtydligade av allmänna rådet.....	154
8.3	3 § .....	154
8.3.1	Beskrivning .....	154
8.3.2	Synpunkter och bedömning.....	154
8.4	4 § .....	155
8.4.1	Beskrivning .....	155
8.4.2	Synpunkter huruvida lång utredning av diagnosfrågan är motiverad?.....	155
8.5	5 § .....	159
8.5.1	Beskrivning .....	159
8.5.2	Synpunkter och bedömning.....	159
8.6	6 § .....	159
8.6.1	Beskrivning .....	159
8.6.2	Synpunkter och bedömning.....	160
8.7	Medicinska regler gällande rattfylleri i Danmark, Finland, Norge och Storbritannien.....	160
<b>9</b>	<b>SLUTSATSER OCH MEDSKICK TILL KOMMANDE REGELUTVECKLINGSARBETE .....</b>	<b>162</b>
9.1	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14 .....	162
9.2	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1 .....	163
9.2.1	Begreppet beroende.....	163
9.2.2	Beroende som hinder för körkortsinnehav .....	164
9.2.3	Inte i stånd från att föra motorfordon i alkoholpåverkat tillstånd .....	165
9.2.4	Intygad avhållsperiod som stöds av ett läkarutlåtande .....	167
9.2.5	Regelbundna hälsokontroller.....	170
9.3	Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.2.....	171
9.4	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15 .....	172
9.4.1	Begreppet beroende.....	172
9.4.2	Begreppet regelbundet missbrukar .....	172

9.4.3	Begreppet psykofarmaka .....	174
9.4.4	Beroende eller regelbundet missbruk som hinder för körkortsinnehav .....	174
9.5	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.1 .....	177
9.6	Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.2 .....	178
9.7	Särskilt om vissa bestämmelser .....	179
9.7.1	Missbruk av anabola steroider .....	179
9.7.2	Diagnosen missbruk av alkohol som hinder för körkortsinnehav .....	180
9.7.3	Deltagande i behandlingsprogram med ett ersättningspreparat.....	183
9.7.4	Verifiering av nykterhet under olika former av tvång såsom vistelse eller vård.....	185
9.7.5	Undantag från vissa krav vid god prognos.....	186
9.7.6	Villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende .....	188
9.7.7	Särskilda krav vid grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri under påverkan av narkotika .....	190
9.7.8	Villkorsuppföljning med läkarintyg efter grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri .....	191
9.8	Övrigt .....	192
9.8.1	Stödande material.....	192
9.8.2	Alkolåsföreskrifterna .....	192
9.8.3	17 kap. underlag för bedömning av funktioner och sjukdomstillstånd .....	193
<b>10</b>	<b>TOLKNINGAR OCH FELKÄLLOR .....</b>	<b>194</b>
	<b>REFERENSER.....</b>	<b>195</b>
	<b>BILAGA 1. VALDA LÄNDERS SPRÅKVERSIONER AV KÖRKORTSDIREKTIVET .....</b>	<b>210</b>
	<b>BILAGA 2. VALDA LÄNDERS SPRÅKLYDELSER AV KÖRKORTSDIREKTIVET, ÖVERSATTA TILL SVENSKA.....</b>	<b>213</b>
	<b>BILAGA 3. BESKRIVNING AV TILLSTÅND .....</b>	<b>216</b>
	<b>BILAGA 4. JÄMFÖRELSE MED DANMARK, FINLAND, NORGE OCH STORBRITANNIEN .....</b>	<b>218</b>
	<b>BILAGA 5. ÄRENDEUTVÄRDERING VILLKORSUPPFÖLJNING.....</b>	<b>245</b>

# 1 Översynens viktigaste slutsatser – en sammanfattning

## 1.1 Hur förhåller sig medicinföreskrifterna till kraven i körkortsdirektivet?

I bilaga III till Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/126/EG av den 20 december 2006 om körkort (nedan kallat körkortsdirektivet<sup>2</sup>) [1] finns de krav som ligger till grund för Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (nedan kallade medicinföreskrifterna) [2].

Transportstyrelsen har genomfört en omfattande analys och tolkning av bilaga III för att utreda om föreskrifterna uppfyller minimikraven om alkohol, narkotika och läkemedel i körkortsdirektivet. Utifrån analysen har Transportstyrelsen bedömt att medicinföreskrifterna

- når upp till minimikraven i körkortsdirektivet, och
- innehåller ett antal särkrav.

Med särkrav menas krav som är strängare än de krav som anges i körkortsdirektivet.

Behovet av särkrav måste kunna motiveras väl och får dessutom inte strida mot de grundläggande principerna i EU-rätten, bland annat principen om fri rörlighet.

Transportstyrelsen har i denna översyn kommit fram till att mycket talar för att det även fortsättningsvis kan vara motiverat att behålla vissa särkrav i medicinföreskrifterna. Det behöver däremot utredas vidare hur eventuella särkrav i sådana fall bör vara utformade. Eventuella konsekvenser av förändringar i detaljer kommer också att behöva utredas enligt kraven i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning [3] för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

## 1.2 Är Sverige strängare än andra länder i Europa?

Analysen av bilaga III i körkortsdirektivet har tydliggjort att det finns delar som innefattar ett visst tolkningsutrymme för medlemsländerna. Tolkningsutrymmet innebär att medlemsländerna har en större frihet att reglera hur körkortsdirektivets krav och syften ska uppnås. Exempelvis anger körkortsdirektivet bara att sökande eller förare som tidigare varit beroende av alkohol behöver visa avhållsamhet innan körkort får utfärdas eller förnyas. Det finns däremot inte någon definition av vad som avses med avhållsamhet eller hur lång avhållsperiod som ska krävas. Sverige har därför definierat vad som avses med avhållsamhet, hur lång avhållsperiod som krävs och att detta ska styrkas genom provtagning. Hur de fyra länder som ingått i översynen har implementerat vissa krav kan bero på hur deras nationella regler ser ut i övrigt samt hur sjukvården fungerar, utan att det är fråga om särkrav. Transportstyrelsen har, vid jämförelse med hur dessa länder har tolkat körkortsdirektivet, sett att medicinföreskrifterna i vissa delar är mer detaljerade än övriga länders lagstiftningar. De övriga länderna har oftast mer övergripande krav i sina nationella lagstiftningar och har

---

<sup>2</sup>EU-kommissionen har påbörjat en översyn av körkortsdirektivet från 2006 men det är oklart vilka förändringar som kommer att genomföras och när dessa kommer att träda i kraft.

mer information om hur kraven kan uppnås i vägledande dokument. Transportstyrelsen har sett över möjligheten att använda kompletterande upplysningar för att underlätta tolkning och tillämpningen av framtida krav, vilket i detta avseende skulle kunna vara ett stöd i framtiden.

På en del områden innehåller medicinföreskrifterna särkrav, t.ex. att en missbruksdiagnos avseende alkohol utgör hinder för körkortsinnehav. Det kan däremot konstateras att även vissa jämförelseländer också har liknande krav. Det finns också områden där andra länder i vissa fall ställer högre krav än Sverige. Ett exempel på detta kan vara att vissa länder skiljer på hur lång avhållsamhetsperiod som ska krävas beroende på om det gäller lägre eller högre behörigheter.

Eftersom körkortsdirektivets krav i bilaga III gällande alkohol, narkotika och läkemedel är av övergripande karaktär och överlåter mycket av detaljregleringen åt medlemsländerna själva, är det svårt att dra generella slutsatser huruvida Sverige är strängare än övriga länder.

### 1.3 Synpunkter från medborgare, hälso- och sjukvården och andra myndigheter

Transportstyrelsen har tagit in skriftliga synpunkter från intresseorganisationer, hälso- och sjukvård, andra myndigheter och även internt från bland annat myndighetens körkortsavdelning. Även allmänheten har haft möjlighet att bidra med sina åsikter. Transportstyrelsen har även tagit in synpunkter genom möte med den tillsatta expertpanelen.

Några synpunkter från medborgarna har inte inkommit.

Hälso- och sjukvården och intresseorganisationer har bl.a. lämnat följande synpunkter

- Medicinföreskrifterna hänvisar till inaktuella diagnosverktyg och behöver därför ses över.
- Enbart förekomst av diagnos bör inte ensamt vara den diskvalificerande faktorn för körkortsinnehav. Det efterfrågas en tydligare koppling mellan hälsotillstånd och trafiksäkerhetsrisk.
- Vid provtagning bör den obligatoriska alkoholmarkören GT ersättas med PEth.
- Medicinföreskrifterna är svårbegripliga och strukturen behöver ses över.

Andra myndigheter har lämnat detaljerade synpunkter om utformning och struktur.

### 1.4 Behöver medicinföreskrifterna ändras?

Översynen har påvisat en viss otydlighet i medicinföreskrifterna, både vad gäller innehåll och struktur. Transportstyrelsen föreslår därför att medicinföreskrifterna revideras för att öka tydligheten.

Översynen har också identifierat ett antal särkrav. För att kunna svara på om det är befogat att behålla de särkrav som översynen har identifierat krävs en

konsekvensutredning enligt kraven i tidigare nämnda förordning om konsekvensutredningar. Det krävs också en prövning av om särkraven är förenliga med EU-rätten. Beroende på hur utredningen faller ut, kan det finnas behov av att revidera särkraven i föreskrifterna.

Översynen har även visat att körkortsdirektivets krav gällande alkohol, narkotika och läkemedel är av övergripande karaktär och man har överlämnat åt medlemsländerna att själva reglera detaljerna. Även om kraven i medicinföreskrifterna ligger inom det regleringsutrymme som körkortsdirektivet medger, kan det ändå finnas anledning att utreda vidare hur bestämmelserna i framtiden bör vara utformade inom det regleringsutrymme som finns. Eftersom flera delar behöver utredas vidare kan Transportstyrelsen i detta skede inte ta ställning till allt som eventuellt kan komma att behöva revideras.

I avsnitten nedan beskriver Transportstyrelsen endast i stora drag de behov av revideringar som myndigheten redan nu ser kan komma att behöva genomföras. Samtliga förslag måste utredas enligt kraven i tidigare nämnda förordning om konsekvensutredningar i ett kommande föreskriftsarbete. Det kan få till följd att de förslag som presenteras inte är de förslag som Transportstyrelsen fastställer i eventuella kommande föreskriftsarbeten. En utförligare redogörelse finns i avsnitt 9. Slutsatser och medskick till kommande regelarbete.

#### 1.4.1 Identifierade särkrav

##### 1.4.1.1 Diagnosen missbruk av alkohol som hinder för körkortsinnehav

Sverige har valt att ställa liknande krav vid diagnosen missbruk av alkohol som vid diagnosen beroende av alkohol, även fast körkortsdirektivet inte reglerar missbruk av alkohol. Samtliga bestämmelser i medicinföreskrifterna som innehåller krav som riktar sig till den som har missbruksdiagnos avseende alkohol utgör därför särkrav i förhållande till körkortsdirektivet och behöver ses över.

Ur trafiksäkerhetssynpunkt talar mycket för att det även i fortsättningen kan vara motiverat att reglera hinder för körkortsinnehav vid en annan nivå än alkoholberoende, men det behöver utredas vidare hur kraven gällande detta bör vara utformade. Det vore i sådana fall önskvärt att bestämmelserna på ett tydligare sätt definierar acceptansnivån utifrån en koppling mellan hälsotillståndet och trafiksäkerhetsrisken.

##### 1.4.1.2 Villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende

Medicinföreskrifterna innehåller bestämmelser om villkorsuppföljning med läkarintyg (krav på efterföljande hälsokontroller) vid diagnoserna missbruk och beroende av alkohol, samt vid diagnoserna missbruk och beroende av narkotika och läkemedel. I körkortsdirektivet finns endast motsvarande krav på regelbundna hälsokontroller för den som tidigare har varit beroende av alkohol. Transportstyrelsen anser därför att medicinföreskrifternas bestämmelser om villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan

diagnos än alkoholberoende utgör särkrav i förhållande till körkortsdirektivet och behöver ses över.

Ur trafiksäkerhetssynpunkt talar mycket för att det även fortsättningsvis kan vara motiverat med särkrav om villkorsuppföljning, men det behöver utredas vidare hur kraven gällande detta bör vara utformade. Det vore i sådana fall önskvärt att bestämmelserna då reglerar en längre uppföljningsperiod med läkarintyg och provtagningar. Det bör däremot finnas möjlighet till individuella bedömningar.

## 1.4.2 Övrigt

### 1.4.2.1 Hänvisningar till diagnosverktyg

Medicinföreskrifterna hänvisar till diagnostiska klassifikationsverktyg som är inaktuella. Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna ska utgå ifrån aktuella diagnosverktyg och föreslår att bestämmelserna i detta avseende uppdateras.

### 1.4.2.2 Bestämmelser om provtagning avseende alkohol

Medicinföreskrifterna anger att diagnoserna beroende och missbruk utgör hinder för körkortsinnehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god. Medicinföreskrifterna innehåller detaljerade krav på hur nykterhet ska styrkas. Kraven innebär att personer ska stå under kontinuerlig läkarkontakt/ annan rehabilitering och genomgå provtagningar under en viss tid. Kraven gäller under en viss period innan körkort kan medges (i körkortsdirektivet benämnt avhållsperiod) och vid villkorsuppföljning med läkarintyg.

Körkortsdirektivet anger inte någon definition av vad som avses med avhållsamhet, hur lång avhållsamhet som ska krävas och hur detta ska intygas. Körkortsdirektivet anger inte heller någon definition av vad som avses med regelbundna hälsokontroller. Mot bakgrund av detta anser Transportstyrelsen att det funnits utrymme för Sverige att reglera detaljerna kring detta.

Ur trafiksäkerhetssynpunkt talar mycket för att det även fortsättningsvis är motiverat med provtagningar för att styrka varaktig nykterhet. I medicinföreskrifterna anges att CDT och GT är obligatoriska alkoholmarkörer. Mycket talar för att det finns anledning att uppdatera medicinföreskrifterna och ersätta biomarkören GT (levermarkör) med den alkoholspecifika biomarkören PEth. Vetenskapsläget är tydligt med att PEth och CDT är de lämpligaste biomarkörerna för att påvisa eller avfärda hög regelbunden alkoholkonsumtion.

### 1.4.2.3 Begreppet regelbundet missbruk av narkotika och läkemedel

Körkortsdirektivet anger inte någon definition av vad som avses med begreppet *regelbundet missbruk* narkotika eller läkemedel. Det har därför funnits ett visst utrymme för medlemsländerna själva att definiera begreppet.

Definitionen i medicinföreskrifterna utgår från diagnoserna missbruk och skadligt bruk i diagnostiska klassifikationsverktyg som är inaktuella (se även avsnitt 1.4.2.1).

Mot bakgrund av att körkortsdirektivet medger ett visst tolkningsutrymme av vad som avses med begreppet *regelbundet missbrukar* och att medicinföreskrifterna hänvisar till inaktuella diagnosverktyg anser Transportstyrelsen att medicinföreskrifternas definition behöver ses över. Det vore önskvärt att medicinföreskrifternas definition tydliggör koppling mellan hälsotillståndet och trafiksäkerhetsrisken.

## 1.5 Föreslagna förändringar ur tre olika perspektiv

I avsnitten nedan beskriver Transportstyrelsen hur de revideringar som föreslagits ovan i stort skulle kunna påverka medborgaren, hälso- och sjukvården samt samhället om reglerna utformas så som föreslås. Innan en konsekvensutredning enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar [3] genomförd kan Transportstyrelsen dock inte med säkerhet säga vilka effekter som kan uppstå.

### 1.5.1 Medborgarens perspektiv

För medborgaren kommer förslagen att innebära en större tydlighet kring vad som gäller för körkortsinnehav gällande alkohol, narkotika och läkemedel.

Om medicinföreskrifterna även fortsättningsvis ska reglera hinder vid annan nivå än alkoholberoende borde det inte innebära några större förändringar i sak jämfört med idag. Bedömning när hinder för körkortsinnehav föreligger utifrån hälsotillstånd och trafiksäkerhetsrisk borde däremot bli tydligare än idag, och sannolikt begripligare för den enskilde. Om särkravet däremot plockas bort kan det medföra att en större andel personer som idag inte uppfyller de medicinska kraven avseende alkohol får möjlighet att köra bil vilket å ena sidan kan öka tillgängligheten för den enskilde, men det kan samtidigt innebära att fler personer med alkoholproblematik utsätter andra trafikanter och sig själva för risker i trafiken.

Om medicinföreskrifterna även fortsättningsvis ska innehålla särkrav avseende villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende borde det inte heller innebära några större förändringar i sak för den enskilde. Om kraven å andra sidan tas bort borde tillgängligheten öka på grund av färre återkallelser av körkort på grund av "återfall" eller konstaterat hinder. Samtidigt kan det medföra ökade negativa konsekvenser för trafiksäkerheten, då dessa personer kan utgöra en fara för sig själva och andra trafikanter. Ur ett ekonomiskt perspektiv innebär ovan nämnda särkrav att personer även fortsättningsvis kommer att behöva lämna in läkarintyg inklusive olika typer av prover med ett visst intervall. Det går däremot inte att säga hur olika scenarion med läkarintyg och prover kommer att påverka den enskilde eftersom dessa delar behöver utredas vidare.

Om den obligatoriska alkoholmarkören GT ersätts med PEth på det sätt som föreslås kan det medföra ökade kostnader för individer som ska lämna prover. Det kan å andra sidan medföra att processen för personer som ska lämna prover blir effektivare, eftersom det är vanligt förkommande att körkortsärenden blir "förlängda" med förlägganden om kompletteringar på grund av att det obligatoriska provet GT missats. För den enskilde borde detta således bli effektivare.

Föreslagna ändringar avseende hänvisningar till diagnosverktyg och definitionen av regelbundet missbruk av narkotika och läkemedel borde inte medföra några större konsekvenser för den enskilde, men däremot eventuellt öka tydligheten om vad som krävs för körkortsinnehav.

### 1.5.2 Hälsa- och sjukvårdens perspektiv

För hälso- och sjukvården kommer förslagen att innebära en större tydlighet kring vad som gäller kring alkohol, narkotika och läkemedel vid körkortsinnehav. Vissa begrepp behöver klargöras och det borde även kunna bli tydligare för hälso- och sjukvården, och även körkortsmyndigheten som fattar besluten, att bedöma när en persons hälsotillstånd inte är lämpligt för körkortsinnehav.

Om medicinföreskrifterna även fortsättningsvis ska reglera hinder vid annan nivå än alkoholberoende borde det i sig inte innebära några större förändringar i sak jämfört med idag. Om kraven tydliggör när hinder föreligger utifrån hälsotillstånd och trafiksäkerhetsrisk borde det däremot bli tydligare för läkaren vid bedömningen av om en person uppfyller kraven i medicinföreskrifterna eller inte.

När det gäller särkravet om villkorsuppföljning vid annan diagnos än alkoholberoende borde det inte heller innebära några större förändringar mot idag.

Om ovanstående särkrav däremot tas bort borde det medföra minskad belastning på hälso- och sjukvården på kort sikt. Vad det skulle innebära på längre sikt går däremot inte att säga.

Om den obligatoriska alkoholmarkören GT ersätts med PEth på det sätt som föreslås kommer det troligen att förenkla för läkaren som ska göra den medicinska bedömningen och utlåtandet om långvarig alkoholöverkonsumtion. Det kan däremot eventuellt medföra ökade kostnader för hälso- och sjukvården eftersom dessa analyser sannolikt är dyrare att genomföra.

Föreslagna ändringar avseende hänvisningar till diagnosverktyg och definitionen av regelbundet missbruk av narkotika och läkemedel borde öka tydligheten för läkarna.

### 1.5.3 Samhällsperspektiv

För samhället kan en ändring av medicinföreskrifterna innebära en påverkan på de transportpolitiska målen. Ett av målen som kan komma att beröras är funktionsmålet som bland annat handlar om tillgänglighet för människor. Ett annat av målen som kan komma att beröras är hänsynsmålet som bland annat handlar om säkerhet och hälsa. Men innan föreskriftsarbetet är genomfört och konsekvensutrett går det inte att säga hur de föreslagna ändringarna kommer att påverka målen.



## 2 Inledning

---

Inledningen beskriver bakgrund, samt syfte och mål med översynen. Inledningen kommer även att konkretisera vilka frågeställningar som rapporten ska svara på. Här beskrivs även hur översynen är genomförd. Den avslutas med en beskrivning av dispositionen av rapporten.

---

### 2.1 Bakgrund

Bestämmelserna i medicinföreskrifterna anger under vilka förutsättningar körkort kan medges vid olika sjukdomstillstånd. Kraven om bruk av substans som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon återfinns i 12 kap. Exempel på sådana substanser som avses är alkohol, narkotika och läkemedel. I 13 kap. finns bestämmelser som gäller för personer som ansöker om körkortstillstånd och som under de senaste fem åren fällts till ansvar för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri. Transportstyrelsens bemyndigande att reglera på området finns i 8 kap. 1, 5 a och 6 §§ körkortsförordningen (1998:980) och 8 kap. 2 § taxitrafikförordningen (2012:238).

Medicinföreskrifternas 12 och 13 kap. har funnits i många år och Transportstyrelsen har funnit det motiverat att se över hur reglerna förhåller sig till det aktuella kunskapsläget på området. Vid handläggning av ärenden, kontakter med hälso- och sjukvård, olika intresseorganisationer och enskilda körkortsinnehavare har det också framkommit synpunkter som motiverat att Transportstyrelsen gör en översyn av kraven. Transportstyrelsen har sedan våren 2021 arbetat med en översyn av dessa två kapitel.

Vidare anser Transportstyrelsen det motiverat att se över hur kraven förhåller sig till Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/126/EG av den 20 december 2006 om körkort (nedan kallat körkortsdirektivet) [1]. Körkortsdirektivets bilaga III specificerar de medicinska reglerna för körkortsinnehav. Körkortsdirektivet är inte direkt tillämpligt i medlemsländerna men länderna är skyldiga att införliva krav i det nationella rättssystemet för att förverkliga det resultat som körkortsdirektivet syftar till.

Kraven om alkohol, narkotika och läkemedel i körkortsdirektivets bilaga III har sett likadana ut under många år (jämför Rådets direktiv 1991/439/ECC av den 29 juli 1991 om körkort, även benämnt andra körkortsdirektivet [4] och Rådets första direktiv 80/1263/EEG av den 4 december 1980 om införande av ett gemenskapskörkort [5]). Den väsentliga skillnaden mellan första körkortsdirektivet och andra körkortsdirektivet är uppdelningen i två körkortsgrupper som introducerades vid tidpunkten för det andra körkortsdirektivet.

Eftersom kraven gällande alkohol, narkotika och läkemedel är förhållandevis övergripande, jämfört med exempelvis kraven om diabetes, syn, epilepsi eller hjärt- och kärlsjukdomar, anser Transportstyrelsen att det också är intressant att jämföra hur andra länder, utöver implementering av körkortsdirektivet, valt att reglera delar som inte tydligt är så kallade ska-krav på dessa områden.

### 2.1.1 En historisk genomgång av föreskrifterna om substanser som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon

1972 överfördes de medicinska kraven för körkort respektive trafik kort till körkortskungörelsen (1972:592), i sak oförändrade från vägtrafikförordningen (1951:648), vägtrafikkungörelsen (1951:743), kungörelsen (1951:787) angående läkarintyg för erhållande av trafik kort och kungörelsen (1969:691) om trafik kort i vissa fall. Bestämmelserna avsåg i huvudsak syn och hörsel, i övrigt ålåg det på Socialstyrelsen att utfärda anvisningar och rekommendationer samt att uttala sig till Länsstyrelsen i enskilda fall.

I samband med körkortreformen som genomfördes år 1972 meddelades de första egentliga föreskrifterna genom cirkulären (MF1972:77) om läkarundersökning för erhållande av körkort och cirkuläret (MF 1972:78) om villkor för Socialstyrelsens tillstyrkande av körkort i vissa fall. Lite senare meddelades även föreskrifter gällande trafik kort<sup>3</sup>. För de fall Socialstyrelsen meddelat föreskrifter om villkoren, behövde inte Länsstyrelsen höra Socialstyrelsen i varje enskilt körkortsärende.

1975 fick Socialstyrelsen bemyndigande att föreskriva de närmare medicinska kraven för körkort. Dessa (MF 1975:81) var relativt omfattande och strukturerade efter sjukdomstillstånd. Här fanns till exempel ett avsnitt om bruk av medel som nedsätter körförmågan, i vilket det bl.a. angavs att ”narkomani och alkoholism eller annat allvarligt missbruk av på centrala nervsystemet verkande medel utgör i regel hinder för körkort.”. Fram till och med 1996 var innehållet avseende bruk av substanser som påverkar körförmågan mer eller mindre oförändrat (SOSFS 1984:31).

1993 övertog Vägverket ansvaret för trafiksäkerhetsarbetet från Trafiksäkerhetsverket (TSV) och en omfattande översyn av medicin föreskrifterna genomfördes, bl.a. togs hänsyn till det andra körkorts direktivet (EG 91/439/EEG.). De nya medicin föreskrifterna (VVFS 1996:200) trädde i kraft den 1 juli 1996, undantaget 13 kap. som trädde i kraft den 1 januari 1997.

2008 gjordes en omfattande omarbetning av föreskrifterna (VVFS 2008:158), bl.a. med beaktande av det kommande tredje körkorts direktivet (2006/126/EG). De nya föreskrifterna innebar bl.a. skärpta krav i 12 och 13 kap.

2009 bildades Transportstyrelsen efter sammanslagning av flera myndigheter (Järnvägsstyrelsen, Luftfartsstyrelsen, Sjöfartsinspektionen, Vägtrafikinspektionen och delar av Länsstyrelsen och Vägverket)<sup>4</sup> och den nya myndigheten tog då över ansvaret för medicin föreskrifterna från Vägverket. Den 1 september 2010 ersatte TSFS 2010:125 Vägverkets föreskrifter (VVFS 2008:158).

<sup>3</sup> En särskild behörighet för att få köra bil i yrkesmässig trafik.

<sup>4</sup> Transportstyrelsen.se – Om Transportstyrelsen/organisation/historik

## 2.2 Syftet med översynen

Syftet med översynen av 12 och 13 kap. i medicinföreskrifterna (substansbrukskapitlen) var att identifiera och kartlägga de problem som behöver omhändertas i efterföljande föreskriftsarbete.

Med kartläggning menas en granskning av samtliga regler som berörs och hur de kan komma att förändras, men inte ge förslag på regler.

## 2.3 Målet med översynen

Målet med översynen är att klargöra:

- om medicinföreskrifternas 12 och 13 kap. följer körkortsdirektivet (2006/126/EG)
- om Transportstyrelsen har bemyndigande att reglera inom området
- hur andra länders reglering ser ut inom det aktuella området
- om medicinföreskrifterna fungerar effektivt
- vilka brister som föreligger med nuvarande bestämmelser
- om brister som identifieras även medför påverkan på Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2018:7) om innehav av körkort med villkor om alkohol
- vilken vetenskap som finns på området avseende bland annat återfallsrisker med substansbruk, diagnosticering och biokemiska alkoholmarkör för långvarigt högt intag av alkohol.

Transportstyrelsens föreskrifter ska vara tidsenliga, relevanta och skapa nytta i samhället. Det är också önskvärt att skapa funktionsbaserade regler. De beslut som Transportstyrelsen fattar ska vara sakliga och grundas på fakta och tillgänglig vetenskap.

Slutmålet med översynen är att analysera medicinföreskrifternas (kap. 12 och 13) utformning och utifrån inhämtad kunskap identifiera de problemområden som behöver ändras.

## 2.4 Tillvägagångssätt

Arbetet med översynen har bedrivits i en arbetsgrupp med utredare, läkare och jurist från Transportstyrelsen.

Under 2021 och våren 2022 låg fokus på inventering och faktainsamling. Därefter låg fokus på sammanställning av fakta och identifiering av de problemområden som behöver omhändertas i ett kommande föreskriftsarbete.

Tillvägagångssättet för arbetet beskrivs i avsnitt 2.4.1 – 2.4.6. I avsnitt 2.4.7 beskrivs rapportens struktur.

### 2.4.1 Insamling av synpunkter

Transportstyrelsen samlade in synpunkter från utvalda intresseorganisationer, hälso- och sjukvård samt andra myndigheter. Utvalda remissinstanser fick skriftlig information om översynen där de gavs möjlighet att lämna synpunkter på medicinföreskrifterna. Även allmänheten gavs möjlighet att bidra med sina åsikter. En upplysningstext om det

pågående arbetet och hur man kunde lämna synpunkter fanns på Transportstyrelsens webbsida.

#### 2.4.2 Aktuellt kunskapsläge

Transportstyrelsen skapade en expertpanel genom att bjuda in ett antal personer med bl.a. specialistkompetens inom beroendemedicin och biomedicinområdet. Expertpanelen träffades vid ett tillfälle under arbetets gång och diskuterade kraven i medicinföreskrifterna, förslag på ändringar och vad som är möjligt att genomföra i praktiken. Expertpanelen fick bland annat specifika frågeställningar att uttala sig om och panelen bidrog med aktuell kunskap inom området.

#### 2.4.3 Regler i andra länder i Europa

Transportstyrelsen har granskat reglerna i fyra europeiska länder. De valda länderna var Danmark, Finland, Norge<sup>5</sup> och Storbritannien<sup>6</sup>. Transportstyrelsen valde de aktuella länderna med anledning av att samtliga i jämförelse med många andra europeiska länder har hög trafiksäkerhet med lågt antal döda i trafiken varje år [6] [7] [8] [9].

Transportstyrelsen tog kontakt med respektive land för att få information om hur reglerna i dessa länder ser ut och om de har specifika vägledande dokument som komplement till reglerna. Frågeställningar till länderna var bland annat hur de har implementerat de medicinska kraven i körkortsdirektivet, tolkningar av bestämmelser och i vissa fall gällande oklarheter gällande lagstiftningarna och beskrivningar i vägledningarna.

Transportstyrelsen har anlitat en översättningsbyrå för att få hjälp att översätta den finska och danska versionerna av körkortsdirektivet (inklusive aktuellt avsnitt om alkohol, narkotika och läkemedel i den danska bilagan till færdselsloven [10]) som endast funnits tillgängliga på respektive lands språk.

#### 2.4.4 Tolkning av körkortsdirektivet

För att utreda skillnaderna mellan språkversionerna av bilaga III till körkortsdirektivet översattes valda länders språkversioner till svenska och granskades. Transportstyrelsen har vidare kontaktat Europeiska kommissionen, generaldirektoratet för transport och rörlighet om bakgrundsmaterial gällande alkohol, narkotika och läkemedel för att se över syftet och systematiken med körkortsdirektivet.

Kraven om alkohol, narkotika och läkemedel som fastställts i direktiv 2006/126/EG är desamma som i direktiv 91/439/ECC. Kraven liknar dessutom de i direktiv 80/1263/EEG, med undantag för uppdelningen i två grupper, som infördes som en horisontell strategi för medicinsk lämplighet vid tidpunkten för det andra direktivet.

<sup>5</sup> Norge är medlemmar i EES och deras samarbete med EU regleras genom EES-avtalet.

<sup>6</sup> Förenade kungariket (Storbritannien och Nordirland) lämnade EU den 1 februari 2020.

#### 2.4.5 Medicinföreskrifterna

För att utreda om medicinföreskrifterna följer körkortsdirektivet har Transportstyrelsen jämfört varje punkt i körkortsdirektivet med aktuella paragrafer i föreskrifterna. Transportstyrelsen har även jämfört samtliga krav i medicinföreskrifterna med övriga länders regelverk där så varit möjligt för att se hur andra länder gör på liknande område.

#### 2.4.6 Avgränsningar

Som nämnts under avsnitt 2 är översynsarbetets fokus medicinföreskrifterna och dess överensstämmelse med körkortsdirektivet samt hur vetenskapsläget ser ut på det aktuella området. Översynen omfattar inte framtagande av förslag på nya föreskrifter.

#### 2.4.7 Disposition

Rapporten om översynen är omfattande och täcker många olika delar inom substansbruksområdet och reglerna för körkortsinnehav. Transportstyrelsen har därför strukturerat rapporten så att en läsare som enbart är intresserad av vissa delar inte ska behöva läsa hela rapporten för att förstå de resonemang och resultat som redovisas under varje avsnitt. Det innebär att det blir en del upprepningar under de olika avsnitten för den som läser rapporten i sin helhet.

### 3 Tolkning av körkortsdirektivet och dess olika språkversioner

---

Det här avsnittet beskriver hur Transportstyrelsen har tolkat kraven om alkohol, narkotika och läkemedel i körkortsdirektivets bilaga III och inkluderar en jämförelse av valda länders språkversioner.

---

Ett av syftena med översynsarbetet var att utreda om medicinföreskrifterna följer kraven i körkortsdirektivet. De medicinska kraven för innehav av körkort anges i körkortsdirektivets bilaga III *Minimikrav i fråga om fysisk och psykisk lämplighet att föra motordrivna fordon*.

Rubriken till bilaga III visar att det handlar om medicinska minimikrav. I punkten 5 i bilaga III anges även att medlemsländerna får fastställa strängare krav för utfärdande eller förnyelse av körkort än de som fastställs i bilagan.

Körkortsdirektivet finns i flera olika språkversioner och alla språkversioner är lika giltiga. Det går därför inte att göra en bokstavstolkning av körkortsdirektivet enbart utifrån den svenska språkversionen. Tolkning av körkortsdirektivet ska ske på ett enhetligt sätt mot bakgrund av de olika språkversionerna och utifrån systematiken och syftet med bestämmelserna<sup>7</sup>. Syftet med körkortsdirektivet i stort och med de medicinska kraven är harmonisering, trafiksäkerhet och fri rörlighet. När det gäller de medicinska kraven i körkortsdirektivet är just trafiksäkerheten det mest framträdande syftet.

Transportstyrelsen har jämfört den svenska språkversionen med valda länders språkversioner och konstaterat att systematiken i de olika versionerna är samstämmig. Även om ordalydelsen i vissa fall skiljer sig åt, så har Transportstyrelsen ändå tolkat det som att innebörden av texten är densamma. Se bilaga 1 för att ta del av de valda ländernas språkversioner och bilaga 2 för en svensk översättning av ländernas språkversioner.

Under avsnitt 3.1 Körkortsdirektivets avsnitt om alkohol, narkotika och läkemedel redovisas hur körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14 (minimikraven gällande alkohol) och punkt 15 (minimikraven gällande narkotika och läkemedel) är utformade i sin helhet.

Under avsnitt 3.2 har Transportstyrelsens analyserat körkortsdirektivets krav gällande alkohol, narkotika och läkemedel.

Under avsnitt 4 och 5 har Transportstyrelsen analyserat hur medicinföreskrifterna förhåller sig till kraven i körkortsdirektivet.

Under avsnitt 6 beskrivs på ett övergripande sätt hur Sverige och de länder som Transportstyrelsen har valt att jämföra med har implementerat de medicinska kraven i körkortsdirektivet.

---

<sup>7</sup> Jmf. EU-domstolens dom den 4 september 2014 i mål C 162/13, ECLI: EU:C:2014:106

### 3.1 Körkortsdirektivets avsnitt om alkohol, narkotika och läkemedel

I bilaga III, punkt 14 och 15 till körkortsdirektivet framgår vilka minimikrav som EU-länderna är skyldiga att följa vad gäller alkohol, narkotika och läkemedel. Punkterna redovisas i sin helhet nedan. Den redovisade texten är tagen från den svenska språkversionen av körkortsdirektivet. Andra språkversioner kan i vissa delar se annorlunda ut. Se bilaga 1 och 2.

#### ALKOHOL

*14. Alkoholkonsumtion är en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning är det mycket viktigt att läkarna visar stor uppmärksamhet.*

##### Grupp 1:

*14.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.*

*För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.*

##### Grupp 2:

*14.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

#### NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL

##### 15. Missbruk

*Oavsett vilken behörighet ansökan gäller skall körkort inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.*

##### Regelbundet bruk

##### Grupp 1:

*15.1 Körkort skall inte utfärdas eller förnyas om sökande eller förare regelbundet och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Detta gäller för alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan.*

##### Grupp 2:

*15.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

### 3.2 Transportstyrelsens analys av kraven om alkohol, narkotika och läkemedel i körkortsdirektivets bilaga III

Enligt resonemanget under avsnitt 3 är Transportstyrelsens slutsats att varje bestämmelse i körkortsdirektivets bilaga III avseende alkohol, narkotika och läkemedel ska tolkas mot bakgrund av sammanhang och syfte med körkortsdirektivet. Eftersom körkortsdirektivets medicinska krav är minimikrav, är utgångspunkten att alla kraven ska uppnås om inte syftet och sammanhanget tydligt indikerar något annat. Det finns ett flertal termer som inte definieras i körkortsdirektivet. Detta leder till visst tolkningsutrymme för medlemsländerna när dessa termer används.

#### 3.2.1 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14

Körkortsdirektivets punkt 14, som gäller för både lägre och högre behörigheter, anger att:

*Alkoholkonsumtion är en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning är det mycket viktigt att läkarna visar stor uppmärksamhet.*

Den svenska ordalydelsen stämmer överens med övriga länders (som ingår i översynen).

Transportstyrelsens tolkning av punkten är att det handlar om att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på riskerna med alkohol i trafiksammanhang.

#### 3.2.2 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.1

Körkortsdirektivets punkt 14.1, som gäller för lägre behörigheter, anger att:

*Körkort **får inte** utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.*

*För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol **får** körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamhetsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.*

Det saknas indikationer i punkt 14.1 som säger att det är fråga om rekommendationer. Systematiken är samstämmig mellan de granskade språkversionerna och Transportstyrelsen bedömer att det som anges i punkten är krav.

Transportstyrelsens tolkning av första stycket är att det finns ett krav på att körkort inte ska utfärdas eller förnyas till en sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte kan avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.

Transportstyrelsen tolkar andra stycket som att det finns ett krav på att den som tidigare varit beroende av alkohol ska styrka avhållsamhet under en viss period innan körkort kan utfärdas eller förnyas. Valda länders språkversioner skiljer sig något åt när det gäller hur avhållsamhet ska styrkas. Enligt den svenska och danska versionen krävs läkarintyg. Enligt den finska versionen krävs ett utlåtande från specialistläkare. I Storbritanniens version används begreppet ”godkänt medicinskt utlåtande”. Transportstyrelsen tolkar det



som att körkortsdirektivet medger ett visst tolkningsutrymme angående vilken kompetens som den intygsskrivande läkaren ska ha.

Andra stycket innehåller även ett krav på att den som tidigare varit beroende av alkohol ska genomföra regelbundna hälsokontroller. Valda länders språkversioner skiljer sig något åt när det gäller hur detta krav kommer till uttryck. Den svenska och danska språkversionen av körkortsdirektivet tyder på att regelbundna hälsokontroller ska genomföras efter att körkort utfärdas eller förnyats, medan detta inte framgår lika tydligt i den finska och brittiska versionen. Enligt Transportstyrelsens tolkning borde emellertid syftet med detta stycke vara att fånga upp de personer som riskerar att inte uppfylla de medicinska kraven över tid. Eftersom avhållsamsperiod är en egen förutsättning för att körkort ska kunna utfärdas eller förnyas, så tyder detta på att regelbundna hälsokontroller inte är förknippat med avhållsamsperioden utan avser något annat. Mot denna bakgrund tolkar Transportstyrelsen det som att kravet på regelbundna hälsokontroller ska gälla efter att körkort utfärdats eller förnyats.

Körkortsdirektivet saknar definitioner av vad som avses med *beroende*, *inte i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd*, *avhållsamhet*, *avhållsamsperiod* och *regelbundna hälsokontroller*.

Begreppet *beroende* är ett medicinskt begrepp och finns sedan länge definierat i internationella diagnosverktyg. Kriterierna för vad som anses utgöra ett beroende enligt de internationella diagnosverktygen är i huvudsak samma idag som när de medicinska kraven i körkortsdirektivet togs fram. Även om körkortsdirektivet inte anger någon egen definition av begreppet *beroende*, så får det enligt Transportstyrelsens mening anses underförstått att det är det medicinska begreppet som avses. I allmänhet används internationella diagnosverktyg när det ska avgöras om ett beroende föreligger eller inte.

När det gäller begreppet *inte i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd* så framgår det inte av körkortsdirektivet vad detta innebär. Det är oklart om det är tillräckligt att personen har kört alkoholpåverkad vid ett tillfälle, eller om det krävs att personen har kört alkoholpåverkad vid upprepade tillfällen. Transportstyrelsen tolkar det som att körkortsdirektivet ger utrymme till medlemsländerna att själva definiera detta.

I övrigt så tolkar Transportstyrelsen det som att körkortsdirektivet ger utrymme till medlemsländerna att själva definiera begreppet *avhållsamhet*, reglera hur lång *avhållsamsperiod* som krävs, samt reglera hur hälsokontrollerna ska genomföras och med vilken frekvens.

### 3.2.3 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.2

Körkortsdirektivets punkt 14.2, som endast gäller högre behörigheter, anger att:

*Den behörige läkaren **skall** beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

Den svenska ordalydelsen stämmer överens med övriga länders (som ingår i översynen). Det saknas indikationer i punkt 14.2 som säger att det är fråga om rekommendationer. Transportstyrelsen bedömer att det som anges i punkten är krav.

Transportstyrelsens tolkning är att kraven i punkten 14.1 även gäller för högre behörigheter och denna punkt syftar till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav. Eftersom körkortsdirektivet inte anger någon reglering finns ett utrymme för medlemsländerna att själva reglera detta utifrån de nationella förutsättningarna.

### 3.2.4 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15

Körkortsdirektivets punkt 15, som gäller för både lägre och högre behörigheter, anger under rubriken *Missbruk* att:

*Oavsett vilken behörighet ansökan gäller skall körkort inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.*

Det saknas indikationer i punkt 15 som säger att det är fråga om rekommendationer. Systematiken är samstämmig mellan de granskade språkversionerna och Transportstyrelsen bedömer att det som anges i punkten är krav.

Körkortsdirektivet saknar, som ovan nämnts, en definition av vad som avses med *beroende*. Enligt resonemang under avsnitt 3.2.2 har Transportstyrelsen tolkat det som att det är det medicinska begreppet som avses. I allmänhet används internationella diagnosverktyg när det ska avgöras om ett beroende föreligger eller inte.

Valda länders språkversioner skiljer sig något åt när det gäller begreppet *regelbundet missbrukar*. I den svenska och brittiska versionen anges *regelbundet missbrukar*. I den danska versionen anges *regelbundet intar* och i den finska versionen anges *regelbundet använder*. Utifrån att rubriken till denna punkt i körkortsdirektivet är *missbruk* (i samtliga granskade språkversioner) och utifrån en jämförelse av vad som regleras i punkten 15.1 och 15.2, lägger Transportstyrelsen den svenska ordalydelsen till grund för sin bedömning. Körkortsdirektivet anger ingen definition av vad som avses med begreppet *regelbundet missbrukar*. Transportstyrelsen tolkar det därför som att körkortsdirektivet ger utrymme till medlemsländerna att själva definiera detta.

Valda länders språkversioner skiljer sig något åt när det gäller begreppet *psykofarmaka*. I den svenska och danska versionen används begreppet *psykofarmaka*. I den finska versionen används begreppet *ämnen som påverkar det centrala nervsystemet* och i den brittiska versionen används begreppet *psykotropa ämnen*. Psykofarmaka är ett samlingsnamn för läkemedel som riktar sig mot psyket, medan begrepp som psykoaktiva substanser och psykotropa ämnen är mer neutrala. WHO:s definition av psykotrop anger att begreppet generellt har samma innebörd som psykoaktiv, vilket innebär alla substanser som påverkar sinnet eller de mentala processerna. Vidare anges bl.a. att en mer strikt beskrivning är ämnen som primärt påverkar det centrala nervsystemet [11].

Transportstyrelsens tolkning av de olika språkversionernas begrepp är att de avser alla substanser som påverkar det centrala nervsystemet.

Transportstyrelsens tolkning är att det finns ett krav på att körkort inte ska utfärdas eller förnyas till en sökande eller förare som är beroende av någon substans som påverkar det centrala nervsystemet, eller utan att vara beroende, regelbundet missbrukar sådana substanser. Transportstyrelsen väljer dock att använda begreppet psykofarmaka istället för substanser som påverkar det centrala nervsystemet i redogörelserna nedan.

I övrigt tolkar Transportstyrelsen det som att körkortsdirektivet ger utrymme till medlemsländerna att själva reglera hur en person som tidigare haft ett beroende eller ett regelbundet missbruk ska kunna visa att den numera uppfyller kraven i körkortsdirektivet. När det gäller narkotika och läkemedel saknas krav liknande dem som anges för alkohol avseende avhållsamhet, avhållsamhetsperiod, läkarutlåtande och regelbundna hälsokontroller.

### 3.2.5 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15.1

Körkortsdirektivets punkt 15.1, som gäller för lägre behörigheter, anger under rubriken *Regelbundet bruk* att:

*Körkort **skall** inte utfärdas eller förnyas om sökande eller förare regelbundet och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Detta gäller för alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan.*

Den svenska ordalydelsen stämmer överens med övriga länders (som ingår i översynen). Det saknas indikationer i punkt 15.1 som säger att det är fråga om rekommendationer. Transportstyrelsen bedömer att det som anges i punkten är krav.

Transportstyrelsens tolkning av punkten är att det handlar om att ange vad som ska gälla för de personer som utan att de har ett beroende, regelbundet använder sig av psykofarmaka eller andra läkemedel/kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan men som inte omfattas av punkten 15. Det kan till exempel vara fråga om läkarordinerade mediciner som påverkar körförmågan. Transportstyrelsens tolkning är att det finns ett krav på att körkort inte ska utfärdas eller förnyas till en sökande eller förare som regelbundet och i så stora mängder att det kan påverka körningen negativt använder sig av psykofarmaka. Samma sak ska gälla för användning av andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan, men som inte räknas som psykofarmaka.

Transportstyrelsen tolkar det som att körkortsdirektivet ger utrymme till medlemsländerna att själva bestämma vilken nivå av regelbundet bruk som kan accepteras utan att det påverkar körförmågan negativt. Det är även upp till medlemsländerna att själva bestämma vilka läkemedel eller kombinationer av läkemedel som omfattas.

### 3.2.6 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 15.2

Körkortsdirektivets punkt 15.2, som gäller endast för högre behörigheter, anger att:

*Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

Den svenska ordalydelsen stämmer överens med övriga länders (som ingår i översynen). Det saknas indikationer i punkt 15.2 som säger att det är fråga om rekommendationer. Transportstyrelsen bedömer att det som anges i punkten är krav.

Transportstyrelsens tolkning är att kraven i punkten 15.1 även gäller för högre behörigheter och denna punkt syftar till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav. Eftersom körkortsdirektivet inte anger någon reglering finns ett utrymme för medlemsländerna att själva reglera detta utifrån de nationella förutsättningarna.

## 4 Hur är körkortsdirektivet införlivat i medicinföreskrifterna när det gäller avsnitten om alkohol, narkotika och läkemedel?

Det här avsnittet beskriver hur körkortsdirektivets krav i bilaga III gällande alkohol, narkotika och läkemedel är införlivat i medicinföreskrifterna. Här redogörs för om bestämmelserna i medicinföreskrifterna når upp till minimikraven, om det finns särkrav samt identifierar vilka bestämmelser i medicinföreskrifterna som inte återfinns i körkortsdirektivet. Avsnittet avslutas med ett sammanfattande ställningstagande.

I bilaga III till körkortsdirektivet anges minimikrav i fråga om fysisk och psykisk lämplighet att föra motordrivna fordon. Vid sådan så kallad minimiharmonisering finns utrymme för länderna att ha striktare bestämmelser och ställa högre, men inte lägre, nationella krav än vad som framgår av körkortsdirektivet. Nationella regler som ställer högre krav får dock inte strida mot de grundläggande bestämmelserna i EU-rätten, bland annat principen om fri rörlighet [12].

Transportstyrelsen definierar en nationell regel som ställer högre krav än vad som är beslutat internationellt, till exempel i körkortsdirektivet, som ett särkrav. Transportstyrelsens grundläggande förhållningssätt i regelarbetet är att särkrav ska undvikas. Om särkrav övervägs är kraven på en noggrann analys mycket stort och eventuella särkrav som anses nödvändiga måste kunna motiveras väl.

För att besvara frågan hur körkortsdirektivet är införlivat i medicinföreskrifterna när det gäller avsnitten om alkohol, narkotika och läkemedel analyseras varje punkt av avsnitt 14 och 15 i bilaga III separat nedan.

### 4.1 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om alkohol, punkt 14 och som gäller för både lägre och högre behörigheter, anger att:

*14. Alkoholkonsumtion är en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning är det mycket viktigt att läkarna visar stor uppmärksamhet.*

Denna punkt i körkortsdirektivet är av upplysande karaktär och handlar, enligt Transportstyrelsens tolkning, om att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på riskerna med alkohol i trafiksammanhang.

Samtliga bestämmelser i kapitel 12 och 13 i medicinföreskrifterna som handlar om alkohol syftar till att uppmärksamma riskerna med alkohol i trafiksammanhang. I 12 kap. 20 § anges dessutom särskilt att läkaren ska uppmärksamma symptom på ett pågående beroende eller missbruk som påverkar förmågan att köra motordrivna fordon. Även symptom på utveckling mot ett beroende, missbruk eller blandmissbruk ska uppmärksammas.

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet.

#### 4.2 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om alkohol, punkt 14.1 och som gäller lägre behörigheter<sup>8</sup>, anger att:

*14.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.*

*För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamhetsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.*

##### 4.2.1 Begreppet beroende

Körkortsdirektivet innehåller krav som riktar sig till sökande eller förare som antingen är beroende av alkohol, eller tidigare har varit beroende av alkohol.

Körkortsdirektivet saknar en definition av vad som avses med beroende. Enligt resonemang under avsnitt 3.2.2 har Transportstyrelsen tolkat det som att det är det medicinska begreppet som avses. I allmänhet används internationella diagnosverktyg när det ska avgöras om ett beroende föreligger eller inte.

Begreppet beroende har definierats i 12 kap. 2 och 4 §§ medicinföreskrifterna. Av 2 § framgår att en person anses vara beroende om diagnosen beroende har ställts utifrån vedertagen medicinsk praxis eller om det utifrån tillgänglig information kan bedömas att kriterierna för en sådan diagnos är uppfyllda. I 4 § anges att vid tillämpningen av 2 § avses med kriterier de som anges i de internationella kriteriebaserade systemen för diagnosklassifikation DSM-IV och ICD-10.

Medicinföreskrifterna hänvisar till de versioner<sup>9</sup> av diagnosklassificeringssystem som var aktuella när körkortsdirektivet antogs 2006. Transportstyrelsen anser därför att körkortsdirektivet har implementerats korrekt i medicinföreskrifterna. De diagnosverktyg som medicinföreskrifterna hänvisar till har därefter uppdaterats. I nu gällande version av DSM har exempelvis diagnosen beroende ersatts med ett annat diagnosbegrepp. Hur diagnosverktygen och de olika versionerna förhåller sig till varandra beskrivs i avsnitt 7.2 och 7.4.

Transportstyrelsen bedömer att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet vad gäller vad som avses med beroende. Däremot behöver reglerna ses över mot bakgrund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats.

<sup>8</sup> Det som gäller för lägre behörigheter gäller också för högre behörigheter, men vid högre behörigheter ska även kravet i körkortsdirektivets bilaga III punkt 14.2 beaktas.

<sup>9</sup> DSM-IV gavs ut 1994 och ersattes av DSM-V 2013. ICD-10 färdigställdes 1992 och den senaste versionen gavs ut 2011. ICD-11 gavs ut 1 januari 2022. Läs mer om de olika versionerna i avsnitt 7.4.

#### 4.2.2 Beroende som hinder för körkortsinnehav

I körkortsdirektivet anges att körkort inte ska utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol.

Medicinföreskrifterna är uppbyggda på så sätt att de talar om när det finns hinder för innehav av körkort.

I 12 kap. 6 § medicinföreskrifterna anges att diagnosen beroende av alkohol utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når i denna del upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

#### 4.2.3 Inte i stånd från att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd

Körkortsdirektivet anger att körkort inte får utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som *inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd*.

I 13 kap. medicinföreskrifterna finns bestämmelser som riktar sig till personer som tidigare visat att de inte kunnat avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd. Kraven grundar sig på bestämmelser i körkortslagen (1998:488) och körkortsförordningen (1998:980)<sup>10</sup> och gäller de som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade rattfylleribrott under de senaste fem åren. Innan dessa personer kan få körkort behöver de komma in med ett särskilt läkarutlåtande som styrker att de i nykterhetskänslighet uppfyller kraven i 3 kap. 2 § körkortslagen. Av 13 kap. 1 § medicinföreskrifterna framgår att en läkare ska göra en bedömning av sökandens konsumtion av den eller de substanser som påvisats vid trafiknykterhetsbrottet och ta ställning till om ett beroende eller missbruk föreligger. Om läkare konstaterar att det föreligger ett missbruk eller beroende ska bestämmelserna i 12 kap. tillämpas. Av 13 kap. 2 § framgår att sökanden behöver genomgå provtagningar under en observationstid på minst sex månader. Provtagningar avseende alkohol ska ha tagits vid minst fyra tillfällen fördelat under observationstiden.

Det kan konstateras att körkortsdirektivet inte anger hur medlemsländerna ska säkerställa att körkort inte utfärdas eller förnyas till sökande eller förare som inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd. Körkortsdirektivet anger heller inte vilka brott som ska föranleda körkortsåterkallelse utan detta är något som lämnats till varje medlemsland att avgöra. Det är reglerat i överordnad svensk författning att körkortet ska återkallas vid rattfylleri eller grovt rattfylleri. Det anges även i överordnad svensk författning under vilka förutsättningar en person kan återfå sitt körkort efter trafiknykterhetsbrottet. Transportstyrelsen har getts bemyndigande att meddela

---

<sup>10</sup> Jämför 3 kap. 2 § körkortslagen och 3 kap. 1 § körkortsförordningen.

föreskrifter om sådant särskilt läkarutlåtande som styrker att sökanden i nykterhetshänseende uppfyller kraven i 3 kap. 2 § körkortslagen.

Transportstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis att medicinföreskrifternas reglering avseende rattfylleri baseras på krav i svensk lag och förordning som Transportstyrelsen behöver förhålla sig till. Det är därför inte aktuellt att göra en bedömning av särkrav i förhållande till de medicinska kraven i körkortsdirektivet. Transportstyrelsen anser emellertid att medicinföreskrifterna i denna del når upp till minimikraven i körkortsdirektivet.

Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det bemyndigande som myndigheten förfogar över.

#### 4.2.4 Intygad avhållsamsperiod som stöds av ett läkarutlåtande

Körkortsdirektivet anger att för sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en *intygad avhållsamsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande* och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.

Medicinföreskrifterna är uppbyggda på så sätt att de talar om när det finns hinder för innehav av körkort. Detta redogörs för i avsnitt 4.2.2. Enligt medicinföreskrifterna utgör diagnosen beroende hinder för körkortsinnehav fram till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

I 12 kap. 8 § anges vad som menas med nykterhet (avhållsamhet). Nykterhet innebär i detta fall att biologiska markörer ska ligga inom referensområdet.

I 12 kap. 9 § anges vad som avses med varaktig nykterhet (det vill säga hur lång avhållsamsperiod som krävs). Avhållsamsperioden ska vara minst 6 månader och vid svårt beroende upp till två år.

I 12 kap. 11-13, 20 och 21 §§ finns detaljerade bestämmelser kring hur nykterhet ska verifieras (det som i körkortsdirektivet benämns som intygad avhållsamsperiod). Av bestämmelserna framgår att nykterhet ska verifieras genom frekventa och upprepade provtagningar samt ett läkarintyg som ska redovisa och bedöma förhållanden under observationstiden och hur den fortsatta prognosen för nykterhet ser ut.

Mot bakgrund av att körkortsdirektivet inte anger någon definition av vad som avses med avhållsamhet, hur lång avhållsamhet som ska krävas och hur detta ska intygas, anser Transportstyrelsen att det funnits utrymme för Sverige att reglera detaljerna kring detta.

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet i den del bestämmelserna riktar sig till den som har en beroendediagnos. De svenska reglerna når i denna del upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det regleringsutrymme som finns.



Transportstyrelsens bedömning av bestämmelserna i den del de riktar sig till den som har en missbruksdiagnos avseende alkohol redogörs särskilt för under avsnitt 5.2.

#### 4.2.5 Regelbundna hälsokontroller

Körkortsdirektivet anger att för sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på *villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs*.

Av 12 kap. 17-19 §§ medicinföreskrifterna framgår att vid diagnosen beroende ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning om fortsatt innehav ska göras med ett visst intervall. Den första prövningen görs efter 6 månaders observationstid, den andra prövningen efter ytterligare 6 månaders observationstid och den tredje prövningen efter ytterligare 12 månaders observationstid. Observationstiden kan vid behov förlängas. Under villkorsuppföljningen tillämpas oftast samma bestämmelser gällande provtagning som under avhållsamsperioden.

Mot bakgrund av att körkortsdirektivet saknar definition av vad som avses med regelbundna hälsokontroller, anser Transportstyrelsen att det funnits utrymme för Sverige att själva reglera vad som avses med *regelbundna hälsokontroller* och hur detta ska intygas.

Transportstyrelsen anser att bestämmelserna i 12 kap. 17-19 §§ i den del de riktar sig till den som har en beroendediagnos når upp till minimikraven i körkortsdirektivet. Kraven i medicinföreskrifterna är visserligen mer detaljerade än vad som anges i körkortsdirektivet, men Transportstyrelsen anser för den skull inte att de utgör särkrav i förhållande till körkortsdirektivet. Kraven i medicinföreskrifterna ligger inom det regleringsutrymme som finns enligt körkortsdirektivet, men Transportstyrelsen bedömer att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom det regleringsutrymme som finns.

Transportstyrelsens bedömning av bestämmelserna i den del de riktar sig till den som har en missbruksdiagnos avseende alkohol redogörs särskilt för under avsnitt 5.2.

#### 4.3 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.2

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om alkohol, punkt 14.2 och som gäller högre behörigheter, anger att:

*14. 2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

Som redogjorts för under avsnitt 3.2.2 är Transportstyrelsens tolkning att kraven i punkten 14.1 även gäller för högre behörigheter och denna punkt syftar till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav. Eftersom körkortsdirektivet inte anger någon reglering finns ett utrymme för medlemsländerna att själva reglera detta utifrån de nationella förutsättningarna. Transportstyrelsen bedömer att denna punkt (14.2) i körkortsdirektivet tillgodoses genom

den reglering som gäller för lägre behörigheter. Mot bakgrund av detta anser Transportstyrelsen att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

#### 4.4 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om narkotika och läkemedel, punkt 15 och som gäller missbruk (och som gäller både lägre och högre behörigheter), anger att:

##### *15. Missbruk*

*Oavsett vilken behörighet ansökan gäller skall körkort inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.*

##### 4.4.1 Begreppet beroende

Körkortsdirektivet innehåller krav som riktar sig till sökande eller förare som antingen är *beroende* av psykofarmaka, eller personer som utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.

Körkortsdirektivet saknar en definition av vad som avses med beroende. Enligt resonemang under avsnitt 3.2.2 och 3.2.4 har Transportstyrelsen tolkat det som att det är det medicinska begreppet som avses. I allmänhet används internationella diagnosverktyg när det ska avgöras om ett beroende föreligger eller inte.

Begreppet beroende har definierats i 12 kap. 2 och 4 §§ medicinföreskrifterna. För att en person ska anses vara beroende enligt medicinföreskrifterna, så ska en beroendediagnos ha ställts enligt de kriterier som anges i de internationella kriteriebaserade systemen för diagnosklassifikation DSM-IV och ICD-10.

Medicinföreskrifterna hänvisar till de versioner<sup>11</sup> av diagnosklassificeringssystem som var aktuella när direktivet antogs 2006. Transportstyrelsen anser därför att körkortsdirektivet har implementerats korrekt i medicinföreskrifterna. De diagnosverktyg som medicinföreskrifterna hänvisar till har därefter uppdaterats. I nu gällande version av DSM har exempelvis diagnosen beroende ersatts med ett annat diagnosbegrepp. Hur diagnosverktygen och de olika versionerna förhåller sig till varandra beskrivs i avsnitt 7.2 och 7.4.

Transportstyrelsen bedömer att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet vad gäller vad som avses med beroende. Däremot behöver reglerna ses över mot bakgrund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats.

---

<sup>11</sup> DSM-IV gavs ut 1994 och ersattes av DSM-V 2013. ICD-10 färdigställdes 1992 och den senaste versionen gavs ut 2011. ICD-11 gavs ut 1 januari 2022. Läs mer om de olika versionerna i avsnitt 7.4.

#### 4.4.2 Begreppet regelbundet missbrukar

Körkortsdirektivet innehåller krav som riktar sig till sökande eller förare som antingen är beroende av psykofarmaka, eller personer som utan att vara beroende, *regelbundet missbrukar* psykofarmaka.

Körkortsdirektivet saknar en definition av vad som avses med *regelbundet missbrukar* psykofarmaka vilket medför att medlemsländerna har ett visst tolkningsutrymme, se avsnitt 3.2.4. Inom hälso- och sjukvården används i allmänhet internationella diagnosverktyg när det ska avgöras om ett regelbundet missbruk av substans föreligger eller inte. Sverige har valt att definiera regelbundet missbruk utifrån diagnosen missbruk och skadligt bruk.

Vad som avses med diagnosen missbruk har definierats i 12 kap. 3 och 4 §§ medicinföreskrifterna. Antingen ska en missbruksdiagnos ha ställts enligt de kriterier som anges i de internationella kriteriebaserade systemen för diagnosklassifikation DSM-IV och ICD-10, eller så ska det vara fråga om ett bruk som inte är tillfälligt och från medicinsk synpunkt är skadligt. Den senare definitionen ligger nära definitionen för skadligt bruk enligt ICD-10, som är ”bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan”.

Medicinföreskrifterna hänvisar till de versioner<sup>12</sup> som var aktuella när körkortsdirektivet antogs 2006. Transportstyrelsen anser därför att körkortsdirektivet har implementerats korrekt i medicinföreskrifterna. De diagnosverktyg som medicinföreskrifterna hänvisar till har därefter uppdaterats. I nu gällande version av DSM har exempelvis diagnosen missbruk ersatts med ett annat diagnosbegrepp. Hur diagnosverktygen och de olika versionerna förhåller sig till varandra beskrivs i avsnitt 7.2 och 7.4.

Transportstyrelsen bedömer att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet vad gäller vad som avses med begreppet regelbundet missbrukar psykofarmaka, men att det ändå kan finnas anledning att se över reglerna i denna del. Detta mot bakgrund av att körkortsdirektivet medger ett visst tolkningsutrymme av vad som avses med begreppet regelbundet missbrukar, och på grund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats.

#### 4.4.3 Begreppet psykofarmaka

Körkortsdirektivet innehåller krav som riktar sig till den som är beroende av, eller utan att vara beroende av, *regelbundet missbrukar psykofarmaka*.

Som framgår av avsnitt 3.2.4 har Transportstyrelsen tolkat begreppet psykofarmaka som att det avser substanser som påverkar det centrala nervsystemet. Transportstyrelsen har dock valt att använda begreppet psykofarmaka istället för substanser som påverkar det centrala nervsystemet i redogörelserna nedan.

---

<sup>12</sup> DSM-IV gavs ut 1994 och ersattes av DSM-V 2013. ICD-10 färdigställdes 1992 och den senaste versionen gavs ut 2011. ICD-11 gavs ut 1 januari 2022. Läs mer om de olika versionerna i avsnitt 7.4.

I medicinföreskrifterna används begreppet *psykoaktiva substanser* istället för psykofarmaka. Av 12 kap. 1 § p. 2 och 3 medicinföreskrifterna framgår att kapitlet gäller bruk av psykoaktiva substanser, samt läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att köra motordrivet fordon.

Transportstyrelsen anser att det begrepp som används i medicinföreskrifterna har samma innebörd som de begrepp som används i körkortsdirektivet. Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet.

#### 4.4.4 Beroende eller regelbundet missbruk som hinder för körkortsinnehav

I körkortsdirektivet anges att körkort inte ska utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.

Medicinföreskrifterna är, som ovan nämnts, uppbyggda på så sätt att de talar om när det finns hinder för innehav av körkort.

Av 12 kap. 6 § medicinföreskrifterna framgår att en beroendediagnos av psykoaktiva substanser utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

Av 12 kap. 7 § medicinföreskrifterna framgår att en missbruksdiagnos av psykoaktiva substanser eller läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att köra motordrivet fordon, utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

I 12 kap. 8 § anges vad som menas med nykterhet. När det gäller ej läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser ska drogfrihet kunna styrkas. När det gäller läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser, så ska bruket prövas ur trafiksäkerhetssynpunkt. Om bruket bedöms utgöra en trafiksäkerhetsrisk, utgör det hinder för innehav.

I 12 kap. 9 § anges vad som avses med varaktig nykterhet. Med varaktig nykterhet avses minst 6 månaders verifierad nykterhet och vid allvarligt missbruk eller svårt beroende upp till två års verifierad nykterhet.

I 12 kap. 11-13, 20 och 21 §§ finns detaljerade bestämmelser kring hur nykterhet ska verifieras. Av bestämmelserna framgår att nykterhet ska verifieras genom frekventa och upprepade provtagningar och ett läkarintyg som ska redovisa och bedöma förhållanden under observationstiden och hur den fortsatta prognosen för nykterhet ser ut.

Som framgår ovan ställer medicinföreskrifterna krav på att den som har en beroendediagnos eller missbruksdiagnos kopplat till psykoaktiva substanser/läkemedel måste styrka avhållsamhet under en viss period innan körkort kan utfärdas. Även om körkortsdirektivet inte innehåller ett uttryckligt krav på avhållsamsperiod på samma sätt som vid alkoholberoende, så bedömer Transportstyrelsen ändå att körkortsdirektivet i denna del har överlämnat till medlemsländerna själva att reglera hur man ska säkerställa att en person inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar

psykofarmaka. Det har därmed funnits utrymme för medlemsländerna själva att reglera hur länge och från vilken tidpunkt man ska visa avsaknaden av beroende eller att man inte längre regelbundet missbrukar psykofarmaka.

Transportstyrelsen anser därmed att medicinföreskrifterna i denna del överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når i denna del upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom det regleringsutrymme som finns.

#### 4.5 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.1

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om narkotika och läkemedel, punkt 15.1 som gäller regelbundet bruk och lägre behörigheter<sup>13</sup>, anger att:

*15.1 Körkort skall inte utfärdas eller förnyas om sökande eller förare regelbundet och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Detta gäller för alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan.*

Som beskrivs i avsnitt 3.2.5 tolkar Transportstyrelsen det som att denna punkt handlar om att ange vad som ska gälla för de personer som utan att de har ett beroende, regelbundet använder psykofarmaka eller andra läkemedel/kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan men som inte omfattas av punkten 15.

Av 12 kap. 16 § första stycket medicinföreskrifterna framgår att regelbundet, läkarordinerat bruk av substans som sägs i 1 §<sup>14</sup> och som inte är att anse som beroende eller missbruk men som är av viss omfattning, ska prövas från trafiksäkerhetssynpunkt. Om bruket bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk, utgör det hinder för innehav.

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

#### 4.6 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.2

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om narkotika och läkemedel, punkt 15.2 som gäller regelbundet bruk och högre behörigheter, anger att:

*15.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

Som redogjorts för under avsnitt 3.2.6 är Transportstyrelsens tolkning att kraven i punkten 15.1 även gäller för högre behörigheter och denna punkt syftar till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant

<sup>13</sup> Det som gäller för lägre behörigheter gäller också för högre behörigheter, men vid högre behörigheter ska även kravet i körkortsdirektivets bilaga III punkt 15.2 beaktas.

<sup>14</sup> I 12 kap. 1 § p.2 och 3 anges andra psykoaktiva substanser än alkohol, utom nikotin och koffein, samt läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att köra motordrivet fordon.

innehav. Eftersom körkortsdirektivet inte anger någon reglering finns ett utrymme för medlemsländerna att själva reglera detta utifrån de nationella förutsättningarna.

I medicinföreskrifterna är kraven för högre behörigheter likadana som för lägre behörigheter, se redogörelse under punkterna 15 och 15.1.

I 12 kap. 16 § andra stycket medicinföreskrifterna, som gäller vid regelbundet läkarordinerat bruk, anges dessutom särskilt att vid innehav av högre behörigheter ska den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med ett sådant innehav beaktas.

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

#### **4.7 Sammanfattning av hur körkortsdirektivet har införlivats i medicinföreskrifterna när det gäller kraven om alkohol, narkotika och läkemedel**

Bestämmelserna i 12 och 13 kap. medicinföreskrifterna gäller både alkohol, narkotika och läkemedel. Transportstyrelsen gör följande bedömning och slutsats.

##### **Punkt 14**

Transportstyrelsen bedömer att punkten är av upplysande karaktär och anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet.

##### **Punkt 14.1**

*Begreppet beroende:* Medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet vad gäller vad som avses med beroende. Transportstyrelsen bedömer däremot att reglerna behöver ses över mot bakgrund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats.

*Beroende som hinder för körkortsinnehav:* Medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

*Inte i stånd från att föra motorfordon i alkoholpåverkat tillstånd:* Medicinföreskrifternas reglering i denna del baseras på krav i svensk lag och förordning som Transportstyrelsen behöver förhålla sig till. Det är därför inte aktuellt att göra en bedömning av särkrav i förhållande till de medicinska kraven i körkortsdirektivet. Transportstyrelsen anser emellertid att medicinföreskrifterna i denna del når upp till minimikraven i körkortsdirektivet. Däremot bedömer Transportstyrelsen att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det bemyndigande som myndigheten förfogar över.

*Intygad avhållsperiod:* Medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet i den del bestämmelserna riktar sig mot personer som har ett beroende och innehåller inga särkrav. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas

anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det regleringsutrymme som finns.

*Regelbundna hälsokontroller:* Medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet i den del bestämmelserna riktar sig mot personer som har ett beroende och innehåller inga särkrav. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det regleringsutrymme som finns.

#### **Punkt 14.2**

Medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

#### **Punkt 15**

*Begreppet beroende:* Medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet vad gäller vad som avses med beroende. Transportstyrelsen bedömer däremot att reglerna behöver ses över mot bakgrund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats.

*Begreppet regelbundet missbrukar:* Medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet vad gäller vad som avses med begreppet *regelbundet missbrukar* psykofarmaka, men Transportstyrelsen bedömer ändå att det kan finnas anledning att se över reglerna i denna del. Detta mot bakgrund av att körkortsdirektivet medger ett visst tolkningsutrymme av vad som avses med begreppet *regelbundet missbrukar* och på grund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats.

*Begreppet psykofarmaka:* Transportstyrelsen bedömer att begreppet *psykoaktiva substanser* som används i medicinföreskrifterna har samma innebörd som det begrepp som används i körkortsdirektivet. De svenska reglerna överensstämmer med körkortsdirektivet.

*Beroende eller regelbundet missbruk som hinder för körkortsinnehav:*

Medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna bör vara utformade inom det regleringsutrymme som finns.

#### **Punkt 15.1**

Medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

#### **Punkt 15.2**

Medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

## **5 Särskilt om vissa bestämmelser i medicinföreskrifternas kapitel om alkohol, narkotika och läkemedel som inte återfinns i körkortsdirektivets avsnitt om alkohol, narkotika och läkemedel**

---

Det här avsnittet beskriver vilka bestämmelser i medicinföreskrifterna som saknar motsvarighet i körkortsdirektivets bilaga III, avsnitten om alkohol, narkotika och läkemedel. Avsnittet avslutas med en sammanfattning som redovisar ett ställningstagande till dessa bestämmelser.

---

### **5.1 Missbruk av anabola steroider**

I 5 § medicinföreskrifterna finns en särskild bestämmelse om vad som ska gälla vid missbruk av anabola steroider. Av bestämmelsen framgår att ett sådant missbruk ska prövas dels enligt vad som sägs om missbruk i kap. 12, dels enligt 14 kap. 1 och 2 §§ (bestämmelser om psykiska sjukdomar och störningar).

Det saknas särskilda skrivningar om just anabola steroider i körkortsdirektivet, men det framgår att man inte får ha körkort om man regelbundet missbrukar psykofarmaka. Anabola steroider är hormoner som kan ge fysiska och psykiska biverkningar. I detta sammanhang kan det därför jämföras med psykofarmaka, se vidare resonemang under avsnitt 4.4. Transportstyrelsen bedömer att 5 § stämmer överens med körkortsdirektivet, men att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

### **5.2 Diagnosen missbruk av alkohol som hinder för körkortsinnehav**

Av 12 kap. 7 § medicinföreskrifterna framgår att en missbruksdiagnos beträffande alkohol utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

I 12 kap. 8 § anges vad som menas med nykterhet (avhållsamhet). Nykterhet innebär i detta fall att biologiska markörer ska ligga inom referensområdet.

I 12 kap. 9 § anges vad som avses med varaktig nykterhet (det vill säga hur lång avhållsperiod som krävs). Avhållsperioden ska vara minst 6 månader och vid allvarligt missbruk upp till två år.

I 12 kap. 11-13, 20 och 21 §§ finns detaljerade bestämmelser kring hur nykterhet ska verifieras. Av bestämmelserna framgår att nykterhet ska verifieras genom frekventa och upprepade provtagningar och ett läkarintyg som ska redovisa och bedöma förhållanden under observationstiden och hur den fortsatta prognosen för nykterhet ser ut.

I 12 kap. 17-19 §§ medicinföreskrifterna framgår att vid diagnosen missbruk ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning om fortsatt innehav ska göras med ett visst



intervall. Den första prövningen görs efter 6 månaders observationstid, den andra prövningen efter ytterligare 6 månaders observationstid och den tredje prövningen efter ytterligare 12 månaders observationstid. Observationstiden kan vid behov förlängas. Under villkorsuppföljningen tillämpas samma bestämmelser gällande provtagning som under avhållsamhetsperioden.

I körkortsdirektivet anges att körkort inte får utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är *beroende av alkohol*. För sökande eller förare som *tidigare har varit beroende av alkohol* får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamhetsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.

Sverige har valt att ställa liknande krav vid diagnosen missbruk av alkohol som vid diagnosen beroende av alkohol, även fast körkortsdirektivet inte reglerar missbruk av alkohol. Diagnoserna beroende och missbruk beskrivs utförligare i avsnitt 7.2 och 7.3.

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifternas krav för den som har en missbruksdiagnos kopplat till alkohol inte stämmer överens med körkortsdirektivet. De svenska reglerna är strängare än vad som anges i körkortsdirektivet och innehåller därför särkrav.

Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om detta särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för detta.

### 5.3 Verifiering av nykterhet under olika former av tvång såsom vistelse eller vård

I 12 kap. 10 § medicinföreskrifterna finns en särskild bestämmelse om vad som ska gälla för verifiering av nykterhet om personen ifråga befinner sig under någon typ av tvång såsom fängelsestraff, tvångsvård eller fotboja. I bestämmelsen anges att varaktig nykterhet enligt 9 § måste verifieras i minst sex månader *efter* frigivning, utskrivning eller avslutad övervakning.

Körkortsdirektivet reglerar inte den här typen av situationer.

I körkortsdirektivet anges att den som har haft ett beroende av alkohol kan få ha körkort efter en intygad avhållsamhetsperiod. Det finns ingen definition i körkortsdirektivet om vad avhållsamhet är, hur lång avhållsamhetsperioden ska vara eller när den ska starta. Därför har Sverige haft ett utrymme att själva definiera begreppet avhållsamhet (i medicinföreskrifterna benämnt nykterhet), fastställa längden på avhållsamhetsperioden och när den ska räknas ifrån. Transportstyrelsen har ansett att begreppet avhållsamhet även innefattar att verifiering av nykterhet ska ske under en hög grad av personligt ansvar. Det innebär i sin tur att nykterhet inte kan styrkas under olika former av tvång. Transportstyrelsen anser mot denna bakgrund inte att kravet i 10 § är ett särkrav gentemot körkortsdirektivet ifråga om alkoholberoende, utan det bedöms endast vara ett förtydligande eller en utfyllnad av det som tas upp i körkortsdirektivet om vad avhållsamhet är, hur lång avhållsamhetsperioden ska vara och när den ska starta.

Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

Vad gäller missbruk av alkohol däremot, så finns inte motsvarande krav i körkortsdirektivet som det finns vid beroende. I denna del är därför kraven i 12 kap. 10 § ett särkrav i förhållande till körkortsdirektivet. Se avsnitt 5.2. Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om detta särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för detta.

När det gäller narkotika och läkemedel så finns det inget uttryckligt krav på avhållsamsperiod i körkortsdirektivet (på samma sätt som det finns vid alkoholberoende), men det finns ett krav på att man inte får ha ett beroende eller regelbundet missbruka psykofarmaka. Det finns inte definierat hur man ska visa avsaknaden av beroende eller att man inte längre regelbundet missbrukar psykofarmaka. Transportstyrelsen har tolkat körkortsdirektivet som att medlemsländerna fått utrymme att ta fram den reglering som behövs för att säkerställa att dessa personer inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar psykofarmaka. Inom ramen för detta har Transportstyrelsen bl.a. reglerat hur länge och från vilken tidpunkt en person ska visa avhållsamhet. Transportstyrelsen anser mot denna bakgrund inte att kravet i 10 § är ett särkrav gentemot körkortsdirektivet, utan det bedöms endast vara ett förtydligande eller en utfyllnad av det som tas upp i körkortsdirektivet om att man inte får vara beroende av psykofarmaka, eller regelbundet missbruka psykofarmaka. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

#### **5.4 Undantag från vissa krav vid god prognos**

I 12 kap. 14 § finns en undantagsbestämmelse som ger personer som redan innehar körkort en möjlighet att behålla detta trots att kraven på varaktighet och verifiering inte uppfyllts. Förutsättningen är att det finns en god prognos. Detta beskrivs utförligare i avsnitt 7.13 I det allmänna rådet ges som exempel på en god prognos att innehavaren kan visa på särskilt goda resultat efter en inledd rehabilitering samt följsamhet till läkares tillsägelse att avstå från att köra fordon enligt 10 kap. 5 § körkortslagen (1998:488).

I körkortsdirektivet anges att den som tidigare haft ett alkoholberoende kan få ha körkort efter en intygad avhållsamsperiod, om det stöds av ett läkarutlåtande. Körkortsdirektivet anger ingen definition av vad avhållsamsperiod innebär. Det ges inte heller några indikationer på hur länge detta ska visas eller hur det ska verifieras. Sverige har valt att definiera längden genom 9 § och hur det ska styrkas genom 11 §. Undantagsbestämmelsen i 14 § innebär en lättnad från våra nationella krav på avhållsamsperiodens längd och hur verifiering ska ske, men man kan aldrig helt frångå kraven på avhållsamhet och verifiering. Detta följer av att paragrafen endast kan tillämpas om omständigheterna i övrigt med styrka talar för en god prognos. I detta ligger att det måste finnas ett underlag för en sådan bedömning. Eftersom körkortsdirektivet inte anger hur lång avhållsamsperiod som krävs och hur verifiering

ska ske, bedömer Transportstyrelsen att minimikraven i körkortsdirektivet uppfylls även vid tillämpningen av 14 § när det gäller alkoholberoende. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Det kan även finnas skäl att tydliggöra att undantag aldrig kan bli aktuellt utan någon avhållsperiod alls.

Vad gäller missbruk av alkohol däremot, så finns inte motsvarande krav i körkortsdirektivet som det finns vid beroende. I denna del är därför kraven i 12 kap. 14 § ett särkrav i förhållande till körkortsdirektivet. Se avsnitt 5.2. Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om detta särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för detta.

När det gäller narkotika och läkemedel anger körkortsdirektivet att man inte får ha körkort om man är beroende av eller, utan att vara beroende regelbundet missbrukar psykofarmaka. I avsnittet som handlar om regelbundet bruk anges att man inte får ha körkort om man regelbundet och i mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Transportstyrelsen har tolkat det som att körkortsdirektivet gett utrymme till medlemsländerna att själva reglera hur man ska säkerställa att en person inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar narkotika eller läkemedel. För att ta reda på detta har Sverige valt att tillämpa samma krav som för alkohol. Undantagsbestämmelsen i 14 § innebär en lättnad från våra nationella krav på avhållsperiod och verifiering, men minimikraven i körkortsdirektivet uppfylls även vid tillämpningen av 14 §. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Det kan även finnas skäl att tydliggöra att undantag aldrig kan bli aktuellt utan någon avhållsperiod alls.

### **5.5 Deltagande i behandlingsprogram med ett ersättningspreparat**

I 12 kap. 15 § anges att den som har diagnosen beroende eller missbruk och deltar i ett behandlingsprogram med ersättningspreparat, kan få eller behålla körkortet om kraven på varaktigt verifierad nykterhet och en god prognos är uppfyllda. Kravet på verifierad nykterhet gäller dock inte läkemedlet som används i programmet. Sådant bruk ska istället särskilt prövas från trafiksäkerhetssynpunkt.

När det gäller narkotika och läkemedel så finns det krav i körkortsdirektivet på att man inte får ha ett beroende eller regelbundet missbruka psykofarmaka. Vidare ska körkort inte utfärdas eller förnyas om man regelbundet, och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt, använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Det finns dock inte definierat hur man ska visa förekomsten eller avsaknaden av beroende. Det finns heller inte definierat hur man ska visa att man inte längre regelbundet missbrukar psykofarmaka. Körkortsdirektivet definierar inte heller vilken nivå av regelbundet bruk som kan accepteras utan att det påverkar körförmågan negativt.

Transportstyrelsen tolkar det som att körkortsdirektivet ger utrymme till medlemsländerna att själva reglera hur man ska säkerställa att en person inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar narkotika eller läkemedel. Samma sak gäller även vilken nivå av regelbundet bruk som kan accepteras utan att det påverkar körförmågan negativt.

Bestämmelsen i 15 § innebär en lättnad från våra nationella krav på hur verifiering av nykterhet ska ske, men Transportstyrelsen bedömer att minimikraven i körkortsdirektivet uppfylls även vid tillämpningen av 15 §. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

### **5.6 Villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende**

Av 12 kap. 17-19 §§ medicinföreskrifterna framgår att vid diagnoserna missbruk och beroende ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning om fortsatt innehav ska göras med ett visst intervall. Den första prövningen görs efter 6 månaders observationstid, den andra prövningen efter ytterligare 6 månaders observationstid och den tredje prövningen efter ytterligare 12 månaders observationstid. Observationstiden kan vid behov förlängas. Under villkorsuppföljningen tillämpas samma bestämmelser gällande provtagning som under avhållsamtidsperioden.

I körkortsdirektivet finns endast ett uttryckligt krav på efterföljande hälsokontroller vid alkoholberoende (jmf. Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1). Medicinföreskrifternas bestämmelser om villkorsuppföljning med läkarintyg gäller inte bara vid alkoholberoende, utan även vid diagnosen missbruk av alkohol, samt vid diagnoserna beroende- och missbruk av narkotika/läkemedel. Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna i denna del inte stämmer överens med körkortsdirektivet. De svenska reglerna är strängare än vad som anges i körkortsdirektivet och innehåller därför särkrav.

Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om dessa särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för detta.

### **5.7 Särskilda krav vid grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri under påverkan av narkotika**

Som beskrivits i avsnitt 4.2.3 finns i 13 kap. medicinföreskrifterna bestämmelser som riktar sig till personer som tidigare visat att de inte kunnat avstå att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd. Dessa krav gäller även personer som tidigare visat att de inte kunnat avstå att föra fordon i narkotikapåverkat tillstånd.

I körkortsdirektivet regleras inte särskilt att körkort inte får utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som inte är i stånd att avstå från att föra fordon i *narkotika/läkemedelspåverkat* tillstånd (jmf. körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1 gällande *alkoholpåverkat tillstånd*). Men som beskrivits i avsnitt 4.2.3 grundar sig

kraven i 13 kap. medicinföreskrifterna på bestämmelser i körkortslagen (1998:488) och körkortsförordningen (1998:980)<sup>15</sup> och innebär att personer som dömts för grovt rattfylleri och upprepade rattfylleribrott under de senaste fem åren behöver komma in med ett särskilt läkarutlåtande som styrker att de i nykterhetshänseende uppfyller kraven i 3 kap. 2 § körkortslagen. Rattfylleri enligt lagens mening kan innebära att personen kört under påverkan av alkohol, narkotika/läkemedel eller kombinationer av dessa<sup>16</sup>.

Körkortsdirektivet anger inte vilka brott som ska föranleda körkortsåterkallelse utan detta är något som lämnats till varje medlemsland att avgöra. Det är reglerat i överordnad svensk författning att körkortet ska återkallas vid rattfylleri eller grovt rattfylleri. Detta gäller oavsett vilken substans som påträffats vid trafiknykterhetsbrottet. Det anges även i överordnad svensk författning under vilka förutsättningar en person kan återfå sitt körkort efter trafiknykterhetsbrottet. Transportstyrelsen har getts bemyndigande att meddela föreskrifter om sådant särskilt läkarutlåtande som styrker att sökanden i nykterhetshänseende uppfyller kraven i 3 kap. 2 § körkortslagen.

Transportstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis att medicinföreskrifternas reglering avseende rattfylleri under påverkan av narkotika/läkemedel saknar motsvarighet i körkortsdirektivet, men regleringen i denna del baseras på krav i svensk lag och förordning som Transportstyrelsen behöver förhålla sig till. Det är därför inte aktuellt att göra en bedömning av särkrav i förhållande till de medicinska kraven i körkortsdirektivet. Transportstyrelsen har i avsnitt 4.2.3 bedömt att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven som riktar sig mot den som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade rattfylleri under påverkan av alkohol i framtiden bör vara utformade inom ramen för det bemyndigande som myndigheten förfogar över. Mot bakgrund av detta bedömer Transportstyrelsen att det även kan finnas anledning att se över motsvarande krav som riktar sig till den som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri under påverkan narkotika.

#### 5.7.1 Villkorsuppföljning med läkarintyg efter grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri

13 kap. 4-6 §§ medicinföreskrifterna finns krav på att personer som tidigare dömts för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri ska stå under fortsatt uppföljning även efter att körkortstillstånd har meddelats (villkor om läkarintyg inklusive provtagningar). Den sammanlagda uppföljningsperioden ska vara minst 18 månader. Under uppföljningsperioden gäller samma antal provtagningar som under observationsperioden.

Det kan konstateras att körkortsdirektivet inte innehåller några närmare regler för uppföljning av personer som tidigare inte kunnat avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd och därefter fått tillbaka sitt körkort. Körkortsdirektivet saknar dessutom helt reglering avseende personer som tidigare inte kunnat avstå från att föra fordon i drogpåverkat tillstånd. Även om körkortsdirektivet inte innehåller några närmare

<sup>15</sup> Jämför 3 kap. 2 § körkortslagen och 3 kap. 1 § körkortsförordningen.

<sup>16</sup> Jämför 4 § lagen (1951:649) om straff för vissa trafikbrott.

regler om detta, så är det emellertid Transportstyrelsens uppfattning att bestämmelserna om villkorsuppföljning enligt 13 kap. medicinföreskrifterna inte handlar om egentliga särkrav i förhållande till körkortsdirektivets medicinska krav. Detta eftersom anledningen till att dessa personer följs med villkor om läkarintyg är att de har gjort sig skyldiga till trafiknykterhetsbrott och inte enbart för att det har konstaterats, som körkortsdirektivet anger, att de tidigare inte varit i stånd att avstå från att köra fordon i alkoholpåverkat tillstånd. Körkortsdirektivet anger inte vilka brott som ska föranleda körkortsåterkallelse. Detta är något som lämnats till varje medlemsland att avgöra. Villkorsuppföljning enligt 13 kap. medicinföreskrifterna bör ses som en uppföljning av den personliga lämpligheten för körkortsinnehav. Körkortsdirektivet reglerar inte den personliga lämpligheten, men krav på personlig lämplighet finns däremot i det svenska regelverket. I detta ligger bland annat att sökanden inte får ses som opålitlig i nykterhetskänslighet. Jmf. 3 kap. 2 § körkortslagen (1998:488). Utformningen av nuvarande villkorsuppföljning hänger samman med införandet av den utvidgade lämplighetsprövningen efter grovt eller upprepade rattfylleri, vilket beskrivs närmare i avsnitt 8.4. Som redogörs för i det avsnittet så angavs det i förarbetena till den äldre körkortslagstiftningen (jmf. prop. 1988/89:134) att den som återfått sitt körkort efter rattfylleri skulle stå under fortsatt uppföljning under en viss period. Körkortshavaren skulle bland annat inkomma med blodprover som skulle visa acceptabla resultat. De närmare föreskrifterna om detta skulle meddelas av Trafiksäkerhetsverket (numera Transportstyrelsens ansvar).

Sammanfattningsvis kan följande konstateras:

Grunden till villkorsuppföljningen beror i dessa fall inte på ett medicinskt tillstånd. Om en bakomliggande diagnos har konstaterats, så ska bestämmelserna i 12 kap. medicinföreskrifterna tillämpas och man hamnar inte i bestämmelserna om villkorsuppföljning enligt 13 kap. medicinföreskrifterna. Villkorsuppföljningen enligt 13 kap. medicinföreskrifterna handlar om en uppföljning av den personliga lämpligheten och det är därför inte aktuellt att göra en bedömning av särkrav i förhållande till de medicinska kraven i körkortsdirektivet.

Transportstyrelsen bedömer att det kan finnas anledning att se över bestämmelserna i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med dessa bestämmelser behöver utredas vidare.

#### **5.8 Sammanfattning av om kraven om alkohol, narkotika och läkemedel i medicinföreskrifterna som inte återfinns i avsnittet om alkohol, narkotika och läkemedel i körkortsdirektivet utgör särkrav eller inte**

Transportstyrelsen bedömer att samtliga bestämmelser i medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet. Medicinföreskrifterna innehåller särkrav när det gäller diagnosen missbruk av alkohol som hinder för körkortsinnehav och villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende.

Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om dessa särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för dessa.

Transportstyrelsen anser att övriga bestämmelser som inte har någon direkt motsvarighet i körkortsdirektivet behöver ses över med anledning av att kraven som hör samman med dessa bestämmelser behöver utredas vidare.

## **6 Hur länderna i översynen har implementerat körkortsdirektivets krav om alkohol, narkotika och läkemedel**

---

Det här avsnittet beskriver kortfattat hur de olika länderna som ingår i översynen har implementerat kraven i körkortsdirektivets bilaga III gällande alkohol, narkotika och läkemedel.

---

De länder som Transportstyrelsen har valt att jämföra med i översynen har implementerat de medicinska kraven i körkortsdirektivet på olika sätt. Några av länderna har valt att ordagrant implementera direktivets krav direkt i sin nationella lagstiftning och har kompletterande information om hur direktivet ska tolkas i vägledande dokument. Andra länder har istället förtydligat kraven direkt i lagtexten.

Under avsnitt 6.1 beskrivs vilka regleringar och eventuellt vägledande material de olika länderna har. Transportstyrelsens utgångspunkt har varit att granska den dokumentation som det direkt eller indirekt refererats till. Det betyder att det även kan finnas annan lagstiftning med anknytning till området. Beskrivningarna avser att ge en övergripande bild av hur respektive lands reglering på det aktuella området ser ut. Dessa bygger på Transportstyrelsens tolkning av materialet.

Under avsnitt 6.2 - 6.7 redovisas en sammanställande jämförelse av hur valda länder har införlivat körkortsdirektivets avsnitt om alkohol, narkotika och läkemedel.

Som tidigare beskrivits är körkortsdirektivets krav om alkohol, narkotika och läkemedel av övergripande karaktär, och vid jämförelse med flera andra sjukdomstillstånd inte lika detaljerade [13] [14]. Beskrivningarna i detta avsnitt sammanfattar endast de delar som kravställs i körkortsdirektivet. En mer djupgående analys och jämförelse av kraven i medicinföreskrifterna redovisas i bilaga 4.

### **6.1 Valda länders regler och vägledande dokument avseende körkortsdirektivets medicinska krav om alkohol, narkotika och läkemedel**

Sverige reglerar körkortsdirektivets medicinska krav i körkortslagen [15], körkortsförordningen [16] och i Transportstyrelsens medicinföreskrifter [2].

Danmark reglerar de medicinska kraven i færdselsloven (trafiklagen) [10] och bekendtgørelse<sup>17</sup> om kørekort [17]. Körkortsdirektivets krav (bilaga III) har införlivats i en bilaga till bekendtgørelsen. Texten är till stora delar överensstämmande med direktivtexten, men på vissa ställen har man valt att göra förtydliganden. Som komplement till lagstiftningen finns ett vägledande dokument [18] där de medicinska kraven förklaras och där det framgår hur reglerna ska tillämpas. Vägledningen vänder sig primärt till läkare.

Norge reglerar de medicinska kraven i vägtrafiklagen [19] och i körkortsföreskriften [20]. Som komplement till lagstiftningen finns ett vägledande dokument [21] där de medicinska kraven förklaras och där det framgår hur reglerna ska tillämpas. Vägledningen vänder sig primärt till hälso- och sjukvården. I vägledningen finns även hänvisningar till stödmaterial för kontrollrutiner vid påvisning av alkohol, narkotika och läkemedelsbruk i körkortssammanhang [22] och förfarande vid narkotikatestning [23].

Finland reglerar de medicinska kraven i körkortslagen [24] och vägtrafiklagen [25]. Den finska körkortslagen hänvisar till körkortsdirektivets bilaga III. Som komplement till lagstiftningen finns ett vägledande dokument (anvisningar) [26] där de medicinska kraven förklaras och där det framgår hur reglerna ska tillämpas. Vägledningen vänder sig till personal inom hälso- och sjukvården.

Storbritannien reglerar de medicinska kraven bland annat i två lagar [27], [28] om körkort. Som komplement till lagstiftningen finns ett vägledande dokument [29] där de medicinska kraven förklaras och där det framgår hur reglerna ska tillämpas. Vägledningen vänder sig till läkare och annan medicinsk personal.

## 6.2 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om alkohol, punkt 14 och som gäller för både lägre och högre behörigheter, anger att:

*14. Alkoholkonsumtion är en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning är det mycket viktigt att läkarna visar stor uppmärksamhet.*

Som beskrivits i avsnitt 4.1 tolkar Transportstyrelsen det som att punkten är av upplysande karaktär att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på riskerna med alkohol i trafiksammanhang.

Samtliga länder har genom sina lagstiftningar och vägledande dokument bestämmelser (se avsnitt 6.1) som riktar sig till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på riskerna med alkohol i trafiksammanhang.

---

<sup>17</sup> Bekendtgørelser kan beskrivas som direktiv från ministerier och andra administrativa statliga myndigheter och gäller för både enskilda och myndigheter. Bekendtgørelser utfärdas normalt på grundval av ett lagstadgat bemyndigande. Det kan motsvara en svensk förordning eller föreskrifter.



### 6.3 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om alkohol, punkt 14.1 och som gäller lägre behörigheter, anger att:

*14.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.*

*För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.*

#### Beroende som hinder och tolkning av begreppet beroende

Beroende utgör hinder i samtliga länder. Alla länder har även definierat begreppet beroende på liknande sätt, men det skiljer sig lite åt var detta återges. Endast Sverige anger t.ex. definitionen i den regelgivande texten. Danmark, Finland, Norge och Storbritannien återger sina definitioner i den vägledande texten.

Samtliga länder, utom Danmark som inte återger någon referens, hänvisar till den diagnostiska koden för beroende i WHO:s ICD-system. Endast Sverige hänvisar även till DSM-systemet.

Tabell 1. Sammanfattning av ländernas definitioner av beroende - lägre behörigheter.

Land	Definition beroende	Hänvisning till internationellt diagnosverktyg
<b>Sverige</b>	En person anses vara beroende av substans som om diagnosen beroende har ställts utifrån vedertagen medicinsk praxis eller om det utifrån tillgänglig information kan bedömas att kriterierna för sådan diagnos är uppfyllda.	ICD-10 och DSM-IV.
<b>Danmark</b>	Anger kriterier för att bedöma om beroende av alkohol föreligger. Om tre av sex kriterier är uppfyllda under minst en månad under de senaste 12 månaderna, är det tal om ett beroende.	Hänvisning anges inte. Transportstyrelsens bedömning är att definitionen överensstämmer med beroendesyndrom enligt diagnosklassifikationssystemet ICD-10.

Land	Definition beroende	Hänvisning till internationellt diagnosverktyg
Finland	Anger ingen specifik definition likt övriga länder, men beskrivning av begreppet anges i avsnitt om skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende.	ICD-10 (kod F10)
Norge	Med alkoholberoende menas beteendemässiga, kognitiva och fysiologiska förändringar efter långvarigt högt alkoholintag där svårigheter med kontrollerat intag ökar toleransen och skadliga effekter försummas.	ICD-10 (koder F10.2 – F10.7)
Storbritannien	DVLA anger ingen enskild definition som omfattar alla variabler kopplat till beroende. Man erbjuder dock en viss vägledning, i vilken man lyfter fram beteendemässiga, kognitiva och fysiologiska fenomen som utvecklas efter upprepat alkoholintag.	ICD-10 (anger att kod F10.2 är relevant)

### **Gällande förare som inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd utan att beroende föreligger**

När det gäller personer som inte kan avstå från att köra alkoholpåverkade skiljer det sig en del mellan länderna och det är svårt att utläsa en liknande införlivning av kravet.

I Sveriges medicinföreskrifter (13 kap.) finns krav som riktar sig mot personer som tidigare visat att de inte kunnat avstå från att köra alkoholpåverkade. Kraven grundar sig på bestämmelserna i körkortslagen (1998:488) och körkortsförordningen (1998:980) och gäller personer som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade rattfylleribrott under de senaste fem åren. Innan körkortstillstånd kan beviljas behöver personen lämna in ett särskilt läkarutlåtande som styrker att de ur nykterhetshänseende uppfyller kraven i 3

kap. 2 § körkortslagen. När körkortstillstånd beviljats sker uppföljning med läkarintyg inklusive provtagningar (se även avsnitten 4.2.3, 5.7 och 5.7.1).

I Danmarks lagstiftning regleras att personer som gjort sig skyldiga till rattfylleri ska genomgå en kurs i alkohol, droger och trafik (ANT-kurs). Utöver detta har man inga särskilda bestämmelser eller andra regler som liknar Sveriges vad gäller grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri.

Finland har i likhet med Sverige omfattande bestämmelser gällande rattfylleri i lagstiftningen. Enligt Finlands vägledning kan polisen kräva att en person som gripits för rattfylleri ska lämna in ett läkarutlåtande om körförmågan. Enligt Finlands lagstiftning kan även polisen besluta om alkoholövervakat körkort för en person som gjort sig skyldig till rattfylleri eller grovt rattfylleri.

Norges regler gällande rattfylleri finns i vägtrafiklagen. Enligt lagstiftningen kan personer dömas till olika former av behandling, och beror på omfattningen av brottet och substansbruksproblematiken. Av lagstiftningen eller vägledningen framgår inga specifika krav som liknar Sveriges medicinska regler vad gäller grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri.

I Storbritanniens lagstiftning finns ett speciellt system gällande personer som dömts för rattfylleri. Dessa personer bedöms utgöra en högriskgrupp och en medicinsk utredning krävs för att ta ställning till om ett aktuellt missbruk eller beroende föreligger. Denna utredning kan innebära att exempelvis blodprover kan krävas. Ett körkort med begränsad giltighet kan därefter utfärdas och tiden bestäms utifrån förutsättningarna i det enskilda fallet, under förutsättning att utfallet av utredningen är utan anmärkningar.

Mer specifika beskrivningar finns i bilaga 4.

### **Gällande förare som tidigare varit alkoholberoende**

Det är stora skillnader mellan länderna kring hur bestämmelserna om avhållsamsperiod och villkor om regelbundna hälsokontroller ska gå till och var detta regleras. I Sverige och Norge regleras detta genom föreskrifter. Sverige har, till skillnad från Norge, reglerat fler detaljer i medicinföreskrifterna. Norge beskriver detaljerna i den vägledande dokumentationen. Danmark, Finland och Storbritannien har inte lika detaljerade krav, de uppgifter som återfinns beskrivs i den vägledande dokumentationen. Nedan ges en kort beskrivning hur länderna implementerat kravet i 14.1 vad gäller beroende.

I Sverige innebär avhållsamhet att en person kan uppvisa nykterhet. Nykterhet innebär att biologiska markörer ska ligga inom referensområdet. Sverige har även specificerat vilka markörer som ska lämnas (CDT och GT) samt hur ofta under varje sex månadsperiod. Längden på avhållsamsperioden varierar mellan 6 månader till 2 år där beroendets svårighetsgrad avgör längden. Därefter kan körkort beviljas med villkor om att personen lämnar prover som ska redovisas i flera läkarintyg under minst två år.

Intygen ska utfärdas av en läkare med specialistkompetens i psykiatri eller annan specialistkompetent läkare med god kunskap om och erfarenhet av missbruksfrågor.

Danmark har inte definierat begreppet avhållsamhet. I vägledningen anges att vid alkoholberoende krävs minst 6 månaders dokumenterad avhållsamhet, men några detaljer kring hur detta ska visas anges inte. Däremot anges att ett underliggande alkoholproblem måste behandlas och dokumenteras innan ett körförbud kan upphävas. Därefter ska uppföljning ske (anges inte heller hur detta ska gå till) och körkortets giltighet begränsas till 2 år. Efter de två åren kan körkort utfärdas utan tidsgräns. Intygen ska utfärdas av läkare eller specialist i psykiatri.

Finland har, utöver hänvisningen till kraven körkortsdirektivets bilaga III, få detaljer som beskriver hur man implementerat punkt 14.1. Av vägledningen framgår att då alkoholberoende fastställts utfärdas ett körförbud i minst 1 månad och att vårdåtgärder och uppföljningsförfaranden vidtas för att behandla beroendet. Om personen inte i tillräcklig grad svarar på behandling kan körförbudet förlängas så att det gäller i mer än 6 månader. Vad gäller uppföljning anges att det krävs regelbundna läkarkontroller. Körkortets giltighet begränsas i 6-12 månader åt gången tills det är sannolikt att problemet inte kvarstår. Alkohol kan användas under och efter den här uppföljningsperioden. Intygen ska utfärdas av läkare med specialistkompetens inom beroendemedicin eller annan läkare insatt i utvärdering av missbruk.

I Norges föreskrifter anges att hälsokravet uppfylls efter avhållsamhet och normalisering av biologiska prover. I den vägledande dokumentationen definieras begreppet avhållsamhet och innebär att nivån på biologiska markörer ska vara noll eller närma sig nollvärde under den aktuella perioden vars längd är 6 månader. Man har utförliga beskrivningar om vilka biomarkörer som är lämpliga (PEth och CDT), hur regelbunden provtagningen ska vara och vilken nivå som ska uppnås vilket liknar Sveriges medicinföreskrifter. När det gäller uppföljning begränsas körkortets giltighet upp till ett år i taget, under tre år under förutsättning att kvartalsvis uppföljning visar kontrollerat bruk, vilket liknar Sveriges nivå på nykterhet. Därefter får körkortet en giltighet på 5 år, innan normal varaktighet kan sättas. Intygen ska vara utfärdade av en läkare eller psykolog.

Storbritannien har, liksom Danmark och Finland, inte definierat begreppet avhållsamhet. I vägledningen anges att avhållsamhet<sup>18</sup> ska visas under minst 1 år. För att få körkort krävs därefter fortsatt avhållsamhet<sup>19</sup> vilket ska redovisas genom tillfredställande rapporter från en läkare. Enligt uppgift från DVLA begränsas giltighetstiden på körkortet i 1, 2, 3, eller 5 år efter bedömning i det enskilda fallet. Vidare anges att DVLA kan kräva oberoende medicinska undersökningar och blodprovstagningar samt utlåtande från en specialistläkare.

Mer specifika beskrivningar finns i bilaga 4.

---

<sup>18</sup> "abstinence from alcohol consumption"

<sup>19</sup> "abstinence"

Tabell 2. Sammanfattning av begreppet avhållsamhet - lägre behörigheter.

Land	Vad menas med intygad avhållsamsperiod?	Hur har man definierat avhållsamsperiodens längd?
<b>Sverige</b>	Definieras genom begreppet nykterhet. Biologiska markörer ska ligga inom referensområdet	6 månader – 2 år (svårighetsgraden avgör)
<b>Danmark</b>	Någon definition återfinns inte	Minst 6 månader
<b>Finland</b>	Någon definition återfinns inte	Minst 1 månad
<b>Norge</b>	Med avhållsamhet menas nästan noll alkoholkonsumtion dokumenterat med biologiska prover	6 månader
<b>Storbritannien</b>	Någon definition återfinns inte	1 år

Tabell 3. Sammanfattning av regelbundna hälsokontroller - lägre behörigheter.

Land	Regelbundna hälsokontroller	Intervaller för medicinsk uppföljning
<b>Sverige</b>	Ja, krav om läkarintyg. Läkarintyget ska redovisa biologiska prover (CDT och GT)	Efter 6 månader, därefter ytterligare 6 månader, därefter ytterligare 12 månader (kan förlängas vid behov).
<b>Danmark</b>	Ja, krav om läkarintyg	Uppföljning genom att körkortets giltighet begränsas i 2 år.  Därefter beviljas vanligtvis körkort utan tidsgräns.
<b>Finland</b>	Ja, regelbunden medicinsk uppföljning	Uppföljning genom att körkortets giltighet begränsas i 6-12 månader åt gången tills det är sannolikt att personen inte kör i berusat tillstånd.

Land	Regelbundna hälsokontroller	Intervaller för medicinsk uppföljning
Norge	Ja, krav om läkarintyg. Läkarintyget ska redovisa biologiska prover (PEth och CDT)	Uppföljning genom att körkortet får en giltighetstid på upp till 1 år i taget, under tre år, förutsatt att minst en kvartalsuppföljning visar kontrollerat bruk.  Därefter får körkortet en giltighetstid på upp till 5 år innan körkort med normal varaktighet kan utfärdas.
Storbritannien	Ja, regelbunden medicinsk uppföljning. Oberoende medicinsk utvärdering kan kvävas inklusive blodprover och utlåtande från medicinsk specialist	Giltighetstiden för körkortet kan begränsas i 1, 2, 3 eller 5 år, bedömning i det enskilda fallet görs.

#### 6.4 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.2

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om alkohol, punkt 14.2 och som gäller högre behörigheter, anger att:

*14. 2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

När det gäller högre behörigheter är kraven i allmänhet likadana som för lägre behörigheter (14.1). Det som skiljer är längden på avhållsamsperioden samt längden på villkor om regelbundna hälsokontroller. Se tabell 4.

Tabell 4. Sammanfattning av begreppet avhållsamhet och regelbundna hälsokontroller - högre behörigheter.

Land	Hur har man definierat avhållsamhetstidens längd?	Intervaller för medicinsk uppföljning
<b>Sverige</b>	Samma som lägre behörigheter	Samma som lägre behörigheter.
<b>Danmark</b>	Samma som lägre behörigheter	Samma som lägre behörigheter samt att läkaren måste beakta ytterligare risker kopplat till att köra fordon som ingår i gruppen.
<b>Finland</b>	Samma som lägre behörigheter	Samma som lägre behörigheter.
<b>Norge</b>	1 år	Samma som lägre behörigheter. Därefter får körkortet en giltighetstid på upp till 3 år innan körkort med normal varaktighet kan utfärdas.
<b>Storbritannien</b>	3 år	Samma som lägre behörigheter.

### 6.5 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om narkotika och läkemedel, punkt 15 och som gäller missbruk (och som gäller både lägre och högre behörigheter), anger att:

#### *15. Missbruk*

*Oavsett vilken behörighet ansökan gäller skall körkort inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.*

När det gäller punkt 15 har alla länder definierat begreppet beroende (se avsnitt 6.3) och tolkat in begreppet *psykofarmaka* på liknande sätt (se avsnitt 3.2.4). När det gäller *utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka* skiljer det sig en del och det är i vissa fall inte lika tydligt definierat som vid beroende.

I Sverige utgör diagnosen beroende och diagnosen missbruk hinder för körkort. Definitionerna utgår från de diagnostiska klassifikationsverktygen ICD-10 och DSM-IV.

Som beskrivits i avsnitt 6.1 har Danmark införlivat kraven i körkortsdirektivet i en bilaga till sin lagstiftning. I bilagan samt den vägledande dokumentationen framgår att beroende av droger eller andra medvetande påverkande ämnen innebär hinder för körkort. När det gäller regelbundet missbruk (som inte handlar om läkarordinerat bruk) är det svårare att utläsa vilka krav som gäller. Bilagan till lagstiftningen innefattar inte skrivelsen som handlar om *regelbundet intag*, utan att personen har ett beroende. Av vägledningen framgår däremot att hinder kan föreligga även för personer som regelbundet använder narkotika eller andra sinnespåverkande preparat, oavsett form, om det kan bedömas påverka körningen negativt. Danmark har inte någon hänvisning till de diagnostiska klassifikationsverktygen i sin dokumentation.

Som även beskrivits i avsnitt 6.1 hänvisar Finland till kraven i körkortsdirektivets bilaga III i sin körkortslag. I den vägledande dokumentationen framgår vidare att kraven för körhälsa inte uppfylls om en person är beroende av narkotika, använder narkotika regelbundet eller missbrukar läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet. Kraven på körhälsa uppfylls inte heller om missbruk av droger eller läkemedel har orsakat bestående förändringar i hälsotillståndet som stör körförmågan eller äventyrar körsäkerheten. I vägledningen hänvisar man till diagnoskoderna F11 – F19 i ICD-10.

Enligt Norges körkortsföreskrift utgör beroende eller skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken hinder för körkort. Begreppet "*skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken*" definieras i den vägledande dokumentationen som droganvändning som påverkar hälsan så att det går ut över förmågan att köra säkert. Detta gäller både när personen är påverkad av drogen och när personen inte är påverkad (t.ex. förändrat beteende, nedsatt kognitiv funktion). Man har inga särskilda hänvisningar till något diagnostiskt klassifikationssystem.

Enligt Storbritanniens lagstiftning utgör ihållande missbruk (persistent misuse) av narkotika hinder för körkortsinnehav, oavsett om sådant missbruk utgör ett beroende eller inte. I den vägledande dokumentationen hänvisar man till klassifikationskoder F11 – F19 i ICD-10.

Mer specifika beskrivningar finns i bilaga 4.



Tabell 5. Sammanfattning av när hinder föreligger - lägre och högre behörigheter.

<b>Land</b>	<b>Hur länderna har implementerat kravet gällande missbruk av narkotika och läkemedel</b>	<b>Hänvisning till diagnostiskt klassifikationsverktyg</b>
<b>Sverige</b>	Diagnosen missbruk och diagnosen beroende utgör hinder.	ICD-10 och DSM-IV
<b>Danmark</b>	Beroende eller regelbunden användning av narkotika, eller andra sinnespåverkande preparat om det bedöms påverka körningen negativt utgör hinder.	-
<b>Finland</b>	Beroende eller regelbunden användning eller missbruk av läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet utgör hinder.  Hälsokraven för körkort uppfylls inte heller om missbruk av droger eller läkemedel har orsakat bestående förändringar i hälsotillståndet som stör körförmågan eller äventyrar körsäkerheten.	ICD-10 (koder F11 – F19)
<b>Norge</b>	Beroende eller skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken utgör hinder.	-
<b>Storbritannien</b>	Missbruk och beroende utgör hinder.	ICD-10 (koder F11 – F19)

## 6.6 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.1

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om narkotika och läkemedel, punkt 15.1 som gäller regelbundet bruk och lägre behörigheter, anger att:

*15.1 Körkort skall inte utfärdas eller förnyas om sökande eller förare regelbundet och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Detta gäller för alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan.*

Kraven vid beroende eller regelbundet missbruk i de olika länderna redovisas i avsnitt 6.5.

Alla länder har bestämmelser gällande läkarordinerat bruk av psykofarmaka, men det skiljer sig en del i detaljerna. I Sverige och Finland är det i första hand behandlande läkare som gör bedömningen av trafiksäkerhetsriskerna. I Danmark, Norge och Storbritannien gäller motsvarande, men man har dessutom särskilda anvisningar till hälso- och sjukvårdspersonal om trafikfarliga läkemedel med bland annat särskilda tröskelvärden för daglig dos.

Samtliga länder har liknande krav gällande personer som deltar i behandlingsprogram med ersättningspreparat som exempelvis metadon och buprenorfin. Personer kan medges körkort under förutsättning att behandlingen är stabil över tid och att inget sidobruk av narkotika eller läkemedel förekommer. Det finns en del skillnader gällande längden på stabilitet på behandlingen. Se även bilaga 4.

Tabell 6. Sammanfattning av ländernas krav gällande regelbundet bruk av psykofarmaka - lägre behörigheter.

Land	Trafikfarliga läkemedel	Behandling med ersättningspreparat
<b>Sverige</b>	Trafiksäkerhetsriskerna avgörs i första hand av behandlande läkare.	Körkort kan medges.  Om körkort redan finns krävs minst 6 månaders stabilitet i behandlingsprogrammet.  Om körkortstillstånd söks krävs minst 1 års stabilitet i behandlingsprogrammet.
<b>Danmark</b>	Har ett särskilt avsnitt om trafikfarliga läkemedel som vänder sig till behandlande läkare med bland annat särskilda tröskelvärden för daglig dos.	Körkort kan medges när det finns minst 6 månaders stabilitet i behandlingsprogrammet.

Land	Trafikfarliga läkemedel	Behandling med ersättningspreparat
Finland	Trafiksäkerhetsriskerna avgörs i första hand av behandlande läkare.	Körkort kan medges när det finns stabilitet i behandlingsprogrammet.
Norge	Har ett särskilt avsnitt om trafikfarliga läkemedel som vänder sig till behandlande läkare med bland annat särskilda tröskelvärden för daglig dos.	Körkort kan medges när det finns minst 1 års stabilitet i behandlingsprogrammet.
Storbritannien	Har listat substanser som särskilt ska beaktas och som vänder sig till behandlande läkare. Man har även gränsvärden för vissa substanser.	Körkort kan medges när det finns minst 1 års stabilitet i behandlingsprogrammet.

### 6.7 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.2

Körkortsdirektivets bilaga III avsnitt om narkotika och läkemedel, punkt 15.2 som gäller regelbundet bruk och högre behörigheter, anger att:

*15.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

När det gäller högre behörigheter och läkarordinerat bruk har länderna i allmänhet samma krav som för lägre behörigheter men läkaren ska särskilt beakta den ökade trafiksäkerhetsrisken. En del skillnader finns dock. Norge har i viss utsträckning specificerat strikta krav vad gäller tillåten dosering eller om preparaten överhuvudtaget är tillåtna. Som exempel kan opioider som används för långvarig smärtbehandling under vissa omständigheter vara acceptabelt gällande lägre körkortsbehörigheter, men inte när det gäller högre behörigheter.

När det gäller behandling med ersättningspreparat ser det lite olika ut i de olika länderna både vad gäller längd på stabilitet i programmet samt huruvida körkort kan medges överhuvudtaget, se sammanfattning av länderna nedan.

Tabell 7. Sammanfattning av ländernas krav gällande regelbundet bruk av psykofarmaka - högre behörigheter.

Land	Särskilt om trafikfarliga läkemedel och högre behörigheter	Behandling med ersättningspreparat
<b>Sverige</b>	Den ökade trafiksäkerhetsrisken som följer med sådant innehav ska beaktas.	Samma krav som för grupp 1 med tillägget att den ökade trafiksäkerhetsrisken som följer med sådant innehav ska beaktas.
<b>Danmark</b>	Hänvisar till körkortsdirektivet.  Särskild uppmärksamhet bör ägnas förare med körkort i denna grupp.	Körkort för behörigheterna C1 och C kan medges i undantagsfall vid mycket stabila och dokumenterade förhållanden.  Körkort medges inte vid övriga behörigheter som ingår i grupp 2.
<b>Finland</b>	Hänvisar till körkortsdirektivet, i övrigt inga särskilda anvisningar.	Om körkort redan finns kan körkort medges i undantagsfall.  Om någon ansöker om körkort för första gången så medges körkort inte.
<b>Norge</b>	Specificerade krav som i många fall är striktare än vad som kan vara tillåtet för lägre behörigheter.	Körkort medges inte för grupp 2 under pågående behandling i programmet. Körkort medges tidigast efter avslutad behandling och därefter tre års dokumenterad drogfrihet.
<b>Storbritannien</b>	Inga särskilda anvisningar för högre behörigheter.	Körkort kan medges när det finns minst 3 års stabilitet i behandlingsprogrammet.

## 6.8 Sammanfattning av hur länderna i översynen har implementerat körkortsdirektivets krav om alkohol, narkotika och läkemedel

### Punkt 14

Samtliga länder har genom sina lagstiftningar och vägledande dokument bestämmelser som riktar sig till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på riskerna med alkohol i trafiksammanhang.

#### Punkt 14.1

*Begreppet beroende:* Samtliga länder har definierat begreppet beroende på liknande sätt. Alla länder, utom Danmark som inte återger någon referens, hänvisar även till det diagnostiska klassifikationssystemet ICD-10. Endast Sverige hänvisar även till DSM-systemet.

*Beroende som hinder för körkortsinnehav:* Beroende utgör hinder för körkortsinnehav i samtliga länder.

*Inte i stånd från att föra motorfordon i alkoholpåverkat tillstånd:* I denna del skiljer det sig en del mellan länderna och det svårt att utläsa en liknande införlivning av kravet.

*Intygad avhållsperiod:* Endast Sverige och Norge har tydligt definierat begreppet avhållsamhet (i Sverige nykterhet). Samtliga länder anger hur lång avhållsperiod som minst krävs innan körkort kan beviljas, men avhållsperiodens längd skiljer sig åt mellan länderna. För lägre behörigheter handlar det om allt ifrån 1 månad till 2 år, och för högre behörigheter 1 månad till 3 år. Det är även stora skillnader i detaljerna hur avhållsperioden ska intygas, men samtliga länder kräver någon form av läkarbedömning. Vissa länder anger tydligt hur många prover och läkarintyg som ska redovisas, medan det i andra länder inte lika tydligt framgår vad som ska ingå i bedömningen.

*Regelbundna hälsokontroller:* I Sverige görs en omprövning av körkortsinnehavet i flera omgångar för att säkerställa att den varaktiga nykterheten bibehålls. Personen behöver komma in med prover som ska redovisas i läkarintyg under totalt två år. Den första omprövningen görs efter 6 månaders observationstid, nästa omprövning görs efter ytterligare sex månader och därefter ytterligare 12 månader. De andra länderna begränsar giltigheten på körkortet i olika intervaller, t.ex. 6-12 månader åtgången (Finland), i två år (Danmark), 1 år i taget i 3 år och därefter en period om 5 år (Norge) och 1,2,3 eller 5 år åtgången (Storbritannien). Övriga länder har inte lika uppstyra krav som Sverige i vad som ska redovisas.

#### Punkt 14.2

Sverige, Danmark och Finland har samma krav som för lägre behörigheter. Norge och Storbritannien ställer i vissa fall andra krav när det gäller högre behörigheter, t.ex. när det gäller längden på avhållsperioden.

## Punkt 15

*Begreppet beroende:* Samtliga länder har definierat begreppet beroende på liknande sätt. Alla länder, utom Danmark som inte återger någon referens, hänvisar även till det diagnostiska klassifikationssystemet ICD-10. Endast Sverige hänvisar utöver till ICD-10, till DSM-systemet.

*Begreppet regelbundet missbrukar:* Länderna använder lite olika begrepp för att beskriva regelbundet missbruk. Sverige, Finland och Storbritannien hänvisar till diagnoser i ICD-10. Endast Sverige hänvisar även till DSM-systemet. Norge och Danmark har istället beskrivningar hur man ser på begreppet regelbundet missbruk.

*Begreppet psykofarmaka:* Länderna använder lite olika begrepp, men det som avses är substanser som påverkar det centrala nervsystemet.

*Beroende eller regelbundet missbruk som hinder för körkortsinnehav:* Beroende utgör hinder för körkortsinnehav i samtliga länder. När det gäller regelbundet missbruk som hinder för körkortsinnehav skiljer det sig i vilka begrepp som används, vad som ska tolkas in i begreppet och även vilka diagnostiska verktyg man hänvisar till. Samtliga länder anger däremot att det handlar om ett användningsmönster av legala, eller illegala substanser som inte ordinerats av läkare och som kan påverka sinnen eller körförmågan på ett negativt sätt.

### Punkt 15.1

Samtliga länder har bestämmelser gällande läkarordinerat bruk av psykofarmaka, men det skiljer sig en del i detaljerna.

### Punkt 15.2

Samtliga länder har liknande krav som för lägre behörigheter, men det finns skillnader. I Norge kan det till exempel skilja sig åt vad gäller maximalt tillåten dosering av ett läkemedel. Vissa läkemedel som kan accepteras för lägre behörigheter, kan vara otillåtna för högre behörigheter.

När det gäller behandling med ersättningspreparat ser det lite olika ut i de olika länderna både vad gäller längd på stabilitet i programmet samt huruvida körkort kan medges överhuvudtaget.

## 7 Synpunkter och analys av 12 kap. Bruk av substans som påverkan förmågan att köra motordrivet fordon

Det här avsnittet beskriver innebörden av varje bestämmelse i 12 kap. Här ges även en kort sammanfattning av vilka regler övriga länder som ingår i översynen har på motsvarande område. I arbetet har även synpunkter inhämtats från intresseorganisationer, hälso- och sjukvård, andra myndigheter samt från den av Transportstyrelsen tillsatta expertpanel för översyn av medicinföreskrifternas krav om alkohol, narkotika och läkemedel. Transportstyrelsen har även tagit emot många interna synpunkter från t.ex. avdelning Körkort. Även allmänheten gavs möjlighet att lämna synpunkter. Nedan redovisas majoriteten av de synpunkter som har kommit in till myndigheten och som har betydelse för 12 kap.

### 7.1 1 §

1 § Detta kapitel gäller bruk av

1. alkohol,
2. andra psykoaktiva substanser än alkohol, utom nikotin och koffein, samt
3. läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att köra motordrivet fordon.

Exempel på sådana psykoaktiva substanser som avses i första stycket 2 är opiater, amfetamin, kokain, cannabis, hallucinogener, GHB och flyktiga lösningsmedel samt narkotikaklassade läkemedel enligt Läkemedelsverkets förteckningar II eller III respektive IV eller V. Anabola steroider är i dessa föreskrifter att betrakta som psykoaktiv substans.

#### 7.1.1 Beskrivning

12 kap. omfattar bruk av alla substanser som påverkar det centrala nervsystemet samt alla andra substanser som påverkar förmågan att framföra motordrivet fordon [30].

Punkt 1 anger att alkohol omfattas av bestämmelserna i kapitlet.

Punkt 2 anger att kapitlet omfattar alla andra psykoaktiva substanser, utöver alkohol. Undantaget är koffein och nikotin. Det betyder att med sådana substanser avses såväl illegala substanser, ofta benämnda droger eller narkotika, samt läkemedel med psykoaktiv verkan. Begreppet substans används i internationella sammanhang och är det begrepp som används i de kriteriebaserade systemen för diagnosklassifikation DSM och ICD [31].

Punkt 3 anger att bestämmelserna i kapitlet även omfattar läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå kan påverka förmågan att framföra motorfordon. Risken att körförmågan påverkas kan vara extra stor i början av en ny eller vid ändrad

läkemedelsbehandling. Exempel på sådana läkemedel kan vara blodtryckssänkande läkemedel (kan ge yrsel) eller läkemedel mot allergi (trötthet).

I andra stycket ges exempel på några vanliga psykoaktiva substanser som avses i första stycket 2. Några substanser har under åren tillkommit och försvunnit. I gällande föreskrifter anges opiater, amfetamin, kokain, cannabis, hallucinogener, GHB och flyktiga lösningsmedel samt narkotikaklassade läkemedel, såsom anges i Läkemedelsverkets förteckningar II – V [32]. Förteckning II – IV omfattar ämnen, växtmaterial och svampar med medicinsk användning. Förteckning V omfattar vissa nationellt narkotikaförklarade ämnen där det inte behövs tillstånd vid varje enskilt införsel- respektive utförseltillfälle.

Avslutningsvis anger bestämmelsen att anabola steroider (anabola androgena steroider, AAS) i dessa föreskrifter är att betrakta som psykoaktiv substans. Överkonsumtion av anabola steroider är förknippat med sådana risker som finns med överkonsumtion av illegal narkotika [33].

#### 7.1.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Alla länder som studerats i översynen har i likhet med Sveriges medicinföreskrifter bestämmelser avseende alkohol, narkotika och läkemedel med olika exemplifieringar av substanser. Ett specifikt exempel som redogörs för nedan är opiater/opioider. I Finland och Sverige används begreppet opiater. I Norge används begreppet opioider. I Storbritanniens vägledning används både begreppen opiater och opioider med olika exemplifieringar på substanser. Även i Danmarks vägledning förekommer båda begreppen i olika sammanhang.

När det gäller anabola steroider har Norge och Danmark särskilda beskrivningar i den vägledande dokumentationen i sina respektive avsnitt om trafikfarliga läkemedel som liknar medicinföreskrifterna. Finland och Storbritannien och har inga särskilda anvisningar om AAS.

#### 7.1.3 Synpunkter på exemplifieringarna av psykoaktiva substanser

Många av de synpunkter som har kommit in till Transportstyrelsen handlar om att se över exemplifieringarna av psykoaktiva substanser. I flera synpunkter ställs till exempel frågan om GHB är ett fortsatt relevant exempel.

Det finns även synpunkter om att det kanske kan räcka med att hänvisa till Läkemedelsverkets förteckningar.

##### 7.1.3.1 Kommentar

Vilka substanser som är vanligast varierar ofta över tid och kan bero på många faktorer. Hur ”vanlig” en substans är uppskattas ofta utifrån data från olika typer av undersökningar. Användning av en substans under de senaste 12 månaderna är ett exempel på ett mätverktyg. Vanligtvis används olika statistiska indikatorer som



beslagsuppgifter eller priser. Även indirekta indikatorer på effekter används för att uppskatta förekomst och användning, till exempel sjuk-, dödlighets- eller brottsstatistik.

Exemplifieringen av psykoaktiva substanser i andra stycket flyttades från allmänna råd i samband med revideringen av Vägverkets föreskrifter 2008 [34]. Några av de exemplifierade substanserna har tillkommit under åren, men de nu angivna substanserna är oförändrade sedan grundformen av medicinföreskrifterna från 2010. Nedan följer en kort genomgång av de exemplifierade substanserna.

### **Cannabis**

Enligt FNs World Drug Report 2021 [35], som sammanställer statistik för 2019, är cannabis den narkotika som används mest i världen (uppskattningsvis 4 %). Trenden är även att styrkan (THC-halten) på sådana preparat ökat kraftigt, samtidigt som studier i Nordamerika och Europa visar att andelen yngre människor som uppfattar att regelbunden användning av cannabis är skadligt har minskat. Under den senaste 10-årsperioden har användningen med hänsyn till jordens befolkningsökning ökat med cirka 5 %. Cannabis är den vanligaste narkotikasorten i Europa och i Sverige [36] [37]. I en publikation av Folkhälsomyndigheten från 2021 [38] framgår att ca 3,3 % av befolkningen i Sverige (16-64 år) har använt cannabis under det senaste året.

### **Opioider**

I FNs rapport uppskattas att cirka 1,2 % av jordens befolkning använt opioider under 2019 och användningen uppskattas ha dubblats under det senaste decenniet [35]. Ett globalt problem, som även speglar situationen i Sverige, är den allt vanligare kombinationsanvändningen av opioider samt den ökade användningen av medicinska opioider och olika NPS-opioider. Ett exempel är fentanylanaloger vars styrka kan vara flera tusen gånger högre än exempelvis morfin [39], och opioider är de vanligaste förekommande substanserna vid narkotikarelaterade dödsfall [38] [40].

### **Kokain**

Ungefär 0,4 % av jordens befolkning använder kokain. Högst förekomst har Oceanien och Nordamerika. Renheten på kokain har ökat under de senaste 10 åren och det är den näst vanligaste narkotikasorten i Europa (0,9 %) [35]. Förekomsten är dock vanligare i Central- och Västeuropa jämfört med de östra och södra delarna. Flera indikatorer pekar på att tillgången på kokain även har ökat i Sverige under senare år [36] [37] [41].

### **Amfetaminer**

Den globala användningen av amfetaminer uppskattas till cirka 0,5 % av jordens befolkning, vilket ganska väl speglar hur användningen totalt sett ser ut i Europa. Till amfetaminer hör exempelvis den starkare varianten metamfetamin och preparat som brukar benämnas ecstasy (MDMA). Renheten på amfetamin i Europa har ökat markant under senare år och substansen är den näst vanligaste stimulantia efter kokain [35] [36] [37].

## Hallucinogener, GHB och flyktiga lösningsmedel

När det gäller dessa typer av narkotiska preparat är det svårt att ge en bild av hur vanliga de är. I en EMCDDA-rapport från 2021 [37] framgår bl.a. att LSD, DMT, hallucinogena svampar, ketamin och GHB är dåligt övervakade i Europa. Även om stora beslag av exempelvis GHB och GBL<sup>20</sup> har gjorts, har man haft svårt att tolka detta på grund av den omfattande industriella användningen av GBL.

GHB är sedan år 2000 narkotikaklassad i Sverige. Från mitten av 1990-talet och fram till början/mitten av 2000-talet var GHB en vanlig inledning bland ungdomar framförallt i Västsverige. Ruset av GHB förstärks av alkohol och substansen kan lätt överdoseras, vilket kan leda till akut förgiftning och dödsfall [42] [43].

## Narkotikaförteckningarna

Läkemedelsverket har ansvaret för narkotikaklassade läkemedel och att föra register över alla narkotikaklassade substanser. Dessa framkommer av Läkemedelsverkets föreskrifter (2011:10) om förteckningar över narkotika. Förteckningarna omfattar såväl nationellt som internationellt klassificerad<sup>21</sup> narkotika. Ämnen, växtmaterial och svampar i förteckning I är sådana som normalt inte har någon medicinsk användning och som är förbjudna att tillverka, importera eller sälja i Sverige. Förteckningar II-IV omfattar ämnen, växtmaterial och svampar som har medicinsk användning och som kräver import- respektive exporttillstånd. Förteckning V omfattar vissa ämnen som är nationellt narkotikaförklarade men som inte omfattas av internationella konventioner och ej kräver import- respektive exporttillstånd.

### 7.1.3.2 Expertpanelens kommentar

Exemplifieringarna av substanser lyftes vid diskussion på ett möte med den expertpanel som deltagit i arbetet med översynen. Expertpanelen framhöll att exemplifieringarna generellt är bra, men att GHB inte längre är lika aktuell som i början av 2000-talet.

### 7.1.3.3 Bedömning

Det är viktigt att medicinföreskrifterna är tidsenliga. Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

## 7.1.4 Synpunkter på begreppet opiater

Många har lämnat synpunkter om att begreppet opiater bör ersättas med opioider.

### 7.1.4.1 Kommentar

Opioider är ett samlingsnamn för illegala substanser och narkotiska läkemedel som används som smärtstillande eller lugnande medel. Gemensamt för alla opioider är att de verkar på kroppens opioidreceptorer. Opioider klassificeras ofta i tre grupper: alkaloider, semi-syntetiska och helsyntetiska. De kan även klassificeras utifrån verkningsmekanism på kroppens opioidreceptorer, d.v.s. vilken effekt de har.

<sup>20</sup> GBL används i tillverkningen av GHB.

<sup>21</sup> 1961 års allmänna narkotikakonvention eller 1971 års psykotropkonvention.

Opiater är växtbaserade alkaloider som har sitt ursprung i opievallmo. Morfin, kodein och tebain är några exempel på naturligt förekommande alkaloider. Av de naturliga alkaloiderna kan semisyntetiska opioider framställas, varav många har medicinsk användning. Några exempel är Oxikodon, Buprenorfin och Hydrokodon. Heroin (diacetylmorfin) är ett exempel på en illegal semi-syntetisk opioid. Helsyntetiska opioider är kemiskt framställda substanser, varav Metadon, Tramadol och Fentanyl är några exempel på sådana medicinska substanser [44].

I ATC-systemet<sup>22</sup> är opioider undergrupp till den överordnade gruppen analgetika. Naturliga opiumalkaloider (opiater) hanteras som en undergrupp till opioider [45].

Begreppet opiater användes i de tidigaste versionerna av både DSM och ICD. I en artikel i Läkartidningen [46] från 2015 anges att begreppet opiater levtt kvar i Sverige under en längre tid sannolikt på grund av missar i samband med översättningar. Numera används däremot begreppet opioider i den svenska versionen ICD-10-SE och DSM-V. Begreppet opioider används även i WHO:s guideline avseende läkemedelsassisterad substitutionsbehandling [47], i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende samt i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende [48].

#### **7.1.4.2 Expertpanelens kommentar**

I likhet med inkomna synpunkter har expertpaneldeltagarna framfört att begreppet opiater bör ersättas med begreppet opioider.

#### **7.1.4.3 Bedömning**

Mot bakgrund av ovanstående anser Transportstyrelsen i och för sig att det finns tillräckligt med stöd för att ersätta begreppet opiater med opioider, men myndigheten behöver utreda vidare hur medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det regleringsutrymme som finns (se avsnitt 4). Synpunkten beaktas i framtida regelarbete.

### **7.1.5 Synpunkter på skrivelsen om anabola steroider**

Det har även lämnats synpunkter på att skrivelsen om anabola steroider bör ses över.

#### **7.1.5.1 Kommentar**

Skrivelsen om anabola steroider har funnits sedan Vägverkets föreskrifter [49], men flyttades från allmänna råd tillsammans med övriga exemplifierade substanser vid föreskriftsrevideringarna 2008. Vid denna tidpunkt infördes även bestämmelsen att missbruk av sådana preparat ska prövas både enligt 12 kap. och 14 kap, se vidare i 5 §.

Anabola steroider omfattas inte av narkotikalagstiftningen, preparaten räknas som dopningsmedel<sup>23</sup>. Anabola steroider är syntetiskt framställda varianter av det manliga hormonet testosteron [50] [51]. Preparaten har både muskelbildande (anabola) och

<sup>22</sup> ATC-systemet är fastställt av WHO och betyder anatomisk, terapeutisk och kemisk klassificering av läkemedel. I det nationella produktregistret för läkemedel (Läkemedelsverket) hänvisas det bl.a. till ATC-koder.

<sup>23</sup> Lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel.

förmanligande (androgena) egenskaper och benämns därför även anabola androgena steroider. I medicinska sammanhang används de i viss utsträckning t.ex. vid behandling mot påvisad testosteronbrist<sup>24</sup> [52].

I medicinföreskrifterna likställs AAS med psykoaktiva substanser. En orsak till det är att bruk kan leda till negativa psykiska sidoeffekter som kan ha betydelse för trafiksäkerheten, exempelvis aggressivitet, impulskontrollförlust och försämrat omdöme. Även annan psykiatrisk samsjuklighet är vanlig.

#### 7.1.5.2 Bedömning

AAS diskuteras vidare i avsnitt 7.5. Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

## 7.2 2 §

**2 §** En person anses vara beroende av substans som sägs i 1 § första stycket 1 eller 2 om diagnosen beroende har ställts utifrån vedertagen medicinsk praxis eller om det utifrån tillgänglig information kan bedömas att kriterierna för sådan diagnos är uppfyllda.

### 7.2.1 Beskrivning

Med beroende enligt dessa föreskrifter avses beroende av alkohol och andra psykoaktiva substanser än alkohol, utom nikotin och koffein (de som anges i 1 § första stycket 1 och 2.). Uttrycket diagnosen beroende är ett förtydligande att beroende är en sjukdom.

I bestämmelsen anges två beskrivningar när ett beroende kan anses föreligga i bedömningen av körkortsinnehav. Givet är om diagnosen beroende någon gång har ställts genom en allmänt accepterad medicinsk bedömning.

I beskrivningen framgår även att beroende av substans kan föreligga om det framkommer sådan information som innebär att kriterierna för beroende kan bedömas vara uppfyllda. Med kriterier avses kriterierna i de diagnostiska klassifikationsverktygen som anges i 4 §. Det innebär att läkare som är konsult åt eller anställd vid Transportstyrelsen, i bedömningen av ett körkortsärende, kan ställa diagnosen beroende av substans även om behandlande läkare inte har ställt diagnosen [30].

### 7.2.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Samtliga länder som studerats i översynen skiljer på sina bestämmelser när det gäller alkohol och narkotika, i likhet med strukturen i körkortsdirektivet.

Danmark, Norge och Storbritannien ger vägledande beskrivningar i hur man ser på begreppet alkoholberoende, eller hur man kan bedöma om sådant tillstånd föreligger. Norge och Storbritannien hänvisar även till diagnoskoderna i ICD-10. Finland har ingen motsvarande beskrivning. Vägledningen för bedömning av körhälsa är däremot utformad

---

<sup>24</sup> Hypogonadism

efter sjukdomstillstånd med bland annat särskilda avsnitt om skadligt bruk av alkohol och beroende (diagnoskod F10 i ICD-10) samt skadligt bruk och beroende av narkotika och HCI-läkemedel (diagnoskoder F11-F19 i ICD-10).

När det gäller beroende av narkotika och läkemedel har inget av länderna någon motsvarande beskrivning som för alkoholberoende. Storbritannien (och Finland) hänvisar till diagnoskoderna F11-F19 i ICD-10. Norge och Danmark har inga motsvarande hänvisningar.

### 7.2.3 Synpunkter på diagnosen beroende

Det har lämnats många synpunkter på medicinföreskrifternas definition av diagnosen beroende. Många anser att medicinföreskrifterna är otydliga, vad innebär till exempel ”utifrån vedertagen medicinsk praxis”?

#### 7.2.3.1 Kommentar

När det gäller medicinföreskrifternas definition av vad som menas med diagnosen beroende beskrivs detta i avsnitt 7.2.1. Bestämmelsen är utformad på sådant vis att diagnosen beroende antingen har ställts (av klinisk läkare) eller att den kan ställas utifrån tillgängligt medicinskt underlag (utifrån diagnostiska kriterier).

En allmän beskrivning av begreppet beroende enligt WHO är ett tillstånd för att tillskriva ett behov, bundenhet till någon eller något som stöd, eller för att fungera eller överleva. När det gäller t.ex. alkohol eller narkotika innebär det ett upprepat behov av substans för att man ska må bra eller för att man ska undvika att må dåligt. Inom det medicinska området är beroende ett inarbetat begrepp kopplat till de två vedertagna diagnossystemen ICD och DSM [11]. Ett substansberoende kan gälla en specifik substans, klass av substans eller flera olika klasser av substanser [48] [53]. Nedan ges kortare beskrivningar av begreppet beroende utifrån de olika versionerna av DSM och ICD. Läs även om de olika versionerna i avsnitt 7.4.

### Beroende enligt ICD-10

Definitionerna av beroende i ICD-10 och DSM-IV överensstämmer till stora delar, även om lite olika terminologi förekommer.

I den svenska versionen ICD-10-SE beskrivs beroendesyndrom som *”en grupp kognitiva och psykologiska fenomen samt beteendefenomen som utvecklas efter återkommande substansanvändning och som i typiska fall innefattar en stark längtan efter droger, svårigheter att kontrollera intaget, fortsatt användning trots skadliga effekter, prioritering av substansanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser, ökad tolerans och ibland fysiska abstinenssymptom”* [54].

För att uppfylla kriterierna för beroende (se bilaga 3) ska minst 3 av 6 kriterier vara uppfyllda under minst en månad eller vara återkommande under loppet av en och samma 12-månadersperiod.

## Beroende enligt ICD-11

I ICD-11 beskrivs<sup>25</sup> alkoholberoende som ”en störning i regleringen av alkoholanvändningen som beror på upprepad eller kontinuerlig användning av alkohol. Det karakteristiska draget är en stark inre drivkraft att använda alkohol, vilket visar sig genom försämrad förmåga att kontrollera användningen, ökad prioritering av användningen framför andra aktiviteter och fortsatt användning trots skada eller negativa konsekvenser. Dessa upplevelser åtföljs ofta av en subjektiv känsla av att man är sugen på att använda alkohol. Fysiologiska kännetecken för beroende kan också förekomma, bland annat tolerans mot alkoholens effekter, abstinensbesvär efter att användningen av alkohol har upphört eller minskat, eller upprepad användning av alkohol eller farmakologiskt liknande ämnen för att förebygga eller lindra abstinensbesvär. Beroendet är vanligtvis tydligt under en period av minst 12 månader, men diagnosen kan ställas om alkoholanvändningen är kontinuerlig (dagligen eller nästan dagligen) under minst 3 månader.” [55].

Liknade definitioner finns för andra substanser. Det är i dagsläget inte fastställt när införandet av ICD-11 i Sverige blir aktuellt. Det kan dock konstateras att det bl.a. kommer att bli möjligt att mer specifikt beskriva tillstånden än idag [56].

## Beroende enligt DSM-IV

I DSM-IV [57] beskrivs beroende som ”*ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande*”. För att uppfylla kriterierna för beroende (se bilaga 3) gäller att minst 3 av 7 kriterier är uppfyllda under loppet av samma tolv månaders period.

## Substansbrukssyndrom enligt DSM-V

I den senaste publicerade versionen DSM-V [58] har diagnoserna missbruk<sup>26</sup> och beroende<sup>27</sup> ersatts med diagnosen substansbrukssyndrom<sup>28</sup>. Av elva potentiella kriterier (se bilaga 3) värderas allvarlighetsgraden genom att räkna antalet uppfyllda kriterier under samma tolv månaders period. Svårighetsgraden anges som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda. De elva kriterierna i DSM-V är en kombination av de tidigare beroende- och missbrukskriterierna i DSM-IV. Man har dock plockat bort ett av de tidigare missbrukskriterierna (problem med rättvisan på grund av missbruk) och istället lagt till ett nytt kriterium (begär/sug).

---

<sup>25</sup> Transportstyrelsens översättning

<sup>26</sup> substance abuse

<sup>27</sup> substance dependence

<sup>28</sup> Substance use disorder

#### 7.2.3.2 Expertpanelens kommentar

Under ett möte med den expertpanel som medverkat i översynen var medskicket till Transportstyrelsen att nuvarande diagnosdefinition kan förenklas, men att de ska fastställas enligt ICD och/eller DSM.

#### 7.2.3.3 Bedömning

Som nämnts i avsnitt 4 kommer bestämmelsen att ses över mot bakgrund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats. Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.2.4 Synpunkter om vem som får ställa diagnos

Det har lämnats synpunkter på att medicinföreskrifterna bör tydliggöra vem som får ställa en diagnos.

#### 7.2.4.1 Kommentar

Medicinföreskrifterna riktar sig bland annat till läkare, men även annan hälso- och sjukvårdspersonal. Som beskrivits i avsnitt 7.2.1 är bestämmelsen utformad på sådant vis att diagnosen beroende antingen har ställts (av klinisk läkare) eller att den kan ställas utifrån tillgängligt medicinskt underlag (utifrån diagnostiska kriterier). Det innebär att t.ex. Transportstyrelsens läkare eller konsultläkare kan konstatera att personen uppfyller dessa kriterier utifrån dokumenterad sjukdomshistorik, journaluppgifter och information i läkarintyg.

Det finns inga särskilda bestämmelser för vem som får ställa diagnos. I allmänhet är det en läkare som ställer diagnosen, men enligt Socialstyrelsen kan i princip all hälso- eller sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens [59].

#### 7.2.4.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkten.

## 7.3 3 §

**3 §** Med diagnosen missbruk avses i dessa föreskrifter ett substansbruk som uppfyller kriterierna för diagnosen missbruk av psykoaktiv substans eller är ett bruk av substans som sägs i 1 § som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt. Om kriterierna för diagnosen beroende någon gång har uppfyllts ska bestämmelserna om beroende tillämpas.

### 7.3.1 Beskrivning

I bestämmelsen anges vad som ska förstås med diagnosen missbruk enligt medicinföreskrifterna. Två beskrivningar anges [31].

Först anges att diagnosen missbruk enligt dessa föreskrifter innebär ett substansbruk som uppfyller kriterierna för diagnosen missbruk av psykoaktiv substans<sup>29</sup>. Med psykoaktiv substans avses alkohol, och andra psykoaktiva substanser än alkohol, utom nikotin och koffein (de som anges i 1 § första stycket 1 och 2.).

Utöver den kriteriebaserade definitionen ovan anges att diagnosen missbruk enligt dessa föreskrifter även kan vara ett substansbruk ”som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt”. Denna beskrivning ligger nära definitionen [54] för skadligt bruk enligt ICD-10 (diagnoskod F10.1) som är ”bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan”. I bedömningen av substansbruket enligt den andra definitionen avses alla substanser som anges i 1 §, d.v.s. utöver psykoaktiva substanser omfattas även läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att köra motordrivet fordon samt anabola steroider.

Bestämmelsen anger också att om kriterierna för diagnosen beroende någon gång har uppfyllts ska bestämmelserna om beroende tillämpas. Med detta torde förstås att diagnosen beroende betecknar en svårare problematik än diagnosen missbruk, och i likhet med vad som beskrivs om 2 §, gäller sådan diagnos enligt medicinföreskrifterna tills motsatsen är styrkt.

Vad som avses med kriterier anges i 4 §.

### 7.3.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

#### **Missbruk alkohol**

När det gäller missbruk av alkohol varierar terminologin som används i de länder som ingår i översynen.

Storbritannien använder, i likhet med Sverige, begreppet missbruk (misuse). Man ger en beskrivning av hur man ser på begreppet men hänvisar även till diagnoskod F10.1 i ICD-10.

Norge använder begreppen ”långvarigt högt intag av alkohol” och ”skadligt bruk av alkohol” och ger beskrivningar av vad som avses i den vägledande dokumentationen. I likhet med Storbritannien hänvisar man till F10.1 i ICD-10.

Finland använder begreppet skadligt bruk (F10.1 i ICD-10)

Danmark använder begreppet alkoholmissbruk i sin vägledande dokumentation men anger ingen ytterligare beskrivning av begreppet.

#### **Missbruk narkotika och läkemedel**

Även när det gäller missbruk av narkotika och läkemedel används lite olika terminologi. I Sverige, Danmark och Storbritannien används t.ex. begreppet *missbruk* (misuse), Norge

---

<sup>29</sup> Missbruksdefinitionen utgår från DSM-systemet, [www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm](http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm)



använder begreppet ”hälsoskadligt bruk som ger ökad trafiksäkerhetsrisk” och Finland skadligt bruk.

### 7.3.3 Synpunkter på diagnosen missbruk

Många synpunkter som kommit in till Transportstyrelsen handlar om att diagnosen missbruk bör utsträmmas eftersom det inte längre finns någon medicinsk definition av begreppet. Många anser vidare att begreppet missbruk är stigmatiserande.

#### 7.3.3.1 Kommentar

### Begreppet missbruk

WHO definierar missbruk<sup>30</sup> som användning av en substans för ändamål som inte överensstämmer med juridiska eller medicinska riktlinjer, exempelvis icke medicinsk användning av föreskrivna läkemedel. I engelskan förekommer även termen abuse, vilket av en del anses vara än mer dömande [11].

I alldagligt tal används många gånger missbruk för att ange ett onormalt konsumtionsmönster eller ett skadligt beteende, utan vidare eftertanke vad som faktiskt menas. När man pratar om missbruk av narkotika eller läkemedel har begreppet ofta ett tydligare signalvärde än vid missbruk av alkohol, vilket kan bero på att all icke föreskriven användning av sådana preparat är illegal och inte heller lika socialt accepterat.

Inom socialtjänsten är begreppet missbruk vanligt förekommande för att beskriva problematiska förhållanden till alkohol och narkotika. Någon klar definition finns dock varken i socialtjänstlag (2001:453), lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller i lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) även om vissa avgränsningar i viss mån anges i förarbetena till LVM [48] [60].

I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende poängteras att missbruk enligt riktlinjerna är det som avses enligt diagnosklassifikationerna. I Socialstyrelsens termbank anges att begreppet kan missförstås om det används okommenterat och även uppfattas som stötande av den det gäller [61].

I medicinföreskrifterna anges begreppet *diagnosen missbruk* för att förtydliga att det handlar om en sjukdom. Samma princip gäller även i 2 § [30]. Diagnosen missbruk är kopplad till den tidigare DSM-IV diagnosen missbruk, men sedan DSM-V lanserades 2013 används istället diagnosen *substansbrukssyndrom*. Inom hälso- och sjukvården undviker man därför i allmänhet uttrycket missbruk. Nedan ges kortare beskrivningar av de olika diagnoserna *missbruk*, *substansbrukssyndrom*, *skadligt bruk* och *skadligt användningsmönster* utifrån de olika versionerna av DSM och ICD. Läs även om de olika versionerna i avsnitt 7.4.

---

<sup>30</sup> Misuse, drug or alcohol – Use of a substance for a purpose not consistent with legal or medical guidelines, as in the non-medical use of prescription medications

## Missbruk enligt DSM-IV

I DSM-IV beskrevs diagnosen missbruk<sup>31</sup> som ”ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande”, och som tar sig uttryck i minst 1 av 4 kriterier under en och samma tolv månaders period [62]. Se bilaga 3.

## Substansbrukssyndrom enligt DSM-V

I DSM-V har man ersatt de tidigare DSM-IV diagnoserna missbruk och beroende med den övergripande diagnosen substansbrukssyndrom<sup>32</sup>. Substansbrukssyndrom definieras som ett kontinuum (kontinuerligt eller sammanhängande tillstånd) som spänner sig från mild till svårt. Man har kombinerat de tidigare sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna, men tagit bort det tidigare missbrukskriteriet om kontakter med rättsväsendet. En anledning till det var att detta kriterium ofta var svårt att tillämpa. Istället har man lagt till kriteriet sug/begär. För att ställa diagnos enligt DSM-V krävs att minst 2 av 11 kriterier är uppfyllda under det senaste året. Svårighetsgraden anges som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda [62] [63] [64]. Se bilaga 3.

## Skadligt bruk enligt ICD-10

I WHO:s diagnossystem ICD-10 används diagnosen skadligt bruk<sup>33</sup>. Diagnosen definieras som ”bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan”. Skadan kan vara fysisk eller psykisk [54]. Mönstret i bruket ska ha varit ihållande under minst 1 månad eller förekommit upprepade gånger under en tolv månadersperiod. Diagnosen ska inte sättas om individen uppfyller kriterier för beroendesyndrom. Skadligt bruk motsvarar ungefär missbruk enligt DSM-IV [65].

## Skadligt användningsmönster enligt ICD-11

I kommande ICD 11 beskrivs<sup>34</sup> ”skadligt användningsmönster alkohol” (C640.1) som ”ett mönster av alkoholbruk som har orsakat skada på en persons fysiska eller psykiska hälsa eller har resulterat i beteende som leder till skada på andras hälsa. Mönstret för alkoholbruket är uppenbart under en period på minst 12 månader om konsumtionen är episodisk eller minst en månad om bruket är kontinuerligt. Skada på individens hälsa uppstår till följd av ett eller flera av följande: (1) beteende relaterat till berusning; (2) direkta eller sekundära toxiska effekter på kroppens organ och system; eller (3) ett skadligt tillvägagångssätt vid användning. Hälsoskada för andra inkluderar varje form av fysisk skada, inklusive trauma, eller psykisk störning som är direkt hänförlig till beteende relaterat till alkoholförgiftning hos den som diagnosen skadligt användningsmönster gäller”. Liknande beskrivningar finns för andra substanser.

---

<sup>31</sup> Substance abuse

<sup>32</sup> Substance use disorder

<sup>33</sup> Harmful use

<sup>34</sup> Transportstyrelsens översättning

Hur översätter man då DSM-IV diagnoser till DSM-V diagnoser? En studie på området avseende alkohol, opioider, cannabis och kokain visade att de medelsvåra och svåra kategorierna av substansbrukssyndrom ungefär motsvarar diagnoskriterierna för beroende i DSM-IV [66].

Tittar man på de länder som ingår i översynen ser det lite olika ut vilka begrepp som används, men även vilken nivå som utgör hinder för körkortsinnehav (Danmark reglerar t.ex. inte missbruk av alkohol, detta beskrivs utförligare i avsnitt 7.6.) Bestämmelserna i Norge, Finland och Storbritannien utgår från ICD-10. I likhet med begreppet för beroende, har man i olika utsträckning vägledande beskrivningar hur man ser på begreppet missbruk/skadligt bruk.

#### **7.3.3.2 Expertpanelens kommentar**

Expertpanelen framförde vid ett möte liknande synpunkter som framfördes för beroende, att diagnoser ska fastställas enligt ICD och/eller DSM (se avsnitt 7.2). I diskussionen sades bl.a. att skadligt bruk riktar sig mot konsekvenser för hälsan, men omfattar inte de legala aspekterna som även fanns i diagnosen missbruk. Expertpanelen framförde att skadligt bruk därför inte helt enkelt kan ersätta diagnosen missbruk. De deltagare som uttalade sig ansåg att medicinföreskrifterna bör utgå ifrån ICD-10 diagnosen skadligt bruk (med reservation för kommande ICD-11).

#### **7.3.3.3 Bedömning**

Som nämnts i avsnitt 4 kommer bestämmelsen att ses över mot bakgrund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats. Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

När det gäller diagnosen missbruk av alkohol, se även avsnitt 4 och 5 samt 9.7.2.

### **7.3.4 Synpunkter om vem som får ställa diagnos**

Det har, i likhet med synpunkterna gällande beroende, lämnats synpunkter på att föreskrifterna bör tydliggöra vem som får ställa en diagnos avseende missbruk.

#### **7.3.4.1 Kommentar**

Se kommentaren i avsnitt 7.2.

#### **7.3.4.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkten.

## **7.4 4 §**

4 § Vid tillämpningen av 2 och 3 §§ avses med kriterier de som anges i de kriteriebaserade systemen för diagnosklassifikation DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) och ICD 10 (International Classification of Diseases).

### 7.4.1 Beskrivning

Bestämmelsen anger att vid kriteriebaserad bedömning av diagnosen beroende eller diagnosen missbruk avses de kriterier som anges i diagnosklassifikationssystemen DSM-IV och ICD-10). ICD och DSM är de kriteriebaserade klassifikationssystem som används internationellt. I Sverige används främst ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet.

### 7.4.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Av länderna som studerats i översynen utgår Finlands, Norges och Storbritanniens bestämmelser från ICD-10. Danmark har inga motsvarande hänvisningar men anger olika kriterier som kan användas i bedömningen av om ett beroende föreligger, likt kriterierna för beroende enligt ICD-10. Inget av länderna som studerats i översynen refererar till DSM-systemet.

Tabell 8. Sammanfattning av vilka diagnostiska verktyg länderna i översynen hänvisar till.

Land	Alkohol	Narkotika och läkemedel	Kommentar
<b>Sverige</b>	DSM IV och ICD 10	DSM IV och ICD 10	-
<b>Danmark</b>	Någon särskild referens återges inte.	Någon särskild referens återges inte.	Anger kriterier som kan användas i bedömning av om beroende föreligger.
<b>Finland</b>	F10 (ICD 10)	F11-F19 (ICD 10)	-
<b>Norge</b>	F10 (ICD 10)	Någon särskild referens återges inte.	-
<b>Storbritannien</b>	F10 (ICD 10)	F11-F19 (ICD 10)	-

### 7.4.3 Synpunkter om klassifikationssystem för diagnoser

Det har lämnats många synpunkter gällande hänvisningarna till diagnosverktygen i 4 §, och det skiljer sig en del i åsikterna. En del anser att reglerna enbart bör utgå från ICD eftersom DSM inte är fritt tillgängligt och kan därför anses vara olämplig i samband med svensk myndighetsutövning. Andra anser att föreskrifterna kan hänvisa till både DSM och ICD eftersom båda systemen används inom hälso- och sjukvården.

#### 7.4.3.1 Kommentar

ICD är det officiella systemet i Sverige och klassifikationen är även obligatorisk vid inrapportering till Socialstyrelsens register. Den första utgåvan av ICD-10 publicerades av WHO för lite drygt 30 år sedan. Den svenska översättningen ICD-10-SE publicerades 2011 och ersatte den första upplagan av *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*. ICD är det vanligaste klassificeringssystemet inom hälso- och sjukvården. Från och med den 1 januari 2022 ersätter den elfte utgåvan av ICD nuvarande utgåva ICD-10. Det är dock oklart när den svenska versionen kommer att publiceras [67].

DSM är amerikansk standard för klassifikation av psykiatriska sjukdomstillstånd och är copyrightskyddad av American Psychiatric Association [63]. DSM tillhör inte någon av WHO:s officiella klassifikationer och någon svensk översättning ges därför inte ut av Socialstyrelsen. Man tillhandahåller däremot ett konverteringsverktyg mellan DSM-IV-TR<sup>35</sup> och ICD-10. I Sverige ges DSM ut av förlaget Pilgrim Press [68]. Det finns även en kodtranskription från DSM till ICD i den svenska utgåvan Mini-D5. Den senaste versionen DSM-V gavs ut 2013 och ersatte då föregående version från 1994. I Sverige används DSM bl.a. vid klinisk diagnostik inom psykiatrin och även i viss mån inom forskningen, då den i många fall ger möjlighet till mer preciserade bedömningar. Det finns således en skillnad mellan det diagnostiska ändamålet och vad som ska kodas in [69].

Av länderna som ingår i den här översynen är det endast Sverige som utöver kopplingen till ICD-10 även refererar till DSM-systemet.

#### 7.4.3.2 Expertpanelens kommentar

Expertpaneldeltagarna framförde i ett möte att föreskrifterna kan hänvisa till både DSM och ICD eftersom båda systemen används inom hälso- och sjukvården.

#### 7.4.3.3 Bedömning

Som nämnts i avsnitt 4 kommer bestämmelsen att ses över mot bakgrund av att de diagnostiska klassifikationsverktygen har uppdaterats. Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.4.4 Synpunkter om hänvisningar till specifika versioner av klassifikationsverktyg

Många synpunkter handlar om den inaktuella hänvisningen till DSM-IV och att versionsneutrala hänvisningar skulle medföra att man slipper uppdatera föreskrifterna när en ny utgåva av klassifikationssystemet släpps.

#### 7.4.4.1 Kommentar

I samband med föreskriftsändringar 2012 [70] fastställdes att 12 kap. skulle utgå ifrån DSM-IV och ICD-10. Versionsneutrala hänvisningar till klassifikationssystem har tidigare påtalats som alternativ för att undvika att hänvisningarna blir inaktuella. I konsekvensutredningen till TSFS 2012:19 [71] motiverades de exakta hänvisningarna i

---

<sup>35</sup> DSM-IV-TR är den senast reviderade upplagan från 2000.

föreskrifterna till att standardiseringsorganen genom senare beslut kan förändra innehållet i författningen. Eventuella effekter av sådana ändringar skulle då inte vara beaktade i konsekvensutredningen. Av samma anledning har de specifika versionerna angivits även i 10 och 15 kap., där det också hänvisas till dessa klassifikationssystem.

#### 7.4.4.2 Bedömning

Det är viktigt att medicinföreskrifterna utgår ifrån aktuella diagnosverktyg. Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.5 5 §

5 § Missbruk av anabola steroider ska prövas dels enligt vad som sägs om missbruk i detta kapitel, dels enligt 14 kap. 1 och 2 §§.

#### 7.5.1 Beskrivning

Bestämmelsen anger att missbruk av anabola steroider ska prövas utifrån två aspekter.

Omfattningen av bruket ska prövas enligt 12 kap. I lydelsen anges missbruk av anabola steroider. Det betyder att även om bruk av sådana preparat inte ger beroende, kan sådant bruk enligt dessa föreskrifter däremot innebära sådant skadligt bruk som innefattas av missbruksdiagnosen i 3 § (som inte är tillfälligt och som från medicinsk synpunkt är skadligt).

Bruk av anabola steroider ger ofta upphov till psykiska effekter. De sidoeffekter som kan vara av betydelse från trafiksäkerhetssynpunkt är framför allt de som berörs i föreskrifternas 14 kap. (Psykiska sjukdomar och störningar) i form av aggressivitet och impulskontrollstörning [31].

#### 7.5.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Av länderna som studerats i översynen har Norge och Danmark i likhet med Sveriges medicinföreskrifter, bestämmelser gällande anabola steroider. I vägledningarna framgår att bruk ska värderas enligt bestämmelserna för trafikfarliga läkemedel. I Danmarks vägledning anges att vid konstaterat missbruk av anabola steroider bör körförbud vanligtvis utfärdas men det framgår inga detaljer vad som krävs för att hälsokravet åter ska anses vara uppfyllt.

I likhet med medicinföreskrifterna anges trafiksäkerhetsrisker kopplade till bl.a. beteendeförändringar, nedsatt impulskontroll, nedsatt uppmärksamhet och att effekterna ska värderas.

#### 7.5.3 Synpunkter om att bruk av anabola steroider kan ge upphov till beroende

Det har lämnats en del synpunkter på att det finns forskning som visar att bruk av anabola steroider även kan ge upphov till beroende.

#### 7.5.3.1 Kommentar

I historiken till utformningen av bestämmelsen beskrivs att preparaten inte ger beroende, men att bruk kan innebära sådant skadligt bruk som innefattas av missbruksdiagnosen i föreskrifterna. Sidoeffekterna som kan vara av betydelse från trafiksäkerhetssynpunkt är framförallt de som berörs under 14 kap. [31].

Under de senaste decennierna har forskning visat att anabola androgena steroider kan utveckla beroende eller beroendeliknande symptom, till följd av bl.a. muskel dysmorfofobi (BDD), vilket innebär en störning av att man inte ser tillräckligt muskulös ut [72] [73].

I en studie [74] från 2009 uppges t.ex. att runt 30 % av personerna som regelbundet brukar AAS utvecklar beroende som kännetecknas av abstinens, fortsatt användning trots negativa biverkningar och negativ inverkan på det sociala livet. Även om det inte är helt klarlagt hur mekanismerna fungerar har man påvisat starka samband med t.ex. opioidberoende och därmed tecken på att AAS interagerar med hjärnans belöningssystem, men även signalvägar kopplade till aggression och kognitiv förmåga, i likhet med psykoaktiva substanser [75] [76] [77] [78].

Den illegala användningen av AAS-preparat medför oftast olika sociala, fysiska och psykiska problem och det är inte ovanligt att personer även använder annan narkotika, alkohol eller kosttillskott för att öka effekten eller minimera effekter som inte är önskvärda. Dessa omständigheter förvärrar ofta bieffekterna och försvårar även kartläggningen av hur beroendeframkallande preparaten är. De fysiska och medicinska effekterna av AAS bruk är överlag bättre kartlagda än de psykiska och sociala effekterna, särskilt när det gäller effekter på lång sikt. Man vet även att abstinenssymptom efter avslutat AAS bruk innebär en stor risk för återfall eller övergång till andra droger [75] [79] [80] [81] [82] [83].

Enligt ICD-10 faller AAS-missbruk under psykiatridiagnoser, missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande (F55.9), vilket utesluter missbruk av psykoaktiva substanser (F10-F19). Effekter av missbruket är sådana diagnoser som faller under 14 kap.

Av de länder som ingår i översynen har Norge och Danmark bestämmelser gällande anabola steroider i sina avsnitt om trafikfarliga läkemedel som liknar bestämmelserna i medicinföreskrifterna. Finland och Storbritannien har inga särskilda anvisningar gällande sådana preparat.

#### 7.5.3.2 Bedömning

Som nämnts under avsnitt 5 kommer bestämmelsen att ses över med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### 7.5.4 Synpunkter om huruvida bestämmelsen behöver finnas kvar?

I många synpunkter har det framförts att kopplingen mellan prövning enligt 12 kap. och 14 kap. (psykiska sjukdomar och störningar) är viktig eftersom effekterna av AAS-bruk är sådana som kan ha stor inverkan på trafiksäkerheten, liksom att det är vanligt förekommande med annat substansbruk. Samtidigt har det lämnats en synpunkt att prövning avseende missbruk framgår av andra delar av föreskrifterna (se 1, 3 och 13 §§) vilket gör att paragrafen i detta avseende framstår som överflödig.

##### 7.5.4.1 Bedömning

Som nämnts under avsnitt 5 kommer bestämmelsen att ses över med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### 7.6 6 och 7 §§

6 § Diagnosen beroende av substans som sägs i 1 § första stycket 1 eller 2 utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

7 § Diagnosen missbruk av substans som sägs i 1 § utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

##### 7.6.1 Beskrivning

I 6 och 7 §§ fastslås att diagnoserna beroende och missbruk utgör hinder för körkortsinnehav och att detta hinder kvarstår till dess personen på nytt uppfyller kravet på ett nyktert levnadssätt. Nyckelbegreppen är varaktighet, verifiering och prognos [30].

Hinder för innehav föreligger alltså för den som har diagnosen missbruk eller beroende fram tills dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet kan anses vara god. Innan hinder kan konstateras behöver dock en bedömning i varje enskilt fall göras, framförallt om personen redan har ett körkort, se 14 §.

Med varaktig nykterhet menas att nykterhet ska kunna verifieras under en viss observationstid, se 8 och 9 §.

Med verifiering menas att nykterheten kan visas genom kontinuerlig läkarkontakt eller annan rehabilitering, frekventa och upprepade laboratorieprover under hela observationstiden, samt ett läkarintyg som redovisar och bedömer dessa förhållanden, se 11 §.

Avsikten med en bedömning av hur väl personen klarat att vara nykter är till för att kunna ge en prognos för den fortsatta nykterheten, se 13 §.

Enbart förekomsten av en missbruks- eller beroendediagnos innebär inte per automatik att ett körkort återkallas eller att en ansökan om körkortstillstånd avslås. Om det av



uppgifter framkommer att en person har en beroende- eller missbruksdiagnos måste även 8, 9, 11, 13 och 14 §§ tillämpas för att kunna bedöma om hinder föreligger.

### 7.6.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Alla länder som studerats i översynen har i likhet med Sveriges medicinföreskrifter bestämmelser där det framgår att beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel innebär att det kan finnas ett medicinskt hinder för att få ha körkort.

När det gäller missbruk så ser det olika ut i länderna, både vad gäller krav när det finns ett missbruk eller liknande samt vilket begrepp som används.

Sverige och Storbritannien har liknande krav när det gäller att missbruk kan innebära ett medicinskt hinder för att få ha körkort, oavsett om det gäller alkohol, narkotika eller läkemedel.

I Danmark så är fortsatt körning oförenlig med samtidigt alkoholmissbruk men när det gäller diagnosen missbruk av narkotika och läkemedel så finns inga specifika krav beskrivna. Av vägledningen framgår däremot att hinder kan föreligga även för personer som regelbundet använder narkotika eller andra sinnespåverkande preparat, oavsett form, om det kan bedömas påverka körningen negativt.

I Finland kan en långvarig missbruksstörning på grund av alkohol innebära ett medicinskt hinder för att få ha körkort. När det gäller narkotika och läkemedel uppfylls inte hälsokraven för körkort om en person använder dem regelbundet eller missbrukar läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet. Hälsokraven för körkort uppfylls inte heller om missbruk av droger eller läkemedel orsakat bestående förändringar i hälsotillståndet som påverkar körförmågan negativt.

I Norge kan långvarig hög alkoholkonsumtion eller skadlig användning av alkohol innebära ett medicinskt hinder för att få ha körkort. "Långvarigt högt intag" och "skadlig användning av alkohol" betyder enligt Norges definition en alkoholkonsumtion i en grad som kan leda till störningar i beteendet, försämra hälsan och leda till missbruk (diagnoskod F10.1 i ICD-10). När det gäller narkotika och läkemedel så framgår att hälsokravet inte är uppfyllt vid skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken. "Skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken" definieras som en droganvändning som påverkar hälsan så att det går ut över förmågan att köra säkert, både när personen är påverkad av drogen och när personen inte är påverkad (t.ex. förändrat beteende, nedsatt kognitiv funktion).

I samtliga länder krävs även en tid av avhållsamhet innan hälsokravet kan anses vara uppfyllt igen. Tiden för avhållsamhet varierar dock i de olika länderna, se en utförligare beskrivning under 9 §.

### 7.6.3 Synpunkter om förekomsten av diagnos som diskvalificerande faktor

Av 6 och 7 §§ framgår att diagnosen beroende respektive missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

Flera synpunkter som kommit in till Transportstyrelsen handlar om att den diskvalificerande faktorn inte ska vara förekomsten av diagnos utan att det istället bör vara hälsotillståndet i förhållande till trafiksäkerhetsrisken som ska värderas. Det bör finnas ett utrymme för att den som söker vård för sin sjukdom inte bemöts med ett omedelbart återkallande av körkortet om läkaren väljer att anmäla personen till Transportstyrelsen. Alkoholmissbruk (och alkoholberoende) är ett mycket vanligt förekommande tillstånd i befolkningen, men där en stor majoritet har måttliga eller milda tillstånd där merparten självläker efter några år. Nuvarande regelverk innebär i teorin att en stor andel av befolkningen är olämpliga för körkortsinnehav.

#### 7.6.3.1 Kommentar

Enbart förekomsten av en missbruks- eller beroendediagnos innebär inte per automatik att Transportstyrelsen återkallar ett körkort eller avslår en ansökan om körkortstillstånd. När myndigheten får kännedom om förekomsten av en diagnos så kan varaktig nykterhet redan ha verifierats och då finns inte grund för att bedöma att hinder enligt 6 eller 7 §§ föreligger. Likaså kan ett körkort få behållas trots att varaktig nykterhet inte verifierats, om omständigheterna med styrka talar för en god prognos, läs mer under 14 §.

När det gäller förekomsten av diagnos som diskvalificerande faktor i körkortsärenden så har frågan också prövats i förvaltningsdomstol. Nedan följer en kort redogörelse för några av avgörandena.

I ett ärende återkallade Transportstyrelsen körkortet för en person med motiveringen att hen inte uppfyllde de medicinska kraven på grund av ett mångårigt alkoholberoende samt att hen lämnat ett prov med förhöjt CDT-värde. I domen från kammarrätten i Göteborg den 7 december 2015<sup>36</sup> framgår att det inte fanns någon medicinsk utredning som visade att personen hade diagnosen alkoholberoende, förutom journalanteckningar om alkoholproblematik och att personen för flera år sedan varit inlagd på sjukhus till följd av sitt alkoholberoende. Förutom det förhöjda CDT-värdet fanns inga andra konkreta uppgifter som gav anledning att anta att hen inte uppfyllde de medicinska kraven för körkort. Kammarrätten ansåg att utredningen därmed inte gav tillräckligt stöd för att personen hade ett sådant alkoholberoende som utgör grund för återkallelse av körkortet.

I ett annat ärende återkallade Transportstyrelsen körkortet på grund av att en person diagnostiserats med alkoholberoende och hade återfallit i missbruk. Personen behandlades med antabus och avvikande provsvar hade konstaterats. Ett medicinskt hinder för körkort ansågs föreligga till dess att varaktig nykterhet verifierats eller att omständigheterna i övrigt med styrka talade för en god prognos. Kammarrätten i

---

<sup>36</sup> Kammarrätten i Göteborg, mål nr 181-15

Jönköping konstaterade i en dom den 15 mars 2016<sup>37</sup> att det inte framgick när det påstådda återfallet skulle ha inträffat, det fanns heller inte några närmare omständigheter kring detta i övrigt. Det fanns inga provresultat redovisade och det angavs inte vad avvikelserna skulle innebära. Vidare framgick inte när personen bedömdes ha diagnosen missbruk eller beroende eller vilka kriterier som använts vid ställande av sådan diagnos. Det var också oklart om det fanns ett beroende eller missbruk. Kammarrätten ansåg därför att vad som åberopades i målet inte i tillräcklig grad visade att det förelåg grund för att återkalla körkortet.

I ett annat fall återkallade Transportstyrelsen körkortet för en person på grund av att hen inte bedömdes uppfylla de medicinska kraven för körkort eftersom hen, enligt en anmälan från läkare, hade ett alkoholberoende och hade gjort flera behandlingsförsök men alltid återfallit i sitt beroende. Förvaltningsrätten i Falun konstaterade i en dom den 17 augusti 2016<sup>38</sup> att det aktuella läkarintyget var knapphändigt avfattat och att det föreliggande underlaget inte var tillräckligt för att utgöra grund för återkallelse. Förvaltningsrätten ansåg att det inte var tillfredställande utrett att personen hade ett sådant beroende eller missbruk av alkohol som utgör hinder för körkort.

Sammanfattningsvis framgår av domarna att det krävs ytterligare medicinskt underlag för att en diagnos ska anses vara korrekt ställd samt att enbart uppgift om en missbruks- eller beroendediagnos inte är grund för återkallelse av körkortet.

När det gäller missbruk av alkohol så har Sverige valt att ställa liknande krav som vid diagnosen beroende av alkohol, även fast körkortsdirektivet inte reglerar missbruk av alkohol. Vad gäller missbruk av narkotika och läkemedel så är Transportstyrelsens tolkning av körkortsdirektivet att det finns ett krav på att körkort inte ska utfärdas eller förnyas till en sökande eller förare som utan att vara beroende, regelbundet missbrukar substanser som påverkar det centrala nervsystemet.

#### **7.6.3.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Strukturen kommer allmänt att ses över i det framtida regelarbetet. När det gäller diagnosen missbruk av alkohol som hinder, se även avsnitt 4 och 5 samt 9.7.2.

#### **7.6.4 Synpunkter om hindersparagrafernas koppling till andra paragrafer**

Det har även lämnats synpunkter om att det bör förtydligas hur hindersparagraferna samverkar med 17 §, dvs. när hinder föreligger och när det istället kan bli aktuellt med villkor om läkarintyg.

##### **7.6.4.1 Kommentar**

Som redogjorts för ovan innebär inte enbart förekomsten av en missbruks- eller beroendediagnos per automatik att ett körkort återkallas eller att en ansökan om

<sup>37</sup> Kammarrätten i Jönköping, mål nr 60-16

<sup>38</sup> Förvaltningsrätten i Falun, mål nr 3077-16

körkortstillstånd avslås. Om diagnos finns måste även 8, 9, 11, 13 och 14 §§ tillämpas för att kunna bedöma om hinder föreligger, det räcker inte att enbart titta på 6 eller 7 §§.

Tillämpningen av dagens regler bygger på att det först måste konstateras att det inte föreligger något hinder för körkort. Om diagnos finns och varaktig nykterhet har verifierats och prognosen är god, ska körkortet förenas med villkor om läkarintyg enligt 17 § (eller i vissa fall 19 §).

#### **7.6.4.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Strukturen kommer allmänt att ses över i det framtida regelarbetet. När det gäller diagnosen missbruk av alkohol som hinder, se även avsnitt 4 och 5 samt 9.7.2.

#### **7.6.5 Synpunkter om beroendediagnos som hinder**

Många synpunkter som kommit in till Transportstyrelsen handlar om varaktighet för diagnosen beroende. Det framhålls till exempel att det finns en stor rörlighet av allvarlighetsgrad inom diagnosen och flera studier visar att diagnosen beroende inte nödvändigtvis är ett livslångt tillstånd.

##### **7.6.5.1 Kommentar**

Utifrån körkortsdirektivet kan det konstateras att beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel utgör hinder för körkort, precis som 6 § i medicinföreskrifterna. I 2 § anges när beroende ska anses föreligga, läs mer i avsnitt 7.2.

I körkortsdirektivet innebär beroende hinder för körkort, det finns inga undantag. Det finns inte heller några regler i 6 § om att diagnosens svårighetsgrad (exempelvis mild, måttlig eller svår) skulle spela någon roll när det gäller hinder för körkort.

Enligt medicinföreskrifterna utgör diagnosen beroende hinder för körkortsinnehav. Det betyder dock inte att personer som någon gång fått diagnosen beroende för alltid är olämpliga att ha körkort. Diagnosen utgör, som beskrivits ovan, endast hinder till dess att varaktig nykterhet verifierats och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

Läs mer om kronisk diagnos, remission och återfallsrisk i avsnitt 7.8.

##### **7.6.5.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

## 7.7 8 §

**8 §** Bedömning av frågan om nykterhet enligt dessa föreskrifter ska omfatta substanser som sägs i 1 §.

### *Allmänna råd*

*Med nykterhet bör i dessa föreskrifter förstås*

*- när det gäller alkohol, att biologiska markörer ligger inom referensområdet eller att det kan styrkas att de förhöjda värdena beror på annat än alkoholkonsumtion. Vidare gäller, oavsett om alkoholmarkörer inom referensområdet redovisas, att det inte föreligger andra uppgifter om onykterhet, t.ex. omhändertagande enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.,*

*- när det gäller ej läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser, att drogfrihet kan styrkas,*

*- när det gäller läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser, att bruket vid provning enligt vad som sägs i 16 § inte bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk.*

### 7.7.1 Beskrivning

Den här bestämmelsen anger hur Transportstyrelsen definierar nykterhet. De tre delarna är:

- vad som avses gällande alkohol
- vad som avses gällande icke läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser
- vad som avses gällande läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser.

Bestämmelsen anger vilka krav som bör ställas på en person som har diagnosen missbruk eller beroende för att denne ska kunna bedömas ha uppnått nykterhet. Begreppet nykterhet har i allmänt språkbruk kommit att avse enbart alkohol men från trafiksäkerhetssynpunkt är bruket av psykoaktiva substanser lika viktigt. Vilken alkoholkonsumtion som mer allmänt kan tillåtas för den som har diagnosen beroende eller missbruk är omtvistat inom läkarprofessionen men de flesta anser nog att den som har en beroendesjukdom behöver vara helnykter för att inte återfalla i drickande. DSM-systemet (DSM-IV) bygger på en sådan bedömning – ”En gång beroende, alltid beroende”. Om detta vittnar bland annat det faktum att man i detta diagnossystem inte kan få diagnosen missbruk om man någon gång haft diagnosen beroende [31].

### **Allmänna råd**

#### **Vad avses gällande alkohol?**

För att uppnå en ur trafiksäkerhetssynpunkt säkerställd nykterhet när det gäller alkohol är det nödvändigt att nykterheten kontrolleras genom biologiska alkoholmarkörer. Vid

läkarbesök tas i allmänhet olika laboratorieprover och så länge man dricker på ett sätt som inte innebär förhöjda värden över referensområdet anses i regel att en tillräcklig grad av nykterhet har styrkts. Om det kan styrkas att förhöjda värden beror på annat än alkohol föreligger dock inte hinder för körkortsinnehav. Det är samtidigt välkänt att personer med stor och skadlig alkoholkonsumtion kan ha normala prover och andra dokumenterade förhållanden kan då vara skäl att ändå anse att nykterhet inte verifierats. Hit hör till exempel att man omhändertagits enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) eller vid vårdkontakter varit tydligt alkoholpåverkad [31].

### **Vad avses med ett bruk av psykoaktiva substanser som inte är läkarordinerat?**

När det gäller illegal narkotika eller psykoaktiva läkemedel som brukats utan läkares ordination anges nolltolerans för att nykterhet ska bedömas ha uppnåtts i detta avseende. Om man påvisar sådana substanser i urinprov eller på annat sätt kan styrka sådant bruk har nykterhet i den mening som avses i detta kapitel inte uppnåtts [31].

### **Vad avses med ett bruk av psykoaktiva substanser som är läkarordinerat?**

När det gäller läkarordinerat bruk av psykoaktiva läkemedel görs en bedömning av följsamheten till den ordinerade dosen och en bedömning av att sidobruk inte kan påvisas. Om följsamhet till ordinationer kan konstateras och sidobruk inte kan påvisas ska effekterna av den ordinerade dosen bedömas från trafiksäkerhetssynpunkt på sådant sätt som sägs i 16 § [31].

#### **7.7.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen**

Inget av de länder som jämförts har någon motsvarande beskrivning av vad som avses med nykterhet i likhet med Sverige. I samtliga länder krävs dock en tid av avhållsamhet innan hälsokravet kan anses vara uppfyllt igen. Under den tiden finns i viss omfattning beskrivningar om vad som ska uppfyllas. Detta beskrivs utförligare i 11 §.

I Norge, Storbritannien och Danmark ska avhållsamhet dokumenteras genom normala alkoholprover och negativa drogtester, vilket påminner om Sveriges allmänna råd avseende alkohol och psykoaktiva substanser som inte är läkarordinerade. I Finland framgår att vårdåtgärder och uppföljningsförfaranden ska vidtas för att behandla alkoholberoende men de har inga särskilda riktlinjer avseende narkotika och läkemedel.

#### **7.7.3 Synpunkter om begreppen avhållsamhet, nykterhet och lågriskkonsumtion**

I nuvarande medicinföreskrifter används begreppet nykterhet för att beskriva nivån för hur en person ska ha ansetts visa avhållsamhet. Det har framkommit förslag på att byta ut begreppet nykterhet till ”avhållsamhet” eller ”lågriskkonsumtion” för att tydligare beskriva vad som avses.

### 7.7.3.1 Kommentar

Begreppet nykterhet har i allmänt språkbruk kommit att avse enbart alkohol men från trafiksäkerhetssynpunkt är bruket av andra psykoaktiva substanser lika viktigt. I allmänt tal kan begreppet nykterhet uppfattas som total avhållsamhet eller helnykterhet när det gäller alkohol, men i de medicinföreskrifterna innebär det att biologiska markörer ska ligga inom referensområdet.

När det gäller illegal narkotika eller psykoaktiva läkemedel som brukats utan läkares ordination anges nolltolerans för att nykterhet ska bedömas ha uppnåtts.

### Begreppet avhållsamhet

Begreppet avhållsamhet finns i körkortsdirektivet och används även i flera av de studerade ländernas regelverk. Likt begreppet nykterhet kan begreppet avhållsamhet uppfattas som total avhållsamhet eller helnykterhet när det gäller alkohol. Begreppen avhållsamhet och nykterhet är synonyma med varandra.

### Begreppet lågriskkonsumtion

Begreppet lågriskkonsumtion kan endast komma ifråga när det gäller alkohol eftersom det är nolltolerans som gäller för illegal narkotika eller psykoaktiva läkemedel som brukats utan läkares ordination.

All alkoholkonsumtion, även under riskbruksgränser är förenad med risk för hälsopåverkan visar senare års forskning. Därför har begreppet lågriskkonsumtion börjat användas istället för riskbruk.

Olika personer är olika känsliga för alkohol. Det går därför inte att fastställa en konsumtionsnivå som är säker för alla. I vissa situationer är det dock lämpligt att helt avstå från alkohol, till exempel under graviditet, i trafiken, i samband med användning av vissa läkemedel eller vid olika sjukdomar.

I kunskapsunderlag och rekommendationer från Stockholms Läns Landsting från 2018 (Region Stockholm) anges till exempel följande huvudbudskap:

- det finns inte någon skarp gräns under vilken alkoholkonsumtion är helt riskfri
- generella råd om hur mycket en individ kan dricka med låg risk ska ges med försiktighet
- desto mindre alkohol, desto bättre. Men friska män och kvinnor bedöms löpa låg risk för skador vid mindre än tio standardglas i veckan
- berusningsdrickande utgör alltid en risk och det rekommenderas att dricka mindre än fyra standardglas<sup>39</sup> vid samma tillfälle
- även måttliga mängder kan öka risken för beroende om konsumtionen sker dagligen.

Ovanstående rekommendationer om alkohol kopplat till risk går främst ut på att beskriva när och hur det blir en ”farligare” konsumtion som kan öka risken för bland annat

---

<sup>39</sup> Ett standardglas alkohol innehåller 12 gram ren alkohol vilket motsvarar till exempel 50 cl folköl, ett litet glas vin eller 4 cl sprit.

beroendeutveckling. Men det finns inga rekommendationer för personer som redan utvecklat ett beroende [84].

### **Särskilt om nykterhet och alkohol**

En principiellt viktig skillnad mellan förhållningssättet vid alkoholberoende och vid riskbruk är att behandlingen vid beroende oftast inrymmer en rekommendation om långvarig (ibland livslång) avhållsamhet från alkohol, medan alkoholkonsumtionen vid riskbruk endast behöver minskas till en riskfri nivå, varvid även hälsoproblemet försvinner [85].

Vilken alkoholkonsumtion som mer allmänt kan tillåtas för den som har en diagnos beroende eller missbruk är omtvistat inom läkarprofessionen. Många anser att den som har en beroendesjukdom behöver vara helnykter för att inte återfalla i drickande. Samtidigt har intresset på senare år ökat vad gäller beteendeförändrande metoder att minska riskkonsumtion av alkohol, även som en behandling för personer som hunnit utveckla viss grad av beroende. För ett mindre antal individer kan detta vara lika effektivt som total avhållsamhet. Generellt ökar effekten av behandling om patienten själv ges möjlighet att välja mellan olika alternativ [62].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende framgår att behandling vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska, för att på så sätt minska de problem och skador som en hög alkoholkonsumtion medför. Det är vanligt att personer med alkoholberoende vill minska sin konsumtion utan att sluta dricka helt. För personer med ett uttalat beroende är möjligheterna att på ett stabilt sätt uppnå ett måttligt drickande små, medan personer med mer begränsat beroende oftare kan klara detta [48].

Studier som följt upp alkoholpatienter över längre tid har bekräftat att individer med svårare grad av beroende i allmänhet har svårare att uppnå kontrollerat drickande och att god social funktion är viktig för möjligheten att lyckas. Det finns också ett antal stora epidemiologiska studier, som visat att ett dimensionellt perspektiv på beroendeproblem fångar problembilden på ett mer rättvisande sätt [86] [87] [88].

### **Förhöjda värden över referensområdet**

Så länge man dricker på ett sätt som inte innebär förhöjda värden över referensområdet anses i regel att en tillräcklig grad av nykterhet har styrkts enligt 8 §. Om det kan styrkas att förhöjda värden beror på annat än alkohol föreligger inte hinder för körkortsinnehav. Det är samtidigt välkänt att personer med stor och skadlig alkoholkonsumtion kan ha normala prover och andra dokumenterade förhållanden kan då vara skäl att ändå anse att nykterhet inte verifierats. En utförligare beskrivning om alkoholmarkörer och förhöjda värden finns under avsnitt 7.11 (12 §).



### 7.7.3.2 Expertpanelens kommentar

Föreskrifternas begrepp ”nykterhet” är en olycklig term eftersom innebörden i allmänhet är annorlunda än den angivna definitionen. Lågriskkonsumtion skulle kunna vara ett lämpligare begrepp för att beskriva förhållandet då det inte krävs total avhållsamhet.

### 7.7.3.3 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.7.4 Synpunkter om bedömning av nykterhet vid diagnos och läkarordinerat bruk av samma substans

Det har lämnats synpunkter om att det saknas riktlinjer kring bedömningen av nykterhet i de fall personen har en diagnos och läkarordinerat bruk av exakt samma substans. Detta blir ett problem när varaktig nykterhet ska verifieras enligt 12 kap. om det genom provtagningar inte går att avgöra om personen enbart tagit sin medicin enligt dos, tagit mer illegalt eller tagit andra preparat inom samma substansgrupp. Provtagningar kan i vissa fall visa om personen enbart tagit sin medicin enligt dos, men det beror på vilken substans personen är förskrivna och som diagnosen relaterar till.

#### 7.7.4.1 Kommentar

När det gäller läkarordinerat bruk av psykoaktiva läkemedel görs en bedömning av följsamheten till den ordinerade dosen och en bedömning av att sidobruk inte kan påvisas. Effekterna av den ordinerade dosen ska sedan bedömas från trafiksäkerhetssynpunkt på sådant sätt som anges i 16 §.

Om en diagnos exempelvis avser substansen Stesolid och personen ordinerats substansen Nitrazepam (båda tillhör substansgruppen bensodiazepiner) finns ingen möjlighet att genom provtagningar visa att man endast tagit sin medicin eller om man tagit andra substanser ”vid sidan av”. För att kunna verifiera varaktig nykterhet behöver man i dessa fall först sluta med läkemedlet.

Om en diagnos istället avser exempelvis substansen Oxikodon och personen ordinerats substansen Tramadol (som båda tillhör substansgruppen opioider) så kan personen genom provtagningar visa att hen endast tagit den ordinerade substansen Tramadol (Oxikodon visar negativt) och nykterhet kan anses verifierad. I dessa fall behöver man inte sluta med läkemedlet.

Det förekommer att läkare skriver ut läkemedel trots att det finns kännedom om att patienten är beroende av just det läkemedlet eller av ett annat läkemedel inom samma substansgrupp.

I den digitala läkemedelsbokens app framgår ett antal punkter som läkare bör reflektera över för att undvika läkemedelsberoende. Bland annat bör restriktivitet råda vid förskrivning av analgetika av centralt verkande slag, bensodiazepiner/barbiturater och centralstimulantia. Vidare måste risken för beroende hos en enskild patient värderas före behandlingsstart och beroendenaspekten bör fortlöpande beaktas under behandlingens gång. Om ett beroende uppstått ska adekvat behandling initieras och följas.

2007 avskaffades systemet med varningstrianglar för trafikfarliga läkemedel i Sverige. Numera finns information om effekter i bipacksedlarna. Se vidare under avsnitt 7.15.

#### 7.7.4.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.8 9 §

**9 §** Med varaktig nykterhet enligt 6 och 7 §§ avses minst sex månaders verifierad nykterhet och vid allvarligt missbruk eller svårt beroende upp till två års verifierad nykterhet.

Även resultat av tidigare behandlingsinsatser ska beaktas för att avgöra hur lång period som krävs för att nykterhet ska anses vara verifierad.

#### 7.8.1 Beskrivning

Bestämmelsen definierar hur lång tid personer med missbruks- och beroendediagnos behöver verifiera varaktig nykterhet innan ett körkortstillstånd kan beviljas eller ett körkort behållas. Tidigare behandlingsinsatser ska också beaktas vid bedömningen av beroendets svårighetsgrad [31].

Observationstiden för verifiering av varaktig nykterhet ska vara minst sex månader, oavsett om det handlar om en missbruks- eller beroendediagnos. En individuell bedömning av diagnosens svårighetsgrad ska utföras och vid t.ex. svårt beroende kan en verifierad varaktig nykterhet i upp till två år krävas [89].

Nödvändig observationstid bestäms alltså utifrån beroendets och missbrukets svårighetsgrad. Bedömningen kring svårighetsgraden är komplex och måste göras av läkare i varje enskilt fall.

#### Särskilt om observationstid

Någon närmare definition av begreppet observationstid har medvetet inte skrivits in i 12 kap., eftersom det skulle kunna försvåra tillämpningen både kliniskt och vid myndighetens bedömning av körkorts innehav [70].

Frågan har tidigare ställts om begreppet observationstid bör definieras som perioden från den första till den sista provtagningen som ligger till grund för läkarintyget. Detta synsätt skulle kunna få oönskade konsekvenser då det förekommer att läkarbesök sker före den första provtagningen och efter den sista provtagningen. Hela perioden från det första till det sista läkarbesöket bör då få tillgodoräknas som observationstid. Det kan också förekomma att den första provtagningen sker innan läkarbesök och att den sista provtagningen sker innan det sista läkarbesöket. Av denna anledning kan observationstid inte heller definieras som tiden mellan det första och sista läkarbesöket. Således kan observationstiden enligt föreskrifterna starta med till exempel ett läkarbesök, besök hos en sjuksköterska eller genom en provtagning. Den kan avslutas med en slutbedömning

av läkare vid ett läkarbesök eller genom en sammanfattande bedömning av provsvaren. Observationstiden ska vara sammanhängande.

### 7.8.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

I den här tabellen finns ett sammanfattande tidsintervall för samtliga länder som jämförts.

Tabell 9. Sammanställning av avhållsperioder i Danmark, Norge, Finland, Storbritannien och Sverige.

Land	Avhållsperiod beroende alkohol	Avhållsperiod missbruk alkohol	Avhållsperiod beroende narkotika/ läkemedel	Avhållsperiod missbruk narkotika/ läkemedel
Sverige	6 mån – 2 år	6 mån – 2 år	6 mån – 2 år	6 mån – 2 år
Danmark	Minst 6 mån	Anges inte	Minst 6 mån	Minst 6 mån
Finland	Minst 1 mån	Minst 1 mån	Anges inte	Anges inte
Norge	6 mån – 1 år	6 mån – 1 år	6 mån – 3 år	6 mån – 3 år
Stor- britannien	1 – 3 år	6 mån – 1 år	6 mån – 3 år	6 mån – 3 år

### 7.8.3 Synpunkter om längden på observationstiden

Transportstyrelsen har tagit emot synpunkter om att bedömningsskalan i medicinföreskrifterna är oklar och att intygsskrivande läkare sällan gör någon bedömning kring diagnosens svårighetsgrad. Det vore önskvärt med tydligare bestämmelser gällande avhållsperiodens längd.

Det har även lämnats många synpunkter om tidsaspekten för diagnosen beroende och dess varaktighet. Många framhåller till exempel att det finns en stor rörlighet av allvarlighetsgrad inom diagnosen och flera studier visar att diagnosen beroende inte nödvändigtvis är ett livslångt tillstånd. Många anser därför att det är felaktigt att schablonmässigt tillämpa hindersreglerna och avkräva att alla ska genomgå samma process gällande avhållsamhet och uppföljning.

#### 7.8.3.1 Kommentar

I medicinföreskrifterna krävs minst sex månaders verifierad nykterhet vid diagnosen beroende eller missbruk. Vid *allvarligt missbruk* eller *svårt beroende* kan det krävas upp till två års verifierad nykterhet. Resultat av tidigare behandlingsinsatser ska beaktas för att avgöra hur lång period som krävs för att nykterhet ska anses vara verifierad.

Nödvändig observationstid bestäms alltså utifrån beroendets eller missbrukets svårighetsgrad. Bedömningen kring svårighetsgraden är komplex och måste göras av läkare i varje enskilt fall, en särskild definition anges därför inte i föreskrifterna.

I praktiken krävs i de flesta fall sex månader vid den första observationstiden. Om hinder konstateras efter den sexmånadersperioden så fattas beslut om avslag eller återkallelse av körkortet. Om varaktig nykterhet däremot verifierats och prognosen är god efter sexmånadersperioden så fattas istället beslut om villkorsuppföljning enligt 17 eller 19 §.

### **Längden på avhållsperiod kopplad till sjukdomens svårighetsgrad – är beroende en kronisk sjukdom?**

Ett beroende karaktäriseras av att det mesta i livet kretsar kring det, och att det prioriteras så högt att det ofta till och med går före den egna hälsan eller de egna barnen. Det är också vanligt att den som är beroende har försökt, eller kanske ständigt försöker, begränsa sitt substansbruk utan att lyckas. Beroende kan ha sin tyngdpunkt i fysiska, psykiska eller sociala faktorer, men oftast finns det inslag av alla dessa aspekter. Till de fysiska aspekterna hör abstinensbesvär, men även att man får en minskad effekt och behöver en större och större dos. I det psykiska beroendet ingår bland annat ett obetvingligt starkt sug, men också känslan av att livet blir meningslöst om man inte får ta drogen.

Enligt ett flertal studier är beroende av alkohol och narkotika ofta en kronisk sjukdom [62] [90] [91] [92]. Även om beroende ses som ett kroniskt tillstånd så är det vanligt med långa perioder av nykterhet, men också abstinens och återfall.

Andra studier visar att beroende kan förekomma i olika grad (från lindrigt till svårt) och variera i styrka över tid. För många upphör beroendet utan kontakt med hälso- och sjukvården, även om studier indikerar större varaktighet i remission bland dem som deltagit i någon form av behandling [93]. Remission innebär att symptomen för sjukdomen avtagit eller tillfälligt försvunnit helt och hållet.

En svensk studie visade att av 7 072 personer i åldern 17–84 i den allmänna befolkningen var omkring hälften av dem med alkoholberoende vid det första mätillfället inte längre beroende vid uppföljning ett år senare [94]. Populationsbaserade studier från bland annat USA och Nederländerna har visat att 65–75 % av de individer som är alkoholberoende vid baslinjemätning upphört att vara det vid uppföljning ett till tre år senare [86] [95] [96]. För en mindre grupp ses dock en kronisk utveckling. Avgörande för detta synes vara att en hög grad av beroende predicerar ett mer kroniskt tillstånd [97].

I en av studierna [86] inkluderades knappt 4 500 individer som uppfyllde kriterierna för diagnosen alkoholberoende enligt DSM-IV. Individerna följdes därefter upp efter 5 år. Resultaten visade att en stor majoritet av deltagarna hade förbättrats i sitt tillstånd i sådan utsträckning att de inte längre uppfyllde kriterierna för beroendediagnosen. Närmare en femtedel av deltagarna hade återgått till en måttlig alkoholkonsumtion utan indikationer

på alkoholrelaterade problem. Denna och andra liknande studier visar att alkoholberoende inte är ett kategoriskt tillstånd, utan att problemgraden varierar dels mellan olika individer, dels över tid för en och samma individ [98].

I en studie från år 2000 undersöktes om narkotika- och alkoholberoende är kroniska sjukdomar. I en litteraturgenomgång jämfördes diagnoser, ärftlighet, etiologi (genetiska och miljömässiga faktorer), patofysiologi och svar på behandlingar (följsamhet och återfall) för drog- och alkoholberoende med typ 2-diabetes mellitus, högt blodtryck och astma. Resultaten av litteraturstudien tyder på att behandling med läkemedel och kontinuerlig övervakning med blod- eller urinprover ger varaktig nytta för patienten. Narkotika- och alkoholberoende bör behandlas på samma sätt som andra kroniska sjukdomar [91].

### **När är beroendesjukdomen utläkt?**

I ICD-11 [55] definieras<sup>40</sup> ”bestående fullständig remission” vid alkoholberoende enligt följande: ”Efter en diagnos av alkoholberoende, och ofta efter en behandlingsepisod eller annan intervention (inklusive självintervention), har personen varit avhållen från alkohol i 12 månader eller längre”.

Enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsunderlag för alkohol och droger anges att två år utan beroendekriterier är att jämställa som utläkt [99].

I en studie [100] från 2020 dras följande slutsats: Även om alkoholbrukssyndrom och andra substansbruksyndrom har beskrivits som kroniska tillstånd kommer de flesta personer som utvecklar ett alkoholbrukssyndrom att uppnå remission så småningom.

Enligt en annan studie [101] förbättras ungefär 70 % av personer med alkoholbrukssyndrom och andra alkoholproblem utan interventioner, d.v.s. naturlig återhämtning. Ytterligare en annan studie [102] visade att en fjärdedel av individerna med alkoholbrukssyndrom uppnådde abstinent remission (abstinent recovery, AR) eller icke abstinent remission (nonabstinent recovery, NAR) utan behandling.

Enligt det amerikanska National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) kan många personer med alkoholbrukssyndrom uppnå remission, men det är vanligt med bakslag bland personer i behandling.

Det österrikiska Institut Suchtprävention (Institutet för förebyggande av beroende) skriver: Inom medicinen betraktas även personer med ett alkoholberoende som lyckas leva i faser eller helt utan alkohol som "alkoholister", eftersom det grundläggande beroendeproblemet kvarstår även vid totalnykterhet.

Narkotikaberoende beskrivs som en kronisk recidiverande sjukdom som i vissa fall kräver mycket långvarig och återkommande behandling [62] [103]. I en artikel från 2011

---

<sup>40</sup> Transportstyrelsens översättning

skriver författaren att det sedan länge är välkänt att beroendesjukdomar är kroniska och återfallande i sin natur [104].

### **Återfallsrisk vid beroende**

Forskning har visat att långvarig användning av olika psykoaktiva substanser förändrar hjärnans struktur och dess kemiska processer. Om hjärnans celler kan återhämta sig eller inte är oklart. Vid avgiftning eller avhållsamhet rubbas kroppens balans, vilket medför att många med svår problematik får olika former av fysiologiska och psykologiska symptom som ökad tolerans, kontrollförlust och abstinensbesvär. Dessa leder inte sällan till punktåterfall och/eller återfall. Abstinenssymptom är ofta särskilt uttalade vid beroende av till exempel alkohol, bensodiazepiner och opioider [105] [106]. För en person med ett beroende eller svår substansbruksproblematik kan återfall innebära att man inte bara återgår till samma konsumtionsmönster, utan även en återgång av beroendesymptomen. Huruvida återfall är att betrakta som slumpmässigt eller en del i återhämtningsprocessen har det forskats en hel del kring [107]. Ur ett trafiksäkerhetsperspektiv kan återfall med beroendesymptom som exempelvis kontrollförlust och toleransökning (att man sätter sig och kör i tron att man är nykter) ha betydande inverkan på en persons förmåga att framföra ett motorfordon. I behandlingssammanhang arbetar man bl.a. med att minska förekomsten av återfall och svårighetsgraden av dessa (återfallsprevention).

Enligt det amerikanska National Institute of Drug Abuse liknar återfallsfrekvensen för missbruk/beroende den för andra kroniska sjukdomar som högt blodtryck och astma. Statistiken visar att mellan 40 och 60 % av alla personer med beroende kommer att drabbas av ett återfall. Bland personer som har diagnostiserats med ett substansbrukssyndrom men som inte har någon annan diagnosticerad psykisk sjukdom varierar andelen återfall beroende på hur länge sedan de har behandlats för sitt substansbrukssyndrom [108]. En studie [109] från 2018 visade att återfall inträffade hos 37 % vid uppföljningen tre månader efter utskrivningen som enligt författarna är jämförbart med en norsk studie, men relativt låg jämfört med andra studier som har rapporterat frekvenser på mellan 50 och 75 %.

American Addiction Centers uppger att antalet som återfaller i alkoholproblematik varierar kraftigt i kliniska studier, men vissa studier visar att personer som får behandling har en initial remissionsfrekvens på mellan 20 och 50 %. Andra studier visar dock att mellan 20 och 80 % av de personer som får behandling och som får en kortvarig förbättring av sitt tillstånd beräknas få återfall på lång sikt [110]. Vidare anger man att senaste statistiken av återfall i droganvändning visar att mer än 85 % av individerna återfaller och återgår till droganvändning inom ett år efter behandling. Forskare uppskattar att mer än 2/3 av de personer som slutar med droganvändning återfaller inom några veckor eller månader efter det att de påbörjat missbruksbehandlingen.

Opiater är en grupp mycket beroendeframkallande substanser, och återfallsrisken är många gånger mycket högre än för andra typer av substanser [111]. En studie visar att 91

% av dem som slutat använda opiater kommer att drabbas av ett återfall. Studien visade också att 59 % av dem fick ett återfall inom den första veckan efter avhållsamhet, och att 80 % skulle få ett återfall inom en månad efter det att de skrivits ut från ett avgiftningsprogram [112].

Ett annat exempel är kokain, där statistik visar att det är relativt vanligt med återfall. Enligt forskning återfaller cirka 24 % av personerna till veckovis kokainanvändning inom ett år efter behandling. Ytterligare 18 % av personerna återvänder till behandling efter ett återfall [113].

### **Återfallsrisk vid missbruk**

Siffror över hur många som har ett beroende eller missbruk i Sverige varierar en del. I den så kallade Missbruksutredningen (2009-2011) uppskattades att omkring 780 000 personer över 18 år i Sverige har ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 ett beroende. Liknande siffror anges i en senare undersökning. Antalet personer med ett missbruk eller beroende av narkotika har skattats till ca 55 000 [48] [114].

Skillnaden mellan bruk och missbruk ligger inte ytterst i vilken mängd man konsumerar, utan i om bruket ställer till problem, skador eller innebär att man tar farliga risker. Om ett missbruk får pågå kan det i allmänhet leda till att ett beroende utvecklas.

Att bruk av alkohol och andra psykoaktiva substanser är förknippat med hög trafiksäkerhetsrisk visar både decennier med forskning och olycksstatistik. När det gäller forskning hur farlig diagnosen missbruk eller skadligt bruk är i förhållande till trafiksäkerheten saknas det dock generellt vetenskapligt underlag.

Tittar man på länderna som ingår i översynen kan man konstatera att de flesta (förutom Finland) har en lägsta avhållsperiod på sex månader. Norge och Storbritannien har en tydligare distinktion vad gäller avhållsperiodens längd vid missbruk och beroende, men även vad gäller vilken typ av körkortsbehörighet (Grupp I eller 2) det handlar om, jämfört med exempelvis Sverige. Andra europeiska länder som Österrike, Tyskland, Irland och Schweiz har liknande uppdelning [14].

#### **7.8.3.2 Expertpanelens kommentar**

Vid möte med den expertpanel som Transportstyrelsen anordnade framförde flera deltagare att det är svårt att dra några konkreta slutsatser gällande vilken längd observationstiden ska ha eftersom vetenskapen är splittrad. Sannolikt finns inte tillräckligt med vetenskapligt stöd för att ha en bestämd uppfattning om hur en *tillräckligt lång* observationstid bör vara. I konsekvensutredningen till TSFS 2018:9 (ändringsföreskrift till TSFS 2010:125) [115] förs liknande resonemang gällande avsaknad av vetenskapliga studier och därmed vetenskapligt stöd för vilken längd på avhållsperiod som främjar trafiksäkerheten.

I DSM-V har man ersatt de tidigare DSM-IV diagnoserna missbruk och beroende med den övergripande diagnosen substansbrukssyndrom (se avsnitt 7.2 – 7.4). Substansbrukssyndrom definieras som ett kontinuum som spänner sig från mild till svårt.

Skälet till förändringen är att författarna till DSM-V gjorde bedömningen att missbruk och beroende *inte* är fristående från varandra, utan till stor del är uttryck för samma underliggande tillstånd. Några expertpaneldeltagare framförde att desto fler kriterier i diagnosklassifikationssystemen som uppfylls, desto allvarligare är tillståndet. En mer specificerad uppdelning av tillstånd kommer även att bli aktuell i kommande ICD-11.

### 7.8.3.3 Bedömning

Sammanfattningsvis kan det konstateras att beroende är en svår sjukdom med ofta oklar prognos och som ofta kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandling och utvärdering av dess effekter. Transportstyrelsen kommer att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade i ett kommande regelarbete.

När det gäller avhållsamhetsperiodens längd vid diagnosen missbruk av alkohol, se även avsnitt 4 och 5 samt 9.7.2.

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

## 7.9 10 §

**10 §** Efter vistelse med stöd av fängelselagen (2010:610), vård vid institution för vilken Statens institutionsstyrelse är central förvaltningsmyndighet, vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller motsvarande eller vid övervakning enligt lagen (1994:451) om intensivövervakning med elektronisk kontroll ska varaktig nykterhet enligt 9 § verifieras under minst sex månader för tiden efter frigivning, utskrivning eller avslutad övervakning. Om längre varaktighet krävs enligt 9 § kan kontrollerad nykterhet under vistelse- och övervakningstiden tillgodoräknas.

Villkorlig frigivning enligt 26 kap. 6 § brottsbalken är att anse som frigivning enligt första stycket.

### 7.9.1 Beskrivning

För att kunna göra en bedömning av prognosen för fortsatt nykterhet bör verifiering av nykterhet ske under en hög grad av personligt ansvar. Det innebär att man inte kan styrka nykterhet under olika former av tvång såsom vistelse eller vård. Detta gäller om personen uppfyllde kriterierna för diagnosen missbruk eller beroende när vården eller vistelsen påbörjades, eller om en sådan diagnos konstateras under tiden. Nykterhet ska i dessa fall verifieras under minst sex månader efter frigivning, utskrivning eller avslutad övervakning [30].

### Kontrollerad nykterhet

Kontrollerad nykterhet under vistelse- och övervakningstiden kan tillgodoräknas om längre varaktig nykterhet krävs enligt 9 § (längre tid än sex månader). Detta gäller oavsett om personen har en missbruksdiagnos eller en beroendediagnos.



Med kontrollerad nykterhet menas att ”omfattande kontroll” under vård, vistelse eller övervakning kan godkännas även om personen inte verifierat varaktig nykterhet enligt medicinföreskrifternas krav på provtagningar osv. Det viktiga är att personen verifierar varaktig nykterhet enligt 12 kap. under minst sex månader efter frigivning, utskrivning eller övervakning.

### **Frivillig vård på behandlingshem**

Frivillig vård på behandlingshem innebär inte nödvändigtvis att verifiering av nykterhet behöver ske efter utskrivning. Detta innebär att personer i många fall kan styrka nykterhet under pågående behandling. Det finns idag många former av vård med olika grad av frivillighet och kontroll.

### **Särskilt om övervakning med fotboja**

Den som är dömd till fängelse i högst sex månader kan få avtjäna straffet genom intensivövervakning med elektronisk kontroll, så kallad fotboja enligt lagen (1994:451) om intensivövervakning med elektronisk kontroll.

#### **7.9.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen**

I Norge, Finland, Storbritannien eller Danmark finns ingen motsvarande bestämmelse.

#### **7.9.3 Synpunkter om vad som avses med begreppet ”eller motsvarande”**

Det har inkommit en del synpunkter om att bestämmelsen är otydlig med vad som avses med ”eller motsvarande”.

##### **7.9.3.1 Kommentar**

I 10 § framgår att varaktig nykterhet ska verifieras efter frigivning, utskrivning eller avslutad övervakning i följande situationer:

- vistelse med stöd av fängeselagen
- vård vid institution för vilken Statens institutionsstyrelse är central förvaltningsmyndighet
- vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård
- vård enligt lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård
- *eller motsvarande* eller
- vid övervakning enligt lagen om intensivövervakning med elektronisk kontroll.

Det innebär att man inte kan verifiera varaktig nykterhet under olika former av tvång.

Begreppet ”eller motsvarande” kan betyda att en person får frivillig vård på ett behandlingshem som inte drivs av Statens institutionsstyrelse. När det gäller pågående frivillig vård på behandlingshem så görs individuella bedömningar om nykterhet kan verifieras eller inte. Frivillig vård på behandlingshem innebär inte självklart att verifiering av nykterhet behöver ske efter utskrivning. Detta innebär att personer i många fall kan verifiera nykterhet under pågående behandling.

### **7.9.3.2 Bedömning**

Transportstyrelsen kommer att se över bestämmelsen i ett framtida regelarbete med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

### **7.9.4 Synpunkter om begreppet "kontrollerad nykterhet"**

Det har inkommit synpunkter om att paragrafen är otydlig med vad "kontrollerad nykterhet" innebär.

#### **7.9.4.1 Kommentar**

Med kontrollerad nykterhet menas att "omfattande kontroll" under vård, vistelse eller övervakning kan godkännas även om personen inte verifierat varaktig nykterhet enligt medicinföreskrifternas krav på provtagningar osv. Detta gäller om längre observationstid än sex månader krävs enligt 9 §. Det viktiga är att personen verifierar varaktig nykterhet enligt 12 kap. under minst sex månader efter frigivning, utskrivning eller övervakning och då ska medicinföreskrifternas krav på provtagningar osv. vara uppfyllda.

#### **7.9.4.2 Bedömning**

Transportstyrelsen kommer att se över bestämmelsen i ett framtida regelarbete med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

### **7.9.5 Synpunkter om förtydligande om när paragrafen är tillämplig**

Det har framkommit synpunkter om att bestämmelsen inte heller är tydlig när det gäller hur medborgarna som omfattas av paragrafen kan drabbas.

En person kan till exempel bli förelagd att komma in med ett läkarintyg med krav på att verifiera varaktig nykterhet under minst sex månader och först när intyget kommer in till Transportstyrelsen framkommer information om att personen exempelvis befinner sig på ett behandlingshem eller avtjänar ett straff på en kriminalvårdsanstalt. Transportstyrelsen kan då inte godta läkarintyget eftersom personen måste verifiera varaktig nykterhet sex månader efter utskrivning eller frigivning. I många fall saknas tydlighet och förutsägbarhet och därför kan bestämmelsens tillämpning behöva förtydligas.

#### **7.9.5.1 Kommentar och bedömning**

Transportstyrelsen kommer att se över bestämmelsen i ett framtida regelarbete med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

## 7.10 11 §

**11 §** Med verifiering avses att nykterhet enligt 6 och 7 §§ ska visas genom

1. kontinuerlig läkarkontakt eller annan rehabilitering,
2. frekventa laboratorieprover under hela observationstiden avseende den eller de substanser som diagnosen relaterar till,
3. upprepade laboratorieprover under observationstiden som belyser förekomsten av annat substansbruk, och
4. ett läkarintyg som redovisar och bedömer nämnda förhållanden.

Underlåtenhet att komma till provtagning ska redovisas i läkarintyget.

### *Allmänna råd*

*Vid bedömningen bör med frekventa laboratorieprover avses följande antal.*

*- Då diagnosen relaterar till alkohol: minst fyra provtagningar per period om sex månader.*

*- Då diagnosen relaterar till annan psykoaktiv substans än alkohol: minst sex provtagningar per period om sex månader.*

*Vid bedömningen bör med upprepade laboratorieprover för att belysa bruk av alkohol eller annan substans avses minst två prover per period om sex månader. När det gäller annan psykoaktiv substans än alkohol bör den upprepade provtagningen omfatta substans-grupperna amfetaminer, cannabinoider, bensodiazepiner, opiater och kokain. Vid känt tidigare bruk av annan psykoaktiv substans bör den upprepade provtagningen omfatta även denna substans.*

### 7.10.1 Beskrivning

I denna bestämmelse anges vad som menas med verifiering av nykterhet. Kravet på verifiering av nykterhet gäller endast om diagnosen beroende eller diagnosen missbruk har ställts eller kan ställas vid den aktuella bedömningen, enligt 6 och 7 §§. Verifieringen ska omfatta en observationstid, denna beskrivs i avsnittet om 9 §.

Avsikten med en bedömning av hur väl personen klarat att vara nykter är till för att kunna ge en prognos för den fortsatta nykterheten. I bestämmelsen anges följande:

#### **Punkt 1**

Med *kontinuerlig* läkarkontakt eller annan rehabilitering menas att det måste vara en fråga om flera läkarbesök [70].

## Punkt 2

För att kunna bedöma nykterhet krävs provtagning. Begreppet *frekvent* indikerar att proverna ska tas med någorlunda täta intervaller under observationstiden. Antalet prover kan variera, bl.a. beroende på var i rehabiliteringen en person befinner sig och hur mycket av verifieringen i dess helhet som beror på provtagning. En strikt reglering gällande antalet prover anges inte eftersom det även skulle kunna öka förutsägbarheten för den enskilde som ska lämna in läkarintyg inför bedömningen av körkort. Det skulle även kunna innebära att det inte finns samma utrymme att göra individuella bedömningar i varje ärende. Minimiantalet *frekventa* prover som diagnosen relaterar till anges därför i det allmänna rådet.

Beroende eller missbruk hos den enskilde kan relatera till en, två eller flera olika substanser. Till exempel kan körkortshavaren vara beroende av heroin och samtidigt missbruka bensodiazepiner och kokain. Detta anses vara separata substanser som ska analyseras *frekvent* var för sig och redovisas i läkarintyg [70].

## Punkt 3

*Upprepade prover* krävs för att belysa förekomst av annat substansbruk, så kallade sidoprover. Anledningen till detta är att den som är beroende av en psykoaktiv substans ofta har svårt att klara sig utan denna substans, bland annat på grund av abstinenssymptom, och återfall eller övergång till bruk av annan eller andra psykoaktiva substanser förekommer. Vid beroendebehandling är det därför vanligt att ge så kallad substitutionsbehandling med ett ersättningspreparat. Det förekommer också att den som är beroende på egen hand skaffar sig dessa ersättningspreparat. Vid missbruk av en psykoaktiv substans är dessa förhållanden mindre uttalade men risk för återfall finns och det finns även en ökad risk för bruk av andra psykoaktiva substanser [70].

Avseende minimiantalet upprepade prover (sidoprover) följer det samma resonemang som för frekventa prover, och detta anges därför i det allmänna rådet.

## Punkt 4

Bedömning av de förhållanden som anges i punkt 1-3 ska redovisas i ett läkarintyg. Även underlåtenhet, eller försummelse att närvara vid provtagning skall belysas i läkarintyget, eftersom uppgiften i sig eller i kombination med resultat av lämnade prover kan innebära att personen bör föreläggas om ytterligare provtagning.

## Allmänna råd

- Frekventa prover

När alkohol är den substans som diagnosen relaterar till bör minimiantalet provtagningar som nykterheten ska verifieras med vara minst fyra provtagningar avseende alkohol under varje observationstid om sex månader. När diagnosen relaterar till en eller flera andra psykoaktiva substanser eller läkemedel bör minimiantalet provtagningar som nykterheten ska verifieras med vara minst sex provtagningar under varje observationstid

om sex månader avseende den eller dessa substanser. Att fler provtagningar ”krävs” när diagnosen relaterar till en eller flera andra psykoaktiva substanser än alkohol eller läkemedel beror på att i dessa fall analyseras själva substansen och inte en markör för hur kroppen reagerar. De flesta substanser har en betydligt kortare halveringstid än vad alkoholmarkörerna har [70].

- Upprepade prover

För att belysa förekomst och med ”acceptabel sannolikhet” upptäcka annat substansbruk anges minimiantalet två provtagningar under varje observationstid om sex månader oavsett om det är fråga om alkohol eller annan psykoaktiv substans.

Vidare anges i det allmänna rådet att när det gäller annan psykoaktiv substans än alkohol bör den upprepade provtagningen omfatta substansgrupperna amfetaminer, cannabinoider, bensodiazepiner, opiater och kokain. Vilka substansgrupper som är vanligast kan variera över tid. Syftet med att dessa substanser uttryckligen specificeras i det allmänna rådet är att förhindra oklarheter om vilka substanser provtagningen ska omfatta. Anledningen är också att undvika svårigheter med att jämföra och bedöma olika provtagningar. Dessa substansgrupper är harmoniserade med vad som anges i 18 § [116].

Vid känt tidigare bruk av annan psykoaktiv substans anges att den upprepade provtagningen även bör omfatta denna substans.

Den observationstid under vilken varaktig nykterhet ska verifieras enligt 12 kap. 9 § är ibland längre än sex månader. I dessa fall innebär frekventa prover avseende alkoholmarkörer minst fyra prover under varje period av sex månader och avseende andra psykoaktiva substanser eller läkemedel minst sex prover under varje period av sex månader. Minimiantalet prover påverkas alltså av verifieringstidens längd. Motsvarande gäller upprepade prover för att belysa förekomst av annat substansbruk.

Vid prövning av frågan om *fortsatt* innehav enligt 17 § anges ett annat minimikrav gällande prover. Detta beskrivs i 18 §.

### 7.10.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Av länderna som ingår i översynen framkommer att Sverige och Norge är mest specificerade gällande hur verifiering av nykterhet ska visas.

#### **Alkohol**

I Norge ska nykterhet verifieras med biologiska prover. Frekvensen ska ske månatligen under avhållsperioden och när hälsokravet väl blivit uppfyllt ska uppföljning ske kvartalsvis. Dessa omständigheter gäller oavsett svårighetsgrad av alkoholbruket (se även 8 §). Enligt vägledningen bör provtagningen vara tätare under den första månaden av avhållsperioden, vilket även innebär fler typer av prover, för att sedan glesas ut till en gång per månad. Under den inledande månaden fastställer man t.ex. personens nollvärde för CDT.

Storbritannien har inga riktlinjer som liknar Sverige eller Norge när det gäller verifiering. Av vägledningen framgår dock att det krävs blodprovstagning. Vid alkoholberoende anges även att medicinska utlåtanden krävs, eventuellt med stöd av en specialist samt att DVLA kan kräva en oberoende medicinsk utvärdering, vilket kan inkludera blodprovstagningar.

Danmark och Finland har införlivat direktivet i sina lagstiftningar men har inga specificerade riktlinjer om verifiering som liknar Sveriges medicinföreskrifter eller Norges vägledning.

### **Narkotika och läkemedel**

Alla länder som studerats i översynen har i likhet med Sveriges medicinföreskrifter bestämmelser om hälsokraven vid narkotika och läkemedelsbruk. Detaljerna hur detta ska verifieras skiljer sig däremot. Översynen visar att det i samtliga länder (uppgifter från Finland saknas) i regel krävs en bredare narkotikascreening.

I Danmark, Norge och Storbritannien anges uttryckligen att verifierad drogfrihet ska styrkas, vilket liknar bestämmelserna i Sveriges medicinföreskrifter. Finlands anvisningar fokuserar mer på symptombeskrivningar som kan innebära att hälsokraven inte uppfylls.

I Danmark krävs att man kan styrka drogfrihet genom ”rena” tester under en tidsperiod, vilket kan vara 6 prover per 6 månader med växlande intervaller, alternativt provtagning var tredje månad genom håranalys. Kravet gäller oavsett om det handlar om användning, missbruk eller vid ett beroendesyndrom.

Storbritannien anger inte specifikt hur verifiering ska ske, utöver det att oberoende medicinska utvärderingar inklusive narkotikascreening som arrangeras av DVLA kan krävas innan körkort åter kan medges.

Norge har olika förslag på kontrollupplägg som behandlande läkare kan användas vid ”skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken” (se även 6 och 7 §§) eller beroende. En modell kan vara att inledningsvis ha korta intervaller mellan screeningprovtagningar (1-3 prover per vecka) för att sedan glesa ut intervallet. Ett annat alternativ är att personen får lämna 10 – 20 slumpmässiga inom loppet av ett år, där prov ska lämnas med 24 timmars varsel. Man har även en guide med förslag på kontrollupplägg som liknar det allmänna rådet i Sveriges medicinföreskrifter.

### **Blandmissbruk**

Enligt Sveriges medicinföreskrifter ska sidobruk av annan psykoaktiv substans än den diagnosen relaterar till kontrolleras, oavsett om personen till exempel har ett alkoholmissbruk eller ett heroinberoende. De andra länderna har inga direkt jämförbara bestämmelser, vilket gör det svårt att dra några slutsatser. I Norges vägledning anges att vid missbruk av både alkohol och narkotika eller läkemedel, krävs att varje enskilt hälsokrav uppfylls. Längden på observationstiden regleras av det striktaste hälsokravet.

### 7.10.3 Synpunkter om begreppet "annan rehabilitering"

Det har lämnats en synpunkt att begreppet "annan rehabilitering" bör kunna förtydligas.

#### 7.10.3.1 Kommentar

I konsekvensutredningen till TSFS 2013:2 [70] förklaras att uttrycket annan rehabilitering syftar till olika rehabiliteringsformer för beroende och missbruk, t.ex. olika behandlingshem och beroendemottagningar med skilda behandlingsfilosofier. I utredningen beskrivs det vidare att det finns många möjligheter till samtalsbehandling i öppen vård hos psykolog, kurator eller annan drogterapeut. Dessa omständigheter ligger bl.a. till grund till varför begreppet observationstid inte är definierat i föreskrifterna. En observationstid kan starta med till exempel ett läkarbesök, besök hos sjuksköterska, en provtagning och avslutas med en slutbedömning av läkare vid ett läkarbesök, genom en sammanfattande bedömning av erhållna provsvar. Kravet på läkarintyg med redovisning av provtagningsresultat och bedömning av prognos gäller oavsett hur rehabilitering skett [70].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [48] finns rekommendationer på flera psykologiska och psykosociala behandlingstyper vid missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Några exempel är motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention, community reinforcement approach (CRA), social behaviour network therapy (SBNT) eller tolvstegsbehandling.

#### 7.10.3.2 Bedömning

Det är viktigt att medicinföreskrifterna är tydliga med de begrepp som används och att dessa inte ger utrymme för olika tolkningar. Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.10.4 Synpunkter om begreppen "frekventa" och "upprepade prover"

Det har lämnats några synpunkter på att provtagningen är väldigt strikt reglerad och schablonmässig. Det vore bra med möjlighet till ett mer individanpassat upplägg. Det har även framförts några synpunkter om att begreppen frekventa och upprepade prover bör kunna förtydligas.

#### 7.10.4.1 Kommentar

Begreppen används för att skilja på den laboratorieprovtagning som specifikt gäller den eller de substanser som diagnosen riktar sig mot, och den sidoprovtagning som innebär att man vill undersöka förekomst av annat substansbruk. I medicinföreskrifterna skiljer sig antalet provtagningstillfällen och antalet prover i dessa avseenden. Antalet tillfällen och prover är dessutom olika för alkohol och andra psykoaktiva substanser (narkotika).

Frekventa prover enligt medicinföreskrifterna handlar om att med hög sannolikhet upptäcka substansbruket per period om sex månader (observationstid). Upprepad provtagning handlar om att med acceptabel sannolikhet upptäcka förekomst av annat substansbruk per period om sex månader (observationstid). Detta innebär att antalet

provtagningstillfällen är fler när individen ska lämna prover för den eller de substanser diagnosen relaterar till, jämfört med kontroll av sidomissbruk.

Möjligheten att påvisa hög och skadlig alkoholkonsumtion eller ett pågående narkotikabruk är i allmänhet högre ju tätare och fler prover som tas. Det rekommenderade kontrollschema för provtagning per observationstid när det gäller alkohol baseras på halverings- och normaliseringstider för de obligatoriska biomarkörerna CDT och GT, som anges i 12 §. När det gäller narkotika baseras den tätare provtagningen på att sådana substanser ofta har betydligt kortare detektionstider än alkoholmarkörerna.

Sidobruk vid konstaterat missbruk eller beroende är högst individuellt och kan för att nämna några faktorer bero på svårighetsgraden av bruket, sociala faktorer och vilka substanser det handlar om. När det gäller svårare substansbruksproblematik visar statistik att av de som behandlades (LARO) för sitt narkotikabruk 2020 hade merparten sökt hjälp för användning av flera substanser i kombination, där man inte kunnat identifiera en primärsubstans [38]. En publikation från Kriminalvården 2019 visade att mer än hälften av de som var inskrivna på anstalt bedömdes ha någon form av ”missbruk”, där narkotika följt av blandmissbruk av narkotika och alkohol var vanligast [117].

Antalet provtagningar anges i allmänna rådet och är således generella rekommendationer om tillämpningen av bestämmelsen. Att påvisa återfall för en individ som har en diagnos handlar alltså om olika omständigheter där förutsättningar är väldigt individuella.

#### **7.10.4.2 Expertpanelens kommentar**

När det gäller verifiering framhöll expertpanelen att tät och slumpmässig provtagning är avgörande för att minimera förutsägbarhet när prover ska lämnas och även minimera risken att personen kan planera ett eventuellt substansintag. Mot bakgrund av detta ansåg expertpanelen att nuvarande provtagningsschema är motiverat. Ur ett trafiksäkerhetsperspektiv torde tillägg av ytterligare slumpvismässiga provtagningar vara optimalt. Det behöver samtidigt vägas mot hälso- och sjukvårdens kapacitet och kostnaderna för den enskilde.

#### **7.10.4.3 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### **7.10.5 Synpunkter om tätare provtagning vid avhållsamhet av alkohol**

Det har inkommit en del synpunkter att det skulle vara bra med tätare provtagning i den inledande fasen av kontrollperioden (avhållsamhetsperioden) för att tidigt kunna ringa in svårighetsgraden. Det är de personer med allvarligast problem som torde utgöra den största trafiksäkerhetsrisken. Detta borde även innebära en möjlighet till mer individuella bedömningar för den fortsatta uppföljningen.



#### 7.10.5.1 Kommentar

Medicinföreskrifterna är uppbyggda enligt principen att kravnivån (nykterhet) och antalet provtagningstillfällen generellt är likadant oavsett var i körkortprocessen individen befinner sig.

Det finns olika analysmetoder för att påvisa eller avfärda nyligt intag av alkohol. Det finns många studier som visar att användningen av sådana, kombinerat med långtidsmarkörer som PEth och CDT, är användbara om frågan handlar om att kontrollera totalnykterhet eller att bekräfta återfall i drickande. EtG och EtS i urin är specifika och känsliga analyser för att mäta nyligt alkoholintag under de senaste 1-2 dygnet [48] [118].

Det finns även möjlighet att mäta etanolmetaboliterna EtG och EtPa (etylpalmitat) genom håranalys. Alkoholintag kan på sådant vis spåras i upp till tre månader, men det finns flera komplikationer som kan ge upphov till både falska positiva (blekningsmedel som innehåller alkohol) och negativa resultat (ex torkning, blekning eller permanentning av hår). Dessutom missas de senaste veckornas intag med håranalys [119].

#### 7.10.5.2 Expertpanelens kommentar

När det gäller avhållsperioden lyfte Transportstyrelsens expertpanel på ett möte att kravet om total avhållsamhet initialt ("vit månad") kan ha flera fördelar, vilket liknar modellen Norge har. Det ställer högre krav på personen att komma till rätta med sitt drickande, och kan innebära att personen behöver läkarstöd. Ett exempel som framhölls är att starta med en utredning under t.ex. 2-4 veckor där personen får lämna flera urinprover för EtG och EtS, för att fastställa nykterhet, kombinerat med CDT och PEth för att fastställa ett basvärde (0-värde) för CDT och eventuellt indikera individuella halveringstider. Det skulle också kunna ses som ett test av svårighetsgraden på tillståndet/diagnosen, men även förenkla prognosbedömningen för fortsatt nykterhet och därmed eventuell fortsatt omfattning på provtagning under observationstiden.

#### 7.10.5.3 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.10.6 Synpunkter om substansgrupperna i allmänna rådet

En stor del av synpunkterna handlar om substansgrupperna som enligt det allmänna rådet bör inkluderas vid upprepad provtagning. Många anger att de rekommenderade substansgrupperna är fortsatt relevanta och bra. Däremot bör begreppet opiater ersättas med samlingsnamnet opioider.

#### 7.10.6.1 Kommentar

I medicinföreskrifternas allmänna råd finns rekommendation på ett urval av olika narkotikasorter som bör analyseras vid den upprepade provtagningen. Vilka typer av prov som får användas och övriga kriterier gällande provtagning och narkotikatestning diskuteras vidare i 12 §. I allmänhet gäller dock att provtagning ska ske i urin.

I Sverige är narkotikatestning genom urinprovtagning nationellt harmoniserad, vilket bl.a. innebär att laboratorierna använder enhetliga rekommenderade gränsvärden vid analys. Narkotikatestningen inkluderar de fem vanligaste narkotikaanalyserna: amfetaminer, cannabis, bensodiazepiner, opiater och kokain, med andra ord de narkotikasorter som anges i medicinföreskrifterna. Narkotikaanalys sker i två steg; först en preliminär sållningsanalys (screening) och vid positivt utslag följs av en bekräftande analys (verifikation), som visar exakt vilken drogs substans som förekommer, eller inte, samt koncentrationen [120] [121]. En genomgång av Equalis rekommendationer ger en bild hur det *kan* se ut. Det innebär däremot inte att olika laboratorier inte analyserar även andra substanser vid verifikationsanalyserna. För verifikationsanalyserna finns rekommenderade gränsvärden för de vanligaste drogs substanserna.

### **Amfetaminer**

Vid positivt utslag på amfetaminer finns rekommenderade gränsvärden för verifikation av amfetamin, metamfetamin och MDMA/ecstasy. Påvisande av amfetaminer skiljer inte på de olika spegelformerna av D- och L-amfetamin, där ADHD-medicinen Elvanse enbart baseras på D-formen medan illegalt ”gatuamfetamin” innehåller en lika blandning av både L- och D-formen. För att skilja på dessa former måste en annan typ av analys<sup>41</sup> göras, vilket bl.a. innebär att man fastställer provets totala amfetaminkoncentration samt andelen L-amfetamin, där den senare inte ska förekomma vid behandling med Elvanse. Kiral-analys kan således vara aktuell för att kontrollera behandlingsföljsamhet och sidomissbruk [122].

Tidsfönstret för att påvisa amfetaminer varierar generellt mellan cirka 2 – 6 dagar [103] [123].

### **Bensodiazepiner**

Bensodiazepiner är en grupp vanliga läkemedel som används mot bl.a. ångest, oro och sömnsvårigheter. Dessa preparat har beroendeframkallande egenskaper och även blandmissbruk av preparaten är vanliga [48]. Vid positivt utslag av bensodiazepiner finns rekommenderade gränsvärden för ungefär ett tiotal i Sverige föreskrivna substanser, varav några är Flunitrazepam, Alprazolam, Oxazepam och Lorazepam.

Tidsfönstret för att påvisa bensodiazepiner varierar generellt mellan cirka 2–7 dagar men kan även vara längre [103] [123].

### **Cannabis**

Vid positivt utslag på cannabis finns rekommenderat gränsvärde för verifikation av tetrahydrocannabinolsyra<sup>42</sup> som är en nedbrytningsprodukt av tetrahydrocannabinol (THC), det huvudsakliga aktiva ämnet i cannabis.

---

<sup>41</sup> Kiral analys

<sup>42</sup> THC-COOH

Tidsfönstret för att påvisa cannabis/ cannabinoider kan variera från något dygn vid enstaka användning till flera veckor vid regelbundet intag [103] [123].

### **Kokain**

Vid positivt utslag på kokain finns rekommenderat gränsvärde för verifikation av nedbrytningsprodukten bensoylekgonin.

Tidsfönstret för att påvisa kokain varierar generellt mellan 1–4 dagar [103] [123].

### **Opiater**

En närmare beskrivning av begreppen opiatier och opioider ges i avsnitt 7.1.

Screening av opiatier innebär att analysen fokuserar på de växtbaserade substanserna morfin, etylmorfin och kodein samt den semisyntetiska substansen heroin, vilka alla har sitt ursprung från opievallmo. Substanserna kan vara svåra att skilja åt eftersom etylmorfin, kodein och heroin bryts ned i kroppen till morfin. Om screeningen indikerar positivt utslag på opiatier finns rekommenderade gränsvärden för verifikation av kodein, morfin, etylmorfin och den heroinspecifika nedbrytningsprodukten 6-acetylmorfin (som med säkerhet påvisar heroinintag).

Tidsfönstret för att påvisa opiatier varierar generellt mellan 2–4 dagar [103] [123].

Analys av andra opioider som exempelvis läkemedlen Tramadol, Buprenorfin eller Oxikodon behöver vanligtvis beställas separat.

#### **7.10.6.2 Expertpanelens kommentar**

I likhet med synpunkterna som framförts ansåg expertpanelen att angivna substansgrupper är bra, men även att begreppet opiatier bör ersättas med begreppet opioider.

#### **7.10.6.3 Bedömning**

Mot bakgrund av ovanstående anser Transportstyrelsen i och för sig att det finns tillräckligt med stöd för att ersätta begreppet opiatier med opioider, men myndigheten behöver utreda vidare hur medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det regleringsutrymme som finns (se avsnitt 4). Synpunkten beaktas i framtida regelarbete.

## 7.11 12 §

**12 §** Vid provtagning som anges i 11 § gäller följande:

1. Laboratorieprover ska tas i blod eller urin, om inte annat sägs i andra stycket.
2. Provtagning i blod och urin ska ske med kort varsel.
3. Samtliga prover ska analyseras av ett ackrediterat laboratorium.
4. Resultat av provtagningen ska redovisas.
5. Referensområdet för genomförda laboratorieprover i blod ska anges. CDT och GT är obligatoriska alkoholmarkörer.
6. Provresultat över referensområdet avseende blodprover samt verifierad förekomst av substans i urin ska bedömas och kommenteras.
7. Om substans enligt 1 § första stycket 2 eller 3 påvisats vid screeninganalys av urin ska verifierande analys utföras.
8. Vid urintoxikologisk undersökning ska provtagning vara övervakad och uppgift om urinens koncentration (kreatininvärde) redovisas. Urinprov med kreatininvärde under referensvärdet kan inte ligga till grund för verifiering av nykterhet.

Trots vad som sägs i första stycket får nykterhet avseende narkotika visas genom håranalys. När det gäller den substans som diagnosen relaterar till ska hårprov tas var tredje månad under hela observationstiden. Det första provet ska tas tidigast tre månader efter observationstidens början. För annat substansbruk än den substans som diagnosen relaterar till ska hårprov tas var sjätte månad under hela observationstiden. Det första provet ska tas tidigast tre månader efter observationstidens början. Verifierad förekomst av substans i hår ska bedömas och kommenteras.

### ***Allmänna råd***

*Med kort varsel menas att blodprov bör lämnas inom några dagar efter att kallelse till provtagning skett och att urinprov bör lämnas senast dagen efter att kallelse till provtagning skett.*

*Exempel på alkoholmarkörer som kan vara av värde för bedömningen utöver CDT och GT är PEth, ASAT, ALAT och MCV.*

### 7.11.1 Beskrivning

Bestämmelsen definierar hur provtagning som används för att bedöma nykterhet ska ske. Provtagningskriterierna gäller för personer som har diagnosen beroende eller diagnosen missbruk, men också personer som omfattas av 13 kap. eller har alkoholås med villkor om läkarintyg [89].

### **Punkt 1**

Anger att prover för att styrka nykterhet generellt ska tas i blod eller urin. Att provtagning avseende alkohol ska ske i blod anges inte uttryckligen, detta förstås av femte punkten nedan. Urinprov avser främst narkotika. Det finns dock möjlighet till håranalys, vilket beskrivs utförligare i det andra stycket. När det gäller andra substanser än alkohol, är det den specifika substansen eller substanserna som mäts och inte markörer på hur kroppen reagerar.

### **Punkt 2**

Anger att provtagning i blod eller urin ska tas med kort varsel och syftar till att förhindra möjligheten för den enskilde att planera sitt bruk av alkohol, narkotika och/eller andra substanser. Vad som avses med kort varsel definieras inte eftersom det skulle kunna medföra praktiska problem. Riktlinjer för vad detta bör innebära anges istället i det allmänna rådet [71].

### **Punkt 3**

Anger att samtliga prover ska analyseras av ett ackrediterat laboratorium, vilket innebär att laboratoriet ska omfattas av SWEDAC:s<sup>43</sup> ackrediteringssystem. Avsikten är att säkerställa att underlaget för bedömning av körkortslämpligheten baseras på säkra grunder. Så kallade snabbtester med t.ex. urinstickor som ibland används i behandlingssammanhang på mottagningar är inte lämpliga i körkortssammanhang med anledning av mätosäkerhet och risker för falska positiva/negativa resultat [71].

### **Punkt 4**

Anger att provresultatet ska redovisas. Med det avses det numeriska värdet. Det betyder att ett resultat rapporterat som ”normalt” inte är tillräckligt. Avsikten är att det inte ska råda någon osäkerhet på uppgifterna som ska bedömas [71].

### **Punkt 5**

Anger att referensvärdet för blodprover ska anges. I detta sammanhang avses alkoholprover. CDT och GT är obligatoriska biomarkörer för alkohol som ska redovisas vid varje provtagningstillfälle i bedömningen av nykterhet [71].

### **Punkt 6**

Anger att provresultat avseende blodprover som är över referensområdet samt verifierad förekomst av substans i urin ska bedömas och kommenteras. Om det erhållna värdet ligger över referensvärdet anses värdet vara förhöjt och indikerar i vanliga fall överkonsumtion av alkohol. När det gäller alkohol är kraven i körkortssammanhang inte 100 % avhållsamhet för att styrka nykterhet, vilket alltså skiljer sig jämfört med narkotika och läkemedel, om det inte är läkarordinerat. Se även avsnitt 7.7.

---

<sup>43</sup> Nationellt ackrediteringsorgan, <https://www.swedac.se/>

Förhöjda värden kan ha andra orsaker än överkonsumtion av alkohol. Ett förhöjt GT kan t.ex. bero på andra orsaker än alkoholöverkonsumtion, som ex leversjukdom, konsekvens av läkemedelsanvändning eller övervikt. Även stabilt förhöjda CDT-värden kan i sällsynta fall förekomma utan hög regelbunden alkoholkonsumtion. Förklaringar till värden över referensområdet ska därför bedömas och kommenteras [71].

När det gäller andra substanser än alkohol, ska denna eller dessa, om de verifierats vid analys i urin, kommenteras och bedömas. Vad som menas med verifierad analys beskrivs nedan.

### **Punkt 7**

Anger att verifikationsanalys ska utföras om screening har påvisat antingen andra psykoaktiva substanser än alkohol eller läkemedel som inte är av psykoaktivt slag. Screeninganalys ger ett första preliminärt besked om en substans finns eller inte. Alla positiva screeningprov som ska vara underlag för en juridisk bedömning måste säkerställas med en verifikationsanalys. Verifikationsanalys kan även användas i fall där screeningmetod saknas. Analysen ger besked om vilka substanser som identifierats och oftast i vilken koncentration. Utan en verifiering saknar analysresultatet värde som grund för t.ex. en återkallelse av körkortet. Anledningen till detta är att det vid de enklare screeninganalyserna kan förekomma falskt positiva svar. Ett exempel är olika former av korsreaktioner [31].

### **Punkt 8**

Anger att urintoxikologisk provtagning ska vara övervakad och att urinkoncentrationen<sup>44</sup> ska redovisas. Avsikten är att minimera riskerna att provet manipuleras. Om urinkoncentrationen är under referensvärdet kan provet vara utspädd och innebär oftast att ytterligare prov behöver lämnas [71].

I andra stycket anges att provtagning av narkotika kan ske genom håranalys. Det kan ses som ett alternativ till urintoxikologisk provtagning och kan i motsats ske utan kort varsel. Frekvensen för provtagningen är glesare än vid blod- och urinprovstagning vilket beror på att tidsfönstret för att spåra narkotika i hårprov är betydligt längre, ofta flera månader bakåt i tiden [124] [125].

### **Allmänna råd**

I det allmänna rådet förklaras vad som avses med provtagning med kort varsel. Att kortare inställetid bör gälla för urinprov (senast dagen efter kallelse) jämfört med blodprov (inom några dagar efter kallelse) beror på att många psykoaktiva substanser försvinner relativt snabbt ur kroppen. Flertalet narkotika har en kort halveringsperiod medan flertalet alkoholmarkörer har en längre halveringsperiod [71]. Se även avsnitt 7.10.

---

<sup>44</sup> Kreatininvärde

Vidare anges andra alkoholmarkörer, utöver de obligatoriska alkoholmarkörerna CDT och GT, som kan vara av värde eller ge ytterligare underlag i bedömningar [71]. Sådana markörer är PEth, ALAT, ASAT och MCV.

### 7.11.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

När man jämför de olika länderna kan man konstatera att varken Danmark, Finland eller Storbritannien har någon motsvarande jämförbar bestämmelse eller information om hur provtagning ska ske. Norge har specificerade detaljer för hur provtagning ska gå till, referensvärden och kvalitetskrav etc. som liknar kraven i Sveriges medicinföreskrifter. En skillnad är att detta anges i den vägledande dokumentationen.

#### Alkohol

Enligt Norges föreskrifter ska hälsokravet verifieras genom ”normalisering av biologiska prover”. I den vägledande dokumentationen finns mer utförliga detaljer gällande provtagning som liknar kraven i medicinföreskrifterna. PEth och CDT ska användas både när det gäller kontroll av avhållsamhet och vid uppföljning. EtG och EtS i urin kan också användas, bl.a. under den inledande fasen av avhållsperioden då man bör fastställa personens CDT-nollvärde. EtG i håranalys kan i undantagsfall användas i samband med uppföljning, men bör i sådant fall kompletteras med slumpvisa urinprover (EtG/ EtS) eller eventuellt PEth.

Norge har striktare krav när det gäller provtagningen under avhållsperioden. I princip krävs total avhållsamhet från drickande under den inledande perioden, eller åtminstone att nivån bör sjunka mot ett nollvärde. Det betyder att PEth bör understiga eller närma sig  $< 0,03 \mu\text{mol/L}$ . Vid uppföljning är kravet ”kontrollerat drickande” och betyder att PEth ska ligga inom referensområdet  $0,03 - 0,3 \mu\text{mol/L}$ . När det gäller CDT bedömer man utifrån förändring av personens fastställda nollvärde. En ökning större än 30 % från nollvärdet innebär att personen inte uppfyller kraven.

I Storbritanniens vägledning framgår att man använder provtagningar i blod och att det i regel är striktare krav vid alkoholberoende. Man använder begreppen nykterhet<sup>45</sup> respektive kontrollerat drickande<sup>46</sup> vilket indikerar på olika nivåer på konsumtionen. I vägledningen har man definierat vad som avses med kontrollerat drickande, men någon motsvarighet för ”nykterhet” anges inte. I likhet med Norge anges däremot att nykterhet krävs under avhållsperioden för personer som har ett alkoholberoende. Detta krav gäller vidare vid uppföljning. Vid alkoholmissbruk är kravet något mildare, då anges att personen behöver styrka ett kontrollerat drickande, alternativt nykterhet, både under avhållsperioden och vid uppföljning.

Danmark och Finland har inga anvisningar gällande provtagning. I Danmarks vägledning framgår dock att exempelvis GT och CDT kan användas i samband med klinisk utvärdering av alkoholberoende, men några detaljer kring hur detta kan gå till anges inte.

---

<sup>45</sup> Abstinence

<sup>46</sup> Controlled drinking

## Narkotika och läkemedel

I Sverige är provtagning av narkotika och läkemedel reglerat till urinprovtagning alternativt håranalys. I Norge anges att narkotikaprovtagning ska ske med ”lämpliga prover” men urinprovtagning rekommenderas i allmänhet. Blodprov (serum) kan användas för att kontrollera att föreskriven dosering följs. I likhet med Sveriges medicinföreskrifter anges att håranalys kan användas men att det då bör kompletteras med slumpmässig urinprovtagning.

I Danmark anges att urinprovtagning och håranalys används. I Storbritanniens vägledning anges urinscreening.

### 7.11.3 Synpunkter om obligatoriska alkoholmarkörer

Väldigt många av de synpunkter som inkommit till Transportstyrelsen handlar om alkoholmarkörerna. I detta avseende återger många i sina kommentarer att reglerna avseende obligatoriska alkoholmarkörer är föråldrade, och att GT bör ersättas med PEth. I många motiveringar anges bl.a. att PEth har högst specificitet och sensitivitet av alkoholmarkörerna, och att kombinationen av PEth och CDT bäst återspeglar långvarigt högt alkoholintag.

#### 7.11.3.1 Kommentar

Det finns flera olika typer av biokemiska alkoholmarkörer för att påvisa eller avfärda långvarigt högt intag av alkohol. De är viktiga inom den kliniska verksamheten i hälso- och sjukvården men även inom forskning och rättsmedicin. De markörer som i huvudsak används i dessa sammanhang är CDT, PEth, GT, ALAT, ASAT och MCV.

CDT, GT, ALAT, ASAT och MCV brukar beskrivas som indirekta alkoholmarkörer, d.v.s. de är inte metaboliter (nedbrytningsprodukter) av etanol utan biokemiska ”konsekvenser” av hög alkoholkonsumtion. PEth är däremot en direkt alkoholmarkör (metabolit) som endast bildas i närvaro av etanol, vilket innebär att förekomst av PEth endast kan ha orsakats av etanolintag [126]. En fördel med PEth och CDT är att de kan användas för att tidigt identifiera aktivt alkoholintag innan kroppsliga skador (t ex leverskada) uppstår.

I medicinföreskrifterna spelar alkoholmarkörer en viktig roll i bedömningen av om en person kan verifiera varaktig nykterhet eller om bruket är så pass omfattande att diagnosen alkoholmissbruk enligt 3 § kan ställas. Nedan redovisas de olika typerna av alkoholmarkörer.

#### CDT

CDT var den första specifika biomarkören för att påvisa regelbunden hög alkoholkonsumtion [127]. I Sverige används huvudsakligen två analystekniker för att bestämma CDT; vätskekromatografi (HPLC) eller kapillärelektrofores (CE), som båda kan leverera jämförbara, IFCC-standardiserade mätvärden [128] [129] [130] [131] [132].



I Sverige är gränsvärdet för CDT harmoniserat till 1,9 %, d.v.s. mätvärden från 2,0 % och uppåt indikerar alkoholöverkonsumtion. För att CDT ska bli förhöjt över gränsvärdet krävs i regel att alkoholkonsumtionen är mycket hög under en längre tid. En måttligt förhöjd alkoholkonsumtion eller ett sporadiskt berusningsdrickande brukar inte ge utslag på CDT-värdet. För de flesta krävs alkoholintag i storleksordningen 50-60g etanol/dag i genomsnitt (cirka 350-420 g ren alkohol per vecka) under minst någon eller några veckors tid för att CDT ska bli förhöjt. I allmänhet gäller att ju högre CDT-värde desto högre alkoholkonsumtion, men det är stor individuell variation i responsen. Halveringstiden för CDT är cirka 1,5-2 veckor och värdet normaliseras efter cirka 2-5 veckors alkoholfrihet, där tiden beror på startvärdet [118] [133].

CDT har måttlig sensitivitet (känslighet), vilket betyder att en del personer som överkonsumerar alkohol kan uppvisa mätvärden som ligger under gränsvärdet. CDT har däremot mycket hög specificitet vilket innebär att förhöjda mätvärden ytterst sällan beror på något annat än en hög regelbunden alkoholkonsumtion. Förhöjda CDT-värden kan dock förekomma vid sällsynta medfödda ämnesomsättningsjukdomar (CDG-syndrom). Vissa genetiska varianter av transferrin kan göra att det inte går att fastställa något CDT-värde [132] [134].

## **PEth**

PEth är ett samlingsnamn för en grupp fosfolipider som endast kan bildas i närvaro av etanol. PEth har därmed en teoretisk specificitet på 100 % som alkoholmarkör och mäts i helblod. Viss bildning kan fortsätta i provrör utanför kroppen om blodet innehåller etanol, vilket kan ge falskt höga värden. Idag finns metoder för att mäta PEth i kapillärt blod (fingertoppsprov) vilket minskar risken för fortsatt PEth-bildning efter provtagning. Användningen av PEth som alkoholmarkör har fått ökad betydelse i olika juridiska utredningssammanhang under senare år.

Eftersom PEth är en etanolmetabolit är testet mycket användbart för att skilja mellan avhållsamhet och alkoholkonsumtion. Känsligheten hos PEth som alkoholmarkör är högre än för de traditionella alkoholmarkörerna, inklusive CDT, eftersom PEth reagerar snabbare och på lägre konsumtionsnivå [135]. Ett problem är dock att översätta mätvärdet i en viss konsumtionsnivå, och särskilt vad gäller möjligheten att skilja mellan ”normalbruk” och skadligt bruk, eftersom det föreligger individuell variation [136].

Sedan 2013 är PEth-analysen nationellt harmoniserad där endast formen PEth 16:0/18:1 mäts rutinmässigt och provsvaren tolkas enligt följande.

Tabell 10. Tolkning av PEth-värden.

PEth 16:0/18:1-värde	Tolkning
< 0,05 µmol/L	ingen eller endast låg, sporadisk alkoholkonsumtion
0,05-0,3 µmol/L	Måttlig till högre konsumtion
> 0,30 µmol/L	överkonsumtion (omfattande, regelbundet intag)

Korrelationen mellan alkoholkonsumtion och PEth-värde har undersökts i flera studier. En amerikansk översiktsartikel från 2018 anger att mätvärden över 200 ng/mL med stor sannolikhet indikerar hög regelbunden alkoholkonsumtion, och motsvarar cirka 0,28 µmol/L<sup>47</sup>, d.v.s. nära det svenska gränsvärdet för överkonsumtion. Denna nivå motsvarar ett dagligt bruk i storleksordningen minst 50–60 g ren etanol (cirka 350–420 g ren etanol per vecka), vilket är samma mängd som anges för ett förhöjt CDT [118].

Halveringstiden för PEth är ungefär 4–10 (medel 6) dagar och tidsfönstret som PEth-markören återspeglar är något kortare än för CDT [136]. PEth kan inte längre påvisas i blodet efter cirka 2–5 veckors alkoholfrihet, där tiden beror på startvärdet.

## GT

GT är ett leverenzym vars koncentration i blodet ökar vid många leversjukdomar eller annan påverkan på leverns funktion. En alkoholbetingad förhöjning av GT-värdet normaliseras ofta efter 3-6 veckors alkoholfrihet men både känsligheten och specificiteten som biomarkör för alkoholöverkonsumtion är låg. Ett förhöjt GT-värde kan bero på många andra orsaker än långvarig hög alkoholkonsumtion, till exempel leversjukdom, läkemedelpåverkan eller övervikt [85] [137].

## Andra levermarkörer och MCV

ALAT och ASAT är andra markörer som används för att mäta levercellsskada, medan MCV mäter de röda blodkropparnas volym. Specificiteten och känsligheten hos dessa som alkoholmarkörer är generellt låg [85] [137].

## Biomarkörer för att påvisa långvarig hög alkoholkonsumtion

När frågan handlar om att påvisa eller avfärda regelbunden hög alkoholkonsumtion är vetenskapsläget tydligt att PEth (hög känslighet och specificitet) och CDT (hög specificitet) är de lämpligaste biomarkörerna. Övriga markörer (levermarkörer och

<sup>47</sup> För att omvandla koncentrationen från ng/mL till den enhet som används i Sverige (µmol/L) delar man koncentrationen med molekylvikten för PEth, 200/703 = ca 0,28 µmol/L.

MCV) kan framförallt vara värdefulla för att bekräfta skadeeffekter av långvarig alkoholöverkonsumtion.

Forskning under senare år har även visat att skillnaden mellan CDT och PEth som träffsäkra biomarkörer för alkoholöverkonsumtion är liten, både vad gäller tidsfönstret som den mängd ren etanol (cirka 350 – 420 g per vecka) som krävs för att provet ska stiga över gränsvärdet för överkonsumtion. För att sätta alkoholmängden i ett annat perspektiv motsvarar detta i genomsnitt cirka 4-5 standardglas per dag.

Ett standardglas motsvarar 12 g ren etanol, exempelvis 33 cl starköl, 12-15 cl vin eller knappt 4 cl sprit. I Sverige definieras riskbruk som intag av mer än 14 standardglas per vecka för män (motsvarar 168 g) och mer än 9 standardglas per vecka för kvinnor (motsvarar 108 g) och/eller minst 5 standardglas för män respektive 4 för kvinnor vid samma tillfälle. Med riskbruk menas en konsumtion som är förenad med ökad risk för lång- eller kortvariga skadliga konsekvenser. De nivåer som krävs för att uppnå förhöjda värden ligger således flera gånger över vad som definieras som riskbruk [138] [139] [140].

I Socialstyrelsens rekommendationer till hälso- och sjukvården har PEth och CDT i blodprov högst prioritet för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol. Därefter rangordnas markörerna i fallande ordning: GT, ALAT och ASAT medan MCV har lägst prioritet.

#### **7.11.3.2 Expertpanelens kommentar**

Expertpanelen framhöll att när det gäller alkoholöverkonsumtion ska CDT och PEth användas.

#### **7.11.3.3 Bedömning**

Mot bakgrund av ovanstående anser Transportstyrelsen i och för sig att det finns tillräckligt med stöd för att ersätta GT med PEth som obligatorisk biomarkör, men myndigheten behöver utreda vidare hur medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det regleringsutrymme som finns (se avsnitt 4). Synpunkterna beaktas i framtida regelarbete.

### **7.11.4 Synpunkter om provtagning i blod eller urin**

De har lämnats synpunkter om att föreskrifterna behöver förtydligas avseende vilka laboratorieprover som ska tas avseende alkohol respektive narkotika. Nuvarande krav är otydligt eftersom det ger utrymme för att narkotikaprov kan tas i blod, vilket sannolikt inte är avsikten med bestämmelsen.

#### **7.11.4.1 Kommentarer**

När det gäller provtagning avseende alkohol, se avsnittet Kommentarer gällande obligatoriska alkoholmarkörer, 7.11.3.

När det gäller narkotika går det att spåra olika substanser i urin under längre tid jämfört med blod eftersom koncentrationen är högre i urin. Blodprov används när man vill utreda

akut intoxication eller mäta halten substans i kroppen, vilket exempelvis är aktuellt i samband med misstanke om ett rattfylleribrott, där koncentrationen vid den aktuella tidpunkten har stor betydelse för de rättsliga konsekvenserna.

I Socialstyrelsens rekommendationer till hälso- och sjukvården har urinprov högst prioritet för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika [48].

#### **7.11.4.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### **7.11.5 Synpunkter om håranalys av narkotika**

Det har inkommit synpunkter gällande möjligheten att styrka nykterhet avseende narkotika genom håranalys. En del anser att alternativet är mycket bra och att denna möjlighet fortsättningsvis bör kvarstå. Det har även inkommit synpunkter att det bör övervägas om möjligheten ska tas bort, bl.a. på grund av svårigheter med provtagnings- och analysproceduren samt vad gäller tolkningen.

##### **7.11.5.1 Kommentarer**

Analys av narkotika och läkemedel i hår är ett alternativ till urinprovtagning. I takt med att känsligheten i analystekniken förbättrats har användningen ökat i vissa sammanhang. I körkortssammanhang är håranalys förhållandevis ovanligt. Eftersom substansen lagras i håret och följer med när håret växer ut kan narkotika spåras och kvantifieras långt bakåt i tid, även i flera år beroende på hårlängd och under förutsättning att provet tas och förvaras korrekt. Enligt Rättsmedicinalverkets rutiner krävs i regel 3 cm hår, vilket återspeglar en tidsperiod på cirka tre månader bakåt i tiden [125]. De senaste veckorna missas dock, eftersom det tar ett par veckor för håret att växa utanför skalpen.

Forskning visar dock att det inte är helt opproblemiskt med hårprov. Provet måste exempelvis vara tillräckligt långt och tas från huvudet nära hårbotten, vilket ställer höga krav på att provtagningen utförs noggrant och korrekt. Kosmetiska faktorer som hårblekning, fönning och exponering för värme är andra faktorer som kan påverka förekomsten av substanser och tolkningen av resultat.

När det gäller exempelvis cannabis i hår finns problematik med att exkludera möjligheter att prover kontaminerats av yttre faktorer. För att påvisa cannabisintag krävs därför i regel att man analyserar några mycket specifika cannabismetaboliter [141]. Rättsmedicinalverket utför i dagsläget inte screening av cannabis i hår med anledning av att man inte har någon verifikationsmetod.

##### **7.11.5.2 Expertpanelens kommentar**

Med anledning av komplexiteten gällande provtagningsrutiner var den del av expertpanelen som uttalade sig i frågan tveksamma till användning av håranalys i körkortssammanhang.

##### **7.11.5.3 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

### 7.11.6 Synpunkter om provtagning med kort varsel

Det har lämnats synpunkter på att det behöver förtydligas vad som avses med provtagning med kort varsel<sup>48</sup>. Kopplat till detta har det i synpunkter ställts frågor om kort varsel enligt det allmänna rådet är relevant för de biologiska alkoholmarkörerna, då t.ex. CDT återspeglar bruk under de senaste 3-4 veckorna. Det har även lämnats synpunkter att det tydliggörs huruvida flera biologiska markörer ska lämnas vid samma provtagningstillfälle.

#### 7.11.6.1 Kommentar

Avgörande för att upptäcka ett pågående alkohol- eller narkotikaintag är tidsfönstret för att påvisa substansen i kroppen. Halveringstiderna för alkoholmarkörerna PEth och CDT vid totalnykterhet ligger mellan 0,5 – 2 veckor. Se även avsnitt 7.11.3.

När det gäller narkotika är tidsfönstret för att detektera substanserna i urin oftast betydligt kortare, vanligen någon eller några dagar till en halv vecka. Se även Kommentar till avsnitt om substansgrupper i allmänna rådet, avsnitt 7.10.6. Narkotika i hår kan däremot detekteras under betydligt längre tid, för många substanser upp till 3 månader men även längre om håret är tillräckligt långt.

#### 7.11.6.2 Expertpanelens kommentar

När frågan diskuterades under ett möte med expertpanelen framhöll flera deltagare att det är kritiskt att en person inte kan ”planera” substansintaget utifrån vetskapen om ovanstående. För att skillnaden i halveringstider inte ska påverka tolkningen av resultat ansåg man även att alkoholmarkörerna bör lämnas vid samma provtagningstillfälle. Många mottagningar har som rutin att personen ska lämna ett alkoholprov inom 24 timmar eller maximalt 48 timmar efter kallelse, för narkotika i vissa fall samma dag eller senast inom 24 timmar.

#### 7.11.6.3 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 7.11.7 Synpunkter om möjlighet till salivprov gällande narkotika

Det har inkommit många synpunkter om att det borde införas en möjlighet att använda salivprov för att styrka drogfrihet.

#### 7.11.7.1 Kommentar

Analysteknikerna gällande salivprov har förfinats och användningen av både s.k. snabbtester och mer känsliga metoder är idag vanligt förekommande. Detektionstiden för att påvisa narkotika i saliv är generellt kortare än urinprov. Studier har visat att analysmetoderna kan detektera substanser i samma utsträckning som i urinprov, och för vissa substanser är detektionsnivån till och med bättre. I jämförelse med urinprov är salivprov inte lika känsligt för manipulation, även fast kunskapen på detta område ännu

---

<sup>48</sup> I en inkommen synpunkt med referens till 11 § angavs uttrycket ”oannonserat”. Detta begrepp förekom i föreskriftens grundform. I samband med omstrukturering (ändring genom TSFS 2012:19) av kraven för verifiering och provtagning i 11 och 12 §§, ersattes begreppet ”oannonserat” med ”kort varsel”. Skrivelsen om att provtagning ska ske med kort varsel återfinns i 12 § punkt 2.

är begränsad. Provtagningen är heller inte lika integritetskränkande för individen [142]. En del laboratorier i Sverige som utför drogtestning i saliv har olika analysassortiment och analysmetoder som i vissa fall inkluderar mer än 2000 olika narkotikasorter. Det finns även screeningpaket riktade mot olika substanser, t.ex. olika opioider eller bensodiazepiner.

#### 7.11.7.2 Expertpanelens kommentar

När salivprovtagning diskuterades med expertpanelen lyfte några deltagare att ett generellt problem med salivprov är att endast ett begränsat antal laboratorier utför droganalys i salivprov, samt att det ännu saknas etablerade gränsvärden för narkotika. Av Socialstyrelsens riktlinjer till hälso- och sjukvården framgår att urinprovtagning har högst prioritet med anledning av att metoden är referensstandard på området [48].

#### 7.11.7.3

Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

### 7.12 13 §

**13 §** I prognosbedömningen ska de förhållanden under vilka rehabiliteringen skett, förekomsten av återfall och resultatet av tidigare rehabiliteringsåtgärder beaktas. Även kognitiva störningar (10 kap.), psykiska sjukdomar och störningar (14 kap.), ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt psykisk utvecklingsstörning (15 kap.) samt behovet av ytterligare stödåtgärder ska ligga till grund för prognosbedömningen.

#### 7.12.1 Beskrivning

För att kunna göra en prognosbedömning krävs en viss observationstid (varaktighet). Enligt 9 § finns det utrymme att göra en individuell bedömning av hur lång observationstid som krävs, från sex månader upp till två år.

I prognosbedömningen ska rehabiliteringsförhållanden, eventuella återfall och tidigare behandling beaktas. När det gäller bruk av så kallade aversionsmedel, innebär det oftast en bättre prognos för fortsatt nykterhet om den uppnådda nykterheten dokumenterats utan att personen behövt använda sådant medel. Det är dock inte uteslutet att det finns personer som klarar av ett mångårigt nyktert levnadssätt om man använder sådant medel. Därför kan kvalifikationstid med användande av aversionsmedel också vara en tillräckligt god prognosindikator [31].

Även tillstånd som beskrivs i 10 kap., 14 kap. och 15 kap. och som har koppling till psykiska aspekter och/eller samband med risk för beroende och missbruk ska beaktas i prognosbedömningen [124].

#### 7.12.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Inget av länderna som ingår i den här översynen har någon jämförbar bestämmelse. Storbritannien har i sin vägledande dokumentation om alkohol- och narkotika (missbruk

och beroende) liknande hänvisningar till sina avsnitt om psykiska sjukdomar och störningar samt neurologiska störningar.

### 7.12.3 Synpunkter om samsjuklighet och prognosbedömning

Det har lämnats några synpunkter gällande den övergripande strukturen och hur 13 § är kopplad till övriga bestämmelser i medicinföreskrifterna. Någon anger t.ex. att kravet gällande vad som ska bedömas i prognosbedömningen ligger efter verifiering, varaktighet och bestämmelserna gällande provtagning vilket är klokt, men om man ser till helheten skulle reglerna kanske tydligare behöva kopplas samman med vad som krävs för att styrka acceptabel nivå (nykterhet). Kanske skulle något stödande material kunna vara ett alternativ.

Det har även framförts synpunkter om att kopplingen till 10, 14 och 15 kap. är viktig.

#### 7.12.3.1 Kommentarer

Vad gäller riskerna att drabbas av annan psykisk sjukdom vid substansbrukssyndrom finns det många studier och forskning kring. Några studier anger t.ex. att risken är mer än fördubblad jämfört hos personer utan sådan problematik, och att den är ännu högre hos de personer som sökt behandling [143] [144] [145] [146].

#### 7.12.3.2 Expertpanelens kommentar

Expertpanelen ansåg och att kopplingen till 10, 14 och 15 kap. är särskilt relevant när det gäller prognosbedömning av framförallt svårare substansbruksproblematik.

#### 7.12.3.3 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

## 7.13 14 §

**14 §** Trots vad som sägs i 6 och 7 §§ kan fortsatt innehav medges även om kraven på varaktighet och verifiering enligt 9 och 11 §§ inte är uppfyllda, om omständigheterna i övrigt med styrka talar för en god prognos.

#### *Allmänna råd*

*Exempel på god prognos är att innehavaren kan visa på särskilt goda resultat av en inledd rehabilitering samt följsamhet till läkares tillsägelse att avstå från att köra fordon enligt 10 kap. 5 § körkortslagen (1998:488).*

### 7.13.1 Beskrivning

I denna bestämmelse anges när fortsatt innehav kan medges trots att tidigare angivna krav på varaktighet och verifiering inte är uppfyllda. Bestämmelsen är således endast tillämplig vid fortsatt innehav av en behörighet, vilket gör att den skiljer sig från övriga bestämmelser i 12 kap. som gäller både vid fortsatt innehav och vid ansökan om körkortstillstånd.

En pågående behandling kan i vissa fall bedömas så framgångsrik att fortsatt innehav kan medges trots att övriga föreskrivna krav inte är uppfyllda. Inte sällan kommer ett beroende eller missbruk till myndighetens kännedom när en behandling redan är inledd och har pågått en tid med gott resultat. Bestämmelsen i 14 § ger då en möjlighet att tillåta en person som kanske för första gången har sökt hjälp för sin sjukdom att behålla sitt körkort. Om behandlingen avbryts bör anmälan till Transportstyrelsen ske. Bestämmelsen innebär en fördel för den som har behörigheten sedan tidigare jämfört med den som ansöker om en ny behörighet. Även om ett beslut om avslag på ansökan om körkortstillstånd kan vara nog så kännbart drabbas man i denna situation i regel inte av samma konsekvenser som en person som har inrättat sitt liv utifrån förutsättningen av en förarbehörighet och får denna behörighet återkallad [31].

I det allmänna rådet ges exempel på vad en god prognos är.

### 7.13.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Inget av de länder som studerats i översynen har någon jämförbar bestämmelse. I likhet med Sveriges medicinföreskrifter ska en individuell bedömning göras i det enskilda fallet.

### 7.13.3 Synpunkter om att undantagsmöjligheten är en motiverande faktor

I många synpunkter framförs att undantagsmöjligheten att få behålla körkortet är eller kan vara en starkt motiverande faktor för många personer med diagnosen missbruk eller beroende att komma till rätta med sina problem. Den är viktig och bör finnas kvar.

#### 7.13.3.1 Kommentar

Det kan konstateras att bestämmelsen innebär en fördel för den som har körkort sedan tidigare jämfört med den som ansöker om körkortstillstånd. I promemoriorna till Vägverkets föreskrifter<sup>49</sup> [30] [31] beskrivs att den acceptabla risknivån för körkortsinnehav rimligen bör vara likadan oavsett om lämplighetsprövningen avser en ny körkortsansökan eller vid fortsatt körkortsinnehav. Samtidigt förs ett resonemang om att en person som drabbas av ett beslut om avslag på sin ansökan om körkortstillstånd i regel inte drabbas av samma konsekvenser som en person som har inrättat sitt liv utifrån förutsättningen av en förarbehörighet. Vidare anges att körkortshavarens nykterhetstillstånd ofta är betydligt bättre när frågan om återkallelse slutligt ska fattas jämfört med när ärendet aktualiseras. Möjligheten att få behålla körkortet kan vara en starkt motiverande faktor till att personen tar tag i sin substansbruksproblematik. Prognosen är den avgörande faktorn och någon eftergift på detta krav kan däremot inte ges.

---

<sup>49</sup> VVFS 1996:200 och VVFS 2008:166



#### 7.13.3.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Transportstyrelsen kommer att se över bestämmelsen i ett framtida regelarbete med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

#### 7.13.4 Synpunkter om god prognos

Flera synpunkter som kommit in till Transportstyrelsen handlar om att medicinföreskrifterna bör tydliggöra vad som avses med ”om omständigheterna i övrigt med styrka talar för en god prognos”.

##### 7.13.4.1 Kommentar

Det finns olika omständigheter där tillämpningen av 14 § kan vara aktuell. En situation kan vara att uppgiften om beroende eller missbruk framkommer efter det att en behandling redan är inledd och har pågått en tid med gott resultat. En annan situation kan vara en att personen inte uppfyllt alla krav på varaktighet och verifiering under en observationstid, t.ex. ett förhöjt prov under en observationstid, men den sammantagna medicinska bedömningen är att personen har en god prognos. Denna situation kan även gälla om personen deltar i behandlingsprogram med ersättningspreparat (LARO).

Det finns en rad olika terapeutiska behandlingsformer för alkohol- och narkotikaproblematik [48]. När det gäller alkohol är syftet ofta primärt att konsumtionen ska minska, eller i svårare fall upphöra helt. Prognosen är ofta god med rätt behandling och behandlingsföljsamhet [62]. När det gäller narkotikautredning handlar det ofta om att tidigt identifiera beroendesymptom. Svårare narkotikaproblematik kräver i regel långvarig återkommande specialistbehandling. Faktorer som sidobruk, neuropsykiatriska funktionshinder, personlighetsstörningar och psykiska sjukdomar försvårar många gånger prognosen för narkotikafrihet. En skillnad jämte alkohol är att all icke medicinskt ordinerad narkotika är illegal. I behandlingsmålet eftersträvas eller uppmuntras därför oftast narkotikafrihet, vilket också är en förutsättning för körkortsinnehav. Prognosen är ofta god med tidig och rätt behandling samt behandlingsföljsamhet [103].

Inom forskningen beskrivs punktåterfall och återfall ofta som en naturlig del i återhämtningsprocessen och detta gäller oavsett om personen behandlas eller inte. Läs mer i avsnitt 7.10. Ur ett trafiksäkerhetsperspektiv kan ett återfall för en person innebära att personen sätter sig och kör i påverkat tillstånd. Olika förutsättningar gäller däremot alltid för olika personer och det går därför inte definiera begreppet exakt.

##### 7.13.4.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Transportstyrelsen kommer att se över bestämmelsen i ett framtida regelarbete med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Det kan även finnas skäl att tydliggöra att undantag aldrig kan bli aktuellt utan någon avhållsperiod alls.

### 7.13.5 Synpunkter om kopplingen till hindersparagraferna

Det har lämnats synpunkter om att bestämmelsen tydligare behöver kopplas ihop med hindersparagraferna 6 och 7 §§.

#### 7.13.5.1 Kommentar

Som beskrivits i avsnitt 7.6 (6 och 7 §§) måste även 8, 9, 11, 13 och 14 §§ tillämpas för att man ska kunna bedöma om ett hinder föreligger. Det handlar alltså om en sammantagen bedömning av flera aspekter såsom konsumtionsnivå, tid, provtagningar, behandlingsinsatser, andra tillstånd och störningar samt förutsikten av att personen förhåller sig inom de ramar som krävs.

#### 7.13.5.2 Bedömning

Det är viktigt att bestämmelserna i medicinföreskrifterna är tydliga. Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Transportstyrelsen kommer att se över bestämmelsen i ett framtida regelarbete med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

### 7.13.6 Synpunkter om undantagsmöjligheten strider mot körkortsdirektivet

Det har även lämnats synpunkter om att undantag i medicinföreskrifterna med koppling till andra sjukdomstillstånd tagits bort och att det bör ses över huruvida paragrafen når upp till minimikraven i körkortsdirektivet.

#### 7.13.6.1 Kommentar

Transportstyrelsens bedömning när det gäller huruvida 14 § strider mot minimikraven i körkortsdirektivet redogörs särskilt för i avsnitt 5.4.

#### 7.13.6.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

## 7.14 15 §

**15 §** För den som har diagnosen beroende eller missbruk och deltar i behandlingsprogram med metadon, buprenorfin eller annat ersättningspreparat kan innehav medges om kraven i 6 - 11 §§ är uppfyllda. Kravet på verifiering av nykterhet i 6 och 7 §§ gäller dock inte läkarordinerat bruk av det ersättningspreparat som används i programmet. Sådant bruk ska särskilt prövas från trafiksäkerhetssynpunkt.

Trots vad som sägs i 9 § kan fortsatt innehav medges om följsamhet till programmet styrks under en observationstid på minst sex månader.

Vid innehav av behörigheterna C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE eller taxiförarlegitimation ska den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav beaktas.

### *Allmänna råd*

*Den som ansöker om körkortstillstånd bör styrka följsamhet i programmet under en observationstid på minst tolv månader och upp till två år vid svårt beroende.*

### 7.14.1 Beskrivning

Den som har diagnosen beroende eller missbruk och deltar i LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) kan få eller behålla körkortet om kraven på varaktig verifierad nykterhet och en god prognos är uppfyllda. Kravet på verifierad nykterhet gäller dock inte läkemedlet som används i programmet. Sådant bruk ska istället särskilt prövas från trafiksäkerhetssynpunkt.

I behandlingsprogrammen hanteras läkemedlet under kontrollerade former och personen behöver därför inte styrka drogfrihet vad gäller läkemedlet. Däremot måste eventuellt sidobruk kontrolleras noga och följsamhet till de ordinerade doserna i programmet krävas [124]. Metadon, buprenorfin eller kombinationen buprenorfin-naloxon är de läkemedel som används i Sverige vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende [48].

### Högre behörigheter

Om personen har körkort för lastbil eller buss ska den ökade trafiksäkerhetsrisken bedömas.

### Fortsatt innehav

En person kan få behålla sitt körkort om följsamhet till programmet styrks under en observationstid på sex månader, trots att kraven på verifiering enligt 12 kap. 9 § inte är uppfyllda. En sådan tillämpning kan motiveras av de konsekvenser som en återkallelse av körkort under påbörjat behandlingsprogram kan innebära [124].

## Ansökan om körkortstillstånd

Personer som är aktuella för sådana behandlingsinsatser har i allmänhet ett svårt beroende och det är därför oftast nödvändigt med två års observationstid innan man kan medges körkortstillstånd. Det ska dock inte uteslutas att enstaka personer kan ha ett beroende som är att betrakta som mindre uttalat. En observationstid mellan ett och två år är då möjlig. Det bör dock i dessa fall i ett läkarintyg styrkas att det rör sig om ett beroende som inte är svårt [124].

### 7.14.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

I samtliga länder finns liknande krav i de fall körkort kan medges, behandlingen ska då vara stabil över tid och inget sidobruk av narkotika eller läkemedel får förekomma. De länder som har studerats har dock till viss del olika krav beroende på om det gäller behörigheter i grupp 1 eller 2 samt olika längd på stabilitet i behandlingsprogrammet.

Tabell 11. Sammanställning av kraven vid substitutionsbehandling i Sverige, Danmark, Finland, Norge och Storbritannien.

Land	Krav grupp 1	Krav grupp 2
<b>Sverige</b>	Körkort kan medges.  Om körkort redan finns krävs minst 6 månaders stabilitet i behandlingsprogrammet.  Om körkortstillstånd söks krävs minst 1 års stabilitet i behandlingsprogrammet.	Samma krav som för grupp 1 med tillägget att den ökade trafiksäkerhetsrisken som följer med sådant innehav ska beaktas.
<b>Danmark</b>	Körkort kan medges när det finns minst 6 månaders stabilitet i behandlingsprogrammet.	Körkort för behörigheterna C1 och C kan medges i undantagsfall vid mycket stabila och dokumenterade förhållanden.  Körkort medges inte vid övriga behörigheter som ingår i grupp 2.
<b>Finland</b>	Körkort kan medges när det finns stabilitet i behandlingsprogrammet.	Om körkort redan finns kan körkort medges i undantagsfall.  Om någon ansöker om körkort för första gången medges inte körkort inte.

Land	Krav grupp 1	Krav grupp 2
Norge	Körkort kan medges när det finns minst 1 års stabilitet i behandlingsprogrammet.	Körkort medges inte för grupp 2 under pågående behandling i programmet. Körkort medges tidigast efter avslutad behandling och därefter tre års dokumenterad drogfrihet.
Storbritannien	Körkort kan medges när det finns minst 1 års stabilitet i behandlingsprogrammet.	Körkort kan medges när det finns minst 3 års stabilitet i behandlingsprogrammet.

#### 7.14.3 Synpunkter om begreppet läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Det har lämnats synpunkter om att det behöver ses över vilka begrepp som används i medicinföreskrifterna. Som exempel anges begreppet opioider samt uttrycket ”behandlingsprogram med ... ersättningspreparat”.

##### 7.14.3.1 Kommentar

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, kallas behandlingen istället läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). I WHO:s guideline avseende läkemedelsassisterad behandling används begreppet ”Opioid agonist maintenance treatment” [47].

Begreppet opioider redogörs särskilt för i avsnitt 7.1. Socialstyrelsens föreskrifter reglerar behandling av opioidberoende som ett vidare begrepp och inte behandling endast vid beroende av undergruppen opiater. Därmed kan även personer som blivit beroende av opioider vid användning av smärtstillande läkemedel få behandlingen.

##### 7.14.3.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### 7.14.4 Synpunkter om att det finns situationer som inte regleras i medicinföreskrifterna

Det har kommit in synpunkter om att det finns situationer som inte regleras i medicinföreskrifterna. Det är situationer där personen har ett opioidberoende men inte deltar i LARO. Istället erbjuds personen nedtrappning av substansen.

##### 7.14.4.1 Kommentar

Personer med opioidberoende (analgetika, beroende av opioider som i allmänhet används som smärtlindring) kan enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [48] erbjudas nedtrappning istället för LARO. Det innebär att personens dos av opioidanalgetika minskas stegvis och anpassas efter eventuella

abstinenssymptom. Nedtrappning kan ske under olika lång tid, från några dagar till flera månader. Nedtrappningen genomförs ofta med samma opioid som personen använt (med vissa undantag), men kan även genomföras med buprenorfin eller buprenorfin-naloxon. Syftet är att personen ska bli helt fri från opioider.

I dessa situationer är 15 § inte tillämplig eftersom den här typen av nedtrappning inte kan jämföras med substitutionsbehandling enligt LARO. Inte heller 16 § är tillämplig eftersom den endast reglerar situationer där det inte finns något beroende eller missbruk, läs mer under 16 § här i rapporten. Därmed saknas reglering av den här typen av situationer i medicinföreskrifterna.

#### **7.14.4.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### **7.14.5 Synpunkter om att det är skillnader i observationstidens längd vid befintligt körkortsinnehav och vid ansökan om körkortstillstånd**

Det har lämnats synpunkter huruvida det är rättvist att skilja på observationstidens längd vid fortsatt innehav jämfört med en ny ansökan om körkortstillstånd.

##### **7.14.5.1 Kommentar**

En person kan få behålla sitt körkort om följsamhet till programmet styrks under en observationstid på minst sex månader, trots att kraven på verifiering enligt 12 kap. 9 § inte är uppfyllda. En sådan tillämpning motiveras med de konsekvenser som en återkallelse av körkort under påbörjat behandlingsprogram kan innebära.

När det gäller personer som ansöker om körkortstillstånd och som inte redan har ett körkort, krävs längre tid av följsamhet till programmet. Detta på grund av att personer som är aktuella för sådana behandlingsinsatser i allmänhet har ett svårt beroende och det därför oftast är nödvändigt med två års observationstid innan man kan medges körkortstillstånd. Enstaka personer kan ha ett beroende som är att betrakta som mindre uttalat och en observationstid mellan ett och två år är då möjlig.

Den motivering som finns beskriven i tidigare konsekvensutredningar osv. vad gäller skillnaden i observationstid för personer som redan har ett körkort (minst 6 månader) och personer som ansöker om ett körkortstillstånd (oftast 2 år), är att en återkallelse är mer ingripande i någons liv (som vant sig vid ett liv med körkort).

DRUID-projektets expertworkshop om heroinsubstitut drog slutsatsen att ingen skillnad bör göras mellan patienter som genomgår substitutionsbehandling och patienter som får andra medicinska behandlingar. Patienterna är dock inte kapabla att köra bil under anpassningsfasen, men denna är vanligtvis kort (cirka 3 veckor). Perioder med stora dosförändringar kräver tillsyn men inte gradvis avgiftning [147] [148].

Tittar man på länderna som ingår i den här översynen skiljer inget av de andra länderna på befintligt innehav eller ny ansökan så som Sverige gör. Längden på stabilitet till

behandlingsprogrammet som krävs avgörs istället på om det gäller lägre eller högre behörigheter.

#### **7.14.5.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### **7.15 16 §**

**16 §** Regelbundet, läkarordinerat bruk av substans som sägs i 1 § och som inte är att anse som beroende eller missbruk men som är av viss omfattning, ska prövas från trafiksäkerhetssynpunkt. Om bruket bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk, utgör det hinder för innehav.

Vid innehav av behörigheterna C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE eller taxiförarlegitimation ska den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav beaktas.

#### **7.15.1 Beskrivning**

Enligt den här bestämmelsen ska regelbundet läkarordinerat bruk av psykoaktiv substans som inte är att anse som beroende eller missbruk men som är av viss omfattning, prövas från trafiksäkerhetssynpunkt. För att få eller ha kvar körkort i dessa fall krävs inte att allt sådant bruk har upphört. Fortsatt bruk av sådant läkemedel kan fortsätta om det sker i doser som inte överskrider läkarordinationen och som inte innebär en trafiksäkerhetsrisk.

#### **7.15.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen**

I Danmark, Norge och Storbritannien finns detaljerade beskrivningar kring trafikfarliga läkemedel, bland annat finns särskilda angivelser kring tröskelvärden för daglig dos.

I Sverige och Finland finns inte sådana detaljerade beskrivningar utan bedömningen om trafiksäkerhetsrisken görs i första hand av den behandlande läkaren.

#### **7.15.3 Synpunkter om läkarordinerade trafikfarliga läkemedel**

Transportstyrelsen har tagit emot synpunkter om att myndigheten bör utreda möjligheten till mer detaljerade beskrivningar kring trafikfarliga läkemedel.

##### **7.15.3.1 Kommentar**

Av 16 § framgår att hinder för innehav av körkort föreligger om det finns ett regelbundet läkarordinerat bruk som bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk. Bedömningen gällande trafiksäkerhetsrisken görs i första hand av den behandlande läkaren men det finns inte definierat vad som utgör en sådan trafiksäkerhetsrisk.

För att få en uppfattning om ett läkemedel kan vara trafikfarligt eller inte finns den digitala läkemedelsboken (via app) som publiceras<sup>50</sup> av Läkemedelsverket. Där finns ett särskilt kapitel om trafik, riskfyllt arbete och läkemedel som ger fördjupad information om vad som i vetenskaplig litteratur är känt om läkemedlens effekter på trafikfarlighet. Graderingar av olika läkemedels trafikfarlighet ges bl.a. av ICADTS och i rekommendationer från EU's DRUID-projekt.

I rapporten ”Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe – findings from the DRUID project” [148] framgår att det föreligger en medelhög ökning av olycksrisken vid körning under påverkan av psykoaktiva läkemedel. Vidare framgår att körförmågan bör bedömas individuellt hos varje patient.

Danmark och Norge har system med gränsvärden när det gäller bilkörning avseende läkarordinerade läkemedel som kan påverka psyket, uppmärksamheten och omdömet.

När det gäller läkemedel drog DRUID-projektet slutsatsen att det inte är rimligt att definiera gränsvärden för patienter som genomgår långtidsbehandling. Även höga doser kan leda till få effekter och det finns inga tydliga individuella skillnader mellan dosering och nedsättning av körförmågan. DRUID-projektets rekommendationer var bland annat att inga trösklar bör definieras för läkemedel och att den lämpligaste motåtgärden för att bekämpa nedsatt körförmåga är information om möjliga biverkningar av läkemedlet [148].

#### **7.15.3.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

#### **7.15.4 Synpunkter om diagnos och läkarordinerat bruk av samma substans som diagnosen relaterar till**

Det har inkommit synpunkter om att det i körkortsärenden förekommer att personer har en missbruks- eller beroendediagnos kopplad till samma substans som personerna har utskrivit av läkare vilket kan bli ett problem när varaktig nykterhet ska verifieras.

##### **7.15.4.1 Kommentar**

Idag saknas riktlinjer kring vad som ska gälla för att nykterhet ska bedömas ha uppnåtts i de fall personen har en diagnos och läkarordinerat bruk av exakt samma substans. Ett mer utförligt resonemang om detta finns i avsnitt 7.7.

##### **7.15.4.2 Bedömning**

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

---

<sup>50</sup> Sedan årsskiftet 2018/2019 uppdateras inte informationen i Läkemedelsboken. Läkemedelsverket har genom regeringsuppdrag den 17 februari 2022 fått i uppdrag att uppdatera, förvalta och tillgängliggöra Läkemedelsboken. Uppdraget förväntas slutpresteras före utgången av 2024.



## 7.16 17 §

**17 §** Vid diagnoserna missbruk och beroende ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras

1. efter sex månaders observationstid,
2. därefter efter ytterligare sex månaders observationstid, och
3. därefter efter ytterligare tolv månaders observationstid.

Behovet av villkor om läkarintyg därutöver ska bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.

Vid regelbundet läkarordinerat bruk som avses i 15 § gäller vad som sägs i 19 §, istället för vad som anges i första och andra stycket.

### *Allmänna råd*

*Vid läkemedelsbehandling mot överkonsumtion av alkohol, t.ex. disulfiram, akamprosot och naltrexon, bör villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras även efter 24 månader, så länge behandling pågår och därefter vid ytterligare minst ett tillfälle. Istället för vad som anges i 11 § ska behovet av provtagning bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.*

### 7.16.1 Beskrivning

När körkortsinnehav medgetts ska omprövning göras i flera omgångar för att säkerställa att den varaktiga nykterheten bibehålls. Huvudregeln är att uppföljningen omfattar tre kontrollstationer under totalt två år fördelat på 6+6+12 månader. Om det finns särskilda skäl för kortare eller färre intervall, kan den frågan prövas enligt 1 kap. 5 § [30], men detta tillämpas dock restriktivt.

Beroende är en svår sjukdom där prognosen kan vara svårbedömd även efter flera års nykterhet. Om dessutom antabus eller annat läkemedel mot alkoholöverkonsumtion behövs för att förbättra prognosen för nykterhet kan det ofta finnas skäl att ha fortsatta kontroller även efter uppföljningskontrollerna (6+6+12), så länge som behandlingen pågår. Eftersom sådan behandling kan pågå under många år under stabila förhållanden, finns det möjlighet att inte alltid kräva läkarintyg under hela denna tid genom att detta anges i det allmänna rådet [71].

### 7.16.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Samtliga länder som har studerats har någon form av uppföljning av körkortsinnehavet efter det att hälsokraven bedömts vara uppfyllda. Hur den uppföljningen ser ut skiljer sig dock åt mellan länderna. I Danmark, Finland, Norge och Storbritannien begränsas körkortet vad gäller giltighetstid. Sverige skiljer sig från detta tillvägagångssätt och

beslutar istället att körkortet gäller med villkor att komma in med läkarintyg. Om läkarintyget inte kommer in i tid så återkallas dock körkortet. Effekten blir därför antagligen densamma.

Tabell 12. Sammanställning av uppföljning då hälsokraven för körkort bedömts vara uppfyllda i Danmark, Finland, Norge, Storbritannien och Sverige.

Land	Alkohol	Narkotika och läkemedel
<b>Sverige</b>	<p>Uppföljning genom fortsatt villkor att komma in med läkarintyg efter sex månaders observationstid,</p> <p>därefter efter ytterligare sex månaders observationstid, och</p> <p>därefter efter ytterligare tolv månaders observationstid.</p> <p>Behovet av villkor om läkarintyg därutöver ska bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.</p>	<p>Samma regler som för alkohol.</p>
<b>Danmark</b>	<p>Uppföljning genom att körkortet utfärdas eller förnyas med villkor om en tidsgräns på 2 år.</p> <p>Efter de två åren så kan vanligtvis körkort utfärdas utan tidsgräns även om personen har permanent antabusbehandling.</p> <p>Samma regler gäller för grupp 2 med tillägget att läkaren måste beakta ytterligare risker som finns kopplat till att köra fordon som ingår i gruppen.</p>	<p>Uppföljning genom att körkortet utfärdas eller förnyas med villkor om en tidsgräns på 2 år.</p> <p>Efter de två åren ska en läkare förnya körkortsintyget. Om det inte finns misstanke om pågående missbruk kan vanligtvis körkort utfärdas utan tidsgräns.</p>

Land	Alkohol	Narkotika och läkemedel
<b>Finland</b>	Uppföljning genom att körkortets giltighet begränsas 6-12 månader åt gången tills det är sannolikt att personen inte kör i berusat tillstånd.  Alkolås kan användas under och efter den här uppföljningsperioden.	Anges inte.
<b>Norge</b>	Uppföljning genom att körkortet får en giltighetstid på upp till ett år i taget, under tre år, förutsatt att minst en kvartalsuppföljning visar kontrollerad användning.  Därefter får körkortet en giltighetstid på upp till 5 år (för grupp 1) och upp till 3 år (för grupp 2) innan körkort med normal varaktighet kan utfärdas.	Uppföljning genom att körkortet får en giltighetstid på upp till ett år i taget, under tre år, förutsatt att oanmälda kvartalsinspektioner visar fortsatt drogfrihet.  För grupp 1 rekommenderas därefter att körkortet får en giltighetstid på upp till 5 år innan körkort med normal varaktighet kan utfärdas.  För grupp 2 gäller därefter rekommendationen att körkortet får en giltighetstid på upp till fem år, på obestämd tid.
<b>Storbritannien</b>	Uppföljning genom medicinska undersökningar och provtagningar. Giltighetstiden för körkortet kan begränsas i 1, 2, 3 eller 5 år, bedömning i det enskilda fallet görs.	Samma regler som för alkohol.

### 7.16.3 Synpunkter om längden på villkorsuppföljningen

Det har lämnats många synpunkter om huruvida det ur trafiksäkerhetssynpunkt är motiverat med en så lång villkorsuppföljning med läkarintyg vid diagnoserna missbruk eller beroende. Samtidigt har det kommit in synpunkter om att lång uppföljningstid är särskilt viktig i svårare fall och där nuvarande uppföljning anses rimlig men man efterfrågar däremot ett mer individanpassat upplägg.

### 7.16.3.1 Kommentar

Sveriges regler kring villkorsuppföljningen grundar sig på att beroende ses som en svår sjukdom där prognosen kan vara svårbedömd även efter flera års nykterhet. Det finns ingen tidigare dokumentation i konsekvensutredningar om att diagnosen missbruk anses vara en lika svårbedömd sjukdom. Villkorsuppföljningen i sin nuvarande form innebär att personer som har en missbruks- eller beroendediagnos följs med villkor om läkarintyg, där total tid att verifiera varaktig nykterhet är minst 30 månader (minst 6 mån innan beslut kan tas, därefter 6+6+12 mån med villkorsuppföljning).

### En mer individuell bedömning

Det finns domar från förvaltningsdomstolarna där Transportstyrelsens beslut om villkorsuppföljning upphävts efter en individuell bedömning, ofta med stöd av 1 kap. 7 § i de medicinska föreskrifterna<sup>51</sup>.

I ett ärende beslutade länsstyrelsen (dåvarande körkortmyndighet) att en persons körkort och körkortstillstånd skulle gälla med villkor att ge in läkarintyg efter 12 månader enligt 12 kap. 17 § i de medicinska föreskrifterna på grund av missbruksdiagnos (sista villkorsuppföljningsperioden). Kammarrätten i Jönköping upphävde i en dom den 1 oktober 2009<sup>52</sup> länsrättens dom och länsstyrelsens beslut. Även om bestämmelserna i 12 kap. 17 § i de medicinska föreskrifterna till sin ordalydelse pekar på motsatsen, menade kammarrätten att varje beslut om villkor om läkarintyg måste motiveras utifrån bestämmelsen i 3 kap. 10 § körkortslagen, nämligen att villkoret är nödvändigt från trafiksäkerhetssynpunkt. Kammarrätten konstaterade att det i målet inte fanns dokumenterat att personen missbrukade eller var beroende av psykoaktiva substanser och att personens egna uppgifter om att hen slutat bruka narkotika inte motsades av utredningen i målet. Vidare hade personen under närmare ett och ett halvt år stått under läkares observation och under denna tid kunnat uppvisa en verifierad varaktig nykterhet. Kammarrätten fann mot denna bakgrund att det från trafiksäkerhetssynpunkt inte längre var nödvändigt att förena personens fortsatta körkortsinnehav med villkor att komma in med läkarintyg.

I ett annat ärende beslutade Transportstyrelsen att en persons körkort och körkortstillstånd skulle gälla med villkor att ge in läkarintyg enligt 12 kap. 17 § i de medicinska föreskrifterna på grund av beroendediagnos avseende narkotika och alkohol. Personen hade efter beviljat körkortstillstånd kommit in med två sexmånadersintyg till Transportstyrelsen, varför tolv månadersintyget kvarstod. Kammarrätten i Jönköping upphävde i en dom den 4 mars 2015<sup>53</sup> förvaltningsrättens dom och Transportstyrelsens beslut. I domen framgår att för den som har fått diagnosen beroende eller missbruk är utgångspunkten enligt 12 kap. 17 § i de medicinska föreskrifterna att villkor om läkarintyg ska föreskrivas och prövning av fortsatt innehav göras efter sex månader,

<sup>51</sup> 7 § anger följande. I 1–15 kap. finns bestämmelser om när villkor om läkarintyg efter viss tid ska föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras. Dessa krav får frångås endast om det i ett enskilt fall finns särskilda skäl.

<sup>52</sup> Kammarrätten i Jönköping, mål nr 1885-09

<sup>53</sup> Kammarrätten i Jönköping, mål nr 2452-14

därefter efter ytterligare en sexmånadersperiod och därefter en tolvmånadersperiod. Enligt 1 kap. 7 § samma föreskrifter får kraven i 12 kap. frångås endast när det i det enskilda fallet finns särskilda skäl. Villkoret måste dock alltid kunna motiveras utifrån bestämmelsen i 3 kap. 10 § körkortslagen, dvs. att villkoret är nödvändigt från trafiksäkerhetssynpunkt. I målet framkom att personen haft ett långvarigt beroende av narkotika och alkohol men att personen varit drogfri sedan hösten 2007 samt genomgått behandling på behandlingshem under 2008-2009. Vidare hade personen lämnat tre läkarintyg och prover för droger och alkohol vid upprepade tillfällen under perioden maj 2012-mars 2014 som samtliga var utan anmärkning. Prognosen för fortsatt nykterhet var god enligt intygsskrivande läkare. Kammarrätten ansåg därför att det inte var nödvändigt från trafiksäkerhetssynpunkt att förena personens körkort med villkor om att komma in med ytterligare läkarintyg.

Sammanfattningsvis menar förvaltningsdomstolarna att ett villkor om läkarintyg alltid måste kunna motiveras ur trafiksäkerhetssynpunkt enligt 3 kap. 10 § körkortslagen i varje enskilt fall, trots föreskrifternas lydelse i 12 kap. 17 §.

### **Återfallsrisk**

Det finns ett fördjupat resonemang om allvarlighetsgrad och återfallsrisk vid beroende och missbruk med koppling till längden på observationstiden i avsnitt 7.8 i rapporten.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att beroende i regel kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandling och utvärdering av dess effekter. Det saknas dock forskning kring återfallsrisk vid missbruk, dessutom tillkommer att diagnosen missbruk inte längre finns i något gällande kriteriebaserat system för diagnosklassifikation.

Ett sätt att undersöka hur återfallsrisken ser ut under villkorsuppföljning enligt 12 kap. 17 § är att studera verkliga körkortsärenden som avslutats med beslut om att villkoret kan upphöra (fullföljt hela villkorsuppföljningen utan problem) och beslut om återkallelse på medicinsk grund (diagnos och ej verifierat varaktig nykterhet eller har en dålig prognos). Metodiken för hur undersökningen genomfördes beskrivs i Bilaga 5.

Under perioden 1 januari 2020 till 30 september 2020 var det 32 av totalt 129 ärenden där villkorsuppföljningen enligt 17 § fullföljdes utan problem och villkoret kunde upphöra.

Under samma period var det vidare 51 av totalt 77 ärenden som återkallades på grund av att varaktig nykterhet inte kunde verifieras under villkorsuppföljning enligt 17 §. En granskning av dessa 51 ärenden visade följande:

- 24 återkallelser skedde efter den första sexmånadersperioden
- 17 återkallelser skedde efter den andra sexmånadersperioden
- 9 återkallelser skedde efter tolvmånadersperioden
- 1 återkallelse skedde under utökad villkorsuppföljning (individuell period efter 6+6+12 mån).

Det kan konstateras att de flesta återkallelser skedde under de första två sexmånadersperioderna under villkorsuppföljningen, även om det förekommer senare också. Även den här mindre undersökningen ger indikationer på att beroende i regel kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandling och utvärdering av dess effekter.

#### **7.16.3.2 Expertpanelens kommentar**

Transportstyrelsens expertpanel framförde synpunkter om att svårighetsgraden av diagnosen skulle kunna vara avgörande för hur lång uppföljning som krävs i det enskilda fallet. Man framförde även att det är svårt att säga något om återfallsrisken eftersom den beror på svårighetsgraden av bruket.

#### **7.16.3.3 Bedömning**

Sammanfattningsvis kan det konstateras att beroende är en svår sjukdom med ofta oklar prognos och som ofta kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandling och utvärdering av dess effekter. Transportstyrelsen kommer att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade i ett kommande regelarbete.

När det gäller villkorsuppföljning vid diagnosen missbruk av alkohol samt vid diagnoserna missbruk och beroende av narkotika/läkemedel, se även avsnitt 4 och 5 samt 9.7.6.

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### **7.16.4 Synpunkter särskilt om villkorsuppföljning vid läkemedelsbehandling mot överkonsumtion av alkohol**

Det har inkommit synpunkter till Transportstyrelsen om att det bör ses över om villkorsuppföljningen i enskilda fall kan avslutas trots att behandlingen fortfarande pågår, till exempel om en person har följts utan anmärkning i många år.

##### **7.16.4.1 Kommentarer**

Om läkemedelsbehandling mot överkonsumtion av alkohol behövs för att förbättra prognosen för nykterhet finns oftast skäl att ha fortsatta kontroller även efter minimitiden på 24 månader enligt det allmänna rådet till 17 §. Villkorsuppföljning bör ske så länge behandlingen pågår och därefter vid ytterligare minst ett tillfälle. Därmed kan villkorsuppföljningen för vissa personer bli livslång.

##### **7.16.4.2 Expertpanelens kommentar**

Enligt Transportstyrelsens expertpanel så kan läkemedelsbehandling mot överkonsumtion av alkohol användas på flera sätt, även vid måttliga besvär. Det kan exempelvis vara aktuellt om någon ska ut och resa och känner ett socialt tryck att dricka alkohol eller vid en livskris. Det kan vara bra att följa upp dessa personer inom vården men kanske inte genom livslång uppföljning med läkarintyg till Transportstyrelsen. Behandling mot överkonsumtion behöver alltså inte innebära att det är fråga om tung problematik.

#### 7.16.4.3 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### 7.17 18 §

**18 §** Vid prövning av frågan om fortsatt innehav enligt 17 § gäller 5-8 §§ och 11-16 §§.

Vid prövning av frågan om fortsatt innehav enligt 17 § första stycket 3 gäller dock inte vad som sägs i 12 § andra stycket andra-sjätte meningen. Om provtagning avseende narkotika sker genom provtagning av hår ska denna istället ske efter sex månader och efter ytterligare sex månader från observationstidens början, om provtagningen avser den substans som diagnosen relaterar till.

##### *Allmänna råd*

*Med frekventa laboratorieprover bör avses följande antal.*

*- Då diagnosen relaterar till alkohol: minst fyra provtagningar under varje observationstid.*

*- Då diagnosen relaterar till annan psykoaktiv substans än alkohol: minst sex provtagningar under varje observationstid.*

*Med upprepade laboratorieprover för att belysa bruk av alkohol eller annan substans bör avses minst två prover under varje observationstid. När det gäller annan psykoaktiv substans än alkohol bör den upprepade provtagningen omfatta substansgrupperna amfetaminer, cannabinoider, bensodiazepiner, opiater och kokain. Vid känt tidigare bruk av annan psykoaktiv substans bör provtagningen omfatta även denna substans.*

#### 7.17.1 Beskrivning

Bestämmelsen anger att kraven på verifiering av nykterhet genom provtagning och läkarintyg enligt 12 § också gäller vid lämnande av läkarintyg för prövning av frågan om fortsatt innehav.

Liksom i 12 § finns en möjlighet till provtagning för narkotika genom provtagning av hår som ett möjligt alternativ till provtagning av narkotika i urin. För provtagning i hår gäller då inte vad som sägs i 12 § sista stycket. I det allmänna rådet rekommenderas istället att håranalys enligt 17 § första stycket 3 bör göras vid ett tillfälle under den observationstid som börjar löpa tolv månader efter det att körkortstillstånd meddelats, det vill säga under den sista av de tre perioder som enligt medicinföreskrifterna är ett minimikrav efter beviljande av körkortstillstånd.

Vid prövning av frågan om fortsatt innehav krävs samma antal prover under varje observationstid, vilket betyder att samma antal prover krävs oavsett om observationstiden är 6 eller 12 månader.

### 7.17.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Eftersom 18 § främst hänvisar till andra bestämmelser i 12 kap. så går bestämmelsen inte att jämföra med andra länder.

### 7.17.3 Synpunkter och bedömning

Det har inte lämnats några specifika synpunkter gällande 18 §. Transportstyrelsen kommer att se över bestämmelsen i ett framtida regelarbete med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

## 7.18 19 §

**19 §** Vid behandling enligt 15 § ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras

1. efter sex månaders observationstid,
2. därefter efter ytterligare sex månaders observationstid, och
3. därefter efter ytterligare tolv månaders observationstid.

Utöver vad som sägs i första stycket ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras så länge behandling pågår och därefter vid ytterligare minst ett tillfälle. Behovet av villkor om läkarintyg därutöver ska bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.

Vid läkarintyg enligt andra stycket gäller inte vad som sägs om provtagning i 11 § 2 och 3, men vid verifiering av nykterhet ska ledning hämtas från de krav som anges där.

Vid regelbundet läkarordinerat bruk som avses i 16 § ska behovet av villkor om läkarintyg bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.

### 7.18.1 Beskrivning

Av bestämmelsen framgår att villkor om läkarintyg ska ske enligt angivna minimikrav i början av behandlingen. Eftersom prognos inte säkert kan bedömas så länge behandling pågår är villkor om läkarintyg nödvändigt ur trafiksäkerhetssynpunkt så länge behandlingen pågår samt vid ytterligare minst ett tillfälle. Det innebär att innehavet ska vara förenat med villkor om läkarintyg även i de fall behandlingen pågått under många år, och även om situationen varit stabil under en längre tid. Efter avslutad behandling finns möjlighet att göra en individuell bedömning av villkorsuppföljning i det enskilda fallet.

I andra stycket, sista meningen i paragrafen så anges också att intyg kan föreskrivas både med tätare kontroller och med uppföljning även vid mer än ett tillfälle efter avslutad behandling.



I tredje stycket anges att provtagningskraven i 11 § (punkt 2 och 3) inte ska gälla men vid verifiering av nykterhet ska ledning hämtas från de provtagningskrav som anges där. Substitutionsbehandling kan vara livslång och stabilitet i programmet kan ha visats under många år. Därför finns möjlighet att göra en individuell bedömning av antalet prover i det enskilda fallet [71].

#### 7.18.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

I Danmark, Finland och Storbritannien finns inga specificerade riktlinjer kring uppföljning vid substitutionsbehandling. I Sverige och Norge finns däremot sådana riktlinjer, se tabell 12.

Tabell 13. Uppföljning vid substitutionsbehandling i Norge och Sverige.

Norge	Sverige
<p>För grupp 1 gäller uppföljning genom att körkortet får en giltighetstid på upp till ett år, tre år i taget, och sedan upp till fem år under hela behandlingstiden. Efter avslutad behandling får körkortet en giltighetstid på upp till ett år åt gången under tre år, förutsatt att oanmälda kvartalsinspektioner visar fortsatt drogfrihet.</p> <p>För grupp 2 gäller, efter avslutad behandling och tre års dokumenterad drogfrihet, uppföljning genom att körkortet får en giltighetstid på upp till ett år i taget under tre år, förutsatt att oanmälda kvartalsinspektioner visar fortsatt drogfrihet. Efter det rekommenderas att körkortet får en giltighetstid på upp till fem år.</p>	<p>Uppföljning genom fortsatt villkor att komma in med läkarintyg efter sex månaders observationstid, därefter efter ytterligare sex månaders observationstid, och därefter efter ytterligare tolv månaders observationstid.</p> <p>Därutöver ska villkor om läkarintyg beslutas så länge behandlingen pågår och därefter vid ytterligare minst ett tillfälle.</p> <p>Behovet av villkor om läkarintyg därutöver ska bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.</p>

#### 7.18.3 Synpunkter om längden på villkorsuppföljningen

Det har kommit synpunkter till Transportstyrelsen om att det bör ses över om uppföljningen i enskilda fall kan avslutas trots att behandling med LARO fortfarande pågår, till exempel om en person har följts utan anmärkning under lång tid.

### 7.18.3.1 Kommentar

Inledningsvis ser villkorsuppföljningen för personer som deltar i LARO exakt likadan ut som för personer som har diagnosen missbruk eller beroende utan att delta i ett sådant program (6+6+12 månader). Efter de 24 första månaderna av villkorsuppföljningen ser det dock annorlunda ut för personer som deltar i LARO då de behöver skicka in läkarintyg så länge behandlingen pågår och sedan vid minst ett tillfälle. Det sista intyget, som ska skickas in efter att behandlingen avslutats, anses nödvändigt eftersom prognosen inte säkert kan bedömas så länge behandlingen pågår. Eftersom läkarintyg ska skickas till Transportstyrelsen så länge som behandlingen pågår så kan det innebära att villkorsuppföljningen för många personer blir livslång.

## Retention i Sverige

Retention är andelen personer som kvarstår i behandling efter en viss tid och är det vanligaste måttet på hur väl substitutionsprogram fungerar. I en studie gjord vid Beroendecentrum i Eskilstuna framgår att den totala ettårs retentionen var 75 % (64 av 85 personer) och den totala treårsretentionen var 39 % (33 av 85 personer). Ettårs retentionen i Eskilstunas program låg på samma nivå som i tidigare publicerade svenska studier [149] [150] [151] [152] [153].

Totalt 55 patienter av de 85 (65 %) uppvisade positivt urinprov för narkotika någon gång under det första året. Det var signifikant fler patienter som gick ur programmet bland dem som uppvisat positivt urinprov under det första året än bland dem som inte gjort det, både för ett- och treårsretentionen. Tre patienter kunde trappas ner planerat under behandlingen och kunde skrivas ut ur programmet utan återfall i missbruk under den ett år långa uppföljningsperioden.

Av de faktorer som undersöktes i Eskilstuna var det bara positiva urinprov under första året som hade betydelse för både ettårs- och treårsretentionen. Tidigt uppträdande sidomissbruk är den enskilt största riskfaktorn för avslut av behandlingen [149].

I en annan studie framgår att nästan alla patienter någon gång återföll till olaglig droganvändning. Patienter som blev utskrivna från behandlingsprogrammet hade en signifikant högre andel positiva urinprover än patienter som var kvar i behandlingen (21 % mot 9 %) [151].

## Återfallsrisk

Det finns ett fördjupat resonemang om återfallsrisk vid beroende under 2 § här i rapporten. Se också resonemanget under 17 §. Ett sätt att undersöka hur det ser ut gällande återfall under villkorsuppföljning enligt 12 kap. 19 § är att studera verkliga körkortsärenden. Metodiken för hur undersökningen genomfördes beskrivs i Bilaga 5.

Under perioden 1 januari 2020 till 30 september 2020 var det 5 av totalt 77 ärenden som återkallades på grund av att varaktig nykterhet inte kunde verifieras under villkorsuppföljning enligt 12 kap. 19 §. En granskning av dessa 5 ärenden visade följande:

- 3 återkallelser skedde under den första och andra sexmånadersperioden,
- 2 återkallelser skedde flera år senare (intyg nr 8).

### **Att avsluta LARO**

Att avsluta en läkemedelsassisterad behandling är en kritisk fas eftersom det finns risk för återfall, överdos och dödsfall. Om en patient på egen begäran önskar att avsluta LARO finns flera aspekter som kan behöva beaktas. Avslutning av LARO bör noggrant övervägas, det behöver finnas goda skäl att tro att patienten kommer att klara sig utan de läkemedel som ges i behandlingen. Patienten ska informeras om risker med att avsluta läkemedelsbehandling, hur nedtrappning genomförs på bästa sätt, om patientens möjligheter att återinskrivas och att tidigt få information om möjliga behandlingsalternativ. Patienter som väljer att avsluta läkemedelsbehandlingen bör följas upp med tät rådgivning och stöd under och efter nedtrappning för att reducera risk för återfall [154].

Enligt WHO:s riktlinjer från 2009 är faktorer som förutsätter en lyckad avslutning av läkemedelsassisterad behandling inte utförligt beskrivet i forskning. Faktorer som framhålls är att patienten avhållit sig från opioider och annat drogbruk under den läkemedelsassisterade behandlingen, samt gjort förändringar i den psykosociala miljön under den läkemedelsassisterade behandlingen. Även sysselsättning eller annan meningsfull aktivitet är betydelsefulla faktorer [47].

#### **7.18.3.2 Bedömning**

Sammanfattningsvis kan det konstateras att beroende är en svår sjukdom med ofta oklar prognos och som ofta kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandling och utvärdering av dess effekter. Transportstyrelsen kommer att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade i ett kommande regelarbete.

När det gäller villkorsuppföljning vid diagnosen missbruk av alkohol samt vid diagnoserna missbruk och beroende av narkotika/läkemedel, se även avsnitt 4 och 5 samt 9.7.6.

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### **7.18.4 Synpunkter om villkorsuppföljning vid regelbundet läkarordinerat bruk enligt 16 §**

Det har lämnats synpunkter på att informationen om vad som gäller vid villkorsuppföljning för de personer som har regelbundet läkarordinerat bruk utan att ha diagnosen missbruk eller beroende enligt 16 § borde ha en tydligare placering i medicinföreskrifterna, antingen genom en egen paragraf eller inrymmas tillsammans med kraven i 16 §.

##### **7.18.4.1 Kommentar**

19 § reglerar främst vad som gäller vid villkorsuppföljning när någon får behandling enligt LARO. I sista stycket anges dock vad som gäller vid villkorsuppföljning och

regelbundet läkarordinerat bruk som kan innebära en trafiksäkerhetsrisk för personer som inte har diagnosen missbruk eller beroende enligt 16 §. Behovet av villkor om läkarintyg ska i de fallen bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.

#### 7.18.4.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Strukturen kommer allmänt att ses över i det framtida regelarbetet.

### 7.19 20 §

**20 §** Läkaren ska uppmärksamma symptom på ett pågående beroende eller missbruk av substans som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon. Även symptom på utveckling mot ett beroende eller missbruk ska uppmärksammas.

#### *Allmänna råd*

*Läkaren bör särskilt beakta blandmissbruk och tidigare vårdtillfällen på grund av beroende eller missbruk.*

#### 7.19.1 Beskrivning

Bestämmelsen är riktad till intygsskrivande läkare och anger vad denne ska uppmärksamma vid undersökning.

#### 7.19.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

De andra länderna har i olika omfattning motsvarande information i den vägledande dokumentationen.

#### 7.19.3 Synpunkter om utformningen och begrepp

Det har lämnats en synpunkt att ordet ”uppmärksamma” bör kunna bytas ut till ”i läkarintyg redovisa”. Det har även lämnats synpunkter om att informationen i bestämmelsen borde finnas i inledningen av kapitlet, eftersom den hamnar lite i ”kölvattnet”.

##### 7.19.3.1 Kommentar

När det gäller 20 § anges aspekter som läkaren ska beakta i samband med läkarundersökning eller annan undersökning som ska ligga till *grund* för intyg enligt 1 kap. 6 § medicinföreskrifterna. Vad som ska *redovisas* i intyg till Transportstyrelsen vid diagnoserna missbruk och beroende framgår av andra delar i 12 kap. (11, 12 samt 17 – 19 §§).

##### 7.19.3.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Strukturen kommer allmänt att ses över i det framtida regelarbetet.

## 7.20 21 §

**21 §** Läkaren ska beakta om sökanden behandlas med läkemedel som kan sätta ned körförmågan och i förekommande fall informera sökanden om eventuella trafiksäkerhetsrisker.

### 7.20.1 Beskrivning

Bestämmelsen anger att läkaren ska beakta om sökanden behandlas med läkemedel som kan påverka körförmågan negativt och i förekommande fall informera sökanden om eventuella trafiksäkerhetsrisker [30].

### 7.20.2 Sammanfattande jämförelse av länderna i översynen

Samtliga länder har liknande information i den vägledande dokumentation, se även 16 § som handlar om regelbundet läkarordinerat bruk.

#### 7.20.2.1 Synpunkter om strukturen

Det har lämnats synpunkter på att informationen i 21 § eventuellt borde inrymmas tillsammans med kraven i 16 §, som handlar om regelbundet läkarordinerat bruk.

#### 7.20.2.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna. Strukturen kommer allmänt att ses över i det framtida regelarbetet.

## 8 Synpunkter och analys av 13 kap. Särskilt läkarutlåtande efter grovt rattfylleri och efter upprepade fall av rattfylleri

Det här avsnittet beskriver olika begrepp avseende rattfylleri och innebörden av varje bestämmelse i 13 kap. Här ges även en kort sammanfattning av vilka regler övriga länder som ingår i översynen har på motsvarande område. I arbetet har även synpunkter inhämtats från intresseorganisationer, hälso- och sjukvård, andra myndigheter samt från den av Transportstyrelsen tillsatta expertpanel för översyn av medicinföreskrifternas krav om alkohol, narkotika och läkemedel. Transportstyrelsen har även tagit emot många interna synpunkter från t.ex. avdelning Körkort. Även allmänheten gavs möjlighet att lämna synpunkter. Nedan redovisas majoriteten av de synpunkter som har kommit in till myndigheten och som har betydelse för 13 kap.

### Vad innebär rattfylleri?

I 4 och 4a §§ lag (1951:649) om straff för vissa trafikbrott finns kriterierna för olika typer av rattfylleribrott.

**Rattfylleri** av normalgraden innebär att en person kör ett motordrivet fordon

- efter att ha intagit alkohol i sådan stor mängd att alkoholkoncentrationen under, eller efter färden, är minst 0,2 promille i blodet (eller 0,10 milligram per liter i utandningsluften), eller
- efter att ha intagit narkotika i så stor mängd att det under eller efter färden finns kvar i blodet. Detta gäller dock inte preparat, t.ex. läkemedel, som har intagits enligt exempelvis läkares ordination, eller
- är så påverkad av alkohol eller andra preparat att denne inte kan framföra fordonet på ett betryggande sätt.

**Grovt rattfylleri** innebär att en person kör ett motordrivet fordon

- efter att ha intagit alkohol i sådan stor mängd att alkoholkoncentrationen under, eller efter färden, är minst 1,0 promille i blodet (eller 0,5 milligram per liter i utandningsluften), eller
- har varit avsevärt påverkad av alkohol eller något annat medel (ex narkotika), eller
- i påverkat tillstånd och att det har inneburit en påtaglig fara för trafiksäkerheten. Det innebär att även förseelser med lägre koncentrationer (eller kombinationer) av preparat kombinerat med farlig körning kan innebära att brottet bedöms som grovt.

**Upprepade fall av rattfylleri** innebär att personen dömts för mer än ett rattfylleribrott, oavsett allvarlighetsgrad, under de senaste 5 åren.

## 8.1 1 §

1 § Läkarutlåtande enligt 3 kap. 1 § tredje stycket körkortsförordningen (1998:980) ska innehålla

1. en bedömning av om ett beroende eller missbruk föreligger enligt 12 kap. 2 och 3 §§, och

2. en redogörelse för och en bedömning av sökandens konsumtion av den eller de substanser som påvisats vid trafiknykterhetsbrotten.

Läkarutlåtandet ska även belysa förekomsten av annat substansbruk.

Om diagnosen beroende eller missbruk föreligger gäller bestämmelserna i 12 kap.

### 8.1.1 Beskrivning

Grunden för prövningen enligt 13 kap. gällande ansökan om körkortstillstånd efter grovt rattfylleri och upprepade fall av rattfylleri finns i 3 kap. 1 § tredje stycket körkortsförordningen (1998:980). Om sökanden under de senaste fem åren före ansökan har fällts till ansvar för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri, ska det bifogas ett särskilt läkarintyg. Läkarintyget ska visa att sökanden ur nykterhetskänslighet uppfyller kraven på lämplighet att ha körkort enligt 3 kap. 2 § körkortslagen.

Intyget ska innehålla en bedömning av om personen har en missbruks- eller beroendediagnos. Om en sådan diagnos finns så gäller istället bestämmelserna i 12 kap. Vidare ska intyget innehålla en redogörelse för och bedömning av sökandens konsumtion av den eller de substanser som påvisades vid trafiknykterhetsbrottet/brotten. Det finns en andel av rattfylleristerna som inte kan konstateras ha en etablerad alkoholrelaterad sjuklighet. För att även kunna bedöma den personliga lämpligheten (inte bara den medicinska lämpligheten) att ha körkort ska utlåtandet därför innehålla en redogörelse för sökandens konsumtion och en bedömning av denna som en del av underlaget vid bedömningen av om sökanden anses opålitlig i nykterhetskänslighet. 13 kap. reglerar dock inte själva bedömningen av frågan om opålitlighet i nykterhetskänslighet.

Läkarutlåtandet ska även belysa bruk av annan substans än den som påvisats vid trafiknykterhetsbrottet. Det beror på att blandmissbruk är vanligt förekommande hos personer som döms för grovt rattfylleri och att många ”alkohol-rattfyllerister” klarar att hålla sig nyktra från alkohol genom att övergå till annan drog, illegalt eller i form av bruk av psykoaktiva läkemedel [71] och [124].

### 8.1.2 Synpunkt om att uppföljning av rattfyllerister är befogad

I synpunkt som kommit in till Transportstyrelsen framförs att grovt rattfylleri är ett allvarligt brott som indikerar en svår alkoholproblematik där rigorös kontroll är befogad. Även rattfylleri är ett allvarligt brott där en hög andel av dessa har ett mer allvarligt

tillstånd och även här bör därför krävas läkarkontakt över tid med behandlingsplan och läkarintyg.

#### 8.1.2.1 Kommentar

Vilka personer som omfattas av det särskilda läkarutlåtandet regleras genom 3 kap. 1 § körkortsförordningen.

Bestämmelserna i 13 kap. innebär att sökanden behöver regelbunden läkarkontakt. Dels med anledning av det särskilda läkarutlåtande som ska fogas till ansökan, och dels med anledning av de läkarintyg som ska redovisas efter det att körkortstillstånd har meddelats genom villkorsuppföljningen efter 6 respektive ytterligare 12 månader (och eventuellt fler läkarintyg därefter vid behov). Detta regleras genom 4 §. Ett resonemang gällande rehabiliteringsprogram integrerat med körkortsåterkallelse finns i avsnitt 8.4.3.

#### 8.1.2.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

## 8.2 2 §

2 § Under observationstiden som ska vara minst sex månader gäller vid provtagning avseende blod- och urinprover följande:

1. Om alkohol påvisats vid trafiknykterhetsbrottet ska laboratorieprover avseende alkohol ha tagits vid minst fyra tillfällen.
2. Om andra psykoaktiva substanser påvisats vid trafiknykterhetsbrottet ska laboratorieprover avseende denna eller dessa substanser ha tagits vid minst sex tillfällen.

Provtagningen ska vara fördelad över observationstiden.

I övrigt gäller vad som sägs i 12 kap. 12 §.

#### *Allmänna råd*

*Om läkaren misstänker att annat substansbruk förekommer, bör provtagning ske i den omfattning som läkaren bedömer nödvändigt för att belysa sådant bruk. Av intyget bör framgå att läkaren har övervägt om sådan provtagning bör ske.*

### 8.2.1 Beskrivning

Observationstiden på sex månader är den minimitid som fastställts för att kunna fånga upp och diagnostisera beroende eller missbruk.

Under 90-talet genomfördes forskningsprojektet KAPUBRA som bland annat syftade till att ta reda på den svenske rattfylleristens alkoholvanor och att pröva ut ett system för identifiering och prevention av alkoholproblem och återfall i rattfylleri. Studier visade bl.a. att ungefär hälften av de personer som gjort sig skyldiga till trafiknykterhetsbrott



hade alkoholproblem i form av skadliga eller riskabla alkoholvanor som de också kunde antas vara i behov av vård eller behandling för. Bland dem som gjort sig skyldiga till grovt rattfylleri hade mellan 65 och 70 % sådana alkoholproblem. Alkoholproblem är alltså vanligt även vid låga promillenivåer. För den som har gjort sig skyldig till upprepade fall av rattfylleri är det sannolikt att ett missbruk eller beroende föreligger [155].

Diagnostiken när det gäller sjukdomarna beroende och missbruk är ofta svår och bygger i hög utsträckning på att personen själv lämnar ärliga uppgifter till läkaren. Det är dessutom ofta särskilt svårt att få sådana uppgifter vid dessa sjukdomar. En relativt stor andel av de personer som gjort sig skyldiga till rattfylleri har ett beroende eller ett missbruk utan att det kommer fram under kontakten med läkare. Provtagning och uppföljning under en längre tid är därför nödvändig som en del av underlaget i bedömningen av lämpligheten att ha körkort [31].

Sökanden ska lämna prover för den eller de substanser som påvisats vid trafiknykterhetsbrottet/en. Det finns inget krav att prover även ska lämnas för andra substanser än den eller de som påvisades vid trafiknykterhetsbrottet/en (sidoprov). Fördelen med sidoprov att upptäcka annat substansbruk har ställts mot värnandet om den personliga integriteten och kostnader för provtagning. Hur vanligt förekommande blandmissbruk är hos personer som gjort sig skyldiga till trafiknykterhetsbrott har inte bedömts vara tillräckligt belagt, därför anges istället i allmänna råd att intygsskrivande läkare noggrant ska kommentera eventuellt sidobruk av alkohol respektive narkotika. Om läkaren bedömer att det inte finns något annat bruk av psykoaktiv substans bör underlaget för bedömningen redovisas [70].

### 8.2.2 Synpunkt om underlåtenhet att komma till provtagning

Det har lämnats en synpunkt om det i andra stycket 13 kap. 2 § hänvisas till ”i övrigt gäller vad som sägs i 12 kap. 12 §”. I 12 kap. 12 § finns inte kravet på att underlåtenhet att komma till provtagning ska redovisas i läkarintyget, detta krav anges i 11 §. Här ställs frågan om inte detta krav även borde gälla provtagning enligt 13 kap.

#### 8.2.2.1 Kommentar

Anledningen till att kravet om underlåtenhet att komma till provtagning ska redovisas i läkarintyg är att uppgiften i sig, eller i kombination med t.ex. provresultat över referensområdet eller verifierad substans i urin, kan innebära att individen behöver föreläggas om ytterligare provtagning.

Motsvarande krav finns inte i 13 kap. och inte heller i motsvarande avsnitt i alkoholåsföreskrifterna. Omständigheterna vid provtagning i 13 kap anges i 2 §. Av bestämmelsen framgår bl.a. att provtagningen ska vara fördelad över observationstiden, ”I övrigt gäller vad som sägs i 12 kap 12 §”. I alkoholåsföreskrifternas 5 § som anger de krav som ska redovisas i läkarintyg framgår bl.a. att provtagning vid ansökan behöver inte ske med kort varsel, i övrigt hänvisas det på samma sätt som till den 12 § i 12 kap.

#### 8.2.2.2 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkten och beaktar dessa i framtida regelarbete.

#### 8.2.3 Synpunkter om förtydligade av allmänna rådet

Det har även lämnats en synpunkt om att det allmänna rådet skulle kunna förtydligas så att läkare uppmärksammas på att ta prover för flera andra substanser än den som påvisats vid trafiknykterhetsbrottet.

En annan synpunkt handlar om att det skulle behöva förtydligas så att det mer specifikt framgår när provtagning ska ske och inte bara ”vara fördelad under observationstiden”. Tanken är att prover ska lämnas under sex månader och att läkaren utfärdar ett läkarintyg i nära anslutning till den sista provtagningen, men så är inte alltid fallet. Ibland lämnas prover under en period och sedan kan det dröja flera månader innan intyget utfärdas. Om paragrafen förtydligas med att provtagning ska vara fördelad under hela observations-tiden så blir den tydligare (jämför med 12 kap. 11 § 2p).

#### 8.2.3.1 Bedömning

Transportstyrelsen noterar synpunkterna och beaktar dessa i framtida regelarbete.

### 8.3 3 §

**3 §** Om provtagning enligt 2 § 2 gäller narkotika kan detta ske genom provtagning av hår. Vid sådan provtagning gäller följande:

1. Vid provtagning av hår avseende den substans som påvisats vid trafiknykterhetsbrottet ska provtagning utföras efter tre månader och efter sex månader från observationstidens början.
2. Om substans påvisats vid screeninganalys ska verifierande analys utföras.
3. Om substans påvisats vid verifierande analys ska provresultatet bedömas och kommenteras.

#### 8.3.1 Beskrivning

Avsikten med bestämmelsen, i likhet med 12 kap. (12 §), är att möjliggöra provtagning avseende narkotika genom håranalys istället för urintoxikologisk provtagning. Provtagning ska utföras efter tre respektive sex månader från observationstidens början. Tidsfönstret om tre månader följer samma motivering som anges i 12 kap. 12 §. Till skillnad från 12 kap. där provtagning avser substansen/erna som diagnosen relaterar till, avses i denna bestämmelse den eller de substanser som *påvisats vid trafiknykterhetsbrottet*.

#### 8.3.2 Synpunkter och bedömning

Det har inte inkommit några synpunkter med koppling till denna bestämmelse. Bestämmelserna om provtagning kommer allmänt att ses över i det framtida regelarbetet, se även avsnitt 7.10 och 7.11.

## 8.4 4 §

**4 §** När körkortstillstånd har meddelats efter sådan prövning som avses i 3 kap. 1 § tredje stycket körkortsförordningen (1998:980) ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras efter sex månader och därefter efter ytterligare tolv månader. Den totala uppföljningsperioden ska således vara minst 18 månader. Behovet av villkor om läkarintyg därutöver ska bedömas mot bakgrund av förhållandena i det enskilda fallet.

### *Allmänna råd*

*Ett beslut om villkor om läkarintyg bör inte omfatta den totala observationstiden på minst 18 månader. I samband med att körkortstillstånd meddelas, bör dock innehavaren underrättas om vad som normalt gäller i fråga om observationstid.*

### 8.4.1 Beskrivning

Bestämmelsen anger att ytterligare minst två läkarintyg ska lämnas in efter att körkortstillstånd beviljats, ett intyg efter sex månader och ett intyg efter ytterligare 12 månader.

### 8.4.2 Synpunkter huruvida lång utredning av diagnosfrågan är motiverad?

I flera synpunkter som kommit in till Transportstyrelsen ställs frågan om det är motiverat med en så lång och noggrann utredning av diagnosfrågan. Personer som har gjort sig skyldiga till grovt eller upprepade fall av rattfylleri står under totalt två års kontroll för utredning av om det finns en missbruks- eller beroendediagnos. Med koppling till dessa synpunkter har det ställts frågan om det skulle vara tillräckligt med ett läkarintyg vid ansökan om körkortstillstånd och endast ett uppföljningsintyg.

Det har samtidigt lämnats flera synpunkter om att lång uppföljningstid vid rattfylleribrott är viktig och att nuvarande uppföljning är motiverad.

#### 8.4.2.1 Kommentar

Som beskrivs i avsnitt 5.7.1 är villkorsuppföljningen enligt 13 kap. medicinföreskrifterna inte en uppföljning av ett medicinskt tillstånd, utan handlar om en uppföljning av den personliga lämpligheten. Om en bakomliggande diagnos har konstaterats, så ska bestämmelserna i 12 kap. medicinföreskrifterna tillämpas och man hamnar inte i bestämmelserna om villkorsuppföljning enligt 13 kap. medicinföreskrifterna.

### Om alkohol

Utformningen av nuvarande villkorsuppföljning hänger ihop med införandet av den utvidgade lämplighetsprövningen efter grovt eller upprepade rattfylleri, vilket även beskrivs i avsnitt 8.1. I betänkandet Snabbare körkortsingripanden m.m. [156] från 1987 beskrivs att det var klarlagt att en betydande andel av dem som gjort sig skyldiga till

trafiknykterhetsbrott har ett mer eller mindre uttalat alkoholberoende, eller i vart fall mycket avancerade alkoholvanor och lång tillvänjning av alkohol. Antagandet styrktes även av undersökningar som visade att 30 - 40 % av rattfylleristerna även omhändertagits på grund av berusning eller varit föremål för olika nykterhetsvårdande åtgärder. Både svenska och internationella studier visade att andelen förare med olika stadier av alkoholberoende i samband med trafiknykterhetsbrott var signifikant högre än antalet personer med alkoholberoende i befolkningen. I betänkandet beskrivs vidare att det är allmänt känt att den som utvecklat ett beroende av alkohol har betydande svårigheter att bryta sitt missbruk, och det som oftast förutsätter långvarig och ingripande behandling. Återfall beskrevs då, precis som idag, som en del i sjukdomsbilden, och att risken är betydande och störst i början av det ”nyktra livet” för att sedan avta med tiden. Detta förutsatt att personen avhåller sig från alkoholbruk. Utredningen hänvisade även till att Socialstyrelsen vid ansökan om körkortstillstånd efter återkallelse<sup>54</sup> på grund av sjukdom (alkoholism) rekommenderade en karenstid på två år utan återfall i missbruk. För att identifiera eventuellt alkoholmissbruk skulle vetenskapligt accepterade metoder i form av kombination av biokemiska och psykologiska undersökningar användas.

I propositionen [157] till lagändringen 1989 angavs därför bl.a. att körkortet efter rattfylleri, skulle föreses med villkor att körkortsinnehavaren under en tvåårsperiod skulle komma in med blodprover och psykologtest som skulle visa acceptabla resultat. Dessa närmare bestämmelser skulle meddelas genom föreskrifter<sup>55</sup> av Trafiksäkerhetsverket.

### **KAPUBRA och andra projekt**

Som beskrivits i avsnitt 8.2. (13 kap. 2 §) visade flera av studierna inom KAPUBRA-projektet att rattfylleribrott är starkt sammankopplat med problematiska alkoholvanor. Mer än varannan förare hade riskabla eller skadliga alkoholvanor och 20-25 procent hade svåra alkoholproblem. En annan slutsats var även att misstänkta rattfyllerister med promillevärden under gränsen för normalgradens rattfylleri hade alkoholproblem lika ofta som förare över denna straffgräns (undantaget förare med promillehalt över 1,0). Detta visade att alkoholproblem är vanliga även vid låga promillenivåer och att även misstanken om rattfylleri ger en indikation på alkoholproblematik [155] [158].

Något liknande forskningsprojekt om kartläggning av rattfylleristers alkoholvanor är inte genomfört i Sverige under senare år. Under åren 2014-2018 utvärderade VTI systemet med alkolås som infördes 2012. Utredningen visade att drygt 31 % av personerna som fick en villkorstid på två år hade en alkoholrelaterad diagnos, varav 11 procent diagnosen alkoholmissbruk och 20 procent alkoholberoende [159]. Dessa siffror säger ingenting om hur stor andel av rattfylleristerna som har en alkoholrelaterad diagnos, men visade ändå att diagnoser är vanliga bland sökanden som beviljas villkoret.

<sup>54</sup> Gränsen för grovt rattfylleri vid denna tidpunkt var 1,5 promille alkohol i blodet. Från och med 1994 är gränsen 1,0 promille alkohol i blodet.

<sup>55</sup> Trafiksäkerhetsverkets föreskrifter (TVFS 1990:70) om krav på särskild utredning vid ansökan om körkortstillstånd, numera TSFS 2010:125.

## Om narkotika

Utredningarna gällande den utvidgade lämplighetsprövningen riktade sig i första hand mot alkoholrattfyllerister och i allmänhet saknas tydlig statistik på prevalens för narkotikarelaterade diagnoser.

I EU:s DRUID-projekt "Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines" som påbörjades 2006 och sträckte sig över fem år såg man att bland skadade eller dödade förare utgjorde alkohol den enskilt vanligaste substansen, följt av alkohol kombinerat med andra substanser. Riskerna att drabbas av allvarlig skada eller att dö är också störst vid hög alkoholhalt i blodet följt av kombinationen alkohol, droger eller läkemedel. Effekterna på de kognitiva förmågorna när de gäller narkotiska preparat är inte kartlagda i samma utsträckning som för alkohol. I många länder tillämpas nolltolerans, ofta vid detektionsnivå eller något högre för att beakta effekter. Ett exempel från DRUID-projektet var att man satte 1 ng/ml tetrahydrocannabinol (THC) i helblod som detektionsgräns i väggkantsundersökningarna, medan man fann att 2 ng/ml THC verkade orsaka samma nedsättning i körförmåga motsvarande 0,5 g/L alkohol (0,5 promille i blodet). Motsvarande beräkningar kunde inte göra för andra substanser [147] [148].

## Rattfylleri och diagnos

Att små mängder av narkotiska preparat (och kombinationsanvändning med andra psykoaktiva substanser t.ex. alkohol) kan ha stor inverkan på trafiksäkerheten verkar tämligen klarlagt. För att dömas för grovt rattfylleri under påverkan av narkotika i Sverige krävs det, utöver preparatet i blodet, även bevisning om att personen varit avsevärt påverkad eller att framförandet inneburit en påtaglig fara för trafiksäkerheten. Att dömas för ett rattfylleri brott är däremot inte synonymt med att ha en substansrelaterad diagnos, men som beskrivits ovan finns det stor risk att sådan problematik förekommer. Ett par av rekommendationerna från forskningen i DRUID-projektet gällande rattfylleri var bl.a. att:

- rehabiliteringsprogram bör vara integrerat med återkallande av körkort, samt
- att körkort med villkor alltid bör kombineras med rehabilitering och "monitorering".

I Sverige erbjuds personer som ertappats för rattfylleri vårdkontakt och stöd för sina problem (SMADIT), men det är frivilligt. Kraven i lagen/förordningen samt bestämmelserna i medicinföreskrifterna innebär däremot att sökande behöver vårdkontakt.

När det gäller länderna som studerats i den här översynen har t.ex. Storbritannien ett lagstadgat system för s.k. högriskpersoner, där ett körkort med begränsad giltighet kan utfärdas i upp till tre år förutsatt att exempelvis läkarundersökningar och provtagningar varit tillfredställande under en observationstid som bestäms utifrån förutsättningarna i det enskilda fallet. Läs mer om de olika länderna i avsnitt 8.7.

Det finns en del svårigheter med att jämföra utvärderingar från olika länder, bland annat på grund av stora olikheter i lagstiftningar och hur undersökningarna genomförts. Nedan ges några exempel på olika undersökningar.

En amerikansk studie från 2002 visade att rattfyllerister som begått ett trafiknykterhetsbrott och även de som begått mer än ett rattfylleribrott hade högre utfall vid alkoholscreening med kontrollgruppen<sup>56</sup> [160].

I en annan studie av samma författare från 2006 gjordes en 12-åring uppföljning på förstagångs rattfyllerister. Resultaten indikerade att av dem som återföll i rattfylleri, förflöt i snitt sex år mellan första och det andra trafikbrottet. I övrigt var skillnaderna små mellan de personer som endast begick ett rattfylleri och dem som återföll [161].

En intervjustudie från 2006 som genomfördes för att bedöma hur vanligt alkohol- och narkotikamissbruk samt andra psykiatriska störningar förekommer bland personer som begått upprepade rattfyllerier visade bland annat att merparten (ca 54 %) var alkoholberoende. Samsjuklighet hade även förekommit minst en gång under livet hos merparten av både kvinnor och män. Cirka 40 % angav att de någon gång uppfyllt kriterierna för drogmissbruk för minst en drogsort, och 30 % angav att de var drogberoende [162]. Att samsjuklighet är vanligt förekommande bland personer som begått upprepade rattfylleribrott beskrivs även av författarna i en studie från 2019 [163].

### **Antalet läkarintyg vid villkorsuppföljning**

Ett sätt att undersöka hur vanligt det är att en diagnos konstateras under en pågående villkorsuppföljning är studera verkliga körkortsärenden som initierats enligt 13 kap. och där det sedan beslutats om återkallelse med anledning av hinder för innehav enligt 12 kap. Eftersom villkorsuppföljningen efter rattfylleri är likadan (6+12 månader) oavsett om villkoret beslutats enligt 13 kap. eller alkoholåsföreskrifterna (TSFS 2018:7) och dessutom gäller personer som begått rattfylleri, utvärderades dessa tillsammans (benämns 13 kap. nedan). Metodiken för hur undersökningen genomfördes beskrivs i Bilaga 5.

Under perioden 1 januari 2020 till 30 september 2020 var det 91 av totalt 129 ärenden där villkorsuppföljning enligt 13 kap. fullföljdes utan problem och villkoret kunde upphöra.

Under samma period var det vidare 20 av totalt 77 ärenden som renderade i återkallelse på grund av att diagnosen missbruk eller beroende konstaterades under villkorsuppföljning enligt 13 kap. En granskning av ärendena visade följande:

- 9 återkallelser skedde under sexmånadersperioden,
- 11 återkallelser skedde under tolv månadersperioden,
- I samtliga fall handlade det om förhöjda alkoholprover.

---

<sup>56</sup> Minnesota Multiphase Personality Inventory (MMPI-2) och Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

I denna mindre undersökning kan dock konstateras att i merparten av ärendena fullföljdes villkorsuppföljningen. Vidare indikerar undersökningen att i de fall diagnos konstateras, är det lika vanligt att detta inträffar under den första villkorsuppföljningen som under den andra uppföljningen.

Sammanfattningsvis kan sägas att alkohol och narkotikaproblematik i allmänhet utvecklas under lång tid och sjukdomsförloppet varierar mycket mellan olika individer [164]. Även denna mindre undersökning ger indikationer på att diagnosticering av substansbruksproblematik ofta kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandling och utvärdering av dess effekter, vilket även lyftes fram av Transportstyrelsens expertpanel.

#### **8.4.2.2 Bedömning**

Transportstyrelsen kommer att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade i ett kommande regelarbete, se även avsnitt 4 och 5 samt 9.7.8. Transportstyrelsen noterar synpunkterna.

### **8.5 5 §**

**5 §** Vid villkor om läkarintyg efter sex månader ska 1-3 §§ tillämpas.

#### **8.5.1 Beskrivning**

Samma regler kring läkarintyg och provtagningar gäller vid fortsatt villkor om läkarintyg som vid ansökan om körkortstillstånd.

#### **8.5.2 Synpunkter och bedömning**

Det har inte inkommit några synpunkter med koppling till denna bestämmelse. Bestämmelsen kommer att ses över enligt samma resonemang som beskrivs ovan i avsnitt 8.4.2.2.

### **8.6 6 §**

**6 §** Vid villkor om läkarintyg efter ytterligare tolv månader ska 1 och 2 §§ samt 3 § 2 och 3 tillämpas. Observationstiden ska dock uppgå till tolv månader.

Om provtagning avseende narkotika sker genom provtagning av hår ska denna ske efter sex månader och efter ytterligare sex månader från observationstidens början.

#### **8.6.1 Beskrivning**

Samma regler kring läkarintyg och provtagningar gäller vid fortsatt villkor om läkarintyg som vid ansökan om körkortstillstånd. Undantag är hårprover som ska lämnas efter sex månader och efter ytterligare sex månader från observationstidens början.

Intervallerna mellan provtagningstillfällen innebär liksom vid sedvanlig provtagning att det då inte blir en lika strikt och över tid heltäckande kontroll. Detta motiveras av att man i

de fall där de tidigare mer täta provtagningarna varit invändningsfria, kan sänka kravet på antal kontroller, inte minst av kostnadsskäl för den enskilde.

### 8.6.2 Synpunkter och bedömning

Det har inte inkommit några synpunkter med koppling till denna bestämmelse. Bestämmelsen kommer att ses över enligt samma resonemang som beskrivs ovan i avsnitt 8.4.2.2.

## 8.7 Medicinska regler gällande rattfylleri i Danmark, Finland, Norge och Storbritannien

Översynen visar att Finland och Storbritannien har reglering för personer som begått rattfylleribrott och som i viss mån liknar kraven i Sveriges medicinföreskrifter. Systemen för hur detta hanteras skiljer sig dock åt. Nedan ges en kortare beskrivning av vad som anges i respektive land.

### Danmark

I Danmarks körkortslagstiftning och vägledning framgår inga specifika krav som liknar Sveriges medicinska regler avseende rattfylleri. Det som är reglerat är att personer som gjort sig skyldiga till rattfylleri ska genomgå en kurs i alkohol, droger och trafik (ANT-kurs) [10], [17] och [18].

### Finland

I Finlands vägledning anges att polisen kan kräva att en person som gripits för rattfylleri ska lämna in ett läkarutlåtande om körförmågan. Denna utvärdering hanteras inom hälso- och sjukvården enligt regional praxis. En sådan utvärdering kan t.ex. se ut enligt följande. Polisen kan, för att bedöma om en person är lämplig att köra, bestämma att en förare ska utvärderas av en läkare med kunskap i beroendemedicin. Bedömningsperioden får i regel inte överskrida tre månader. I bedömningen ingår följande:

- • noggrann utredning av förhandsuppgifter och en Audit-undersökning
- • en klinisk undersökning
- • vid behov laboratorieundersökningar (CDT, GT, MCV avseende alkohol samt screening för narkotika och läkemedel genom urinprov)
- • vid behov beställs journal från andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården.

När det gäller lindriga fall av skadligt bruk av alkohol eller alkoholberoende så kan det räcka att läkaren meddelar körförbud och därefter följs personen upp i tre månader genom laboratorieprover och blåstest. I svårare fall rekommenderas att läkaren börjar med att utfärda ett temporärt negativt utlåtande om körförmågan, och därefter följs personen upp i 6 månader genom laboratorieprover, blåstest och regelbundna läkarträffar.



Hälsokraven för bilkörning kan anses vara uppfyllt under förutsättning att personen följts upp med regelbundna läkarkontroller och efter ett utlåtande från en läkare med specialkompetens inom beroendemedicin eller en annan läkare som är insatt i utvärdering av missbruk. Detta förutsätter att personen som tidigare konstaterats vara alkoholberoende inte längre brukar alkohol på ett sätt som äventyrar trafiksäkerheten.

På samma sätt kan polisen kräva att en person som gripits för rattfylleri (som även inkluderar läkemedels- och narkotikapåverkan) ska lämna in ett läkarutlåtande om körförmågan [24] och [26].

## Norge

I Norges körkortslagstiftning och vägledning framgår inga specifika krav som liknar Sveriges medicinska regler avseende rattfylleri [19] [21]. Däremot kan personer dömas till olika former av behandling, utifrån brottets art och omfattningen på substansproblematiken [165].

## Storbritannien

I Storbritanniens lagstiftning finns ett speciellt system gällande förare som dömts för rattfylleri. Dessa personer anses utgöra en högriskgrupp och har dömts till något av följande:

- om personen vid ett tillfälle kört eller haft ansvaret för fordonet när alkoholhalten i kroppen motsvarat eller överstigit 2 promille i blodet
- två rattfylleribrott eller för att ha haft ansvaret för fordonet i alkoholpåverkat tillstånd inom en tioårsperiod
- om personen vid ett tillfälle vägrat eller underlåtit att lämna prov avseende alkohol.

När en ansökan om körkort kommer in till körkortsmyndigheten i ovanstående fall kommer en oberoende medicinsk utredning av krävas. Bedömningen inkluderar:

- frågeformulär
- serum CDT-analys
- vid behov ytterligare tester.

Om en person som tillhör högriskgruppen har en historik med alkoholberoende eller ihållande missbruk, men uppvisar tillfredsställande undersökningsresultat, kan körkort utfärdas med begränsad giltighetstid i upp till tre år [166]. Någon specificerad giltighetstid anges inte, detta bedöms individuellt utifrån personens förmåga att uppfylla ovan angivna krav. Om en person som tillhör högriskgruppen har en aktuell alkoholmissbruks- eller beroendehistorik och/eller uppvisar onormala blodprovresultat kommer denne att få avslag på sin ansökan [29].

## 9 Slutsatser och medskick till kommande regelutvecklingsarbete

---

Det här avsnittet sammanfattar de viktigaste och mest övergripande slutsatserna och eventuella medskick eller förslag på ändringar i medicinföreskrifterna. Bedömningarna i detta avsnitt grundar sig på underlaget i övriga delar av rapporten (avsnitten 2-8). För att Transportstyrelsen ska kunna genomföra föreslagna ändringar krävs att ett föreskriftsarbete om kraven för körkortsinnehav vid substanser som påverkar förmågan att framföra motorfordon, särskilt läkarutlåtande efter grovt- och upprepade fall av rattfylleri, samt alkoholåsföreskrifterna initieras. Det bör också påpekas att förslagen och vägvalen inte har konsekvensutretts enligt kraven i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredningar vid regelgivning (nedan kallad förordningen om konsekvensutredningar). Utifrån översynens övergripande nivå är det inte möjligt att göra en sådan konsekvensutredning. Det kan få till följd att de förslag som presenteras nedan inte är de förslag som Transportstyrelsen fastställer i kommande föreskriftsarbete.

---

Slutbedömningarna i detta avsnitt är redovisade efter uppställningen av kraven i körkortsdirektivets bilaga III.

### 9.1 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14

*14. Alkoholkonsumtion är en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning är det mycket viktigt att läkarna visar stor uppmärksamhet.*

#### Nuläge

Den här punkten är av upplysande karaktär och handlar enligt Transportstyrelsens tolkning om att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på riskerna med alkohol i trafiksammanhang.

Bestämmelserna i 12 och 13 kap. syftar generellt till att uppmärksamma läkarna om riskerna med bl.a. alkohol i trafiksammanhang. I 12 kap. 20 § anges dessutom särskilt att läkaren ska uppmärksamma symptom på ett pågående beroende eller missbruk som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon. Även symptom på utveckling mot ett beroende, missbruk eller blandmissbruk ska uppmärksammas.

#### Bedömning

Transportstyrelsen bedömer att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet.

#### Önskat läge

Det önskade läget är att informationen i medicinföreskrifterna ska ha en tydlig struktur. Det föreslås att informationen som anges i 20 § tydliggörs i inledningen av bestämmelserna om substanser som påverkar körförmågan att framföra motordrivet fordon.

## Konsekvenser

Förslaget till ändring bedöms inte få några konsekvenser eftersom det inte föreslås någon ändring i sak. Eventuella konsekvenser behöver dock utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

### 9.2 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1

*14.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.*

*För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.*

#### 9.2.1 Begreppet beroende

### Nuläge

I medicinföreskrifterna definieras begreppet beroende i 12 kap. 2 och 4 §§. Av 2 § framgår att en person anses vara beroende om diagnosen beroende har ställts utifrån vedertagen medicinsk praxis eller om det utifrån tillgänglig information kan bedömas att kriterierna för en sådan diagnos är uppfyllda. I 4 § anges att vid tillämpningen av 2 § avses med kriterier de som anges i de internationella kriteriebaserade systemen för diagnosklassifikation DSM-IV och ICD-10.

Versionen av DSM som medicinföreskrifterna hänvisar till är inaktuell, DSM-IV ersattes 2013 med DSM-V. I DSM-V har diagnoserna beroende och missbruk ersatts med diagnosen substansbrukssyndrom. Diagnosen missbruk redogörs särskilt för i avsnitt 9.7.2. Substansbrukssyndrom definieras som ett kontinuum (kontinuerligt eller sammanhängande tillstånd) som spänner sig från mild till svårt, där allvarlighetsgraden värderas efter antalet uppfyllda kriterier. Det finns olika typer av substansbrukssyndrom, t.ex. alkoholrelaterade syndrom eller opioidrelaterade syndrom. I Sverige är DSM-systemet vanligt vid klinisk diagnostik inom psykiatri och i viss mån inom forskning. Det är däremot copyright skyddat och därmed inte fritt tillgängligt, till skillnad mot ICD-systemet.

ICD-systemet tillhandahålls av WHO och den svenska utgåvan ges ut av Socialstyrelsen. Den 1 januari 2022 lanserade WHO den uppdaterade versionen ICD-11. En svensk språkversion uppskattas finnas tillgänglig under 2024 men det är ännu inte fastställt när ICD-11 ska införas i Sverige. Ett substansberoende enligt ICD-systemet kan likt DSM-systemet gälla för olika substanser, t.ex. alkoholberoende eller opioidberoende. ICD-systemet är allmänt vanligare inom hälso- och sjukvården. Expertpanelen ansåg att medicinföreskrifternas definition av beroende kan utgå ifrån både DSM- och ICD-systemet.

Vid jämförelse med de länder som ingår i översynen är det endast Sveriges regler som, utöver hänvisning till ICD-systemet, även hänvisar till DSM-systemet.

### **Bedömning**

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet vad gäller innebörden av begreppet beroende, men mot bakgrund av att medicinföreskrifterna hänvisar till inaktuella diagnosverktyg bedömer Transportstyrelsen att 2 och 4 §§ behöver ses över.

### **Önskat läge**

Det önskade läget är att medicinföreskrifternas definition av beroende ska utgå ifrån aktuella diagnosverktyg.

### **Konsekvenser**

Oavsett om medicinföreskrifterna hänvisar till ett eller båda diagnosverktygen DSM och ICD bedömer Transportstyrelsen att det inte borde medföra några konsekvenser med vad som avses med beroende. Detta eftersom båda systemen utgår från liknande kriterier, båda systemen används inom hälso- och sjukvården och medicinföreskrifterna har dessutom hänvisat till både DSM och ICD under många år.

Om ett versionsneutralt alternativ används kan det finnas anledning att beakta att framtida ändringar i diagnosverktygen kan medföra konsekvenser på bestämmelserna i medicinföreskrifterna.

Vilka eventuella konsekvenser som kan uppstå utifrån de val som beslutas behöver dock utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem som kan uppstå.

#### **9.2.2 Beroende som hinder för körkortsinnehav**

### **Nuläge**

Enligt körkortsdirektivets punkt 14.1 utgör beroende av alkohol hinder för körkortsinnehav.

I 12 kap. 6 § medicinföreskrifterna anges att bl.a. diagnosen beroende av alkohol utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

### **Bedömning**

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav. Något behov till revidering i detta avseende finns därmed inte. Bestämmelsen behöver däremot ses över mot bakgrund av att de diagnostiska verktygen som medicinföreskrifterna hänvisar till har uppdaterats. Beroende på hur begreppet beroende kommer att definieras, kan även denna

bestämmelse komma att påverkas. Bestämmelsen kan även behöva anpassas till förändringar som berör andra delar av 12 kap.

### Önskat läge

Se avsnitt 9.2.1 Begreppet beroende.

### Konsekvenser

Se avsnitt 9.2.1 Begreppet beroende.

### 9.2.3 Inte i stånd från att föra motorfordon i alkoholpåverkat tillstånd

#### Nuläge

Körkortsdirektivet anger att körkort inte får utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som *inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd*.

Körkortsdirektivet anger däremot inte vilka faktorer som krävs för att säkerställa att körkort inte utfärdas eller förnyas till sökande eller förare som inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.

I 13 kap. medicinföreskrifterna finns bestämmelser som riktar sig till personer som visat att de inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd. Kraven grundar sig på bestämmelser i körkortslagen (1998:488) och körkortsförordningen (1998:980)<sup>57</sup> och gäller de som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade rattfylleribrott under de senaste fem åren. Innan dessa personer kan få körkort behöver de komma in med ett särskilt läkarutlåtande som visar att de ur nykterhetshänseende uppfyller kraven i 3 kap. 2 § körkortslagen.

I medicinföreskrifterna anges att läkarutlåtandet ska innehålla en bedömning av sökandens konsumtion av den eller de substanser som påvisats vid trafiknykterhetsbrottet och ta ställning till om ett beroende eller missbruk föreligger. Bedömningen ska bl.a. grunda sig på minst fyra provtagningar av avseende alkohol under en observationstid på minst sex månader innan körkortstillstånd kan meddelas. Bestämmelserna kring detta anges i 13 kap. 1-3 §§. Om läkaren konstaterar att diagnosen missbruk eller beroende föreligger gäller istället bestämmelserna i 12 kap.

Av länderna som ingår i översynen har Storbritannien ett lagstadgat system för s.k. högriskpersoner som i viss mån påminner om Sveriges krav efter rattfylleri. Vid ansökan om körkort anordnas en medicinsk utredning som bl.a. ska baseras på CDT-provtagning. Förutsatt att utvärderingen varit tillfredställande kan körkort beviljas med begränsad giltighet.

I Finland kan polisen kräva att en person som gripits för rattfylleri ska lämna in ett läkarutlåtande om körförmågan. Utformningen av utvärderingen är individuellt anpassad

---

<sup>57</sup> Jämför 3 kap. 2 § körkortslagen och 3 kap. 1 § körkortsförordningen.

och hanteras inom hälso- och sjukvården. Utvärderingen innefattar vanligen en tid med körförbud och därefter uppföljning inklusive provtagning i upp till sex månader.

Varken Danmark eller Norge har regler som liknar kraven i Sveriges medicinföreskrifter. Enligt Danmarks körkortslagstiftning ska personer som gjort sig skyldiga till rattfylleri genomgå en kurs i alkohol, droger och trafik (ANT-kurs). I Norge kan personer dömas till olika former av behandling, beroende på brottets art och omfattningen på substansproblematiken.

## Bedömning

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifternas reglering i denna del baseras på krav i svensk lag och förordning som myndigheten behöver förhålla sig till. Det är därför inte aktuellt att göra en bedömning av särkrav i förhållande till de medicinska kraven i körkortsdirektivet. Transportstyrelsen anser emellertid att medicinföreskrifterna i denna del når upp till minimikraven i körkortsdirektivet. Det kan däremot finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det bemyndigande som myndigheten förfogar över.

Forskning och statistik framhåller alkohol som en av de farligaste psykoaktiva substanserna i trafiken. Det finns även tydliga samband mellan risken av att dödas i trafiken och mängd alkohol man har i kroppen. Redan i det lägre koncentrationsintervallet 0,2–0,4 promille är den skattade olycksrisken att dödas cirka 12 gånger högre än hos nyktra förare. Vid gränsen för grovt rattfylleri (1 promille) är risken cirka 100 gånger högre och vid promillenivåer i intervallet 2,2–2,4 är den relativa risken nästan 1300 gånger högre [167]. Även kombinationsanvändning av alkohol, droger och läkemedel medför ökad risk.

När det gäller rattfylleri i allmänhet visar forskning att andelen individer med ett problematiskt alkoholkonsumtionsmönster är vanligare bland rattfyllerister än i den övriga befolkningen. Detta gäller även förekomsten av alkoholrelaterad diagnos. Enligt överordnad svensk författning ska personer som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri därför styrka att de inte är opålitliga i nykterhetskänslighet genom att lämna in ett särskilt läkarutlåtande.

Utredning och bedömning av alkoholöverkonsumtion bygger ofta på kombinationen av uppgifter från individen, användning av bedömningsverktyg (screening) och medicinsk testning. Användningen av biomarkörer är ett objektiva sätt att påvisa eller avfärda hög regelbunden alkoholöverkonsumtion (beskrivs utförligare i avsnitt 9.2.4 Intygad avhållsamsperiod som stöds av ett läkarutlåtande).

Att diagnosticera och bedöma omfattning av ett substansbruk och dess svårighetsgrad kräver ofta ett längre tidsperspektiv eftersom man vet att även personer med konstaterat svår beroendeproblematik kan hålla sig nyktra under en viss tid. Det saknas däremot vetenskapligt stöd för att man efter en särskilt specificerad minimitid med säkerhet kan dra sådana slutsatser.

Bedömning av bestämmelserna i den del som riktar sig till den som gjort sig skyldig till grovt eller upprepade fall av rattfylleri under påverkan av narkotika redogörs särskilt för i avsnitt 9.7.7. Villkorsuppföljning efter grovt- och upprepade fall av rattfylleri redogörs för i avsnitt 9.7.8.

### Önskat läge

Det önskade läget är att medicinföreskrifterna även fortsättningsvis bör regleras:

- att det särskilda läkarutlåtandet ska grundas på en längre tids bedömningsunderlag,
- att bedömningsunderlaget ska grundas på objektiva medicinska tester (provtagning, se även avsnitt 9.2.4 Intygad avhållsamhetsperiod som stöds av ett läkarutlåtande).

### Konsekvenser

Eftersom inga förändringar i sak föreslås kan det i nuläget inte bedömas vilka konsekvenser som kan uppstå. Eventuella konsekvenser av förändringar i detaljer gällande provtagning och längden på observationstiden kommer dock att behöva utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå. Se även avsnitt 9.2.4 och 9.7.7.

#### 9.2.4 Intygad avhållsamhetsperiod som stöds av ett läkarutlåtande

##### Nuläge

Körkortsdirektivet anger att för sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en *intygad avhållsamhetsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande* och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.

Enligt medicinföreskrifterna utgör diagnosen beroende hinder för körkortsinnehav fram till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god. I 12 kap. 8 § anges vad som menas med nykterhet (avhållsamhet). Nykterhet innebär i detta fall att biologiska markörer ska ligga inom referensområdet.

I 12 kap. 9 § anges vad som avses med varaktig nykterhet (det vill säga hur lång avhållsamhetsperiod som krävs). Avhållsamhetsperioden ska vara minst 6 månader och vid svårt beroende upp till två år.

I 12 kap. 11-13, 20 och 21 §§ finns detaljerade bestämmelser kring hur nykterhet ska verifieras (det som i körkortsdirektivet benämns som intygad avhållsamhetsperiod). Av bestämmelserna framgår att nykterhet ska verifieras genom frekventa och upprepade provtagningar samt ett läkarintyg som ska redovisa och bedöma förhållanden under observationstiden och hur den fortsatta prognosen för nykterhet ser ut. Frekventa provtagningar riktar sig mot den eller de substanser diagnosen relaterar till. Enligt medicinföreskrifterna är CDT och GT obligatoriska alkoholmarkörer. Upprepade provtagningar riktar sig mot eventuellt sidobruk av annan psykoaktiv substans.

## Bedömning

Körkortsdirektivet anger inte någon definition av vad som avses med avhållsamhet, hur lång avhållsamhet som ska krävas och hur detta ska intygas. Mot bakgrund av detta anser Transportstyrelsen att det funnits utrymme för Sverige att reglera detaljerna kring detta. Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet i den del bestämmelserna riktar sig till den som har en beroendediagnos avseende alkohol. De svenska reglerna når i denna del upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det regleringsutrymme som finns mot bakgrund av bl.a. följande.

## Nivå

I allmänt tal kan begreppet nykterhet uppfattas som total avhållsamhet eller helnykterhet när det gäller alkohol. Nivån för nykterhet enligt medicinföreskrifterna är likadan oavsett var i processen en person befinner sig. Jämför man med länderna som ingår i översynen kan man konstatera skillnader i regleringen av avhållsamhet. Norge anger en striktare kravnivå för avhållsamhet, som mer liknar ”helnykterhet”, jämfört med kravnivån vid uppföljning där det ställs krav som liknar Sveriges nivå på nykterhet. Storbritannien skiljer även på alkoholmissbruk (controlled drinking eller abstinence) och alkoholberoende (abstinence), men man har inte specificerat vilken nivå som avses med de olika begreppen. Danmark och Finland har inte specificerat liknande detaljer när det gäller avhållsamhet.

## Provtagning

Det går inte att fastställa vilken konsumtionsnivå som är säker för alla eftersom olika personer är olika känsliga för alkohol. Ur ett teoretiskt perspektiv torde nollkonsumtion vara eftersträvänsvärt men forskning visar att även personer med ett utvecklat beroende klarar av att vara nyktra under perioder och även klarar av att återgå till normalbruk. I svårare fall rekommenderas ofta lång eller ibland livslång totalnykterhet, men det finns även en stor andel personer med svårt beroende som klarar av att återgå till ett mer normalt konsumtionsmönster efter en viss tid. Enligt expertpanelen kan det finnas fördelar med att ha tätare provtagning inledningsvis under en avhållsamhetsperiod för att bl.a. fastställa basvärde för alkoholmarkören CDT och för att få indikationer på halveringstider. Det kan ge en bra utgångsbild av allvarlighetsgrad och även underlätta fortsatt prognosbedömning, modellen används t.ex. i Norge. När det gäller alkoholmarkörer i allmänhet finns det vetenskapligt stöd för att se över och ändra nuvarande bestämmelser.

Hur vanligt förekommande sidomissbruk är vid alkoholrelaterad diagnos går inte att säga eftersom det inte finns någon sådan statistik. Sannolikt förekommer detta inte hos merparten av dem drygt 4 % av befolkningen som uppskattas ha ett alkoholberoende [168]. En övergång till en ersättningssubstans kan däremot innebära en minst lika stor



trafiksäkerhetsrisk om personen kör. Expertpanelen framhöll att sidoprovtagning är ytterst viktig även för helhetsbedömningen av en persons hälsotillstånd. Narkotikaprovtagning diskuteras vidare i avsnitt 9.4.4.

### **Avhållsamhetsperiodens längd**

Det finns inte heller något tydligt vetenskapligt stöd för att en specifikt definierad längd på avhållsamhetsperioden med säkerhet främjar trafiksäkerheten. Tittar man på länderna som ingår i översynen kan man konstatera att Danmark, Norge och Storbritannien har fastställt samma minimilängd på 6 månader (som Sverige). Finland har minimilängden 1 månad.

Bedömning av bestämmelserna i den del som riktar sig till den som har en missbruksdiagnos avseende alkohol redogörs särskilt för i avsnitt 9.7.2.

### **Önskat läge**

Mot bakgrund av att alla körkortsinnehavare ska få en likvärdig bedömning, vore det önskvärt att medicinföreskrifterna även fortsättningsvis beskriver hur man verifierar avhållsamhet. Mycket talar även för att det finns anledning att ersätta den obligatoriska biomarkören GT (levermarkör) med den alkoholspecifika biomarkören PEth. Vetenskapsläget är tydligt med att PEth och CDT är de lämpligaste biomarkörerna för att påvisa eller avfärda hög regelbunden alkoholkonsumtion. Forskning under senare år har även visat att skillnaden mellan CDT och PEth som träffsäkra biomarkörer för alkoholöverkonsumtion är liten, både vad gäller tidsfönstret som den mängd ren etanol som krävs för att prov ska stiga över gränsvärdet för överkonsumtion.

När det gäller längden på avhållsamhetsperioden är det önskvärt att det finns en flexibilitet på längden utifrån svårighetsgrad i likhet med hur bestämmelserna är utformade idag.

### **Konsekvenser**

Om de medicinska kraven ändras på det sätt som föreslås kan det medföra ökade kostnader för individer som ska lämna prover (PEth istället för GT). Det kan även medföra ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Det kan å andra sidan medföra att processen för personer som ska lämna prover blir effektivare, eftersom det inte är ovanligt förkommande att körkortsärenden blir ”förlängda” med förlägganden om kompletteringar på grund av att det obligatoriska provet GT missats. För den enskilde, men även för hälso- och sjukvården, torde detta bli effektivare.

Eftersom omständigheter kring provtagning (antal och frekvens) och antal läkarintyg behöver utredas vidare går det inte att säga vilka övriga konsekvenser som kan uppstå. Det behöver utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

## 9.2.5 Regelbundna hälsokontroller

### Nuläge

Körkortsdirektivet anger att för sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamhetsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på *villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs*.

Av 12 kap. 17-19 §§ medicinföreskrifterna framgår att vid diagnosen beroende ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning om fortsatt innehav ska göras med ett visst intervall. Den första prövningen görs efter 6 månaders observationstid, den andra prövningen efter ytterligare 6 månaders observationstid och den tredje prövningen efter ytterligare 12 månaders observationstid. Observationstiden kan vid behov förlängas i det enskilda fallet. Under villkorsuppföljningen tillämpas oftast samma bestämmelser gällande provtagning som under avhållsamhetsperioden.

### Bedömning

Transportstyrelsen anser att bestämmelserna i 12 kap. 17-19 §§ i den del de riktar sig till den som har en beroendediagnos av alkohol når upp till minimikraven i körkortsdirektivet. Kraven i medicinföreskrifterna är visserligen mer detaljerade än vad som anges i körkortsdirektivet, men Transportstyrelsen anser inte att de utgör särkrav i förhållande till körkortsdirektivet. Kraven i medicinföreskrifterna ligger inom det regleringsutrymme som finns enligt körkortsdirektivet, men Transportstyrelsen bedömer att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom det regleringsutrymme som finns.

Enligt resonemanget gällande längden på avhållsamhetsperioden, finns det inte heller något tydligt vetenskapligt stöd för att en specifikt definierad längd på uppföljning med läkarintyg och provtagningar med säkerhet främjar trafiksäkerheten. Forskning anger att återfall ofta är en naturlig del av läkningsprocessen vid exempelvis beroende. För personer med ett utvecklat beroende är det framförallt symptom som ökad toleransnivå och kontrollförlust som kan innebära trafiksäkerhetsrisker om personen sätter sig och kör. Återfallsrisken för personer med svår alkoholproblematik (beroende) är allmänt störst i början, men det går inte att säga att så är fallet för alla individer. Det råder även delade meningar inom forskningen huruvida beroende är ett kroniskt tillstånd. Många studier utgår ofta ifrån personer med störst problematik och även på självrapportering av konsumtionsmönster vilket försvårar tolkningen. En stor andel personer självläker dessutom från sitt tillstånd utan behandlingsinsatser. Expertpanelens generella bedömning var att beroendesjukdom ofta är ett svårt tillstånd som i regel kräver längre uppföljning med kontinuerlig provtagning och läkarkontakt.

Övriga länder som ingår i översynen begränsar giltigheten på körkortet i tid från det att personen återfår rätten att köra igen, men längden på giltigheten skiljer sig åt. Danmark anger till exempel minst 2 år, Finland 6-12 månader åt gången, Norge 1 år i taget i 3 år och Storbritannien 1, 2, 3 eller 5 år. Endast Norge har tydliga beskrivningar om vilka

medicinska kontroller som krävs under denna period, vilket liknar bestämmelserna i medicinföreskrifterna.

Bedömning av bestämmelserna i den del som riktar sig till den som har en missbruksdiagnos avseende alkohol redogörs särskilt för i avsnitt 9.7.2.

### **Önskat läge**

Mot bakgrund av att alla körkortsinnehavare ska få en likvärdig bedömning, vore det önskvärt att medicinföreskrifterna även fortsättningsvis beskriver hur de regelbundna hälsokontrollerna ska genomföras och med vilken frekvens. När det gäller längd på uppföljning och antalet läkarintyg (och provtagningar) är det önskvärt att även fortsättningsvis reglera en längre period, med möjlighet till individuella bedömningar.

Mycket talar även för att det finns anledning att ersätta den obligatoriska biomarkören GT (levermarkör) med den alkoholspecifika biomarkören PEth. Vetenskapsläget är tydligt med att PEth och CDT är de lämpligaste biomarkörerna för att påvisa eller avfärda hög regelbunden alkoholkonsumtion. Forskning under senare år har även visat att skillnaden mellan CDT och PEth som träffsäkra biomarkörer för alkoholöverkonsumtion är liten, både vad gäller tidsfönstret som den mängd ren etanol som krävs för att prov ska stiga över gränsvärdet för överkonsumtion.

### **Konsekvenser**

Om de medicinska kraven ändras på det sätt som föreslås kan det medföra ökade kostnader för individer som ska lämna prover (PEth istället för GT) vid uppföljning. Det kan även medföra ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Det kan å andra sidan medföra att processen för personer som ska lämna prover blir effektivare, eftersom det inte är ovanligt förekommande att körkortsärenden blir ”förlängda” med förlägganden om kompletteringar på grund av att det obligatoriska provet GT missats. Eftersom omständigheter kring provtagning (antal och frekvens) och antal läkarintyg behöver utredas vidare går det inte att säga vilka övriga konsekvenser som kan uppstå. Detta behöver vägas samman om längden på villkorstiden ändras. Detta behöver utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

### **9.3 Körkortsdirektivets bilaga III, punkt 14.2**

*14.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

### **Nuläge**

Samtliga bestämmelser i medicinföreskrifternas 12 och 13 kap. som riktar sig mot alkohol gäller för både lägre och högre behörigheter.

Norge och Storbritannien har delat upp de medicinska kraven för lägre respektive högre behörigheter, t.ex. längden på avhållsamhetsperioden eller längden på giltigheten av

körkortet därefter. Även Danmark och Finland har i viss omfattning olika krav beroende på vilken behörighet som avses.

## Bedömning

Transportstyrelsens tolkning är att kraven i punkten 14.1 även gäller för högre behörigheter och denna punkt (14.2) syftar till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav. Eftersom körkortsdirektivet inte anger någon reglering finns ett utrymme för medlemsländerna att själva reglera detta utifrån de nationella förutsättningarna. Transportstyrelsen bedömer att denna punkt (14.2) i körkortsdirektivet tillgodoses genom den reglering som gäller för lägre behörigheter. Mot bakgrund av detta anser Transportstyrelsen att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

## Önskat läge

Ingen ändring i detta avseende föreslås.

## Konsekvenser

Inga.

### 9.4 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15

#### 15. Missbruk

*Oavsett vilken behörighet ansökan gäller skall körkort inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.*

#### 9.4.1 Begreppet beroende

Se redogörelsen under avsnitt Begreppet beroende (alkohol) i avsnitt 9.2.1.

#### 9.4.2 Begreppet regelbundet missbrukar

## Nuläge

Körkortsdirektivet innehåller krav som riktar sig till sökande eller förare som antingen är beroende av psykofarmaka, eller personer som utan att vara beroende, *regelbundet missbrukar psykofarmaka*. Körkortsdirektivet saknar en definition av vad som avses med *regelbundet missbrukar psykofarmaka* vilket medför att medlemsländerna har ett visst tolkningsutrymme. Inom hälso- och sjukvården används i allmänhet internationella diagnosverktyg när det ska avgöras om ett regelbundet missbruk av substans föreligger eller inte. I medicinföreskrifterna definieras *regelbundet missbruk* utifrån diagnosen missbruk och skadligt bruk.

I medicinföreskrifterna 12 kap. 3 och 4 §§ definieras vad som avses med diagnosen missbruk. Antingen ska en missbruksdiagnos ha ställts enligt de kriterier som anges i de internationella kriteriebaserade systemen för diagnosklassifikation DSM-IV och ICD-10, eller så ska det vara en fråga om ett bruk som inte är tillfälligt och från medicinsk synpunkt är skadligt. Den senare definitionen ligger nära definitionen för skadligt bruk enligt ICD-10, som är ”bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan”.

DSM-IV ersattes 2013 med DSM-V. I DSM-V har diagnosen missbruk (och diagnosen beroende) ersatts med diagnosen substansbrukssyndrom. Substansbrukssyndrom definieras som ett kontinuum som spänner sig från mild till svårt, där allvarlighetsgraden värderas efter antalet uppfyllda kriterier. Det finns olika typer av substansbrukssyndrom, t.ex. opioidrelaterade syndrom, cannabisrelaterade syndrom etc.

ICD-systemet tillhandahålls av WHO och den svenska utgåvan ges ut av Socialstyrelsen. Den 1 januari 2022 lanserade WHO den uppdaterade versionen ICD-11. En svensk språkversion uppskattas finnas tillgänglig under 2024 men det är ännu inte fastställt när ICD-11 ska införas i Sverige. I ICD-10 används diagnosen skadligt bruk, som likt DSM-systemet kan gälla för olika substanser, t.ex. skadligt bruk av opioider, cannabis etc.

De länder som ingår i översynen använder olika begrepp för att beskriva regelbundet missbruk (t.ex. skadligt bruk, missbruk, hälsoskadligt bruk som innebär en trafiksäkerhetsrisk osv.) men hänvisar i övrigt till diagnoskoderna för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser i ICD-10. Inget av länderna hänvisar till DSM-systemet.

## Bedömning

Transportstyrelsen bedömer att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet gällande innebörden av begreppet *regelbundet missbruk* psykofarmaka, men att det ändå finns anledning att se över 3 och 4 §§. Detta mot bakgrund av att körkortsdirektivet medger ett visst tolkningsutrymme av vad som avses med begreppet *regelbundet missbruk* och att medicinföreskrifterna hänvisar till inaktuella diagnosverktyg.

Expertpanelen ansåg att diagnoser ska utgå ifrån de diagnostiska verktygen DSM och ICD och att tillstånden i dessa system är fortsatt relevanta. Däremot önskade expertpanelen att Transportstyrelsen på tydligare sätt än idag länkar samman hälsotillstånd med trafiksäkerhetsriskerna. Förekomst av diagnos bör inte ensamt vara den diskvalificerande faktorn. Som exempel kan nämnas Norges hälsokrav för bilkörning, som anger ”skadlig användning som påverkar trafiksäkerheten”. Även Finland har utförligare beskrivningar av hur t.ex. regelbunden användning kan påverka körförmågan. Det har även kommit in synpunkter om att begreppet *missbruk* är stigmatiserande och att det därför bör undvikas.

## Önskat läge

Det önskade läget är att medicinföreskrifternas definition avseende *regelbundet missbruk* av psykofarmaka (nu diagnosen missbruk) ska utgå ifrån aktuella diagnosverktyg, men att bestämmelserna på tydligare sätt definierar acceptansnivån utifrån en koppling mellan hälsotillståndet och trafiksäkerhetsrisken.

## Konsekvenser

Vilka eventuella konsekvenser som kan uppstå utifrån de val som beslutas behöver dock utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem som kan uppstå.

Om ett versionsneutralt alternativ används kan det finnas anledning att beakta att framtida ändringar i diagnosverktygen kan medföra konsekvenser på bestämmelserna i medicinföreskrifterna.

### 9.4.3 Begreppet psykofarmaka

#### Nuläge

Körkortsdirektivet innehåller krav som riktar sig till den som antingen är beroende, eller utan att vara beroende, regelbundet missbrukar *psykofarmaka*.

I medicinföreskrifterna används begreppet psykoaktiv substans (12 kap. 1, 3, 8, 11 och 18 §§ samt 13 kap. 2 §).

#### Bedömning

Transportstyrelsen bedömer att begreppet *psykoaktiva substanser* som används i medicinföreskrifterna har samma innebörd som det begrepp som används i körkortsdirektivet. De svenska reglerna överensstämmer med körkortsdirektivet. Något behov till revidering i detta avseende finns därmed inte.

### 9.4.4 Beroende eller regelbundet missbruk som hinder för körkortsinnehav

#### Nuläge

I körkortsdirektivet anges att körkort inte ska utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.

Medicinföreskrifterna är, som beskrivits i avsnitt 9.2.4, uppbyggda på så sätt att de talar om när det finns hinder för innehav av körkort.

Av 12 kap. 6 § medicinföreskrifterna framgår att en beroendediagnos av psykoaktiva substanser utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

Av 12 kap. 7 § medicinföreskrifterna framgår att en missbruksdiagnos av psykoaktiva substanser eller läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att köra motordrivet fordon, utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

I 12 kap. 8 § anges vad som menas med nykterhet. När det gäller ej läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser ska drogfrihet kunna styrkas. När det gäller läkarordinerat bruk av psykoaktiva substanser, så ska bruket prövas ur trafiksäkerhetssynpunkt. Om bruket bedöms utgöra en trafiksäkerhetsrisk, utgör det hinder för innehav.

I 12 kap. 9 § anges vad som avses med varaktig nykterhet. Med varaktig nykterhet avses minst 6 månaders verifierad nykterhet och vid allvarligt missbruk eller svårt beroende upp till två års verifierad nykterhet.

I 12 kap. 11-13, 20 och 21 §§ finns detaljerade bestämmelser kring hur nykterhet ska verifieras. Av bestämmelserna framgår att nykterhet ska verifieras genom frekventa och upprepade provtagningar samt ett läkarintyg som ska redovisa och bedöma förhållanden under observationstiden och hur den fortsatta prognosen för nykterhet ser ut. Frekventa provtagningar riktar sig mot den eller de substanser diagnosen relaterar till. Upprepade provtagningar riktar sig mot eventuellt sidobruk av annan psykoaktiv substans.

## Bedömning

Som framgår ovan ställer medicinföreskrifterna krav på att den som har en beroendediagnos eller missbruksdiagnos kopplat till psykoaktiva substanser/läkemedel måste styrka avhållsamhet under en viss period innan körkort kan utfärdas. Även om körkortsdirektivet inte innehåller ett uttryckligt krav på avhållsamsperiod på samma sätt som vid alkoholberoende, så bedömer Transportstyrelsen ändå att körkortsdirektivet i denna del har överlämnat till medlemsländerna själva att reglera hur man ska säkerställa att en person inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar psykofarmaka. Det har därmed funnits utrymme för medlemsländerna själva att reglera hur länge och från vilken tidpunkt man ska visa avsaknad av beroende eller att man inte längre regelbundet missbrukar psykofarmaka. Transportstyrelsen anser därmed att medicinföreskrifterna i denna del överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når i denna del upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom det regleringsutrymme som finns.

Hur olika sorter narkotika påverkar bilkörning är svårt att säga eftersom människor även tenderar att kombinera olika preparat, inklusive alkohol. Resultaten från EUs omfattande DRUID-projekt [147] visade att illegal narkotika inte är lika vanligt förekommande som alkohol bland bilförare och olycksstatistiken visade även stor variation mellan olika preparat och länder. Studierna visade även att majoriteten av illegala droger används i kombination med andra psykoaktiva substanser, främst alkohol. Denna kombination

utgjorde även den näst vanligaste gruppen allvarligt skadade och dödade förare, efter alkohol.

Cannabis (THC) kan till exempel påverka de psykomotoriska funktionerna (kropps rörelser) och kognitiva funktioner som är kritiska för bilkörning, t.ex. vaksamhet, dåsighet, tids- eller avståndsuppfattning och reaktionsförmåga. Förare som använder kokain eller metamfetamin kan vara aggressiva och hänsynslösa när det kör. Vissa typer av medicinska läkemedel såsom bensodiazepiner och opioider kan orsaka dåsighet, yrsel och försämma kognitiva funktioner som tänkande och omdöme [169].

Utredning och diagnosticering av narkotikabruk är ofta svårt och kräver i regel ett långtidsperspektiv med anamnesutredning, intervjuer och screening kombinerat med medicinsk testning. Ur ett trafiksäkerhetsperspektiv kan de effekter av regelbundet bruk såsom beteendeförändringar och nedsatt kognitiv funktionsförmåga medföra allvarliga konsekvenser, oavsett om föraren är påverkad eller inte. Enligt expertpanelen är medicinföreskrifternas nuvarande krav om avhållsamhet inklusive provtagningar absolut nödvändigt.

### **Provtagning**

Provtagning är ett objektivt sätt att kontrollera narkotikabruk och ger i de flesta fall en aktuell lägesbild av ett nyligt intag. Tolkningen av narkotikaprover skiljer sig därför från de biokemiska alkoholmarkörerna som mäter långtidseffekterna av alkoholbruk, och som är tämligen väldefinierade vad gäller den konsumtionsnivå de avspeglar. Tidsfönstret för att detektera narkotika är i allmänhet kort och det är därför ofta nödvändigt med tät och slumpmässig provtagning under en längre tid för att säkerställa att en person inte regelbundet missbrukar narkotika. Vetenskapsläget är tydligt med att urinprovtagning primärt rekommenderas vid narkotikatestning. Håranalys kan vara ett komplement till urinprov men det finns komplikationer med provtagningsrutiner och yttre faktorer som kan påverka tolkning av resultaten. Expertpanelen var därför tveksamma om håranalys ska användas rutinmässigt i körkortssammanhang. Salivprovtagning är en annan teknik där analyserna utvecklats och är förhållandevis vanliga idag. Däremot är det ett begränsat antal laboratorier i Sverige som utför analyserna och det saknas ännu etablerade gränsvärden för narkotika. Mycket talar därför för att salivprovtagning inte bör införas som alternativ till urin- eller hårprov i medicinföreskrifterna.

### **Avhållsamhet**

Eftersom allt illegalt bruk av narkotika/läkemedel (ej läkarordinerat bruk) är förbjuden enligt överordnad lagstiftning innebär avhållsamhet i detta avseende nollkonsumtion. I likhet med vad som beskrivits i avsnittet om alkohol finns det inte heller något tydligt vetenskapligt stöd för att en specifikt definierad längd på avhållsperioden vid narkotikaberoende eller regelbundet narkotikamissbruk med säkerhet främjar trafiksäkerheten.



Samtliga länder som ingår i översynen har bestämmelser som reglerar hinder vid narkotikaberoende eller regelbundet narkotikamissbruk likt Sveriges medicinföreskrifter. På liknande sätt krävs avhållsamhet som stöds av ett läkarutlåtande innan bilkörning kan medges. Översynen visar att det i samtliga länder (uppgifter från Finland saknas) i regel krävs en bredare narkotikascreening, men detaljerna hanteras generellt inom hälso- och sjukvården enligt deras interna rutiner.

Danmark, Norge och Storbritannien har fastställt samma minimilängd på avhållsperioden som Sverige (6 månader). Finland har däremot inte ställt upp samma typ av kriterier.

### Önskat läge

Mot bakgrund av att alla körkortsinnehavare ska få en likvärdig bedömning, vore det önskvärt att medicinföreskrifterna även fortsättningsvis innehåller en reglering om att den som tidigare varit beroende eller regelbundet missbrukat psykofarmaka, behöver visa avhållsamhet genom slumpvis fördelad provtagning under en viss period innan körkort får utfärdas eller förnyas.

När det gäller längden på avhållsperioden är det önskvärt att det finns en flexibilitet på längden utifrån svårighetsgrad i likhet med hur bestämmelserna är utformade idag.

### Konsekvenser

Eftersom inga direkta ändringar föreslås i detta läge behöver eventuella konsekvenser som kan uppstå utifrån de val som beslutas utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar.

## 9.5 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.1

*15.1 Körkort skall inte utfärdas eller förnyas om sökande eller förare regelbundet och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Detta gäller för alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan.*

### Nuläge

Transportstyrelsen tolkar det som att denna punkt handlar om att ange vad som ska gälla för de personer som utan att de har ett beroende, regelbundet använder psykofarmaka eller andra läkemedel/kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan, men som inte omfattas av punkten 15.

Av 12 kap. 16 § första stycket medicinföreskrifterna framgår att regelbundet, läkarordinerat bruk av substans som sägs i 1 §<sup>58</sup> och som inte är att anse som beroende

---

<sup>58</sup> I 12 kap. 1 § p.2 och 3 anges andra psykoaktiva substanser än alkohol, utom nikotin och koffein, samt läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att köra motordrivna fordon.

eller missbruk men som är av viss omfattning, ska prövas från trafiksäkerhetssynpunkt. Om bruket bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk, utgör det hinder för innehav.

Av länderna som ingår i översynen har framförallt Norge och Danmark, men även Storbritannien i viss utsträckning, särskilda avsnitt om trafikfarliga läkemedel med bland annat särskilt angivna tröskelvärden för tillåten daglig dos m.m. Norge har även tillämpat sådana kriterier i sina föreskrifter. Transportstyrelsen har tagit emot en del önskemål om att se över om detta skulle kunna vara aktuellt för Sverige.

## Bedömning

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

När det gäller läkemedel drog EUs DRUID-projekt slutsatsen att det inte är rimligt att definiera gränsvärden för patienter som genomgår långtidsbehandling. Även höga doser kan leda till få effekter och det finns inga tydliga individuella skillnader mellan dosering och nedsättning av körförmågan. DRUID-projektets rekommendationer var bland annat att inga trösklar bör definieras för läkemedel och att den lämpligaste motåtgärden för att bekämpa nedsatt körförmåga är information om möjliga biverkningar av läkemedlet. Sverige har tidigare haft ett system med varningstrianglar för trafikfarliga läkemedel, detta avskaffades dock 2007. Numera ingår information om bl.a. biverkningar i bipacksedlarna. Läkemedelsverket tillhandahåller även en digital läkemedelshandbok med fördjupad information om trafik, riskfyllt arbete och läkemedel. Arbete pågår med att uppdatera och tillgängliggöra denna information. Mot bakgrund av detta och läkarens upplysningsskyldighet bedömer Transportstyrelsen att det inte är aktuellt att införa ett sådant upplägg i medicinföreskrifterna.

## Önskat läge

Inga förändringar föreslås.

## Konsekvenser

Inga.

### 9.6 Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 15.2

*15.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.*

## Nuläge

Som redogjorts för i avsnitt 9.3, så gäller samtliga bestämmelser i medicinföreskrifternas 12 och 13 kap. som handlar om bruk av narkotika/läkemedel både lägre och högre behörigheter.

I 12 kap. 16 § andra stycket medicinföreskrifterna, som gäller vid regelbundet läkarordinerat bruk, anges dessutom särskilt att vid innehav av högre behörigheter ska den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med ett sådant innehav beaktas.

Norge och Storbritannien har delat upp de medicinska kraven för lägre respektive högre behörigheter, t.ex. när det gäller längden på avhållsperioden och längden på giltigheten av körkortet när körkort beviljats. Även Danmark och Finland har i viss omfattning olika krav beroende på vilken behörighet som avses.

### **Bedömning**

Transportstyrelsens tolkning är att kraven i punkterna 15 och 15.1 även gäller för högre behörigheter och denna punkt (15.2) syftar till att läkarna ska vara särskilt uppmärksamma på den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav. Eftersom körkortsdirektivet inte anger någon reglering finns ett utrymme för medlemsländerna att själva reglera detta utifrån de nationella förutsättningarna. Transportstyrelsen bedömer att denna punkt (15.2) i körkortsdirektivet tillgodoses genom den reglering som gäller för lägre behörigheter. Mot bakgrund av detta anser Transportstyrelsen att medicinföreskrifterna överensstämmer med körkortsdirektivet. De svenska reglerna når upp till minimikraven i körkortsdirektivet och innehåller inga särkrav.

### **Önskat läge**

Ingen ändring föreslås.

### **Konsekvenser**

Inga.

## **9.7 Särskilt om vissa bestämmelser**

I detta avsnitt redogörs för särskilda bestämmelser som saknar motsvarighet i körkortsdirektivet bilaga III, avsnitten om alkohol samt narkotika och läkemedel.

### **9.7.1 Missbruk av anabola steroider**

#### **Nuläge**

I 5 § medicinföreskrifterna finns en särskild bestämmelse om vad som ska gälla vid missbruk av anabola steroider. Av bestämmelsen framgår att ett sådant missbruk ska prövas dels enligt vad som sägs om missbruk i kap. 12, dels enligt 14 kap. 1 och 2 §§ (bestämmelser om psykiska sjukdomar och störningar).

#### **Bedömning**

Det saknas särskilda skrivningar om just anabola steroider i körkortsdirektivet, men det framgår att man inte får ha körkort om man regelbundet missbrukar psykofarmaka. Anabola steroider är hormoner som kan ge fysiska och psykiska biverkningar. I detta sammanhang kan det därför jämföras med psykofarmaka, (detta redogörs utförligare för

under avsnitt 4.4). Transportstyrelsen bedömer därför att 5 § stämmer överens med körkortsdirektivet, men att det ändå kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare.

Vad gäller riskerna med bruk av anabola steroider i samband med bilkörning redogörs det särskilt för i avsnitten 7.1 och 7.5.

### **Önskat läge**

Det önskade läget är att bruk av anabola steroider även fortsättningsvis ska bedömas utifrån hälso- och trafiksäkerhetsriskerna. Idag utgör diagnosen missbruk hinder. Det behöver utredas vidare på vilken nivå detta ska regleras, se även avsnitt 9.4.2.

### **Konsekvenser**

Eftersom det rekommenderas att bruk av anabola steroider även fortsättningsvis ska prövas ur trafiksäkerhetssynpunkt bör en revidering av reglerna inte medföra några större konsekvenser. Eftersom det i dagsläget inte går att säga hur detta kommer att se ut går det inte att säga vilka andra konsekvenser som eventuellt kan uppstå. Eventuella konsekvenser som kan uppstå utifrån de val som beslutas behöver utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar.

#### **9.7.2 Diagnosen missbruk av alkohol som hinder för körkortsinnehav**

##### **Nuläge**

I körkortsdirektivet anges att körkort inte får utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol. För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.

Av 12 kap. 7 § medicinföreskrifterna framgår att en missbruksdiagnos beträffande alkohol utgör hinder för innehav till dess att varaktig nykterhet kan verifieras och prognosen för fortsatt nykterhet är god.

I 12 kap. 8 § anges vad som menas med nykterhet (avhållsamhet). Nykterhet innebär i detta fall att biologiska markörer ska ligga inom referensområdet.

I 12 kap. 9 § anges vad som avses med varaktig nykterhet (det vill säga hur lång avhållsamsperiod som krävs). Avhållsamsperioden ska vara minst 6 månader och vid allvarligt missbruk upp till två år.

I 12 kap. 11-13, 20 och 21 §§ finns detaljerade bestämmelser kring hur nykterhet ska verifieras. Av bestämmelserna framgår att nykterhet ska verifieras genom frekventa och upprepade provtagningar och ett läkarintyg som ska redovisa och bedöma förhållanden under observationstiden och hur den fortsatta prognosen för nykterhet ser ut.

I 12 kap. 17-19 §§ medicinföreskrifterna framgår att vid diagnosen missbruk ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning om fortsatt innehav ska göras med ett visst intervall. Den första prövningen görs efter 6 månaders observationstid, den andra prövningen efter ytterligare 6 månaders observationstid och den tredje prövningen efter ytterligare 12 månaders observationstid. Observationstiden kan vid behov förlängas i det enskilda fallet. Under villkorsuppföljningen tillämpas samma bestämmelser gällande provtagning som under avhållsamhetsperioden.

## Bedömning

Sverige har valt att ställa liknande krav vid diagnosen missbruk av alkohol som vid diagnosen beroende av alkohol, även fast körkortsdirektivet inte reglerar missbruk av alkohol. Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifternas krav för den som har en missbruksdiagnos kopplat till alkohol inte stämmer överens med körkortsdirektivet. De svenska reglerna är strängare än vad som anges i körkortsdirektivet och innehåller därför särkrav. Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om detta särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för detta.

När det gäller diagnosen missbruk eller skadligt bruk är det generellt svårt att dra några konkreta slutsatser vad gäller trafiksäkerhetsriskerna. Effekterna av alkoholkonsumtion på det centrala nervsystemet är däremot väldokumenterade, liksom förhållandet mellan blodalkoholkoncentrationen och nedsättning av körförmåga och olycksrisk.

I en australiensisk översiktsrapport [170] om olika kroniska sjukdomars inverkan på trafikolyckor hos bilförare framhålls bl.a. att när man överväger samband mellan alkoholbruk och bilkörning är det nödvändigt att skilja på två sätt hur alkohol leder till ökad krockrisk; nedsatt körförmåga på grund av de långsiktiga fysiska och kognitiva effekterna (som vid beroende) och nedsatt körförmåga på kort sikt på grund av alkoholberusning (med eller utan beroende). Dessa omständigheter är inte nödvändigtvis oberoende från varandra. En person med långvarigt alkoholberoende kan t.ex. vara inblandad i en bilolycka på grund av nedsatta effekter av den senaste tidens alkoholkonsumtion. Forskningen visar att individer som ”missbrukar” alkohol får mångskiftande kognitiva funktionsnedsättningar, varav några exempel är korttidsminne och inlärningsförmåga, perceptuell-motorisk hastighet, visuell avsökningsförmåga och olika nedsättningar på verkställande funktioner som problemlösning, prioritering av risker och uppmärksamhet. Den sammanfattande slutsatsen i rapporten är att brister i minne och olika verkställande funktioner verkar vara de vanligaste funktionsnedsättningarna i samband med kroniskt alkoholmissbruk. Dessa funktioner är centrala när det gäller att köra säkert. Däremot anges att det finns begränsat med information om sambandet mellan kroniskt alkoholmissbruk och olyckor, vilket även Transportstyrelsen noterat i samband med denna översyn.

Expertpanelen lyfte särskilt att diagnosen missbruk och skadligt bruk kan tillämpas på stor del av befolkningen, men den största trafiksäkerhetsrisken torde utgöras av de personer som har de största alkoholproblemen. Expertpanelen ansåg därför att

medicinföreskrifterna på ett tydligare sätt borde koppla samman hälsotillståndet med trafiksäkerhetsriskerna.

Som nämnts ovan är sambanden mellan alkoholkoncentration i blodet och risken att involveras i en olycka väldokumenterade. Redan vid förhållandevis låga promillenivåer alkohol i blodet ökar olycksrisken avsevärt jämfört med en nykter bilförare (se även avsnitt 9.2.3). Nivån för när ett konsumtionsmönster är riskfyllt är väldefinierat både i Sverige och internationellt sett, d.v.s. att det med tiden kan medföra medicinska och sociala komplikationer. När det gäller överkonsumtion finns idag etablerade biokemiska markörer (CDT och PEth, se avsnitt 9.2.4) som mäter effekten av långvarig regelbunden alkoholöverkonsumtion. Den mängd ren etanol som krävs för att ett sådant värde ska stiga över referensvärdet är också tämligen väldefinierat, både vad gäller tidsfönster och den mängd ren etanol som krävs. Gränsvärdena för dessa markörer motsvarar oftast ett dagligt bruk i storleksordningen *minst* 50-60 g ren etanol (eller cirka 350 - 420 g per vecka). Hur snabbt en person förbränner alkohol är individuellt och kan endast skattas grovt. 0,15 g/kg kroppsvikt i timmen (ca 5 -10 g etanol per timme) brukar dock anges som en generell skattning. Det betyder att en person som dricker i de nivåer som *minst* krävs för att alkoholmarkörerna ska stiga över referensvärdet med hög sannolikhet är alkoholpåverkade en stor del av dygnet. Mot bakgrund av att alkoholmarkörerna speglar effekten av en längre tids konsumtion är det inte orimligt att anta att en person som konsumerar alkohol i denna storleksordning vid något tillfälle sätter sig och kör, även om det är i tron att denne inte är alkoholpåverkad.

Tittar man på länderna som ingår i översynen skiljer det sig en del i hur man reglerar hinder utöver alkoholberoende. Storbritannien reglerar alkoholmissbruk likt Sveriges medicinföreskrifter. Vad gäller Danmark och Finland har de implementerat eller hänvisat till körkortsdirektivet. Av deras vägledningar framgår att även ”alkoholmissbruk” och ”långvarig missbruksstörning” kan innebära att de medicinska kraven för körkort inte uppfylls. Norge reglerar hinder vid ”långvarig hög alkoholkonsumtion” och ”skadligt bruk av alkohol”. Av deras vägledning framgår att med detta avses ett bruk som kan leda till störningar i beteende, hälsa och innebära ökad trafiksäkerhetsrisk. Norge och Storbritannien har likt Sverige även krav vad gäller minst 6 månaders avhållsamhet och därefter en längre uppföljning (se avsnitt beroende som hinder). Danmark och Finland har inte specificerat några liknande krav.

Mot bakgrund av ovanstående talar mycket för att det även i fortsättningen kan vara motiverat att reglera hinder för körkortsinnehav vid en annan nivå än alkoholberoende, men det behöver utredas vidare hur kraven gällande detta bör vara utformade.

### **Önskat läge**

Om medicinföreskrifterna även fortsättningsvis ska innehålla en reglering av hinder vid annan nivå än beroende, är det önskvärt att bestämmelserna på ett tydligare sätt definierar acceptansnivån utifrån en koppling mellan hälsotillståndet och trafiksäkerhetsrisken.

## Konsekvenser

Om medicinföreskrifterna även fortsättningsvis ska reglera hinder vid annan nivå än alkoholberoende borde det inte innebära några större förändringar i sak jämfört med idag. Bedömning av när hinder föreligger utifrån hälsotillstånd och trafiksäkerhetsrisk borde däremot bli tydligare än idag, vilket sannolikt blir begripligare för den enskilde. Det borde även kunna bli tydligare för hälso- och sjukvården, och även körkortmyndigheten, att bedöma när en persons hälsotillstånd inte är lämpligt för körkortsinnehav. Det går däremot inte att säga vilka ekonomiska konsekvenser detta kan innebära.

Om särkravet plockas bort kan det medföra att en större andel personer som idag inte uppfyller de medicinska kraven får möjlighet att köra bil vilket å ena sidan kan vara en förbättring för den enskilde och även minska belastning för hälso- och sjukvården som utför kontrollerna. Det är dock högst tveksamt om det kan motiveras ur trafiksäkerhetssynpunkt.

Vilka eventuella konsekvenser som kan uppstå utifrån de val som beslutas behöver dock utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar.

### 9.7.3 Deltagande i behandlingsprogram med ett ersättningspreparat

#### Nuläge

I 12 kap. 15 § anges att den som har diagnosen beroende eller missbruk och deltar i ett behandlingsprogram (LARO) med ersättningspreparat, kan få eller behålla körkortet om kraven på varaktig verifierad nykterhet och en god prognos är uppfyllda. Kravet på verifierad nykterhet gäller dock inte läkemedlet som används i programmet, vilket stöds av att läkemedlen hanteras under kontrollerade former. Sådant bruk ska istället särskilt prövas från trafiksäkerhetssynpunkt. Däremot måste eventuellt sidobruk kontrolleras nog och följsamhet till de ordinerade doserna är ett krav.

Vid fortsatt innehav är observationstiden minst sex månader och för högre behörigheter ska den ökade trafiksäkerhetsrisken bedömas.

Vid ansökan om körkortstillstånd anges i allmänna råd att observationstiden bör vara ett år vid beroende som inte är svårt och upp till två vid svårare beroende.

När det gäller narkotika och läkemedel så finns det krav i körkortsdirektivet på att man inte får ha ett beroende eller regelbundet missbruka psykofarmaka. Vidare ska körkort inte utfärdas eller förnyas om man regelbundet, och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt, använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Det finns dock inte definierat hur man ska visa förekomsten eller avsaknaden av beroende. Det finns heller inte definierat hur man ska visa att man inte längre regelbundet missbrukar psykofarmaka. Körkortsdirektivet definierar inte heller vilken nivå av regelbundet bruk som kan accepteras utan att det påverkar körförmågan negativt.

## Bedömning

Transportstyrelsen tolkar att körkortsdirektivet ger utrymme till medlemsländerna att själva reglera hur man ska säkerställa att en person inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar narkotika eller läkemedel. Samma sak gäller även vilken nivå av regelbundet bruk som kan accepteras utan att det påverkar körförmågan negativt.

Bestämmelsen i 15 § innebär en lättnad från våra nationella krav på hur verifiering av nykterhet ska ske, men Transportstyrelsen bedömer att minimikraven i körkortsdirektivet uppfylls även vid tillämpningen av 15 §.

Samtliga länder som ingår i översynen har liknande bestämmelser gällande substitutionsbehandling. På liknande sätt ska behandlingen vara stabil över tid och det får inte förekomma sidobruk av annan narkotika, läkemedel eller alkohol. Däremot förekommer vissa skillnader vad gäller längden på stabilitet i programmet samt huruvida högre behörigheter kan medges eller inte. När det gäller längden på observationstiden är Sverige det enda landet som har separata bestämmelser för fortsatt innehav och vid ansökan om körkortstillstånd, vilket motiverats med att återkallelse under påbörjat behandlingsprogram är mer ingripande för en person som vant sig vid ett liv med körkort.

Även om Transportstyrelsen bedömer att kraven i 15 § når upp till minimikraven i körkortsdirektivet kan det finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Det behöver utredas vidare om det är motiverat med olika observationstider för fortsatt innehav och vid ansökan om körkortstillstånd.

## Önskat läge

Det önskade läget är att kraven vad gäller observationstidens längd i 15 § borde vara lika oavsett om frågan gäller fortsatt innehav eller vid ansökan om körkortstillstånd, i likhet med de övriga länderna i översynen. Detta behöver dock utredas vidare.

## Konsekvenser

Om samma förutsättningar för observationstid gäller oavsett om frågan handlar om fortsatt innehav eller körkortstillstånd skulle det innebära att alla personer ges samma förutsättningar att få köra bil. Den avgörande faktorn är trafiksäkerhetsrisken.

I övrigt går det inte att säga vilka konsekvenser som kan uppstå. Eventuella konsekvenser behöver utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem som kan uppstå.



#### 9.7.4 Verifiering av nykterhet under olika former av tvång såsom vistelse eller vård

##### **Nuläge**

I 12 kap. 10 § medicinföreskrifterna finns en särskild bestämmelse om vad som ska gälla för verifiering av nykterhet om personen ifråga befinner sig under någon typ av tvång såsom fängelsestraff, tvångsvård eller fotboja. I bestämmelsen anges att varaktig nykterhet enligt 9 § måste verifieras i minst sex månader efter frigivning, utskrivning eller avslutad övervakning.

Varken Norge, Finland, Storbritannien eller Danmark har någon motsvarande bestämmelse.

##### **Bedömning**

Körkortsdirektivet reglerar inte den här typen av situationer. I körkortsdirektivet anges att den som har haft ett beroende av alkohol kan få ha körkort efter en intygad avhållsamsperiod. Det finns ingen definition i körkortsdirektivet om vad avhållsamhet är, hur lång avhållsamsperioden ska vara eller när den ska starta. Därför har Sverige haft ett utrymme att själva definiera begreppet avhållsamhet (i medicinföreskrifterna benämnt nykterhet), fastställa längden på avhållsamsperioden och när den ska räknas ifrån. Transportstyrelsen har ansett att begreppet avhållsamhet även innefattar att verifiering av nykterhet ska ske under en hög grad av personligt ansvar. Det innebär i sin tur att nykterhet inte kan styrkas under olika former av tvång. Mot bakgrund av detta anser Transportstyrelsen inte att kravet i 10 § är ett särkrav gentemot körkortsdirektivet ifråga om alkoholberoende. Det bedöms endast vara ett förtydligande eller en utfyllnad av det som tas upp i körkortsdirektivet om vad avhållsamhet är, hur lång avhållsamsperioden ska vara och när den ska starta.

Vad gäller missbruk av alkohol däremot, så finns inte motsvarande krav i körkortsdirektivet som det finns vid beroende. I denna del är därför kraven i 12 kap. 10 § ett särkrav i förhållande till körkortsdirektivet, se även avsnitt 9.7.2. Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om detta särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för detta.

När det gäller narkotika och läkemedel så finns det inget uttryckligt krav på avhållsamsperiod i körkortsdirektivet (på samma sätt som det finns vid alkoholberoende), men det finns ett krav på att man inte får ha ett beroende eller regelbundet missbruka psykofarmaka. Det finns inte definierat hur man ska visa avsaknaden av beroende eller att man inte längre regelbundet missbrukar psykofarmaka. Transportstyrelsen har tolkat körkortsdirektivet som att medlemsländerna fått utrymme att ta fram den reglering som behövs för att säkerställa att dessa personer inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar psykofarmaka. Inom ramen för detta har Transportstyrelsen bl.a. reglerat hur länge en person ska visa avhållsamhet. Transportstyrelsen anser mot denna bakgrund inte att kravet i 10 § är ett särkrav

gentemot körkortsdirektivet, utan det bedöms endast vara ett förtydligande eller en utfyllnad av det som tas upp i körkortsdirektivet om att man inte får vara beroende av psykofarmaka, eller regelbundet missbruka psykofarmaka.

### **Önskat läge**

Det går i dagsläget inte att säga hur ett önskat läge skulle kunna se ut.

### **Konsekvenser**

Det går inte att säga vilka konsekvenser som kan uppstå eftersom det behöver utredas vidare om bestämmelsen bör finnas kvar. Eventuella konsekvenser behöver utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

#### **9.7.5 Undantag från vissa krav vid god prognos**

### **Nuläge**

I 12 kap. 14 § finns en undantagsbestämmelse som ger personer som redan har körkort en möjlighet att behålla detta trots att kraven på varaktighet och verifiering inte uppfyllts, förutsättningen är att det finns en god prognos. Detta beskrivs utförligare i avsnitt 7.13. I det allmänna rådet ges som exempel på en god prognos att körkortsinnehavaren kan visa på särskilt goda resultat efter en inledd rehabilitering samt följsamhet till läkares tillsägelse att avstå från att köra fordon enligt 10 kap. 5 § körkortslagen (1998:488).

### **Bedömning**

I körkortsdirektivet anges att den som tidigare haft ett alkoholberoende kan få ha körkort efter en intygad avhållsperiod, om det stöds av ett läkarutlåtande. Körkortsdirektivet anger ingen definition av vad avhållsperiod innebär. Det ges inte heller några indikationer på hur länge detta ska visas eller hur det ska verifieras. I medicinföreskrifterna definieras längden genom 9 § och hur det ska styrkas anges i 11 §. Undantagsbestämmelsen i 14 § innebär en lättnad från dessa krav om man har en särskilt god prognos, men innebär inte att man helt kan frångå kraven på avhållsperiod och verifiering. Detta följer av att paragrafen endast kan tillämpas om omständigheterna i övrigt med styrka talar för en god prognos. I detta ligger att det måste finnas ett underlag för en sådan bedömning. Eftersom körkortsdirektivet inte anger hur lång avhållsperiod som krävs och hur verifiering ska ske, bedömer Transportstyrelsen att minimikraven i körkortsdirektivet uppfylls även vid tillämpningen av 14 § när det gäller alkoholberoende. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Det kan även finnas skäl att tydliggöra att undantag aldrig kan bli aktuellt utan någon avhållsperiod alls. Vidare kan det finnas skäl att utreda vidare om det är motiverat att exkludera personer som ansöker om körkortstillstånd. Inget av länderna som ingår i den här översynen reglerar detta särskilt.

Vad gäller missbruk av alkohol däremot, så finns inte motsvarande krav i körkortsdirektivet som det finns vid beroende. I denna del är därför kraven i 12 kap. 14 § ett särkrav i förhållande till körkortsdirektivet. Se avsnitt 9.7.2. Transportstyrelsen anser att det behöver utredas vidare i ett kommande föreskriftsarbete om detta särkrav ska finnas kvar och om det i så fall finns stöd för detta.

När det gäller narkotika och läkemedel anger körkortsdirektivet att man inte får ha körkort om man är beroende av eller, utan att vara beroende regelbundet missbrukar psykofarmaka. Transportstyrelsen har tolkat det som att körkortsdirektivet gett utrymme till medlemsländerna att själva reglera hur man ska säkerställa att en person inte längre har ett pågående beroende eller regelbundet missbrukar narkotika eller läkemedel. För att ta reda på detta har Sverige valt att tillämpa samma krav som för alkohol. Undantagsbestämmelsen i 14 § innebär en lättnad från våra nationella krav på avhållsperiod och verifiering, men minimikraven i körkortsdirektivet uppfylls även vid tillämpningen av 14 §. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att se över bestämmelsen i framtiden med anledning av att kraven som hör samman med denna bestämmelse behöver utredas vidare. Det kan även finnas skäl att tydliggöra att undantag aldrig kan bli aktuellt utan någon avhållsperiod alls.

### **Önskat läge**

Det önskade läget är att medicinföreskrifterna är tydliga när hinder föreligger och vad som krävs för att man ska uppfylla kraven för att få framföra motorfordon. Bedömningar i varje enskilt fall är däremot viktigt. Det går däremot inte att säga hur 14 § bör vara utformad eftersom bestämmelsen även kan behöva anpassas till förändringar som berör andra delar av 12 kap.

Det vore även önskvärt att kravet om särskilt god prognos är lika oavsett om frågan gäller fortsatt innehav eller vid ansökan om körkortstillstånd. Huruvida undantaget endast ska vara tillämpligt vid fortsatt innehav behöver däremot utredas vidare.

### **Konsekvenser**

Eftersom bestämmelsens utformning påverkas av andra delar i medicinföreskrifterna är det svårt att säga vilka konsekvenser som kan uppstå.

Om bestämmelsen även skulle vara tillämplig för personer som ansöker om körkortstillstånd skulle det kunna innebära att fler personer som tar tag i sina problem ges samma möjlighet att få köra tidigare än i dagsläget, vilket i sig kan vara en motiverande faktor och främja lika rättigheter.

I övrigt går det inte att säga vilka konsekvenser som kan uppstå. Eventuella konsekvenser behöver utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem som kan uppstå.

## 9.7.6 Villkorsuppföljning med läkarintyg vid annan diagnos än alkoholberoende

### Nuläge

I 12 kap. 17-19 §§ medicinföreskrifterna framgår att vid diagnoserna missbruk och beroende ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning om fortsatt innehav ska göras med ett visst intervall. Den första prövningen görs efter 6 månaders observationstid, den andra prövningen efter ytterligare 6 månaders observationstid och den tredje prövningen efter ytterligare 12 månaders observationstid. Observationstiden kan vid behov förlängas. Under villkorsuppföljningen tillämpas samma bestämmelser gällande provtagning som under avhållsamhetsperioden.

I körkortsdirektivet finns endast ett uttryckligt krav på efterföljande hälsokontroller vid alkoholberoende (jmf. Körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1). Medicinföreskrifternas bestämmelser om villkorsuppföljning med läkarintyg gäller inte bara vid alkoholberoende, utan även vid diagnosen missbruk av alkohol, samt vid diagnoserna beroende och missbruk av narkotika/läkemedel.

### Bedömning

Transportstyrelsen anser att medicinföreskrifternas krav om villkorsuppföljning vid diagnosen missbruk av alkohol samt diagnoserna beroende- och missbruk av narkotika/läkemedel är strängare än vad som anges i körkortsdirektivet och innehåller därför särkrav. När det gäller diagnosen missbruk av alkohol, se även avsnitt 9.7.2.

Användning av narkotika och läkemedel är i allmänhet inte lika vanligt förekommande som alkoholbruk. Statistik om hur vanligt förekommande substansbruk är bygger på skattade uppgifter om det inte handlar om personer som tvångsvårdas eller behandlas på annat vis. En anledning till detta är sannolikt att alkohol är en legal psykoaktiv substans, till skillnad mot narkotika och icke ordinerade läkemedel. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende har antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika skattats till cirka 55 000 personer, motsvarande siffra när det gäller läkemedel är 45 000–65 000 personer. Det kan jämföras mot omkring 800 000 personer över 18 år som skattas ha ett missbruk eller beroende av alkohol. Antalet omkomna i trafiken som enbart varit narkotikarelaterade har, med undantaget för en period 2017 - 2018, legat på ungefär samma nivå sedan 2008 (ca 20 st per år), vilket i förhållande till antalet dödade under påverkan av alkohol är grovt räknat hälften så många. Resultaten från EUs DRUID-projekt om alkohol, narkotika och läkemedel i trafiken visade att bland skadade förare var THC (cannabis) och bensodiazepiner de vanligast förekommande substanserna efter alkohol.

Effekterna av olika narkotikaanvändning och hur de inverkar på trafiksäkerheten är inte kartlagda i samma utsträckning som alkohol. Olika droger påverkar kroppen på olika vis, men som för alkohol påverkar de olika kognitiva funktioner som stämningsläge, aggressivitet, vakenhet, reaktionsförmåga, närminne och varseblivning. Som exempel brukar kokain, opioider och medicinska bensodiazepiner beskrivas som extremt

beroendeframkallande. Enligt expertpanelen är lång uppföljning nödvändig, särskilt i svårare fall. Som för alkohol är utfall av olika resultat i studier avgörande av vilken grupp av individer man tittar på och det är därför svårt med generella slutsatser. Ett annat problem med narkotika och läkemedel är att övergång till andra substanser (blandmissbruk) är förhållandevis vanligt. Mot bakgrund av detta och att tillstånden ofta har oklara prognoser samt är oförutsägbara vad gäller återfallsrisk, är en längre tids uppföljning därför oftast nödvändig men det är högst individuellt.

Övriga länder som ingår i översynen begränsar giltigheten på körkortet i tid från det att personen återfår rätten att köra igen, men längden på giltigheten skiljer sig åt. Danmark anger till exempel minst 2 år. Om den medicinska utvärderingen är utan anmärkning och ingen misstanke om pågående missbruk föreligger utfärdas vanligtvis körkort utan tidsgräns. Norge begränsar körkortet ett år i taget i 3 år med krav om kvartalsvisa kontroller där personer behöver vara drogfria. För lägre behörigheter rekommenderas därefter en begränsad giltighet på 5 år innan körkort utan tidsgräns kan medges. För högre behörigheter rekommenderas tidsgräns på 5 år på obestämd tid. Storbritannien har samma krav som för alkohol vilket innebär 1, 2, 3 eller 5 år efter bedömningar i varje enskilt fall. Endast Norge har tydliga beskrivningar om vilka medicinska kontroller som krävs under denna period, vilket liknar bestämmelserna i medicinföreskrifterna. Finland har inte angivit några liknande bestämmelser.

Ur trafiksäkerhetssynpunkt talar mycket för att det även fortsättningsvis är motiverat med särkrav om villkorsuppföljning, men det behöver utredas vidare hur kraven gällande detta bör vara utformade.

### **Önskat läge**

Om medicinföreskrifterna även fortsättningsvis ska innehålla en reglering om villkorsuppföljning vid annan diagnos än beroende, är det önskvärt att bestämmelserna då reglerar en längre uppföljningsperiod med läkarintyg och provtagningar. Det bör däremot finnas möjlighet till individuella bedömningar.

### **Konsekvenser**

När det gäller villkorsuppföljning vid diagnosen missbruk av alkohol, se avsnitt 9.7.2.

Om de medicinska kraven ändras så att särkravet avseende villkorsuppföljning vid diagnoserna beroende och missbruk av narkotika/läkemedel tas bort bedömer Transportstyrelsen att det kan medföra stora negativa konsekvenser för trafiksäkerheten. Övriga länder som ingår i översynen har liknande bestämmelser om uppföljning vid missbruk och beroende av narkotika och läkemedel, även om detaljerna skiljer sig en del. En längre tids uppföljning, i likhet med nuvarande krav, med möjlighet till individanpassade bedömningar är eftersträvansvärd, men det behöver utredas vidare hur föreskrifterna bör vara utformade. Det går därför inte att säga vilka konsekvenser som kan uppstå. Detta behöver utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

### 9.7.7 Särskilda krav vid grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri under påverkan av narkotika

#### **Nuläge**

I 13 kap. medicinföreskrifterna finns bestämmelser som riktar sig till personer som tidigare visat att de inte kunnat avstå att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd. Dessa krav gäller även personer som tidigare visat att de inte kunnat avstå att föra fordon i narkotikapåverkat tillstånd.

#### **Bedömning**

I körkortsdirektivet regleras inte särskilt att körkort inte får utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som inte är i stånd att avstå från att föra fordon i narkotika/läkemedelspåverkat tillstånd (jmf. körkortsdirektivet bilaga III, punkt 14.1 gällande alkoholpåverkat tillstånd). Medicinföreskrifternas reglering i denna del baseras emellertid på krav i svensk lag och förordning som Transportstyrelsen behöver förhålla sig till. Det är därför inte aktuellt att göra en bedömning av särkrav i förhållande till de medicinska kraven i körkortsdirektivet.

Transportstyrelsen har i avsnitt 4.2.3 bedömt att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven som riktar sig mot den som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade rattfylleri under påverkan av alkohol i framtiden bör vara utformade. Mot bakgrund av detta bedömer Transportstyrelsen att det även kan finnas anledning att se över motsvarande krav som riktar sig till den som dömts för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri under påverkan av narkotika.

Grunderna för den utökade lämplighetsprövningen efter grovt- eller upprepade fall av rattfylleri vilar till stor del på forskning gällande alkohol (se även avsnitt 8). När det gäller narkotika/läkemedel finns i allmänhet inte samma underlag, även om trafiksäkerhetsriskerna är likartade. Enligt expertpanelen har personer som begått narkotikarattfylleri sannolikt samma grundproblematik, särskilt i svårare fall. För att kontrollera detta är därför motiverat med längre kontroll enligt samma resonemang som för alkohol.

#### **Önskat läge**

Det önskade läget är att medicinföreskrifterna även fortsättningsvis bör reglera:

- att det särskilda läkarutlåtandet ska grundas på en längre tids bedömningsunderlag
- att bedömningsunderlaget ska grundas på objektiva medicinska tester (provtagning, se även avsnitt 9.4.4).

#### **Konsekvenser**

Eftersom inga förändringar i sak föreslås kan det i nuläget inte bedömas vilka konsekvenser som kan uppstå. Eventuella konsekvenser av förändringar i detaljer gällande provtagning och längden på observationstiden kommer dock att behöva utredas

vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

#### 9.7.8 Villkorsuppföljning med läkarintyg efter grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri

##### **Nuläge**

I 13 kap. 4-6 §§ medicinföreskrifterna finns krav på att personer som tidigare dömts för grovt rattfylleri eller upprepade fall av rattfylleri ska stå under fortsatt uppföljning även efter att körkortstillstånd har meddelats (villkor om läkarintyg inklusive provtagningar). Den sammanlagda uppföljningsperioden ska vara minst 18 månader. Under uppföljningsperioden gäller samma antal provtagningar som under observationsperioden.

##### **Bedömning**

Körkortsdirektivet innehåller inte några närmare regler för uppföljning av personer som tidigare inte kunnat avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd och därefter fått tillbaka sitt körkort. Körkortsdirektivet saknar dessutom helt reglering avseende personer som tidigare inte kunnat avstå från att föra fordon i drogpåverkat tillstånd.

Även om körkortsdirektivet inte innehåller några närmare regler om detta, så är det Transportstyrelsens uppfattning att bestämmelserna om villkorsuppföljning enligt 13 kap. medicinföreskrifterna ändå inte handlar om särkrav i förhållande till körkortsdirektivets medicinska krav. Grunden till villkorsuppföljningen enligt 13 kap. beror inte på ett medicinskt tillstånd, utan handlar om en uppföljning av den personliga lämpligheten för körkortsinnehav. Detta beskrivs utförligare i avsnitt 5.7.1.

Körkortsdirektivet reglerar inte den personliga lämpligheten. Det är därför inte aktuellt att göra en bedömning av särkrav i förhållande till de medicinska kraven i körkortsdirektivet. Medicinföreskrifternas reglering i denna del baseras emellertid på krav i svensk lag och förordning som Transportstyrelsen behöver förhålla sig till. Transportstyrelsen bedömer däremot att det kan finnas anledning att utreda vidare hur kraven i medicinföreskrifterna i framtiden bör vara utformade inom ramen för det bemyndigande som Transportstyrelsen förfogar över.

Bakgrunden till utformningen av kraven gällande det särskilda läkarutlåtandet redogörs utförligare i avsnitt 8.1 och 8.4 och kan sammanfattas med att substansproblematik är vanlig bland förare som begått rattfylleribrott. Studier under senare tid pekar på samma slutsatser, men variationen i olika procentsiffror varierar kraftigt och det är svårt att uttala sig hur vanligt förekommande olika substansbruksdiagnoser är bland dömda rattfyllerister. Detta eftersom det i regel saknas sådan screening eller för att resultaten i olika undersökningar ofta bygger på tolkning av olika intervju-verktyg och behöver därför tolkas med försiktighet. Som även beskrivits i avsnitt 9.2.1 kräver utredning av substansbruksrelaterade sjukdomar och problem ofta långtidsperspektiv, särskilt mot bakgrund vad gäller risker för återfall. Författarna i den australienska rapporten från Monash University Accident Research Center [170] lyfter t.ex. att studier indikerar att

förare med alkoholberoende i högre utsträckning än andra förare är benägna att upprepa rattfylleribrott trots tidigare domar. Detta kan bero på just kognitiva nedsättningar och skador på hjärnan orsakade av alkohol, men även på grund av att just dessa personer ofta har höga konsumtionsnivåer. Andra studier drar liknande slutsatser. När det gäller narkotika och läkemedel är det ännu svårare att dra slutsatser vad gäller uppgifter om prevalens (diagnoser) och kombinationsanvändning eller övergång till annan narkotika, läkemedel eller alkohol är däremot förekommande vilket ofta försvårar utredning. Mot bakgrund av allvarlighetsgraden av dessa typer av trafikbrott och dess risker för trafiksäkerheten, den förhöjda risken att substansbruksproblematik föreligger (vilket forskning under lång tid visat) samt att utredning och prognosbedömning av sådana tillstånd ofta kräver långtidsperspektiv med hänsyn till återfallsrisker, menade expertpanelen att det är synnerligen motiverat med minimum nuvarande villkorsuppföljning med läkarintyg som inkluderar provtagningar.

### **Önskat läge**

Det önskade läget är att medicinföreskrifterna även fortsättningsvis reglerar en längre uppföljningsperiod med läkarintyg och provtagningar, med möjlighet till individuella bedömningar.

### **Konsekvenser**

Eftersom inga förändringar i sak föreslås kan det i nuläget inte bedömas vilka konsekvenser som kan uppstå. Eventuella konsekvenser av förändringar i detaljer gällande provtagning och längden på tiden med villkor om läkarintyg kommer dock att behöva utredas vidare enligt kraven i förordningen om konsekvensutredningar för att belysa eventuella problem och kostnader som kan uppstå.

## **9.8 Övrigt**

### **9.8.1 Stödjande material**

Ett generellt medskick är att det är viktigt att bestämmelserna i 12 och 13 kap. är tydliga, tidsenliga och att de har en neutral struktur. I möjligaste mån ska funktionsbaserade krav eftersträvas. Transportstyrelsen har tagit emot många synpunkter som handlar om att bestämmelserna är krångliga och svårtolkade. Samtliga övriga länder som ingår i den här översynen har i olika utsträckning vägledande material som komplement till sin regelgivande dokumentation som i första hand vänder sig till hälso- och sjukvården, men även till medborgare. Transportstyrelsen har sett över möjligheten att använda kompletterande upplysningar för att underlätta tolkning och tillämpningen av framtida krav, vilket i detta avseende skulle kunna vara ett stöd i framtiden.

### **9.8.2 Alkolåsföreskrifterna**

Ändringar i vissa delar av 12 kap. kommer att påverka Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2018:7) om innehav av körkort med villkor om alkolås. Det handlar dels om diagnosen missbruk som hinder för körkortsinnehav. Eventuella



förändringar om längden på villkorsuppföljning med läkarintyg kan också påverka behovet av att revidera dessa föreskrifter. Detta, och andra förändringar, behöver beaktas i ett kommande föreskriftsarbete.

#### 9.8.3 17 kap. underlag för bedömning av funktioner och sjukdomstillstånd

I 17 kap. 3 § medicinföreskrifterna regleras kraven på vilken specialistläkarkompetens som krävs vid utfärdande av de intyg som anges i 12 och 13 kap. Liknande krav finns i alkoholåsföreskrifterna (TSFS 2018:7). Eventuella strukturella förändringar behöver beaktas i ett kommande föreskriftsarbete.

## 10 Tolkningar och felkällor

I rapporten beskrivs hur reglerna om alkohol, narkotika samt läkemedel och körkortsinnehav ser ut i fyra andra europeiska länder: Danmark, Finland, Norge och Storbritannien. Vissa länders regler beskrivs mer i detalj i rapporten än andra länders regler. En förklaring är att vissa av länderna har mer detaljerade regelverk än vad andra länder har. En annan förklaring är att den information som Transportstyrelsen har fått från vissa länder är mer utförlig än information från andra länder. Detta har lett till att delar som redovisas för vissa länder saknas i redovisningen för andra. Det är också viktigt att poängtera att språket har inneburit en del svårigheter vid sökande efter ytterligare information från andra länders myndigheter, till exempel information på webbsidor som endast finns tillgänglig på respektive språk. Slutligen bör också påpekas att ländernas rättssystem skiljer sig från det svenska vilket innebär att det inte kan uteslutas att Transportstyrelsen inte fullt ut har förstått ländernas beskrivningar av sina regelverk eller hur reglerna tillämpas.

Transportstyrelsen har som nämnts i avsnitt 2.4.3 Regler i andra länder i Europa anlitat en översättningsbyrå för att få hjälp att översätta de finska och danska språkversionerna av körkortsdirektivet (inklusive den danska bilagan i færdselsloven (trafiklagen) [10]) som endast funnits tillgängliga på valda länders språk. Transportstyrelsen har i arbetet med översynen utgått från dessa översatta dokument. När det gäller översättning av regelverk från ett språk till ett annat bör det dock påpekas att om översättningarna inte görs helt korrekt kan de få en annan juridisk betydelse, vilket kan leda till felaktiga tolkningar av de översatta reglerna. En ordagrann översättning kan ibland innebära att reglerna blir svåra att förstå vilket också kan leda till felaktiga tolkningar. Transportstyrelsen bedömer dock att även om det skulle ha förekommit felaktiga översättningar eller tolkningar är det inte sannolikt att felaktigheterna skulle vara av sådant slag att det påverkar slutsatserna i rapporten. Däremot skulle redogörelsen för respektive lands regelverk kunna innehålla vissa felaktiga uppgifter.

I rapporten hänvisas på flera ställen till vetenskapliga artiklar. Transportstyrelsen har försökt bedöma den sammantagna vetenskapliga litteraturen på området, med förbehåll för att det sannolikt finns studier som inte kommit till myndighetens kännedom. Det bör också påpekas att entydiga slutsatser i vetenskapliga studier ibland inte kan dras. Det innebär att det i andra sammanhang kan förekomma tolkningar som skiljer sig från de tolkningar som Transportstyrelsen har gjort. Transportstyrelsens ställningstagande i översynen baseras på den tolkning som myndigheten har gjort.

Sammanfattningsvis bedömer Transportstyrelsen att även om rapporten skulle innehålla små felaktigheter, påverkas inte de förslag till föreskriftsändringar som redovisas under avsnitt 9.

## Referenser

- [1] Europaparlamentet, Europeiska unionens råd, ”Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/126/EG av den 20 december 2006 om körkort,” [Online]. Available: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32006L0126>. [Använd 28 februari 2022].
- [2] Transportstyrelsen, ”Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m.,” [Online]. Available: <https://transportstyrelsen.se/sv/Regler/sok-ts-foreskrifter/details?RuleNumber=2010:125&ruleprefix=TSFS>. [Använd 8 mars 2021].
- [3] Näringsdepartementet, ”Förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning,” [Online]. Available: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20071244-om-konsekvensutredning-vid\\_sfs-2007-1244](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20071244-om-konsekvensutredning-vid_sfs-2007-1244). [Använd 28 februari 2022].
- [4] Europeiska gemenskapernas råd, ”Rådets direktiv 91/439/EEG av den 29 juli 1991 om körkort,” [Online]. Available: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A31991L0439>. [Använd 28 februari 2022].
- [5] Europeiska gemenskapernas råd, ”Rådets första direktiv 80/1263/EEG av den 4 december 1980 om införande av ett gemenskapskörkort,” [Online]. Available: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A31980L1263>. [Använd 28 februari 2022].
- [6] European Transport Safety Council, ”Ranking EU progress on road safety - 14th Road Safety Performance Index Report,” Juni 2020. [Online]. Available: <https://etsc.eu/wp-content/uploads/14-PIN-annual-report-FINAL.pdf>. [Använd 16 februari 2021].
- [7] European Commission, ”Road safety in the European Union - Trends, statistics and main challenges,” april 2018. [Online]. Available: [https://ec.europa.eu/transport/road\\_safety/sites/roadsafety/files/vademecum\\_2018.pdf](https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/vademecum_2018.pdf). [Använd 16 februari 2021].
- [8] European Commission, ”2019 road safety statistics: what is behind the figures?,” 11 juni 2020. [Online]. Available: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda\\_20\\_1004](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_1004). [Använd 16 februari 2021].
- [9] Trafikverket, ”Analys av trafiksäkerhetsutvecklingen 2019 - Målstyrning av trafiksäkerhetsarbetet mot etappmålen 2020,” maj 2020. [Online]. Available: [https://trafikverket.ineko.se/Files/sv-SE/75691/Ineko.Product.RelatedFiles/2020\\_120\\_analys\\_av\\_trafiksakerhetsutvecklingen\\_2019\\_malstyrning.pdf](https://trafikverket.ineko.se/Files/sv-SE/75691/Ineko.Product.RelatedFiles/2020_120_analys_av_trafiksakerhetsutvecklingen_2019_malstyrning.pdf). [Använd 16 februari 2021].

- [10] Transport-, Bygnings- og Boligministeriet, Danmark, ”Bekendtgørelse af færdselsloven (LBK nr 1324 af 21/11/2018),” [Online]. Available: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/1324#id1cd2eef8-e154-45ad-bbb9-d2f22c504013>. [Använd 9 mars 2021].
- [11] World Health Organization, Geneva, ”Lexicon of alcohol and drug terms,” 1994. [Online]. Available: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). [Använd 20 april 2022].
- [12] Kommerskollegium, ”Inremarknadsguide för myndigheter,” december 2019. [Online]. Available: <https://www.kommerskollegium.se/publikationer/guider/for-myndigheter-och-kommuner/inremarknadsguide-for-myndigheter/>. [Använd 20 april 2022].
- [13] European Commission, ”The implementation of Directive 2006/126/EC on driving licences - Final report,” november 2017. [Online]. Available: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bbd8141d-e603-11e7-9749-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-search>. [Använd 2 mars 2021].
- [14] CIECA, ”CIECA Report Medical Fitness to Drive - Dependence,” juni 2019. [Online]. Available: <https://www.cieca.eu/sites/default/files/members-area/TopicalGroups/Fit-to-Drive/2019-03-11/CIECA%20FTD%20%20Dependence%20report%20final.pdf>. [Använd 2 mars 2021].
- [15] Infrastrukturdepartementet, ”Körkortslagen, SFS 1998:488”.
- [16] Infrastrukturdepartementet, ”Körkortsförordning, SFS 1998:980”.
- [17] Færdselsstyrelsen, Danmark, ”Bekendtgørelse om kørekort (BEK nr 906 af 27/08/2019),” [Online]. Available: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/906#ide8afb74e-cce1-4661-a8bc-703d0c2942cf>. [Använd 9 mars 2021].
- [18] Sundheds- og Ældreministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed Danmark, ”Vejledning om helbredskrav til kørekort (VEJ nr 9693 af 31/07/2017),” [Online]. Available: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/9693>. [Använd 9 mars 2021].
- [19] Samferdselsdepartementet, Norge, ”Lov om vegtrafikk (vegtrafikkloven), LOV-1965-06-18-4,” [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1965-06-18-4?q=f%C3%B8rerkort>. [Använd 8 mars 2021].

- [20] Samferdselsdepartementet, Norge, ”Foreskrift om førerkort m.m. (førerkortforskriften), FOR-2004-01-19-298,” [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298?q=f%C3%B8rererkort>. [Använd 8 mars 2021].
- [21] Helsedirektoratet, Norge, ”Førerkortveileder, Veileder til lov og forskrift,” 21 januari 2021. [Online]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/foreerkortveileder>. [Använd 8 mars 2021].
- [22] St. Olavs hospital, Norge, ”Bruk av laboratorieprøver for påvisning av inntak av alkohol, medikamenter og rusmidler i forbindelse med førerkortsaker,” oktober 2016. [Online]. Available: <https://stolav.no/Laboratoriemedisin/Avdeling%20for%20klinisk%20farmakologi/Kontrollopplegg%20i%20f%C3%B8rekortsaker%20-%20alkohol%20C%20rusmidler%20og%20legemidler.pdf>. [Använd 25 mars 2021].
- [23] Helsedirektoratet, Norge, ”Prosedyrer for rusmiddeltesting (IS-2231),” november 2014. [Online]. Available: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rusmiddeltesting/Prosedyrer%20for%20rusmiddeltesting%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/d439cde8-9f43-41fa-a517-e48dd70538d5:59987fc73bc57bab3fa76396f42c5cd3936dd996/Prosedyrer%20for%20rusmiddeltesting](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rusmiddeltesting/Prosedyrer%20for%20rusmiddeltesting%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/d439cde8-9f43-41fa-a517-e48dd70538d5:59987fc73bc57bab3fa76396f42c5cd3936dd996/Prosedyrer%20for%20rusmiddeltesting). [Använd 25 mars 2021].
- [24] Kommunikationsministeriet, Finland, ”Körkortslag 29.4.2011/386,” [Online]. Available: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110386>. [Använd 08 mars 2021].
- [25] Kommunikationsministeriet, Finland, ”Vägtrafiklagen 10.8.2018/729,” [Online]. Available: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2018/20180729#L1P2>. [Använd 08 mars 2021].
- [26] Traficom, Transport- och kommunikationsverket, Finland, ”Anvisningar om bedömning av körhälsa för hälso- och sjukvården,” 4 november 2019. [Online]. Available: [https://www.traficom.fi/sites/default/files/media/file/Ajoterveysohje%20SV\\_v1.2.pdf](https://www.traficom.fi/sites/default/files/media/file/Ajoterveysohje%20SV_v1.2.pdf). [Använd 8 mars 2021].
- [27] UK Legislation, Storbritannien, ”Road Traffic Act 1988, Part III 92,” [Online]. Available: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1988/52/part/III>. [Använd 9 mars 2021].
- [28] UK Legislation, Storbritannien, ”The Motor Vehicles (Driving Licences) Regulations 1999,” [Online]. Available: <https://www.legislation.gov.uk/uksi/1999/2864/contents>. [Använd 9 mars 2021].

- [29] Driver and Vehicle Licencing Agency, Storbritannien, "Assessing fitness to drive: a guide for medical professionals," mars 2021. [Online]. Available: <https://www.gov.uk/government/publications/assessing-fitness-to-drive-a-guide-for-medical-professionals>. [Använd 9 mars 2021].
- [30] Vägverket, "Promemoria, Föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort (VVFS 1996:200)".
- [31] Vägverket, "Promemoria om Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (VVFS 2008:158, ändrade genom VVFS 2008:166) Ikraftträdande 2008-05-01".
- [32] Läkemedelsverket, "Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2011:10) om förteckningar över narkotika".
- [33] Transportstyrelsen, "Föreskrifter om ändring i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2013:2)".
- [34] Vägverket, "Vägverkets föreskrifter om ändring i föreskrifterna (VVFS 2008:158) om medicinska krav för innehav av körkort m.m.," [Online]. [Använd 20 april 2022].
- [35] United Nations, UN, "World Drug Report 2021," [Online]. Available: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>. [Använd 22 april 2022].
- [36] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, "Drogutvecklingen i Sverige 2019, CAN rapport 180," [Online]. Available: <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-180-drogutvecklingen-i-sverige-2019.pdf>. [Använd 22 april 2022].
- [37] Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, EMCDDA, "Europeisk narkotikarapport 2021: Trender och utveckling," [Online]. Available: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256\\_SV\\_03.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_SV_03.pdf). [Använd 22 april 2022].
- [38] Folkhälsomyndigheten, "Den svenska narkotikasituationen 2021, [artikelnummer 21251]," [Online]. Available: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen-2021/>. [Använd 22 april 2022].
- [39] Läkartidningen, "De dödliga opioidförgiftningarna har återgått till en stabil hög nivå," 2021-01-27.
- [40] Polisen, "Nationell lägesbild fentanylaloger," 2018-06-19.

- [41] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, ”Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak, rapport nr 174,” [Online]. Available: <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-174-negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf>. [Använd 25 april 2022].
- [42] Läkartidningen, ”GHB-, GBL- och butandiolförgiftningar - ett allvarligt problem i Västsverige, Nr 45 2005,” 2005.
- [43] Internetmedicin, ”Intoxation och substansbruk - GHB,” 2021-10-18. [Online]. Available: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/intoxikation/intoxikation-och-missbruk-ghb/>. [Använd 25 april 2022].
- [44] James et al., ”Basic Opioid Pharmacology - An update,” *British Journal of Pain* 2020, Vol 14(2) 115-121.
- [45] Farmaceutiska Specialister i Sverige, FASS, ”FASS Vårdpersonal ATC-register,” [Online]. Available: <https://www.fass.se/LIF/atcregister?userType=0>. [Använd 25 april 2022].
- [46] Läkartidningen, ”Opiater eller opioider? Dags att städa bland begreppen,” 2015-10-19.
- [47] World Health Organization, WHO, ”Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence,” World Health Organization 2009.
- [48] Socialstyrelsen, ”Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning,” 2019-1-16.
- [49] Vägverket, ”Vägverkets föreskrifter (1996:200) om medicinska krav för innehav av körkort, traktorkort och taxiförarlegitimation m.m.,” [Online]. [Använd 20 april 2022].
- [50] Goldman et al., ”Adverse health effects of androgen use,” *Molecular and Cellular Endocrinology* Vol 464, 15 march 2018, 46-55.
- [51] Basaria S. et al, ”Anabolic-Androgenic Steroid Therapy in the Treatment of Chronic Diseases,” *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 86(11):5108-5117.
- [52] Internetmedicin, ”Hypogonadotrop hypogonadism (hos män),” 2022-04-06. [Online]. Available: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/endokrinologi/hypogonadotrop-hypogonadism-hos-man/>.
- [53] Läkartidningen, ”DSM-5: Ny diagnos ersätter missbruk och beroende,” 2013-09-25.

- [54] Socialstyrelsen, ”Söktjänst för hälsorelaterade klassifikationer, ICD-10-SE,” [Online]. Available: <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/>. [Använd 21 april 2022].
- [55] World Health Organization, WHO, ”ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (version 02:2022),” [Online]. Available: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1580466198>. [Använd 21 april 2022].
- [56] Socialstyrelsen, ”Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD-11),” [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-11/>. [Använd 21 april 2022].
- [57] American Psychiatric Association, ”Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR,” Pilgrim Express, 2000.
- [58] American Psychiatric Association, ”Mini-D 5, Diagnostiska kriterier enligt DSM-5,” Pilgrim Express, 2013.
- [59] Socialstyrelsen, ”Vem får ställa diagnos? För hälso- och sjukvården och tandvården,” [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/diagnos/>. [Använd 21 april 2022].
- [60] Statens offentliga utredningar, ”Tvång och förändring - Rättsäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. SOU 2004:3,” Socialdepartementet, 2004.
- [61] Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens termbank - missbruk,” [Online]. Available: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=828&SrcLang=sv>. [Använd 22 april 2022].
- [62] Internetmedicin.se, ”Alkoholberoende, diagnostik och behandling,” 2021-08-30. [Online]. Available: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/alkoholberoende-diagnostik-och-behandling/>. [Använd 21 april 2022].
- [63] American Psychiatric Association, ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR),” [Online]. Available: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. [Använd 21 april 2022].
- [64] Recovery Research Institute, ”Comparison Between DSM-IV and DSM-5,” [Online]. Available: <https://www.recoveryanswers.org/resource/comparison-between-dsm-iv-dsm-5/>. [Använd 21 april 2022].
- [65] Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), ”Missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Rapport 296/2019”.
- [66] Compton W. M et al., ”Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol,” *Drug and Alcohol Dependence* 132 (2013) 387–390.



- [67] Socialstyrelsen, "Klassifikationen ICD-10," [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>. [Använd 26 april 2022].
- [68] Pilgrim Press, "Mini-D5," [Online]. Available: <https://www.pilgrimpress.se/produkt/mini-d-5/>. [Använd 26 april 2022].
- [69] Socialstyrelsen, "Kodning inom psykiatrin," [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>. [Använd 26 april 2022].
- [70] Transportstyrelsen, "Konsekvensutredning - Ändring i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna (2010:125, ändrade genom TSFS 2012:19) om medicinska krav för innehav av kökort m.m. [TSF 2012-196]".
- [71] Transportstyrelsen, "Konsekvensutredning - Ändring i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2012:19) [TSV 2011-3812]".
- [72] Wood R., "Anabolic-androgenic steroid dependence? Insights from animals and humans," Elsevier, Volume 29, Issue 4, October 2008, 490-506.
- [73] Kashkin K. et al, "Hooked on hormones? An anabolic Steroid Addiction Hypothesis," JAMA.1989;262(22):3166-3170.
- [74] Kanayama G. et al., "Anabolic-androgenic steroid dependence: an emerging disorder," Addiction Vol 104(12) Dec 2009, 1966-1978.
- [75] Region Örebro län, Nationellt kompetensutvecklingsprojekt för dopningsproblematik (NKD), "Dopning - Översikt, vård och behandling," 2013-2015.
- [76] Grönbladh A. et al, "The neurobiology and addiction potential of anabolic androgenic steroids and the effects of growth hormone," Brain Res Bull. 2016 Sep;126(Pt1):127-137.
- [77] Mhillaj E. et al, "Effecty of anabolic-androgens on brain reward function," Front Neurosci.2015 Aug 26;9;295.
- [78] Nyberg F. and Hallberg M., "Interactions between opioids and anabolic androgenic steroids: implications for the development of addictive behavior," Int. review of neurobiology, 2012;102:189-206.
- [79] Brower K., "Anabolic steroid abuse and dependence," Current Psychiatry Reports 4, pages 377-387 (2002).
- [80] Kanayama G. et al, "Features of men with anabolic-androgenic steroid dependence: A comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers," Drug and Alcohol Dependence Vol 102(1-3) June 2009, 130-137.

- [81] Bates G. et al., "Treatments for people who use anabolic androgenic steroids: a scoping review," *Harm Reduct J.* 2019 Dec 30;16(1):75.
- [82] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, "Faktablad Dopning," 2020-05-21. [Online]. Available: <https://www.can.se/fakta/dopning/>. [Använd 26 april 2022].
- [83] Folkhälsomyndigheten, "Hälsoekonomiska konsekvenser av användning av anabola steroider i Sverige," [Online]. Available: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsoekonomiska-konsekvenser-av-anvandning-av-anabola-steroider-i-sverige/?pub=82578>. [Använd 26 april 2022].
- [84] Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, "Alkoholkonsumtion och risknivåer, rapport 2018:1," [Online]. Available: <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/alkoholkonsumtion-och-risknivaer-rapport-2018.1.pdf>. [Använd 27 april 2022].
- [85] Läkemedelsverket, "Läkemedelsboken app, Alkohol - riskbruk, skadligt bruk och beroende," [Online]. [Använd 27 april 2022].
- [86] Dawson D, Grant BF, Stinson FS, et al., "Recovery from DSM-IV alcohol dependence," *United States, Addiction.* 2005;100(3):281-292..
- [87] Tuithof M. et al., "Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining patterns of recently remitted individuals: a prospective general population study," *Addiction Volume 108, Issue 12, December 2013:* 2091-2099.
- [88] Sundin E. et al, "Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige - en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk, rapport 149, 2015," Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- [89] Transportstyrelsen, "Konsekvensutredning av föreskrifter om ändring i Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2011:70) om godkännande av alkolås och Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav... [TSF 2017-150]"
- [90] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), "Behandling av alkohol- och narkotika problem - En evidensbaerad kunskapssammanställning," 2001.
- [91] McLellan et al., "Drug Dependence, a Chronic Medical Illness," *JAMA* 2000;284(13): 1689-1695.
- [92] McKay et al., "Treating Alcoholism as a chronic disease," *Alcohol Res Health.* 33(4): 356-370, 2011.

- [93] Trim et al., "Predictors of initial and sustained remission from alcohol use disorders: findings from the 30-year follow-up of the San Diego Prospective Study," *Alcohol Clin Exp Res.* 37(8):1424-31. , 2013.
- [94] Sundin E, Landberg J, Raninen J, et al., "Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige – en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2015. CAN-rapp," Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. CAN-rapport nr 149, 2015.
- [95] de Bruijn C, van den Brink W, de Graaf R, et al., "The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model," *Addiction.* 2006;101(3):385-92.
- [96] Tuithof M, ten Have M, van den Brink W, et al., "Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder," *Drug Alcohol Depend.* 2014;140:85-91.
- [97] Läkartidningen, "Alkoholberoende ett föränderligt tillstånd av varierande grad," 2018-10-16.
- [98] Rehm J, Roerecke M., "Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality," *Alcohol Alcohol.* 2013;48(4):509-13.
- [99] Socialstyrelsen, "Socialstyrelsens rekommendationer, Rekommendationer och indikatorer, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Psykisk sjukdom," [Online]. Available: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>. [Använd 21 april 2022].
- [100] Witkiewitz et al., "What is Recovery?," *Alcohol Res.* 2020; 40(3): 01..
- [101] Tucker et al., "Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder," *Alcohol Res.* 2020 Nov 12;40(3):02..
- [102] Fan et al., "Prevalence and Correlates of Past-Year Recovery From DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III," *Alcoholism, Clinical & Experimental Research* Vol. 43, Issue 11. Nov 2019. 2406-4220.
- [103] Internetmedicin, "Narkotikaberoende, diagnostik och behandling," 2020-12-28. [Online]. Available: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/narkotikaberoende-diagnostik-och-behandling/>. [Använd 21 april 2022].
- [104] Sinha, "New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability," Vol. %1 av %2Curr Psychiatry Rep. 2011 Oct;13(5):398-405.

- [105] National Institute on alcohol Abuse and Alcoholism, "Alcohol Dependence, Withdrawal, and Relapse," [Online]. Available: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh314/348-361.htm>. [Använd 21 april 2022].
- [106] American Addiction Centers, "Drug and Alcohol Withdrawal," [Online]. Available: <https://drugabuse.com/treatment/withdrawal/>. [Använd 21 april 2022].
- [107] Miller, Peter M, "Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviours and Disorders, Volume 1," Elsevier Science, 2013, pp. 126-130.
- [108] National Institute on Drug Abuse, "Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction, Treatment and Recovery," [Online]. Available: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery>. [Använd 21 april 2022].
- [109] Andersson et al., "Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances," *Addictive Behaviors*. Volume 90, March 2019, Pages 222-228.
- [110] American Addiction Centers, "Alcohol Relapse," [Online]. Available: <https://drugabuse.com/alcohol/relapse/>. [Använd 21 april 2022].
- [111] American addiction Centers, "Opiate Relapse," 2019. [Online]. Available: <https://drugabuse.com/opioids/relapse/>. [Använd 21 april 2022].
- [112] Smyth, B. P. et al., "Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence," *Irish medical journal*. 2010, 103(6),176–179..
- [113] Simpson et al., "A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence," *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jun;56(6):507-14.
- [114] Ramstedt, M, Sundin, E, Landberg, J, Raninen, J., "ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013- en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak.," Stockholm, 2014.
- [115] Transportstyrelsen, "Konsekvensutredning av föreskrifter om ändring i Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2011:70), (TSFS 2010:125) samt nya föreskrifter om innehav av körkort med villkor om alkohol, TSF 2017-150".
- [116] Transportstyrelsen, "Konsekvensutredning - Ändring i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125, senast ändrade genom TSFS 2013:2) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. [TSF 2015-23]".
- [117] Kriminalvården, "Kriminalvård och statistik 2019," Kriminalvården, ISSN: 1400-2167.

- [118] Ulwelling W. och Smith K., "The PEth Blood Test in the Security Environment: What it is; Why it is Important; and Interpretative Guidelines," *Journal of Forensic Sciences*, Nov 2018: Vol 63(6):1634-1640 .
- [119] Society of Hair Testing, SoHT, "2019 Consensus for the use of alcohol markers in hair for the assesment of abstinence and chronic alcohol consumption," [Online]. Available: [https://www.soht.org/images/pdf/Revision\\_2019\\_Alcoholmarkers.pdf](https://www.soht.org/images/pdf/Revision_2019_Alcoholmarkers.pdf). [Använd 28 april 2022].
- [120] Läkartidningen, "Enhetliga analyser av narkotika i urin krävs för rättssäkerheten," 2015-09-22.
- [121] Equalis, Expertgruppen för Läkemedel och toxikologi, "Narkotikaanalyser i urinprov," 2015-10-01. [Online]. Available: [https://www.equalis.se/media/dyaonv31/s013\\_gr%C3%A4nsv%C3%A4rden-f%C3%B6r-narkotika-i-urin\\_1-0.pdf](https://www.equalis.se/media/dyaonv31/s013_gr%C3%A4nsv%C3%A4rden-f%C3%B6r-narkotika-i-urin_1-0.pdf). [Använd 28 april 2022].
- [122] Läkartidningen, "Ny testrutin för kiralt amfetamin minskar risken att missa sidobruk," 2020-10-26.
- [123] Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Vetenskapligt underlag," [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16-vetenskapligt-underlag.pdf>. [Använd 29 04 2022].
- [124] Transportstyrelsen, "Promemoria om Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. ikraftträdande 2010-09-01 [TSV 2009-15071]".
- [125] Rättmedicinalverket, "Drogtest i hår," [Online]. Available: <https://www.rmv.se/verksamheter/rattskemi/droganalys-i-har/>. [Använd 29 april 2022].
- [126] William Ulwelling and Kim Smith, "The PEth Blood Test in the Security Environment: What it is; Why it is important; and interpretative Guidelines," *Journal of Forensic Sciences*, vol. 63, pp. 1634-1635, 2018.
- [127] Stibler H., "Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed," *Clin Chem*. 1991 Dec; 37(12):2029-2037 .
- [128] Weykamp. Wienders, Helander et al., "Toward standardization of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) measurements: III. Performance of native serum and serum spiked with disialotransferrin proves that harmonization of CDT assays is possible," *Clin Chem Lab Med* 2013; 51(5):991-996.

- [129] Bergström, Helander, "Influence of alcohol use, ethnicity, age, gender, BMI and smoking on the serum transferrin glycoform pattern: Implications for use of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as alcohol biomarker," *Clinica Chimica Acta* 388 (2008) 59-67.
- [130] Arndt T., "Carbohydrate-deficient Transferrin as a Marker of Chronic Alcohol Abuse: A Critical Review of Preanalysis, Analysis, and Interpretation," *Clinical Chemistry*, Volume 47, Issue 1, 1 January 2001, 13–27.
- [131] Helander, Wienders et al., "Reprint of Standardisation and use of the alcohol biomarker carbohydrate-deficient transferrin (CDT)," *Clinica Chimica Acta* 467 (2017): 15-20.
- [132] Läkartidningen, "Biomarkörer kan fånga tidigt riskbruk av alkohol," *Läkartidningen* nr 45 (2001) volym 108.
- [133] Helander, "Absolute or Relative Measurement of Carbohydrate-deficient Transferrin in Serum? Experiences with Three Immunological Assays," *Clin Chem*, Volume 45, Issue 1, 1 Jan 1999: 131-135.
- [134] Helander, Hermansson and Beck, "Dose–Response Characteristics of the Alcohol Biomarker Phosphatidylethanol (PEth)—A Study of Outpatients in Treatment for Reduced Drinking," *Alcohol and Alcoholism*, 2019, 54(6) 567–573.
- [135] Läkartidningen, "Nationell harmonisering av alkoholmarkören PEth," 2013-09-24.
- [136] Läkartidningen, "B-PEth och andra markörer för överkonsumtion av alkohol," 2009-04-07.
- [137] Gonzalo P. et al, "Biomarkers of chronic alcohol misuse," *Dove Press journal*, 17 jan 2014; 9-22.
- [138] Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning," 2018-6-24.
- [139] Socialstyrelsen, "Rådgivning vid riskbruk av alkohol," 2018-06-28. [Online]. Available: <https://roi.socialstyrelsen.se/kvalitetsindikatorer/radgivning-vid-riskbruk-av-alkohol/c2c9391b-afe2-4a22-aa3b-17b891dba009>. [Använd 02 maj 2022].
- [140] Systembolaget, "Finns ofarligt drickande av alkohol?," [Online]. Available: <https://www.omsystembolaget.se/folkhalsa/kropp-och-halsa/bruk-och-beroende/hjalp-och-stod/ofarligt-drickande/>. [Använd 02 maj 2022].
- [141] Kulig K., "Interpretation of Worksspace Tests for Cannabinoids," *J. Med.Toxicol.* (2017) 13:106-110.

- [142] Zheng Y. et al., "Detection of Drugs in Oral Fluid Samples Using a Commercially Available Collection Device: Agreement with Urine Testing and Evaluation of A and B Samples Obtained from Employees at Different Workplace Settings with Uncontrolled Sampling Procedures," *Journal of Analytical Toxicology*, 2020;44:1004-1011.
- [143] Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB, "Beroendemedicin i öppenvården - Kliniska riktlinjer för utredning och behandling," 2018 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB.
- [144] Grant, Stinson, Dawson et al., "Prevalence and Co-Occurrence of substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders," *Alcohol Res Health*. 2006; 29(2): 107–120..
- [145] Kessler, Crum et al., "Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey," *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):313-321.
- [146] McHugh R., Weiss R., "Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders," *Alcohol Research: Currents Reviews*, Vol 40 Nr 1 (2019).
- [147] DRUID - 6th Framework Programme, "Final Report: Work performed, main results and recommendations. Project No: TREN-05-FP6TR-S07.61320-518404-DRUID," 2012-08-01. [Online]. Available: [https://www.bast.de/EN/Traffic\\_Safety/Subjects/Druid/Dissemination/downloads\\_and\\_links/Final\\_Report.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bast.de/EN/Traffic_Safety/Subjects/Druid/Dissemination/downloads_and_links/Final_Report.pdf?__blob=publicationFile&v=1). [Använd 03 maj 2022].
- [148] European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction, EMCDDA, "Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe - findings from the DRUID project," December 2012. [Online]. Available: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/druid\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/druid_en). [Använd 03 maj 2022].
- [149] Läkartidningen, "LARO med buprenorfin/metadon en säker och effektiv behandling," *Läkartidningen*. 2021;118:20049.
- [150] Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, et al., "1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial," *The Lancet*. 2003;361(9358):662-668.
- [151] Davstad I, Stenbacka M, Leifman A, et al., "Patterns of illicit drug use and retention in a methadone program: A longitudinal study," *Journal of Opioid Management*. 2007;3(1):27-34.
- [152] Kakko J, Grönbladh L, Svanborg KD, et al., "A Stepped Care Strategy Using Buprenorphine and Methadone Versus Conventional Methadone Maintenance in Heroin Dependence: A Randomized Controlled Trial," *American Journal of Psychiatry*. 2007;164:797-803.

- [153] Bråbäck M, Ekström L, Troberg K, et al., "Malmö Treatment Referral and Intervention Study—High 12-Month Retention Rates in Patients Referred from Syringe Exchange to Methadone or Buprenorphine/Naloxone Treatment," *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8:161.
- [154] Socialstyrelsen, "Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd - i hälso- och sjukvård och socialtjänst," 2020-03.
- [155] Statens offentliga utredningar, "Rattfylleri och sjöfylleri. Delbetänkande av Rattfylleriutredningen, SOU 2006:12," Edita Sverige AB, Stockholm, 2006.
- [156] Statens offentliga utredningar, "Snabbare körkortsingripanden m.m. Betänkande av utredningen om vissa körkortsfrågor, SOU 1987:43," Kommunikationsdepartementet, 1987.
- [157] Riksdagen, "Regeringens proposition 1988/89:134 om ändring i körkortslagen (1977:477), m.m.," Norstedts Tryckeri, Stockholm, 1989.
- [158] Läkartidningen, "Kartläggning av det svenska rattfylleriet: Även låga promillenivåer kan indikera alkoholproblem," *Läkartidningen Volym 97 Nr 13* 2000.
- [159] VTI, Statens väg och transportforskningsinstitut, "Utvärdering av alkoholås efter rattfylleri. Sammanfattande slutrapport. VTI rapport 978," VTI 2018.
- [160] Cavaiola A, et al., "Comparison of DWI offenders with non-DWI individuals on the MMPI-2 and the Michigan Alcoholism Screening Test," *Addictive Behaviors*, Vol. 28, Issue 5, July 2003: 971-977.
- [161] Cavaiola A. et al, "Characteristics of DUI recidivists: A 12-year follow-up study of first time DUI offenders," *Addictive Behaviors*, Volume 32, Issue 4, April 2007, 855-861.
- [162] Lapham S. et al., "Psychiatric Disorders in a Sample of Repeat Impaired-Driving Offenders," *Journal of Studies on Alcohol*, 67(5) 2006; 707-713.
- [163] Keating L. et al., "Psychiatric comorbidity among first-time and repeat DUI offenders," *Addictive behaviours* 96 (2019) 1-10.
- [164] Vaillant G och Hiller-Sturmhöfel S., "The Natural History of Alcoholism," *Alcohol Health Res World*. 1996; 20(3): 152–161.
- [165] Justis- og beredskapsdepartementet, "Lov om straff (straffeloven), 37 §, LOV-2005-05-20-28," [Online]. Available: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL\\_1-6#KAPITTEL\\_1-6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_1-6#KAPITTEL_1-6). [Använd 30 mars 2022].



- [166] P. A. C. f. T. S. (. -. Storbritannien, "Drink Driving - Taking Stock, moving forward," December 2020. [Online]. Available: <https://www.pacts.org.uk/wp-content/uploads/PACTS-Drink-Driving-Taking-stock-moving-forward-Report-3.0.pdf>. [Använd 16 april 2021].
- [167] S. v. o. t. VTI, "Riskkurva för alkohol. Studie baserad på omkomna personbilsförare i Sverige. VTI notat 25-2013".
- [168] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, "Frågor och svar - Hur många är alkoholberoende i Sverige), [Online]. Available: <https://www.can.se/fragor-och-svar/>. [Använd 20 juni 2022].
- [169] National Highway Traffic Safety Administration, NHTSA. U.S. Department of Transportation, "Drug-impaired Driving," [Online]. Available: <https://www.nhtsa.gov/risky-driving/drug-impaired-driving>. [Använd 20 juni 2022].
- [170] Charlton J.L et al, Monash University Accident Research Centre, Australien, "Influence of chronic illness on crash involvement of motor vehicle drivers: 2nd Edition. Report No. 300," Monash University Accident Research Centre, 2010.
- [171] T.-. o. k. F. Traficom, "Läkarutlåtande av körförmågan [F122r]," januari 2019. [Online]. Available: <https://asiointi.traficom.fi/omatrafi-formservlet-web/lomake/F122r>. [Använd 20 april 2021].
- [172] T. F. S. R. -. Storbritannien, "Guidance - Section 5A Road Traffic Act 1988 Use of Limits [FSR-G-221]," 2015. [Online]. Available: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/448038/221\\_S5A\\_Analysis\\_-\\_Use\\_of\\_Limits\\_\\_v1.0.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/448038/221_S5A_Analysis_-_Use_of_Limits__v1.0.pdf). [Använd 13 april 2021].
- [173] Social- och hälsovårdsministeriet Finland, "Social- och hälsovårdsministeriets förordning om förskrivning av läkemedel (726/2003)," 2003. [Online]. Available: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2003/20030726>. [Använd 18 mars 2021].
- [174] Transportstyrelsen, "Konsekvensutredning av föreskrifter om ändring i Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2011:70) om godkännande av alkohol och Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav... [TSF 2017-150]".
- [175] Regeringens proposition, "Stärkt rättsäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m. [Prop. 2004/05:123]".
- [176] Statens institutionsstyrelse, SiS, "Missbruksvård - LVM," [Online]. Available: <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/missbruksvard/>. [Använd 28 april 2022].

## Bilaga 1. Valda länders språkversioner av körkortsdirektivet

Sverige	Danmark	Finland	Storbritannien
<p>ALKOHOL</p> <p>14. Alkoholkonsumtion är en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning är det mycket viktigt att läkarna visar stor uppmärksamhet.</p> <p>Grupp 1:                      14.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.</p> <p>För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.</p>	<p>ALKOHOL</p> <p>14. Indtagelse af alkohol udgør en betydelig risiko for færdselssikkerheden. På grund af problemets alvor må der udvises stor årvågenhed fra lægeside.</p> <p>Gruppe 1:                      14.1 Kørekort må hverken udstedes til eller fornyes for ansøgere og førere, der er afhængige af alkohol, eller som ikke kan holde bilkørsel og indtagelse af alkohol adskilt.</p> <p>Kørekort kan udstedes til eller fornyes for ansøgere og førere, der har været kroniske alkoholikere, efter en periode, hvori de beviseligt har været afholdende, såfremt der foreligger lægeerklæring og gennemføres regelmæssig lægekontrol.</p>	<p>ALKOHOLI</p> <p>14. Alkoholien käyttö on vakava vaara liikenneturvallisuudelle. Tämän ongelman merkittävyden vuoksi lääkärien on oltava erityisen valppain.</p> <p>Ryhmä 1:                      14.1 Ajokorttia ei saa antaa eikä uudistaa hakijoille tai kuljettajille, jotka ovat alkoholiriippuvaisia tai jotka eivät kykene pidättäytymään ajamisesta alkoholin vaikutuksen alaisena.</p> <p>Ajokortti voidaan myöntää tai uudistaa aikaisemmin alkoholiriippuvaiseksi todetulle hakijalle tai kuljettajalle asiantuntijalääkäriin lausunnon ja säännöllisten lääkärintarkastusten perusteella, jos henkilö osoittaa olleensa raittiina määräjän.</p>	<p>ALCOHOL</p> <p>14. Alcohol consumption constitutes a major danger to road safety. In view of the scale of the problem, the medical profession must be very vigilant.</p> <p>Group 1:                      14.1 Driving licences shall not be issued to, or renewed for, applicants or drivers who are dependent on alcohol or unable to refrain from drinking and driving.</p> <p>After a proven period of abstinence and subject to authorised medical opinion and regular medical check-ups, driving licences may be issued to, or renewed for, applicant or drivers who have in the past been dependent on alcohol.</p>

Sverige	Danmark	Finland	Storbritannien
<p>Grupp 2:                      14. 2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.</p> <p>NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL</p> <p>15. Missbruk</p> <p>Oavsett vilken behörighet ansökan gäller skall körkort inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.</p>	<p>Gruppe 2:                      14.2 Den kompetente lægelige myndighed tager behørigt hensyn til de yderligere risici, der er forbundet med at føre de motorkøretøjer, der indgår i denne gruppe.</p> <p>NARKOTIKA OG LÆGEMIDLER</p> <p>15. Misbrug</p> <p>Kørekort må hverken udstedes til eller fornyes for ansøgere og førere, som er afhængige af psykofarmaka, eller som, uden at være afhængige deraf, regelmæssigt indtager psykofarmaka, uanset hvilken kategori kørekort der anmodes om.</p>	<p>Ryhmä 2:                      14.2 Lääkäriin on otettava asianmukaisesti huomioon lisääntyneet riskit ja vaarat, jotka liittyvät tämän ryhmän määritelmän soveltamisalaan kuuluvien ajoneuvojen kuljettamiseen.</p> <p>HUUMEET JA LÄÄKKEET</p> <p>15. Väärinkäyttö</p> <p>Ajokorttia ei saa antaa eikä uudistaa hakijoille tai kuljettajille, jotka ovat riippuvaisia keskushermostoon vaikuttavista aineista tai jotka, olematta niistä riippuvaisia, käyttävät niitä säännöllisesti, riippumatta siitä, minkä luokan ajokortista on kyse.</p>	<p>Group 2:                      14.2 The competent medical authority shall give due consideration to the additional risks and dangers involved in the driving of vehicles covered by the definition of this group.</p> <p>DRUGS AND MEDICINAL PRODUCTS</p> <p>15. Abuse</p> <p>Driving licences shall not be issued to or renewed for applicants or drivers who are dependent on psychotropic substances or who are not dependent on such substances but regularly abuse them, whatever category of licence is requested.</p>

Sverige	Danmark	Finland	Storbritannien
<p>Regelbundet bruk</p> <p>Grupp 1: 15.1 Körkort skall inte utfärdas eller förnyas om sökande eller förare regelbundet och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Detta gäller för alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan.</p> <p>Grupp 2: 15.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.</p>	<p>Regelmæssig indtagelse</p> <p>Gruppe 1: 15.1 Kørekort må hverken udstedes til eller fornyes for ansøgere og førere, der regelmæssigt indtager psykofarmaka, uanset disses form, når de kan nedsætte vedkommendes evne til at føre motorkøretøj på betryggende vis, og hvis den indtagne mængde er så stor, at den påvirker kørslen negativt. Det samme gælder alle andre lægemidler eller kombinationer af lægemidler, der påvirker evnen til at føre motorkøretøj.</p> <p>Gruppe 2: 15. 2 Den kompetente lægelige myndighed tager behørigt hensyn til de yderligere risici, der er forbundet med at føre de motorkøretøjer, der indgår i denne gruppe.</p>	<p>Säännöllinen käyttö</p> <p>Ryhmä 1: 15.1 Ajokorttia ei saa antaa eikä uudistaa hakijoille eikä kuljettajille, jotka säännöllisesti käyttävät sellaisia missä tahansa muodossa olevia keskushermostoon vaikuttavia aineita, jotka käytettyinä määrinä voivat haitata ajoturvallisuutta. Tätä sovelletaan kaikkiin lääkkeisiin tai lääkeryhmiin, jotka voivat vaikuttaa ajokykyyn.</p> <p>Ryhmä 2: 15.2 Lääkäriin on otettava asianmukaisesti huomioon lisääntynyt vaara, joka liittyy tämän ryhmän määritelmän soveltamisalaan kuuluvien ajoneuvojen kuljettamiseen.</p>	<p>Regular use</p> <p>Group 1: 15.1 Driving licences shall not be issued to, or renewed for, applicants or drivers who regularly use psychotropic substances, in whatever form, which can hamper the ability to drive safely where the quantities absorbed are such as to have an adverse effect on driving. This shall apply to all other medicinal products or combinations of medicinal products which affect the ability to drive.</p> <p>Group 2: 15.2 The competent medical authority shall give due consideration to the additional risks and dangers involved in the driving of vehicles covered by the definitions of this group.</p>

## Bilaga 2. Valda länders språklydelser av körkortsdirektivet, översatta till svenska

Sverige	Danmark	Finland	Storbritannien
<p>ALKOHOL</p> <p>14. Alkoholkonsumtion är en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning är det mycket viktigt att läkarna visar stor uppmärksamhet.</p> <p>Grupp 1: 14.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte är i stånd att avstå från att föra fordon i alkoholpåverkat tillstånd.</p> <p>För sökande eller förare som tidigare har varit beroende av alkohol får körkort utfärdas eller förnyas efter en intygad avhållsamsperiod, om detta stöds av ett läkarutlåtande och på villkor att regelbundna hälsokontroller genomförs.</p>	<p>ALKOHOL</p> <p>14. Alkoholintag utgör en betydande risk för trafiksäkerheten. På grund av problemets allvar måste stor försiktighet iaktas från läkarhåll.</p> <p>Grupp 1: 14.1 Körkort får inte utfärdas till eller förnyas för sökande och förare som är beroende av alkohol eller som inte kan hålla bilkörning och alkoholkonsumtionen åtskilt.</p> <p>Körkort får utfärdas till eller förnyas för sökande och förare som har varit kroniska alkoholister, efter en period, under vilken de bevisligen har varit avhållsamma från alkohol, förutsatt att det föreligger ett läkarintyg och att regelbundna läkarkontroller genomförs.</p>	<p>ALKOHOL</p> <p>14. Alkoholkonsumtion utgör en allvarig fara för trafiksäkerheten. Med hänsyn till problemets betydelse måste läkarna vara extra vaksamma.</p> <p>Grupp 1: 14.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas till sökande eller förare som är alkoholberoende eller som inte kan hålla sig från att köra under alkoholpåverkan.</p> <p>På grundval av ett utlåtande från specialistläkare och regelbundna läkarundersökningar får ett körkort utfärdas eller förnyas till en sökande eller förare som tidigare har befunnits vara alkoholberoende, om personen kan visa att han/hon har varit nykter under en viss tid.</p>	<p>ALKOHOL</p> <p>14. Alkoholkonsumtion utgör en stor fara för trafiksäkerheten. Med tanke på problemets omfattning måste läkarna vara mycket vaksamma.</p> <p>Grupp 1: 14.1 Körkort ska inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av alkohol eller inte kan avstå från att dricka och köra bil.</p> <p>Efter en bevisad avhållsamsperiod och med förbehåll för godkänt medicinskt utlåtande och regelbundna medicinska kontroller, kan körkort utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som tidigare varit beroende av alkohol.</p>

Sverige	Danmark	Finland	Storbritannien
<p>Grupp 2:            14. 2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.</p> <p>NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL</p> <p>15. Missbruk</p> <p>Oavsett vilken behörighet ansökan gäller skall körkort inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av eller, utan att vara beroende, regelbundet missbrukar psykofarmaka.</p>	<p>Grupp 2:            14.2 Den behöriga medicinska myndigheten skall ta vederbörlig hänsyn till de ytterligare risker som är förknippade med framförande av motorfordon som ingår i denna grupp.</p> <p>NARKOTIKA OCH LÄKEMEDEL</p> <p>15. Missbruk</p> <p>Körkort får varken utfärdas till eller förnyas för sökande och förare som är beroende av psykofarmaka eller som, utan att vara beroende av dessa, regelbundet intar psykofarmaka, oavsett vilken kategori av körkort som ansökan avser.</p>	<p>Grupp 2:            14.2 Läkaren skall ta vederbörlig hänsyn till de ökade riskerna och farorna som är förknippade med körning av fordon som omfattas av definitionerna i denna grupp.</p> <p>DROGER OCH LÄKEMEDEL</p> <p>15. Missbruk</p> <p>Körkort får inte utfärdas eller förnyas till sökande eller förare som är beroende av ämnen som påverkar det centrala nervsystemet eller som, utan att vara beroende av dem, regelbundet använder sådana, oavsett vilken körkortskategori det är fråga om.</p>	<p>Grupp 2:            14.2 Den behöriga medicinska myndigheten ska ta hänsyn till de ytterligare risker och faror som är förknippade med körning av fordon som omfattas av definitionerna i denna grupp.</p> <p>DROGER OCH LÄKEMEDEL</p> <p>15. Missbruk</p> <p>Körkort ska inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som är beroende av psykotropa ämnen eller som inte är beroende av sådana ämnen men regelbundet missbrukar dem, oavsett vilken körkortskategori det är fråga om.</p>

Sverige	Danmark	Finland	Storbritannien
<p>Regelbundet bruk</p> <p>Grupp 1:                      15.1 Körkort skall inte utfärdas eller förnyas om sökande eller förare regelbundet och i sådana mängder som kan påverka körningen negativt använder psykofarmaka som kan försämra förmågan att köra säkert. Detta gäller för alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar körförmågan.</p> <p>Grupp 2:                      15.2 Den behörige läkaren skall beakta de ytterligare risker och faror som är förknippade med att föra fordon som ingår i denna grupp.</p>	<p>Regelbundet intag</p> <p>Grupp 1:                      15.1 Körkort får varken utfärdas till eller förnyas för sökande och förare som regelbundet konsumerar psykofarmaka, oavsett form, där dessa kan nedsätta förmågan att framföra motorfordon på ett betryggande sätt och om den mängd som intas är så stor att den påverkar körningen negativt. Detsamma gäller alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar förmågan att framföra motorfordon.</p> <p>Grupp 2:                      15. 2 Den behöriga medicinska myndigheten skall ta vederbörlig hänsyn till de ytterligare risker som är förknippade med framförande av motorfordon som ingår i denna grupp.</p>	<p>Regelbunden användning</p> <p>Grupp 1:                      15.1 Körkort får inte utfärdas eller förnyas till sökande eller förare som regelbundet använder ämnen i någon form som påverkar det centrala nervsystemet och som i de mängder som används kan försämra körsäkerheten. Detta gäller alla läkemedel eller kombinationer av läkemedel som kan påverka körförmågan.</p> <p>Grupp 2:                      15.2 Läkaren skall ta vederbörlig hänsyn till den ökade risken som hänför sig till framförande av fordon som omfattas av definitionerna i denna grupp.</p>	<p>Regelbunden användning</p> <p>Grupp 1:                      15.1 Körkort ska inte utfärdas eller förnyas för sökande eller förare som regelbundet använder psykotropa ämnen, oavsett form, som kan försämra förmågan att köra säkert där intagen mängd kan ha negativ inverkan på körningen. Detsamma gäller alla andra läkemedel eller kombinationer av läkemedel som påverkar förmågan att framföra fordon.</p> <p>Grupp 2:                      15.2 Den behöriga medicinska myndigheten ska ta vederbörlig hänsyn till de ytterligare risker och faror som är förknippade med körning av fordon som omfattas av definitionerna i denna grupp.</p>

## Bilaga 3. Beskrivning av tillstånd

### Missbruk

Om 1 eller flera av 4 kriterier uppfyllts inom en 12-månaders period är det frågan om missbruk enligt DSM-IV:

- 1 Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
- 2 Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
- 3 Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket.
- 4 Fortsatt användning trots återkommande problem.

### Skadligt bruk

Enligt ICD-10 innebär skadligt bruk ett bruk av psykoaktiva substanser som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk.

### Beroende

Beroende enligt ICD-10 gäller om 3 av 6 kriterier är uppfyllda under minst en månad eller är återkommande under loppet av en och samma 12-månadersperiod:

- 1 Stark längtan efter drogen.
- 2 Svårighet att kontrollera intaget.
- 3 Fortsatt användning trots skadliga effekter.
- 4 Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- 5 Ökad tolerans.
- 6 Fysiska abstinensproblem.

Beroende enligt DSM-IV kräver att 3 av 7 kriterier är uppfyllda under en och samma 12-månadersperiod:

- 1 Behov av allt större dos för att uppnå rus effekt (ökad tolerans).
- 2 Abstinensbesvär när bruket upphör.
- 3 Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
- 4 Varaktig önskan, eller misslyckade försök att minska intaget.
- 5 Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
- 6 Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
- 7 Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.



## Substansbrukssyndrom

I DSM-V har diagnoserna missbruk och beroende ersatts med diagnosen substansbrukssyndrom. Av elva potentiella symptom värderas allvarlighetsgraden genom att räkna antalet uppfyllda kriterier under samma tolv månaders period. Svårighetsgraden anges som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda.

- 1 Behov av allt större dos för att uppnå rus effekt (ökad tolerans).
- 2 Abstinensbesvär när bruket upphör.
- 3 Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
- 4 Varaktig önskan, eller misslyckade försök att minska intaget.
- 5 Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
- 6 Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
- 7 Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.
- 8 Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
- 9 Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
- 10 Sug/begär efter substansen.
- 11 Fortsatt användning trots återkommande problem.

## Bilaga 4. Jämförelse med Danmark, Finland, Norge och Storbritannien

---

Transportstyrelsen har i avsnitten 7 och 8 beskrivit innebörden av varje bestämmelse i 12 och 13 kap. I redogörelserna finns även korta sammanfattningar av vilka regler övriga länder som ingår i översynen har på motsvarande område. I denna bilaga finns en mer detaljerad beskrivning av ländernas regler på motsvarande område avseende 12 kap. Medicinska regler vid rattfylleri beskrivs i avsnitt 8.7.

---

### 1 §

#### Danmark

I Danmarks Bekendtgørelse om kørekort og vägledning om hälsokraven för bilkörning anges generellt att hälsokraven omfattar alkohol och narkotika.

I vägledningen finns mer utförligt beskrivna kriterier gällande hantering och bedömning av trafikfarliga mediciner. Avsnittet behandlar bl.a. smärtstillande mediciner (opioider och opiater), lugnande medel (bensodiazepiner och bensodiazepin-liknande medel), andra euforiska läkemedel såsom cannabis och heroin<sup>59</sup> och andra trafikfarliga läkemedel såsom antidepressiva, antipsykotika, antihistaminer, antiepileptika och anabola steroider [17] och [18].

#### Finland

I Finlands vägledning anges generellt att hälsokraven omfattar alkohol samt skadligt bruk och beroende av narkotika eller HCI-läkemedel<sup>60</sup>.

I vägledningen finns även särskild information avseende cannabis och substitutionsbehandling.

#### Norge

I Norges föreskrifter om substanser som kan påverka körförmågan anges generellt att hälsokraven omfattar alkohol, rusningsmedel samt läkemedel som tas i berusningsändamål samt läkemedel.

I föreskrifterna finns särskilt specificerade hälsokrav gällande substitutionsbehandling, bensodiazepiner och bensodiazepin-liknande läkemedel, opioider och användning av antihistaminer som sömnmedel. I Norges vägledning finns mer utförligt beskrivna detaljer kring detta och andra trafikfarliga läkemedel, bl.a. anabola steroider.

---

<sup>59</sup> Diacetylmorfin.

<sup>60</sup> Läkemedelspreparat som huvudsakligen har inverkan på det centrala nervsystemet [173].

I vägledningen förklaras även att med begreppet rusningsmedel (rusmidler) avses hälsoskadligt bruk av substans som medför en ökad trafiksäkerhetsrisk, eller beroende av illegala rusgivande substanser. Exempel på sådana substanser ges i föreskriften: cannabis, amfetamin/metamfetamin, heroin, kokain, ecstasy, LSD och hallucinogener [20] och [21].

### **Storbritannien**

I Storbritanniens vägledning finns anvisningar gällande alkohol, narkotika och läkemedel.

I vägledningen delas substanserna in i två kategorier med olika hälsokrav. I den första kategorin anges cannabis, amfetaminer, ecstasy, ketamin, andra psykoaktiva substanser inklusive LSD och hallucinogener. Den andra kategorin innefattar opiater, opioider, bensodiazepiner, syntetiska cannabinoider, metadon, kokain och metamfetamin [29].

## **2 §**

### **Danmark**

I Danmarks vägledning anges följande om alkoholberoende.

Tabell 14. Danmarks definition av alkoholberoende.

Definition enligt Danmarks vägledning	Transportstyrelsens tolkning av innehållet eller kommentar till definition
<p>Nedanstående kriterier kan bruges til at vurdere, om der er tale om egentlig afhængighed af alkohol. Hvis tre ud af kriterierne er opfyldt i mindst en måned inden for de sidste 12 måneder, er der tale om afhængighed.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trang (næsten uimodståelig lyst til alkohol).</li> <li>• Abstinenser (ubehag, sved, uro, høj puls mv.).</li> <li>• Tolerance (det kræver større mængder for samme effekt).</li> <li>• Nedsat kontrol (små mængder alkohol medfører lyst til store mængder og hyppig indtagelse).</li> <li>• Fortsat indtag selvom man ved, at det skader kroppen.</li> <li>• Nedsat evne til at passe arbejde, familie mv.</li> </ul> <p>Desuden er at karakteristisk tegn på afhængighed, at man skal drikke om morgenen for at komme i gang.</p>	<p>Följande kriterier kan användas för att bedöma om ett faktiskt beroende av alkohol föreligger. Om tre av sex kriterier är uppfyllda under minst en månad under de senaste 12 månaderna, är det tal om ett beroende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begär (nästan oemotståndlig önskan om alkohol).</li> <li>• Abstinens (obehag, svettning, rastlöshet, hög hjärtfrekvens etc.).</li> <li>• Tolerans (det krävs större mängder för samma effekt).</li> <li>• Minskad kontroll (små mängder alkohol leder till sug efter stora mängder och frekvent konsumtion).</li> <li>• Fortsatt intag även om man vet att det skadar kroppen.</li> <li>• Nedsatt förmåga att ta hand om arbete, familj etc.</li> </ul> <p>Dessutom är ett karakteristiskt tecken på <i>beroende</i> att man måste dricka på morgonen för att komma igång.</p> <p>Transportstyrelsens bedömning är att ovan angivna kriterier visar likheter med beroendesyndrom enligt diagnosklassifikationssystemen ICD-10 och DSM.</p>

I vägledningen finns ingen motsvarande bedömningsskala eller definition avseende narkotika eller läkemedel [18].

## Finland

Finland har ingen specificerad definition eller beskrivning av beroende. De särskilda hälsokrav som gäller för alkohol beskrivs i avsnitt om skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende (F10) samt skadligt bruk och beroende av narkotika eller HCI-läkemedel (F11-F19), vilket följer klassifikationssystemet ICD-10. I blanketten Läkarutlåtande om körförmågan<sup>61</sup> framgår även att diagnos av rusmedelsberoende ska ställas i enlighet med kriterierna för klassificering av sjukdom i ICD-10 [26] och [171].

## Norge

I Norges föreskrift [20] anges begreppet alkoholberoende. En beskrivning av begreppet anges i vägledningen [21].

Tabell 15. Norges beskrivning av alkoholberoende.

Beskrivning enligt Norges vägledning	Transportstyrelsens tolkning eller kommentar till beskrivning
Med "avhengighet av alkohol" menes atferdsmessige, kognitive og fysiologiske endringer etter langvarig høyt inntak av alkohol der vansker med kontrollert inntak gir økt toleranse og skadelige virkninger neglisjeres (F10.2 – F10.7 i ICD-10).	Med "alkoholberoende" menas beteendemässiga, kognitive och fysiologiska förändringar efter långvarigt högt alkoholintag där svårigheter med kontrollerat intag ökar toleransen och skadliga effekter försummas.  Referens till ICD-10 (F10.2 – F10.7)

I vägledningen anges ingen motsvarande beskrivning för narkotika eller läkemedel [21].

## Storbritannien

I Storbritanniens vägledning anges följande om alkoholberoende inklusive referens till ICD-10 (F10.2).

<sup>61</sup> Ska lämnas in vid ansökan om körkortstillstånd om hälsokraven inte uppfylls (Grupp 1). Blanketten behöver alltid lämnas in för Grupp 2 (både vid ansökan och förlängning av behörigheter).

Tabell 16. Storbritanniens definition av alkoholberoende.

Definition enligt Storbritanniens vägledning	Transportstyrelsens tolkning av innehållet eller kommentar till definition
<p>Guide to definition of dependence</p> <p>There is no single definition to embrace all the variables within alcohol dependence – but the DVLA offers the following:</p> <p>“A cluster of behavioural, cognitive and physiological phenomena that develop after repeated alcohol use, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a strong desire to take alcohol</li> <li>• difficulties in controlling its use</li> <li>• persistent use in spite of harmful consequences</li> <li>• and with evidence of increased tolerance and sometimes a physical withdrawal state”.</li> </ul> <p>Indicators may include any history of withdrawal symptoms, tolerance, detoxification or alcohol-related seizures.</p> <p>The World Health Organization’s classification (ICD-10) code F10.2 is relevant.</p>	<p>DVLA anger ingen enskild definition som omfattar alla variabler kopplat till beroende. Man erbjuder dock en viss vägledning, i vilken man lyfter fram beteendemässiga, kognitiva och fysiologiska fenomen som utvecklas efter upprepat alkoholintag. Exempel på sådana fenomen är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en stark begäran att inta alkohol</li> <li>• svårigheter att kontrollera bruket</li> <li>• ihållande bruk trots vetskap om dess skadliga konsekvenser</li> <li>• och med belägg för ökad tolerans och ibland fysiska avgiftningssymptom.</li> </ul> <p>Indikatorer för alkoholberoende kan omfatta tidigare abstinenssymptom, tolerans, avgiftningar eller alkoholrelaterade kramper.</p> <p>WHO:s klassifikationssystem ICD-10, kod F10.2 är relevant.</p>

När det gäller beroende av narkotika och läkemedel (narkotiska preparat) hänvisar vägledningen till diagnoskoderna F11–F19 i klassifikationssystemet ICD-10 [29].

## 3 §

### Danmark

Danmark har ingen specificerad definition eller beskrivning av missbruk. Begreppet förekommer dock i den vägledande texten [18].

### Finland

Finland har ingen specificerad definition eller beskrivning av missbruk. De särskilda hälsokrav som gäller för alkohol beskrivs i avsnitt om skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende (F10) samt skadligt bruk och beroende av narkotika eller HCI-läkemedel (F11-F19), vilket följer klassifikationssystemet ICD 10. I blanketten Läkarutlåtande om körförmågan<sup>62</sup> framgår att diagnos av rusmedelsberoende ska ställas i enlighet med kriterierna för klassificering av sjukdom i ICD-10 [26] och [171].

### Norge

I Norges föreskrifter [20] anges begreppen ”långvarigt högt intag av alkohol” och ”skadligt bruk av alkohol”. Begreppet missbruk definieras inte men förekommer i den beskrivande texten. I vägledningen [21] definieras begreppen enligt följande.

Tabell 17. Norges definition av ”långvarigt högt intag” och ”skadligt bruk av alkohol”.

Definition enligt Norges vägledning	Transportstyrelsens tolkning eller kommentar till definition
Med ”langvarig høyt inntak” og ”skadelig bruk av alkohol” menes inntak av alkohol i en grad som kan føre til forstyrrelse i atferd, gi helsesvekkelse og føre til avhengighet (F10.1 i ICD-10).	Med ”långvarigt högt intag” och ”skadligt bruk av alkohol” menas alkoholkonsumtion i en grad som kan leda till störningar i beteendet, försämra hälsan och leda till beroende.  Referens till F10.1 i ICD-10.

Avseende narkotika och läkemedel anges i föreskrifterna [20] begreppet ”hälsoskadligt bruk som medför ökad trafiksäkerhetsrisk”. I vägledningen [21] definieras begreppet enligt följande:

<sup>62</sup> Ska lämnas in vid ansökan om körkortstillstånd om hälsokraven inte uppfylls (Grupp 1). Blanketten behöver alltid lämnas in för Grupp 2 (både vid ansökan och förlängning av behörigheter).

Tabell 18. Norges definition av "hälsoskadligt bruk som medför ökad trafiksäkerhetsrisk".

<b>Definition enligt Norges vägledning</b>	<b>Transportstyrelsens tolkning eller kommentar till definition</b>
<p>Med "hälsoskadligt bruk som gir økt trafiksikkerhetsrisiko" menes en rusbruk som påvirker helsen slik at det går ut over evnen til sikker bilkjøring, både når vedkommende er påvirket av middelet og når vedkommende ikke er påvirket (f. eks. endret atferd, svekket kognitiv funksjon).</p>	<p>Med "hälsoskadligt bruk som medför ökad trafiksäkerhetsrisk" menas "narkotikaanvändning" som påverkar hälsan i sådan omfattning att den har verkan på körförmågan, både när personen är påverkad av substansen och när personen inte är påverkad av substansen (till exempel förändrat beteende eller nedsatt kognitiv funktion).</p>

## Storbritannien

I Storbritanniens vägledning anges följande beskrivning av alkoholmissbruk:

Tabell 19. Storbritanniens definition av alkoholmissbruk.

<b>Definition enligt Storbritanniens vägledning</b>	<b>Transportstyrelsens tolkning av innehållet eller kommentar till definition</b>
<p>Guide to definition of misuse</p> <p>There is no single definition to embrace all the variables within alcohol misuse – but the DVLA offers the following:</p> <p>“A state that causes, because of consumption of alcohol, disturbance of behaviour, related disease or other consequences likely to cause the patient, their family or society present or future harm and that may or may not be associated with dependence”.</p> <p>The World Health Organization’s classification (ICD-10) code F10.1 is relevant.</p>	<p>DVLA anger ingen enskild definition som omfattar alla variabler som kan kopplas till alkoholmissbruk. Man erbjuder dock en viss vägledning:</p> <p>”Ett tillstånd som på grund av alkoholkonsumtion orsakar beteendestörningar, sjukdom eller andra konsekvenser och skador (även framtida) för patienten, familj eller samhälle, och som skulle kunna förknippas med beroende.”</p> <p>Referens till ICD-10, diagnoskod F10.1 är relevant.</p>



När det gäller missbruk av narkotika och läkemedel (narkotiska preparat) hänvisar vägledningen till diagnoskoderna F11–F19 i klassifikationssystemet ICD-10 [29].

## 4 §

### Danmark

Danmark har ingen motsvarande bestämmelse. I vägledningen [18] finns angivna kriterier som kan användas för att fastställa om alkoholberoende föreligger. Dessa är jämförbara med diagnoskriterierna för beroendesyndrom (F10.2) i ICD-10.

### Finland

I Finlands vägledning [26] anges sjukdomstillstånden enligt diagnosklassifikationssystemet ICD-10 och diagnos ska ställas i enlighet med detta diagnosverktyg. Se även 2-3 §§ [26] och [171].

### Norge

I Norges vägledning [21] om hälsokraven för alkohol refereras till diagnosklassifikationssystemet ICD-10. Någon motsvarighet för narkotika och läkemedel anges inte, se även 2-3 §§.

### Storbritannien

I Storbritanniens vägledning [29] hänvisas det till diagnosklassifikationssystemet ICD-10, se även 2-3 §§.

## 5 §

### Danmark

I Danmarks vägledning anges att anabola steroider ska prövas enligt hälsokraven för trafikfarliga mediciner. Vid konstaterat missbruk anges att körförbud vanligtvis bör utfärdas [18].

### Finland

Finland har ingen motsvarande bestämmelse [26].

### Norge

I Norges vägledning [21] anges att bruk av anabola androgena steroider ska prövas enligt hälsokraven för läkemedel.

### Storbritannien

Storbritannien har ingen motsvarande bestämmelse [29].

## 6 och 7 §§

### Danmark

#### Alkohol

I Danmarks vägledning anges att förare som är beroende av alkohol eller som inte är i stånd att avstå från drickande samtidigt som de kör, bör få ett medicinskt körförbud utfärdat. Vid alkoholberoende bör det finnas minst sex månaders dokumenterad avhållsamhet före återupptagande av körning. När det gäller behörigheterna i Grupp 2 måste läkaren även beakta de ytterligare risker som finns kopplat till att köra de fordon som ingår i den gruppen.

I vägledningen framgår också att fortsatt körning är oförenlig med samtidigt alkoholmissbruk [18].

#### Narkotika och läkemedel

Förare som är beroende av narkotika eller andra sinnespåverkande substanser bör få ett medicinskt körförbud utfärdat. Detta gäller även vid regelbundet bruk av läkemedel, när det bedöms att det kan försämra personens förmåga att köra ett motorfordon. Körförbudet bör gälla tills tillståndet är stabilt och tills det inte finns någon samtidig konsumtion av andra sinnesförändrande substanser. När det gäller behörigheterna i Grupp 2 måste läkaren även beakta de ytterligare risker som finns kopplat till att köra de fordon som ingår i den gruppen [18].

Danmark har inga specifika krav vad gäller diagnosen missbruk av narkotika och läkemedel. Av vägledningen framgår däremot att hinder kan föreligga även för personer som regelbundet använder narkotika eller andra sinnespåverkande preparat, oavsett form, om det kan bedömas påverka körningen negativt.

### Finland

#### Alkohol

I Finlands vägledning anges att hälsokraven för körkort inte uppfylls om en person är ur stånd att avstå från att köra motorfordon i alkoholpåverkat tillstånd. Vidare anges att alkoholberoende i allmänhet utgör ett hinder, om det inte går att säkerställa att personen är rusmedelsfri i minst en månad genom vård och uppföljning. t.ex. genom kontrollerad behandling med antabus och regelbundna blåstester.

Enligt Finlands körkortslag [24] kan det även anses att hälsokraven för att få köra uppfylls om det fordon som personen kör är utrustat med ett alkoholås. Om en läkare är osäker om en person är lämplig att köra, kan denne föreslå att ett alkoholås ska användas på medicinsk grund så att personen även fortsättningsvis kan fortsätta köra [26].

I Finlands vägledning framgår även att om långvarig missbruksstörning vad gäller alkohol fastställs ska körförbud utfärdas i minst en månad.

För att påvisa långvarig missbruksstörning som påverkar körförmågan negativt kan det räcka med att kriterierna för ett sannolikt missbruk enligt Finlands rekommendation "God medicinsk praxis" uppfylls:

- alkoholhalten i patientens blod eller utandningsluft överstiger 1 promille på en mottagning med tidsbeställning
- alkoholhalten är över 3 promille i vilken situation som helst eller
- alkoholhalten är över 1,5 promille utan att patienten uppvisar tecken på berusning.

### **Narkotika och läkemedel**

När det gäller narkotika och läkemedel uppfylls inte hälsokraven för bilkörning om en person är beroende av narkotika, använder dem regelbundet eller missbrukar läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet. Vidare anges att hälsokraven inte heller uppfylls om missbruk av droger eller läkemedel har orsakat bestående förändringar i hälsotillståndet som stör körförmågan eller äventyrar körsäkerheten. Om ett läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet till exempel orsakar trötthet och nedsatt observationsförmåga när behandlingen inleds, uppfylls inte hälsokraven så länge som biverkningarna förekommer [26].

### **Norge**

#### **Alkohol**

I Norges föreskrifter [20] anges att hälsokravet inte uppfylls om alkohol brukas på ett sätt som leder till försämrad hälsa med ökad trafiksäkerhetsrisk.

I Norges vägledning framgår vidare att alkoholberoende, långvarig hög alkoholkonsumtion eller skadlig användning av alkohol innebär att hälsokravet inte är uppfyllt. "Långvarigt högt intag" och "skadlig användning av alkohol" betyder enligt Norges definition en alkoholkonsumtion i en grad som kan leda till störningar i beteendet, försämra hälsan och leda till beroende (F10.1 i ICD10) [21].

När det gäller alkohol specificeras att hälsokravet kan anses vara uppfyllt efter en viss avhållsamhetstid eller drogfrihet. Tiden kan variera från sex månader och upp till tre år, beroende på om det gäller Grupp 1 eller Grupp 2-3.

#### **Narkotika och läkemedel**

I Norges föreskrifter [20] anges att hälsokravet inte uppfylls om narkotika eller läkemedel brukas på ett sätt som leder till försämrad hälsa med ökad trafiksäkerhetsrisk.

Vad gäller narkotika och läkemedel så framgår att hälsokravet inte är uppfyllt vid skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken eller vid beroende av illegal narkotika eller läkemedel. "Skadlig användning som ökar trafiksäkerhetsrisken" definieras som en droganvändning som påverkar hälsan så att det går ut över förmågan att köra säkert, både när personen är påverkad av drogen och när personen inte är påverkad (t.ex. förändrat beteende, nedsatt kognitiv funktion).

När det gäller narkotika specificeras att hälsokravet kan anses vara uppfyllt efter en viss avhållsamhetstid eller drogfrihet. Tiden kan variera från sex månader och upp till tre år, beroende på om det gäller Grupp 1 eller Grupp 2-3.

När det gäller läkemedel ser det olika ut när hälsokraven kan anses vara uppfyllda eller inte, beroende på vilken typ av läkemedel och om körkortsinnehavet gäller Grupp 1 eller Grupp 2-3 [20].

## **Storbritannien**

### **Alkohol**

Storbritannien har olika krav för alkoholmissbruk och alkoholberoende samt för Grupp 1 och Grupp 2.

Vid alkoholmissbruk får man inte köra och måste meddela körkortsmyndigheten om sitt sjukdomstillstånd. Körkortet kommer därefter nekas eller återkallas tills man kan visa minst sex månaders (Grupp 1) eller minst ett års (Grupp 2) kontrollerat drickande eller avhållsamhet och att blodparametrar normaliserats.

Vid alkoholberoende får man inte köra och måste meddela körkortsmyndigheten om sitt sjukdomstillstånd. Körkortet kommer därefter nekas eller återkallas tills man kan visa minst ett år (Grupp 1) utan alkoholproblem. För Grupp 2 gäller att alla som haft alkoholberoende under de senaste tre åren kommer att nekas körkort eller få sitt körkort återkallat. Avhållsamhet krävs, samt normaliserade blodparametrar om det är relevant [29].

### **Narkotika och läkemedel**

När det gäller narkotika delar Storbritannien upp vissa substanser i olika kategorier och har även olika krav vad gäller Grupp 1 och Grupp 2.

I den första kategorin ingår:

- cannabis
- amfetaminer
- ecstasy (MDMA)
- ketamin
- andra psykoaktiva substanser inklusive LSD och hallucinogener

Det som gäller i den här kategorin är att man inte får köra och måste meddela körkortsmyndigheten om sitt missbruk eller beroende. En läkarundersökning som bekräftar problemet kommer att leda till att körkortet nekas eller återkallas i minst 6 månader (för Grupp 1) eller minst ett år (Grupp 2). Under denna tid måste man vara fri från missbruk eller beroende.

I den andra kategorin ingår:

- opiater
- opioider
- bensodiazepiner
- syntetiska cannabinoider
- metadon
- kokain
- metamfetamin

Det som gäller i den här kategorin är att man inte får köra och måste meddela körkortsmyndigheten om sitt missbruk eller beroende. En läkarundersökning som bekräftar problemet kommer att leda till att körkortet nekas eller återkallas i minst ett år (för Grupp 1) eller minst tre år (Grupp 2). Under denna tid måste man vara fri från missbruk eller beroende [29].

## 8 §

### Danmark

Danmark har ingen motsvarande beskrivning av vad som avses med nykterhet [18]. I vägledningen anges att vid alkoholberoende bör det, efter ett medicinskt körförbud, finnas en dokumenterad avhållsamsperiod innan bilkörning kan återupptas. Dokumentationen av alkoholavhållsamsperiod kan göras genom regelbunden uppföljning hos läkare eller klinik.

När det gäller narkotika och läkemedel anges att ett körförbud bör gälla tills tillståndet är stabilt och att det inte förekommer någon samtidig konsumtion av annan narkotika eller läkemedel. Detta ska bekräftas med negativa urintester under en viss tidsperiod.

### Finland

Finland har ingen motsvarande beskrivning av vad som avses med nykterhet [26]. Då alkoholberoende eller långvarig missbruksstörning fastställs utfärdas körförbud i minst en månad och vårdåtgärder och uppföljningsförfaranden vidtas för att behandla beroendet. Om patienten inte i tillräcklig grad svarar på behandling kan körförbudet behöva förlängas. Om patienten i tillräcklig grad svarar på behandling kan återställande av rättigheten för bilkörning övervägas.

Inte heller när det gäller skadligt bruk och beroende av narkotika eller HCI-läkemedel finns några särskilda anvisningar eller bestämmelser om vad nykterhet innebär.

## Norge

Norge har ingen motsvarande beskrivning av vad som avses med nykterhet [20] [21]. Vid alkoholberoende, långvarig hög alkoholkonsumtion eller skadlig användning av alkohol uppfylls hälsokraven efter en avhållsperiod, där månatlig uppföljning visar normalisering av biologiska prover som speglar alkoholkonsumtionen.

När det gäller upprepad eller ihållande användning av narkotika uppfylls hälsokraven efter en avhållsperiod med drogfrihet som ska vara dokumenterad genom lämplig provtagning.

Vid läkemedelsbehandling finns det för vissa specificerade läkemedel angivna tröskelvärden som doseringen inte får överskrida.

## Storbritannien

Storbritannien har ingen motsvarande beskrivning av vad som avses med nykterhet [29]. Om alkoholmissbruk eller alkoholberoende föreligger ska blodparametrar normaliseras innan körkort kan komma i fråga. När det gäller drogmissbruk eller drogberoende anges att man ska visa att man är fri från missbruk eller beroende innan man kan få köra fordon igen.

## 9 §

### Danmark

I Danmarks vägledning [18] anges följande krav för alkohol, narkotika och läkemedel.

Tabell 20. Avhållsperiod i Danmark.

	<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2 och 3</b>
<b>Beroende alkohol</b>	Minst 6 mån	Minst 6 mån
<b>Missbruk alkohol</b>	Anges inte	Anges inte
<b>Beroende narkotika och läkemedel</b>	Minst 6 mån	Minst 6 mån
<b>Missbruk narkotika och läkemedel</b>	Minst 6 mån	Minst 6 mån

## Finland

I Finlands vägledning [26] anges att vid alkoholberoende eller långvarig missbruksstörning utfärdas körförbud i minst en månad. Om patienten inte i tillräcklig grad svarar på behandlingen kan körförbudet behöva förlängas.

Någon avhållsamhetsperiod eller observationstid anges inte för narkotika eller läkemedel.

## Norge

I Norges föreskrifter [20] anges följande krav för alkohol och narkotika, både vad gäller beroende och skadlig användning. Särskilda bestämmelser finns vid substitutionsbehandling, se 15 §.

Tabell 21. Avhållsamhetstid i Norge.

	<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2 och 3</b>
<b>Beroende alkohol</b>	6 mån	1 år
<b>Skadlig användning alkohol</b>	6 mån	1 år
<b>Beroende narkotika</b>	6 mån	3 år
<b>Skadlig användning narkotika</b>	6 mån	3 år

## Storbritannien

I Storbritanniens vägledning [29] anges följande krav för alkohol.

Tabell 22. Avhållsamhetstid i Storbritannien (alkohol).

	<b>Grupp 1</b>	<b>Grupp 2 och 3</b>
<b>Alkoholmissbruk</b>	6 mån	1 år
<b>Alkoholberoende</b>	1 år	3 år

När det gäller narkotika har Storbritannien olika krav [29] beroende på vilken substans som är aktuell samt om det gäller lägre eller högre körkortsbehörigheter. Det görs däremot ingen skillnad på om det handlar om missbruk eller beroende.

Tabell 23. Avhållsamhet i Storbritannien (narkotika och läkemedel).

Substans	Grupp 1	Grupp 2 och 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• cannabis</li><li>• amfetaminer</li><li>• ecstasy (MDMA)</li><li>• ketamin</li><li>• andra psykoaktiva substanser inklusive LCD och hallucinogener</li></ul>	6 mån	1 år
<ul style="list-style-type: none"><li>• opiater</li><li>• opioider</li><li>• bensodiazepiner</li><li>• syntetiska cannabinoider</li><li>• metadon</li><li>• kokain</li><li>• metamfetamin</li></ul>	1 år	3 år

## 10 §

I Norge, Finland, Storbritannien eller Danmark finns ingen motsvarande bestämmelse.

## 11 §

### Danmark

#### Alkohol

I Danmarks vägledning anges att förare som är beroende av alkohol, eller som inte kan avstå från bruk av alkohol och samtidigt köra bil, bör få ett medicinskt körförbud. Innan bilkörning kan återupptas bör dokumenterad avhållsamhet styrkas, t.ex. genom regelbunden läkaruppföljning. Man har inga angivna bestämmelser om provtagningar. När hälsokravet anses uppfyllt kan intyg med vidare rekommendation utfärdas av läkare eller en specialist i psykiatri [18].

#### Narkotika och läkemedel

När det gäller narkotika och läkemedel gäller nolltolerans, vilket innebär att personer bör uppvisa minst sex månaders dokumenterad ”drogfrihet” innan körkort kan förnyas eller utfärdas. Under denna period råder körförbud. Tiden för att verifiera nykterhet kan således variera, dock anges att den bör gälla tills tillståndet är stabilt och det kan fastställas att ingen samtidig konsumtion av andra substanser som kan påverka körförmågan föreligger. Man har inte angivit



något specifikt kontrollschema med vilka substanser som ska testas. Vanligtvis innebär det dock att personen behöver lämna godkända urinprover under en viss tidsperiod, vilket till exempel kan vara sex gånger på sex månader.

Om hälsokravet uppfylls efter avhållsperioden kan ett hälsointyg utfärdas med rekommendation om tidsbegränsat körkort [14] och [18].

## **Finland**

Finland har ingen motsvarande bestämmelse avseende verifiering av nykterhet.

Då alkoholberoende eller långvarig missbruksstörning fastställs utfärdas körförbud och vårdåtgärder och uppföljningsförfaranden vidtas för att behandla beroendet.

När det gäller skadligt bruk och beroende av narkotika eller HCI-läkemedel finns inga särskilda anvisningar, detta hanteras inom hälso- och sjukvården.

I samband med rattfylleribrott kan polisen kräva att personen ska lämna in ett läkarutlåtande om körförmågan. I detta avseende finns viss vägledning om hur utvärdering av alkoholmissbruk kan utföras, t.ex. provtagning (se 13 kap.) [14] och [26].

## **Norge**

### **Alkohol**

I Norges föreskrifter [20] anges att om hälsokravet inte uppfylls måste ett kontrollförfarande genomföras som dokumenterar kontinuerlig avhållsamhet och normalisering av biologiska prover som speglar alkoholkonsumtionen. Enligt vägledningen [21] innebär det att man kan styrka ”nästan noll konsumtion” genom upprepad provtagning med PEth och CDT. Avhållsperioden innefattar även fysiska konsultationer med behandlande läkare, psykolog eller behandlingshem. Underlåtenhet att delta leder vanligtvis till en anmälan. Eventuellt kan hela kontrollperioden behöva göras om.

Avhållsperioden ska verifieras genom månatlig provtagning, där provtagningen kan se ut enligt följande [21] och [22]:

Tabell 24. Provtagning vid kontroll av avhållsamhet i Norge.

Prov	Frekvens	Kommentar
<b>PEth (helblod)</b>	Varje vecka under den första månaden, därefter var 2 – 4 vecka	Tätare provtagning i början för att bekräfta avhållsamhet
<b>EtG och EtS (urin)<sup>63</sup></b>	2 prov per vecka alternativt 1 prov per vecka + stickprover	Kan användas som kompletterande eller stödjande analys i början av en kontrollperiod för att styrka nykterhet och mer specifikt ringa in omfattning av bruket
<b>CDT</b>	En gång per månad tills slutet av kontrollperioden	-

När avhållsperioden är avslutad och hälsokravet är uppfyllt kan ett hälsointyg med begränsad giltighet utfärdas (se även 17 § om uppföljning).

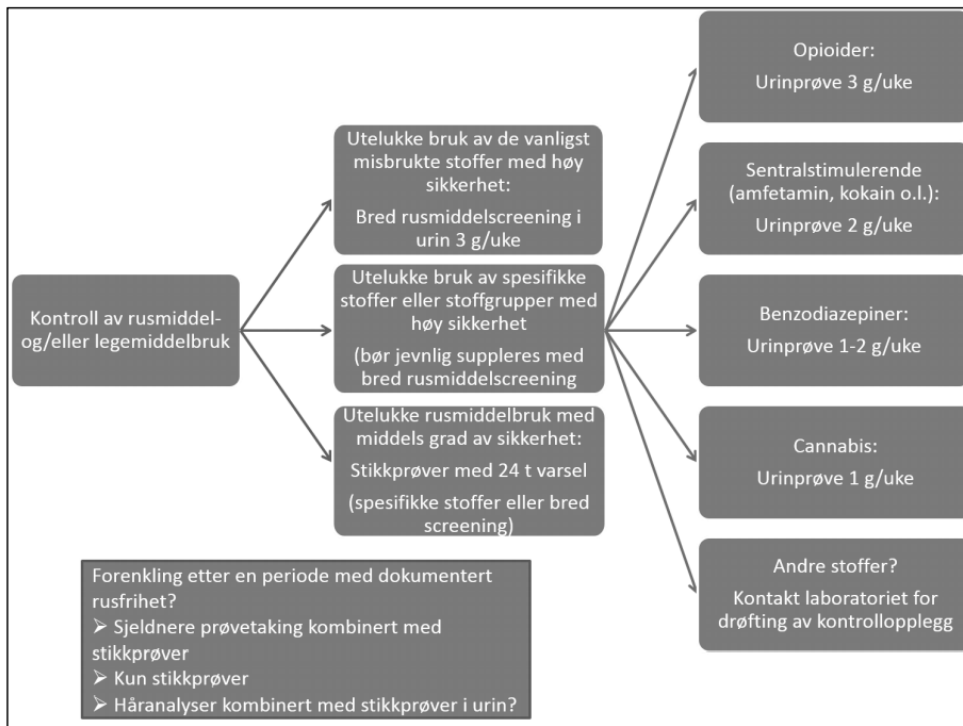
### Narkotika och läkemedel

När det gäller narkotika och läkemedel krävs verifiering av drogfrihet, vilket ska dokumenteras med lämplig provtagning. Inledningsvis ska provtagningen tas med korta intervaller, frekvensen kan därefter justeras om bedömning görs att körkortsinnehavaren eller sökande kommer att förbli drogfri. En individuell nedtrappning av provtagningen görs succesivt, utifrån utfallet på initial screening. Kontrollförfarandet är således individuellt anpassat [21].

Ett kontrollupplägg kan ske genom bred narkotikascreening, inledningsvis ofta med tre urinprovtagningar per vecka för att exkludera de vanligaste substanserna/grupperna. Ett alternativ till kontrollupplägg kan vara riktad testning mot den eller de substanser som misstänks. Sådant kontrollupplägg bör även kompletteras med en bred screening. Ett annat alternativ till kontrollupplägg kan ske genom slumpvis provtagning. I sådant fall måste

<sup>63</sup> Etylglukuronid (EtG) och etylsulfat (EtS).

personen åta sig att lämna urinprov 10-20 gånger med 24 timmars varsel under ett år [21] och [23]. Ett kontrollschema för narkotika kan se ut enligt följande.



Figur 1. Forslag på kontrollopplægg avseende narkotika och/eller läkemedel (bild hämtad från Bruk av laborieprøver for påvisning av inntak av alkohol, medikamenter og rusmidler i forbindelse med førerkortsaker [22]).

Om personen ordineras beroendeframkallande läkemedel (t.ex. opioider eller bensodiazepiner) kan det vara aktuellt att kontrollera att denne inte tar högre doser än vad som föreskrivs, eller använder andra läkemedel eller narkotika än vad som föreskrivits [23] (se även 15 §).

I övrigt gäller samma kriterier som för alkohol avseende körförbud, läkarkontakt och utfärdande av hälsointyg. Vid eventuellt blandmissbruk/beroende anges att varje enskilt hälsokrav måste uppfyllas, t.ex. kraven gällande alkohol respektive narkotika [21].

## Storbritannien

### Alkohol

I Storbritanniens vägledning anges att vid diagnosen missbruk råder körförbud och att körkortmyndigheten ska underrättas. För att få köra krävs det att man kan styrka ett "kontrollerat drickande" alternativt uppvisa avhållsamhet. Detta ska bekräftas genom provtagning och normalisering av biologiska

blodmarkörer, och eller med stöd av ett läkarutlåtande. Man har inget angivet kontrollschema för hur ofta eller vilka provtagningar som ska göras.

Vid diagnosen beroende anges att det krävs bekräftad avhållsamhet. Man har däremot inte definierat vad detta innebär. I vägledningen anges även att körkortsmyndigheten, utöver krav på regelbundna läkarutlåtanden, även kan komma att genomföra egna medicinska undersökningar inklusive provtagning samt stöd från specialistläkare [29].

### **Narkotika och läkemedel**

I Storbritanniens vägledning anges att vid beroende och missbruk krävs total avhållsamhet/drogfrihet. Körkortsmyndigheten kan kräva medicinska undersökningar vilket inkluderar narkotikascreening [29].

## **12 §**

### **Danmark**

Danmark har att inga fastställda bestämmelser gällande provtagning eller undersökningsmetoder i sin körkortvägledning, detta hanteras inom hälso- och sjukvården. Viss information finns däremot gällande narkotikaprovtagning, där det anges att urintoxikologisk provtagning vanligen begärs av polis vid utredning om misstanke om otillåtet bruk eller missbruk av narkotika. I anvisningarna anges att det till exempel kan handla om sex provtagningar under sex månader med växlande intervaller, inklusive uppgifter om kreatininkoncentration och referensområde. Håranalys var tredje månad kan användas istället för urinprovtagning [18].

### **Finland**

Finland har ingen motsvarande reglering i körkortslagstiftningen eller i anvisningarna till hälso- och sjukvårdspersonal.

### **Norge**

I Norges föreskrifter som specificerar hälsokraven anges att verifiering avseende alkohol ska ske med ”biologiska prover”. När det gäller narkotika anges att verifiering ska ske med ”lämpliga prover” [20].

Blodprov ska huvudsakligen användas för kontroll av alkoholbruk och urinprover för att kontrollera narkotika och läkemedel. I vissa fall kan även urinprov och håranalys användas, oavsett om det avser alkohol, narkotika och läkemedel. Detta beskrivs mer ingående nedan [21].

## Alkohol

PEth och CDT anges specifikt för att kontrollera långvarig alkoholöverkonsumtion. Vilka riktvärden som ska uppnås är lite olika beroende på om provtagningen avser kontroll av avhållsamhet eller vid uppföljning, d.v.s. när hälsokravet är uppfyllt [21] och [22].

Generella referensvärden för PEth och CDT är enligt följande:

Tabell 25. Angivna referensvärden för PEth och CDT (Norge).

PEth-värde	Tolkning
< 0,03 µmol/l	Ingen eller mycket låg alkoholkonsumtion
0,03 – 0,3 µmol/l	Måttlig alkoholkonsumtion
> 0,3 µmol/l	Omfattande, regelbunden alkoholkonsumtion
CDT-värde	Tolkning
< 2,5 %	Referensområdet kan variera mellan olika laboratorier (1,7 – 2,5 %)

## Provtagning och nivåer

Vid kontroll av avhållsamhet är kraven generellt hårdare än vid uppföljning. Det innebär att nästan ”noll konsumtion” eller total avhållsamhet krävs. Under uppföljningsperioden är kraven mildare. I tabellen nedan redovisas vilka typer av prover och nivåer som ska uppnås i de olika sammanhangen.

Tabell 26. Provtagning och nivåer vid kontroll av avhållsamhet och uppföljning i Norge.

Prov	Kontrolltillfälle	Nivå	Kommentar
PEth (helblod)	Avhållsamhet	bör sjunka < 0,03 µmol / l	Bekräfta avhållsamhet
	Uppföljning	< 0,30 µmol / l	Bekräfta måttlig konsumtion (kontrollerat bruk)

Prov	Kontrolltillfälle	Nivå	Kommentar
<b>EtG och EtS (urin)</b>	Avhållsamhet	Bör vara 0	Kan användas som kompletterande eller stödjande analys i början av avhållsamhetsperioden för att styrka nykterhet och mer specifikt ringa in omfattning av bruket.
<b>CDT</b>	Avhållsamhet och uppföljning	Relativ ökning av CDT på >30 % jämfört med nollvärde indikerar återfall	Basvärdet fastställs genom regelbunden parallell mätning av EtG och EtS under 4 veckor. Samtliga dessa värden ska vara negativa, alternativt får personen ta antabus under tillsyn.
<b>Hårprov (EtG)</b>	Uppföljning	Bör vara 0	Anges att det kan användas i undantagsfall och bör i sådant fall kompletteras med slumpmässiga urinprover (EtG och EtS) alternativt PEth.

## Narkotika och läkemedel

I huvudsak ska provtagning göras med urinprov, men även blodprov (serum) kan användas om man vill kontrollera att föreskriven dosering av ett läkemedel följs. Även håranalyser kan användas i samband med screening, men rekommendationen är att sådana analyser ska kompletteras med slumpmässig urinprovstagning. Så kallade ”snabbtester” används inte i körkortsammanhang.

När det gäller tidsangivelse för hur nära kallelse provtagning av blod- eller hårprov ska tas finns inga utpekade krav, men vid provtagning i urin framgår att prov bör lämnas senast 24 timmar efter kallelse [22].

Akkreditering är inget officiellt krav, men rekommendationen för att uppnå aktuella kvalitetskrav är genom akkreditering<sup>64</sup>.

I övrigt har man angivna krav avseende medicinsk bedömning av resultat, verifierande analys vid positiv screening. Urintoxikologisk provtagning ska normalt tas under tillsyn. Även pH-mätning och kreatininvärde ska kontrolleras [23].

<sup>64</sup> Norsk akkreditering, <https://akkreditert.no>

## Storbritannien

Storbritannien har ingen motsvarande reglering i körkortslagstiftningen eller i vägledningen. I den vägledande dokumentationen anges att blodparametrar (CDT) kan användas avseende alkohol och urinprover avseende narkotika [29], det är dock inte reglerat exakt hur detta ska ske [14].

## 13 §

Varken Norge, Finland, Storbritannien eller Danmark har någon motsvarande reglering gällande prognosbedömning vid diagnos. Eftersom de utvalda länderna i stor utsträckning använder sig av vägledningar, ges mer specificerade och detaljerade beskrivningar av vad som ska beaktas i respektive avsnitt om till exempel alkohol, narkotika och läkemedel och som i viss utsträckning påminner om 13 §. Endast Storbritannien refererar specifikt till sina avsnitt om psykiska sjukdomar och störningar samt neurologiska störningar [29].

## 14 §

Varken Norge, Finland Storbritannien eller Danmark har någon motsvarande jämförbar bestämmelse. I likhet med Sveriges medicinföreskrifter ska en individuell bedömning göras i det enskilda fallet.

## 15 §

### Danmark

I Danmarks vägledning anges att substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin inte nödvändigtvis är oförenligt med bilkörning.

Om behandling med metadon eller buprenorfin är medicinskt kontrollerad, har varit stabil i sex månader och ingen annan användning av andra läkemedel eller illegal narkotika förekommer, kan körkort utfärdas eller förnyas för behörigheter i Grupp 1.

För Grupp 2 anges att endast under mycket stabila och dokumenterade förhållanden kan körkort för behörighet C1 och C utfärdas eller förnyas. Körkort för andra behörigheter i Grupp 2 bör inte utfärdas eller förnyas. Vidare anges att det vanligtvis bör finnas villkor om tidsbegränsning av körkortet på två år [18].

### Finland

I Finlands vägledning anges att en opiatberoende förare i Grupp 1 som genomgår substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin ska meddelas körförbud till dess att vårsituationen har stabiliserats och parallell rusmedelsanvändning eller skadlig användning av läkemedel inte förekommer.

Om en person som genomgår substitutionsbehandling för första gången ansöker om körkort för Grupp 2, uppfylls inte hälsokraven. Om en person som genomgår substitutionsbehandling redan har körkort för Grupp 2, kan man överväga att hälsokraven uppfylls i undantagsfall endast om behandlingen är i ett stabilt skede och ingen parallell användning av rusmedel eller skadlig användning av läkemedel förekommer [26].

## Norge

I Norges föreskrifter finns särskilda bestämmelser kring substitutionsbehandling. För Grupp 1 är hälsokraven uppfyllda efter ett år med stabil behandling förutsatt att:

- fortsatt uppföljning och kontroll av den ordinerande läkaren och
- ingen användning av andra medel som påverkar körförmågan.

För Grupp 2 och 3 uppfylls inte hälsokravet om personen har en pågående substitutionsbehandling. Först efter avslutad substitutionsbehandling och därefter tre års drogfrihet, dokumenterad med lämpliga tester, kan ett hälsointyg utfärdas med en rekommendation om körkort [20].

## Storbritannien

I Storbritanniens vägledning framgår att sökande eller förare i Grupp 1 som deltar i substitutionsbehandling kan få ha körkort med förbehåll för gynnsamma bedömningar och normala årliga läkarundersökningar. Bruk av andra substanser får inte förekomma. Ett antal andra villkor ska också vara uppfyllda, till exempel måste personen visa stabilitet i programmet under minst ett år samt behandlingsföljsamhet.

För Grupp 2 kan sökande eller förare som deltar i substitutionsbehandling få ha körkort med förbehåll för gynnsamma bedömningar och normala årliga läkarundersökningar. Först krävs dock minst tre års stabilitet i programmet med gynnsamma slumpmässiga urinprov. Ett antal andra villkor ska också vara uppfyllda, till exempel att personen inte använder andra substanser och kan visa behandlingsföljsamhet [29].

## 16 §

### Danmark

I Danmarks vägledning finns ett särskilt avsnitt om trafikfarliga mediciner som påverkar det centrala nervsystemet men också andra substanser som under speciella omständigheter kan påverka förmågan att köra säkert. I ett exempel, som avser bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, finns information om exempelvis halveringstider, maximalt tillåten dygnsdosering, kriterier för avhållsamhet, uppföljning och när körförbud bör utfärdas [18].



## Finland

I Finlands vägledning anges att i synnerhet vid långvarig medicinering ska behandlande läkare bedöma medicineringens inverkan på körförmågan individuellt och regelbundet, med beaktande av personens körkortskategori och övriga hälsotillstånd. Vidare anges att hälsokraven för körkort kan anses uppfyllda om personen använder läkemedel enligt läkarens ordination och medicineringen inte påverkar uppmärksamheten eller den övriga prestationsförmågan [26].

## Norge

I Norges föreskrifter finns specificerade hälsokrav gällande bruk av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, opioider (lång respektive kort smärtbehandling) och användning av antihistaminer som sömnmedel. För dessa läkemedelstyper finns t.ex. särskilda tröskelvärden avseende tillåten daglig dosering, kriterier för avhållsamhet och uppföljning. Olika krav gäller för Grupp 1 och Grupp 2-3. Vid användning av två läkemedel som anges reduceras angivna tillåtna dygnsdoseringar med 50 %. Vid användning av tre eller fler läkemedel uppfylls inte hälsokravet.

All läkemedelsbehandling ska bedömas kontinuerligt och minst var sjätte månad [20] och [21].

## Storbritannien

I Storbritanniens vägledning finns listat exempel på ordinerade substansgrupper som särskilt ska beaktas: bensodiazepiner, antidepressiva medel, antipsykotiska läkemedel och opioider.

Man har även gränsvärden för vissa substanser, bl.a. åtta substanser som mest associeras med medicinskt bruk, men även för amfetamin där avsikten är att balansera dess medicinska användning med illegalt bruk. Tröskelvärdena är fastställda med hänsyn till trafiksäkerheten [29] och [172].

## 17 §

### Danmark

#### Alkohol

I Danmarks vägledning framgår att när personer med alkoholberoende har dokumenterat avhållsamhet som beskrivits under 8 §, kan rekommendation om körkort vanligtvis utfärdas med villkor om en tidsgräns på två år. För efterföljande ansökningar kan körkort vanligtvis utfärdas utan tidsgräns, även om personen fortfarande har permanent antabusbehandling. Samma regler gäller för Grupp 2 men läkaren måste beakta de ytterligare risker som finns kopplat till att köra fordon som ingår i denna grupp.

## Narkotika och läkemedel

Om personen har ett beroendesyndrom, har konsumerat eller missbrukat narkotika eller andra sinnesförändrande ämnen och alla urinprover som krävts är negativa, anges att körkort vanligtvis bör utfärdas eller förnyas med villkor om tidsgräns på två år. Efter två år ska en läkare förnya körkortsintyget. Om det inte finns någon misstanke om pågående missbruk kan körkort därefter vanligtvis förnyas utan särskild tidsgräns [18].

## Finland

I Finlands vägledning anges att efter uppföljningsperioden avseende alkohol, som beskrivs under 6-7 §§ och 11 §, bör man till en början utfärda körkort med begränsning i sex till tolv månader åt gången tills det är sannolikt att personen inte kör i berusat tillstånd. Alkolås på medicinsk grund kan användas både under och efter uppföljningsperioden.

Det finns inga liknande riktlinjer vad gäller narkotika och läkemedel [24] och [26].

## Norge

### Alkohol

I Norges föreskrifter framgår att när hälsokraven är uppfyllda avseende alkohol kan ett hälsointyg utfärdas med en rekommendation om körkort i upp till ett år i taget under tre år, förutsatt att minst en kvartalsuppföljning visar kontrollerat bruk.

Ett hälsointyg kan sedan utfärdas med en rekommendation om körkort i upp till fem år (för Grupp 1) och upp till tre år (för Grupp 2 och 3) innan körkort med normal varaktighet kan utfärdas.

### Narkotika och läkemedel

När hälsokraven är uppfyllda kan ett hälsointyg utfärdas med en rekommendation om körkort i upp till ett år i taget under tre år, förutsatt att oanmälda kvartalsinspektioner visar fortsatt drogfrihet.

Ett hälsointyg kan sedan utfärdas med en rekommendation om körkort i upp till fem år innan ett körkort kan utfärdas med normal varaktighet (Grupp 1). För Grupp 2 och 3 gäller rekommendationen om körkort i upp till fem år på obestämd tid [20].

## Storbritannien

### Alkohol

I Storbritanniens vägledning framgår att för personer som har ett alkoholberoende krävs det tillfredsställande medicinska rapporter från en läkare. Vidare kan körkortsmyndigheten behöva ordna en oberoende medicinsk undersökning och blodprov, det kan även bli nödvändigt att konsultera en specialistläkare.

### Narkotika och läkemedel

För personer som har diagnosen missbruk eller beroende av narkotika kan det krävas oberoende medicinska undersökningar och urinprov ordnade av körkortsmyndigheten [14] och [29].

Enligt uppgifter från DVLA kan körkort med begränsad giltighet utfärdas när förutsättningarna anses vara uppfyllda. Längden på giltigheten varierar, oftast från 1, 2, 3 eller 5 år, men även körkort upp till 70<sup>65</sup> år utfärdas i enskilda fall. Bedömningarna är individuella och avgörs av flera faktorer, bl.a. vilken eller vilka substanser de rör sig om, svårighetsgraden av substansbruket, behandlingsföljsamhet samt vilken typ av behörighet det handlar om. Generellt är man mer återhållsamma när det gäller behörigheterna i Grupp 2.

## 18 §

Varken Danmark, Finland, Norge eller Storbritannien har någon motsvarande bestämmelse. Se beskrivningar under 5-8 och 11-16 §§.

## 19 §

### Danmark

I Danmark finns inga specificerade riktlinjer utöver vad som beskrivs under 15 § och 17 §.

### Finland

I Finlands vägledning framgår att bedömningen och uppföljningen görs av den läkare som ansvarar för substitutionsbehandlingen. Om föraren inte förbinder sig till substitutionsbehandlingen på planerat sätt och det förekommer parallell eller annan användning av rusmedel eller skadlig användning av läkemedel, ska polisen informeras om att hälsokraven för körkort inte uppfylls [26].

---

<sup>65</sup> Körkortet är normalt giltigt t.o.m. 70 års ålder (Grupp 1), därefter krävs förnyelse var tredje år. För grupp 2 krävs vid 45 års ålder förnyelse var femte år och efter 65 års ålder krävs förnyelse varje år [29].

## Norge

I Norges föreskrifter anges (för Grupp 1) att när hälsokraven bedöms vara uppfyllda, så som beskrivs under 15 §, kan ett hälsointyg utfärdas med en rekommendation om körkort i upp till ett år i tre år och sedan upp till fem år under hela behandlingstiden. Efter avslutad substitutionsbehandling kan ett hälsointyg utfärdas med rekommendation om körkort i upp till ett år åt gången under tre år, förutsatt att oanmälda kvartalskontroller visar fortsatt drogfrihet. Ett hälsointyg kan sedan utfärdas med en rekommendation om körkort i upp till fem år. Efter åtta års dokumenterad drogfrihet eller avslutad substitutionsbehandling kan ett hälsointyg utfärdas med en rekommendation om ett körkort med normal varaktighet.

För Grupp 2 och 3 anges att efter avslutad substitutionsbehandling och sedan tre års drogfrihet dokumenterad med lämpliga tester, kan ett hälsointyg utfärdas med en rekommendation om körkort i upp till ett år i taget under tre år, förutsatt att oanmälda kvartalskontroller visar fortsatt drogfrihet. Ett hälsointyg kan sedan utfärdas med en rekommendation om körkort med varaktighet i upp till fem år [20] och [21].

## Storbritannien

I Storbritannien finns inga specificerade riktlinjer utöver vad som beskrivs under 15 § och 17 §.

## 20 §

Samtliga länder har liknande information i den vägledande dokumentationen.

## 21 §

Samtliga länder har liknande information i den vägledande dokumentation, se även 16 § som handlar om regelbundet läkarordinerat bruk.

## Bilaga 5. Ärendeutvärdering villkorsuppföljning

---

Transportstyrelsen har undersökt hur vanligt det är med återfall i substansbruk och när det i sådant fall sker under en pågående villkorsuppföljning enligt 12 kap. Myndigheten har även undersökt hur vanligt det är att diagnos (missbruk eller beroende) konstateras under en pågående villkorsuppföljning enligt 13 kap. (samma typ av uppföljning gäller enligt alkoholåsföreskrifterna). Detta avsnitt beskriver kortfattat hur undersökningarna genomfördes.

---

Undersökningen gjordes utifrån en granskning av ärenden i Transportstyrelsens ärendehanteringssystem W3D3.

Möjligheten att sortera ut ärenden med koppling till 12 och 13 kap. eller alkoholåsföreskrifterna från W3D3 regleras delvis av tekniska begränsningar i ärendehanteringssystemet och även av vägtrafikdataförordningen (2019:382) som begränsar vilka uppgifter som får sökas fram.

Av resursskäl gjordes en sortering av ärenden som registrerats under perioden 2020-01-01 till och med 2020-09-30. Med stöd av sökfunktionerna i ärendehanteringssystemet sorterades alla ärenden av typen Medicinska bevakningsvillkor som registrerats och där det fattats någon form av beslut fram (5636 st). Dessa ärenden överfördes till Excel för vidare bearbetning. Där gjordes en sortering av alla ärenden med beslutstypen Villkor upphör och Återkallelse/ ogiltigt utländskt körkort (2044 st). Efter manuell genomgång sorterades alla ärenden med koppling till alkohol, narkotika och läkemedel ut (392 st). Av dessa sorterades alla ärenden med återkallelse grund 8<sup>66</sup> bort, vilket slutligen gav 206 ärenden:

- i 129 ärenden upphörde villkoret, vilket innebär att personen genomförde villkorsuppföljningen och att villkoret att lämna in läkarintyg togs bort
- i 77 ärenden återkallades körkortet på punkt 7 enligt 5 kap. 3 § körkortslagen (1998:488).

De 77 ärendena med beslut om återkallelse studerades vidare utifrån uppföljning enligt 12 och 13 kap samt alkoholåsföreskrifterna.

---

<sup>66</sup> Körkortet återkallas på grund av att körkortsinnehavaren inte följer ett föreläggande att ge in läkarintyg eller bevis om godkänt förarprov, enligt 5 kap. 3 § körkortslagen (1998:488).