

2007-03-13

Vägverket
Samhälle och trafik
781 87 Borlänge

Angående Föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (Remiss 1 (1) 2007-01-04, Beteckning: TR65A 2006:19692)

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har mottagit ovan nämnda remiss för eventuellt yttrande. RSMH konstaterar att de nya föreskrifter som föreslås när det gäller psykisk ohälsa innebär skärpningar. Förbundet vill framföra följande.

Psykiska störningar (14 kap)

Vi tar i stor utsträckning avstånd från förslaget till föreskrifter i detta kapitel. Förslaget bygger på ett fördomsfullt och gammalmodigt synsätt på psykiska sjukdomar - deras orsaker och förlopp. Flera av de kriterier som t ex föreslås användas vid riskbedömningar handlar i första hand om läkarens synsätt och värderingar och hur patienter förhåller sig till och reagerar på dessa.

Vi är också starkt kritiska till användningen av begreppet störning – ett begrepp som inte hör hemma i ett modernt humanistiskt präglat samhälle och som successivt måste utmönstras ur all lagtext. En person med psykisk ohälsa är sjuk – inte störd.

Vi går därefter över till att granska några enskildheter i förslaget.

I § 1 föreslås ett nytt kriterium som handlar om indragning av körkort vid genomgången eller pågående tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Motiveringen är att dessa vårdformer utvisar att den psykiska störningen skulle vara särskilt allvarlig.

När det gäller pågående vård kan det enligt vår mening naturligtvis vara så att patienten har så pass svåra symptom eller problem av sin sjukdom att det under en tid kan vara motiverat att inte tillåta bilkörning. Men det kan inte automatiskt vara så - vilket föreslås i slutet av paragrafen efter punkt 6 - att vårdformen gör att man alltid måste vänta tills vården avslutas innan man kan få köra bil igen. Det aktuella hälsotillståndet måste självfallet avgöra i varje enskilt fall.

Att ha genomgått tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård tidigare i livet kan enligt vår mening normalt inte heller föranleda någon särskild riskbedömning från läkarens sida - såvida inte patienten tidigare gjort sig skyldig till någon allvarlig trafikförseelse i en motsvarande situation. Det är även i detta fall det aktuella hälsotillståndet som ska bedömas, inte eventuell

tidigare psykiatrisk vård. Annars riskerar människor med psykisk sjukdom eller funktionshinder att särbehandlas på ett kränkande sätt.

I § 3 finns ett Allmänt råd om att människor med schizofrena och andra psykotiska syndrom inte bör medges innehav av körkort förrän tidigast ett år efter den senaste aktiva sjukdomsfasen. RSMH anser att det självfallet inte får finnas någon generell tidsgräns. Samma konstaterande gäller § 4. Slumpmässigt - och ur luften tagna - tidsgränser, som denna gräns på "tidigast ett år", får inte tillåtas styra en lagstiftning som ska betraktas som seriös.

Om gränsen på ett år efter utskrivning införs kommer med stor sannolikhet ett inte oväsentligt antal tvångsvårdade patienter att tvingas köra upp och göra körkortsprovet på nytt för att återfå sitt körkort. Detta drabbar då en av de mest utsatta grupperna i samhället - så att ekonomin ytterligare försämras och möjligheterna att få eller behålla ett arbete minskas. Enligt vår mening måste man vara mycket övertygad om att en ettårsgräns är medicinskt riktig och försvarbar innan man beslutar att införa en sådan.

§ 1, punkt 1. Sjukdomsinsikt är ett relativt begrepp som måste analyseras utifrån läkarens bedömning och förslag till behandling av ett visst tillstånd eller en viss problematik. Naturligtvis är patienten normalt medveten om att han eller hon har problem - men inte att dessa problem bör kategoriseras och behandlas som sjukdom. Inte sällan beskrivs det som avsaknad av sjukdomsinsikt när en läkare och en patient har olika uppfattningar om vilka behandlingsinsatser som är till hjälp. Alla som har besökt en läkare vet att läkaren på den eller de korta stunder man kan träffa patienten knappast kan skaffa sig någon mera djupgående kännedom om patienten - och att diagnostisera ett psykiskt sjukdomstillstånd låter sig ofta inte göras på ett entydigt sätt.

§ 1, punkt 2. Genomgången eller pågående tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård är ett mycket dåligt kriterium för att fastställa om en person är en trafiksäkerhetsrisk. Personer som tvångsvårdas kan "se mycket olika ut" - det kan handla om att man är ur stånd att ta vård om sig själv eller om att man är farlig för andra eller sig själv. Ofta är behovet av att tvångsvårda en person kortvarigt, eller t o m mycket kortvarigt. Inte sällan inser patienten efter en kort tvångsvårdsperiod att han eller hon behöver få vård och accepterar att ta emot den frivilligt. Varaktigheten på de symtom, problem eller beteenden som ligger bakom behovet av att ta till tvångsvård varierar kraftigt. Reaktiva psykoser, även s k återfall i sådana, är med bra behandlings- och stödinsatser normalt över på 1-3 veckor - och patienten kan återgå till sitt normala liv. Andra psykotiska tillstånd är mer långvariga. Tvångsvård är däremot ofta ett mycket kortvarigt ingripande. Tvånget skrivs ofta av efter några dagar och patienten kan skrivas ut. RSMH avvisar bestämt tvångsvård och rättspsykiatrisk vård som kriterier för att bedöma en persons rätt att inneha körkort.

§ 1, punkt 3. Recidivfri observationstid innebär att en person som på något sätt misslyckas med att hålla en jämn och hela tiden uppåtgående kurva i sin återhämtning skulle vara mera trafikfarlig än den person vars återhämtning sker i olika steg, ett steg bakåt följt av två steg framåt. Exempelvis - en person som får återfall och har insikt om dessa och söker hjälp bör inte straffas med en sämre körkortsprognos.

§ 1, punkt 5. Behandlingsföljsamhet är ett kriterium som enbart används vid psykiska störningar. Frågan är om patienten ska vara följsam till behandlingen, vilken den än är? Om behandlingen är till hjälp, eller snarare stjälper patienten, spelar enligt förslaget ingen roll.

Kriteriet bygger på att läkaren alltid vet vad som är bäst – något som det faktiskt saknas stöd och evidens för vid en utvärdering av effekten av olika psykiatriska behandlingar.

§ 1, punkt 6. Behandlingseffekt är i detta sammanhang inte den faktiska effekten, den effekt som patienten upplever, utan den av läkaren skattade effekten. Det ligger ett problem i detta som består av att det är en enda person som ska bedöma en annan persons återhämtning och utveckling. RSMH föreslår att det i föreskrifterna skrivs in att patienten alltid ska ha rätt till en second opinion, d v s en andra läkarprovning, i frågor som handlar om innehav av körkort.

Bedömning av behandlingsföljsamhet skall enligt förslaget inte göras under pågående tvångsvård. Enligt den i annat sammanhang föreslagna lagen om tvång i öppenvård med särskilda villkor kan sådan vård pågå för obegränsad framtid. Det finns en risk för att det uppstår en moment 22-situation, d v s att så länge tvånget pågår kan patienten aldrig visa att han eller hon är följsam till behandlingen och kan därmed aldrig släppas fri från sin tvångsvård.

Det regelverk som föreslås, och som vi kommenterat i några enskildheter ovan, kan komma att innebära att tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård anges som en generell anledning till att en person inte bör ha körkort – något som gränsar till att strida mot reglerna för mänskliga rättigheter.

§ 1, Allmänt råd. Det allmänna rådet att följsamhet till läkemedelsbehandling ska verifieras genom blodprov uppfattar vi som diskriminerande för personer med psykisk störning. Rådet förekommer inte vid andra typer av sjukdomar. Rådet antyder att någon annan behandling än med läkemedel inte skulle förekomma vid psykisk störning - vilket naturligtvis inte är fallet. Därtill antyds att patienter som har god följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling inte skulle kunna utgöra en trafiksäkerhetsrisk. Ett sådant påstående saknar helt vetenskapligt stöd.

§ 3 och 5. Vid schizofrena och andra psykotiska syndrom ska riskbedömningen göras mot bakgrund av kvarstående defekttillstånd efter aktiv sjukdomsfas. Vi anser det vara ett förlegat och diskriminerande språkbruk - och dessutom förolämpande - att tala om defektläkta sjukdomstillstånd. Modern forskning visar att det snarare handlar om hospitalisering, att bli fräntagen självkänsla och rättigheter och fastnagling vid rollen som beroende, sjuk och handikappad. Med återhämtningssinriktad vård, stöd och rehabilitering och ett samhälle, som inte stigmatiserar och diskriminerar, har det visat sig att det inte handlar om s k defekter.

§ 4, Allmänt råd. Det vi sagt ovan angående ettårsregeln gäller även denna paragraf.

§ 6. Vid personlighetsstörning ska, enligt förslaget, läkaren vid innehav av grupp III (taxikort mm) särskilt uppmärksamma om personen kan vara farlig för passagerarnas säkerhet. Vi betraktar även detta generella förslag som ett utslag av fördomar och stigmatisering av hela gruppen personer med psykisk ohälsa.

I § 8 förslås att läkaren särskilt ska uppmärksamma psykiska störningar som medfört att sökanden av relativt små anledningar upprepade gånger reagerat med psykiska undantagstillstånd eller visat tecken på störningar som kan utgöra en risk för passagerares säkerhet. Denna paragraf är så glidande och fri för tolkningar att den saknar nödvändig stringens. Prognostiska bedömningar av denna karaktär kan inte göras med tillräcklig säkerhet. Paragrafen måste utgå.

En övergripande aspekt på dessa föreskrifter är att de, om de används, kommer att försvåra patientens förtroende för hälso- och sjukvården och kontakten mellan läkare och patient. Sådan brist på tillit brukar resultera i att patienter som mår psykiskt dåligt i det längsta undviker att söka hjälp och därmed kan komma att utgöra en större fara i trafiken än om förslaget inte genomförs. Förslaget bör arbetas om i samråd med brukar- och anhörigorganisationer.

Bruk av substans som påverkar förmågan att köra motordrivet fordon (12 kap)

Detta kapitel, 14, gäller bruk av alkohol, andra psykoaktiva droger än alkohol utom nikotin och koffein samt sådana läkemedel som inte är av psykoaktivt slag men som ändå bedöms kunna påverka förmågan att framföra motordrivet fordon.

Bland människor med psykisk ohälsa är det självfallet mycket vanligt att man medicinerar med psykofarmaka för sin sjukdom. Hur man påverkas av dessa är högst individuellt och beroende av hur höga doser läkemedel man står på. Huvudregeln måste därför enligt vår mening vara att en individuell bedömning skall avgöra varje enskilt fall.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och allvarlig psykisk utvecklingsstörning (15 kap)

Detta kapitel är ett helt nytt avsnitt. När det gäller så kallade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar anser vi att utgångspunkten alltid måste vara, liksom för övriga människor med psykisk sjukdom/funktionshinder, att det är den enskilde individen och dennes hälsotillstånd som ska avgöra innehav av körkort. En viss diagnos, eller grupp av diagnoser, får inte automatiskt utgöra hinder att köra bil.

Övriga synpunkter

Situationen för människor som lider av psykisk ohälsa har försämrats kraftigt de senaste åren. På grund av ett antal tragiska våldsdåd som inträffat har stigmatiseringen ökat för gruppen som helhet. Detta får enligt vår bestämda åsikt inte tillåtas leda till ogenomtänkta skärpningar av lagar, föreskrifter och andra regler.

När det gäller innehav av körkort är det enligt vår uppfattning viktigt att det finns klara och tydliga regler - och att det alltid är den enskilda människans hälsotillstånd vid en viss tidpunkt som ska vara utslagsgivande.

Slutligen vill vi också peka på att det är viktigt att författningstext är skriven på enkel och rak svenska, d v s på ett sådant sätt att alla människor kan ta del av den. Alltför svåra begrepp och medicinska termer bör därför i möjligaste mån undvikas. De avsnitt som vi särskilt granskat innehåller en rad ord som inte får tillåtas förekomma i författningstext – i varje fall inte om man vill att svensk författningstext ska kunna förstås av vanliga människor som har att rätta sig efter författningstexten.

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Kjell Broström
Intressepolitisk föredragande

Claes Rundqvist
Sekreterare intressepolitiska
Utskottet

Kopia

Socialdepartementet
Justitiedepartementet
Socialstyrelsen
Statens folkhälsoinstitut