

**DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON**

**POSTBOKS 8005 Dep  
0030 OSLO**

SAMFERDSELSDEPARTEMENTET	
AVD/SEK	TBS
S.NR.	CB
4000 2006	
S.NR.	05 2059-11
ARKIV	641.7

Til Det kongelige samferdselsdepartement  
Postboks 8010 Dep  
0030 Oslo

**Ad "Rapport fra arbeidsgruppe – Forslag til tiltak mot kjøring av motorvogn under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol"**

**Høringsuttalelse fra Den rettsmedisinske kommisjons laboratorietekniske gruppe**

**HØRINGSUTTALELSEN I SAMMENDRAG:**

Arbeidsgruppen foreslår at det søkes innført lave faste legale grenser for illegale berusende middel såvel som for legemidler som hyppig benyttes som rusmidler, men at dette ikke kan iverksettes før etter en periode med intensivert forskningsinnsats.

*Den rettsmedisinske kommisjons laboratorietekniske gruppe frykter at et slikt opplegg vil medføre at vi på ubestemt tid vil videreføre det lovverk og den rettspraksis vi har i dag, og mener at det er mange – både ressursmessige og rettsmedisinsk faglige- grunner til at en slik utsettelse bør unngås.*

*Vi anbefaler at det straks innføres legale nedre grenser for illegale rusmidler, Grensene bør settes lavt – i tråd med promillebestemmelsene i vegtrafikkloven (0,2 promille). En slik bestemmelse ville i dagens situasjon fange opp om lag fire av fem trafikksaker vedrørende andre berusende eller bedøvende midler. Vi mener at det eksisterende kunnskapstilfang klart gir grunnlag for at det allerede i dag kan fastsette slike grenser. Muligheten for skjerpet straffereaksjon i enkeltsaker kunne da ivaretas ved dagens framgangsmåte, jfr nedenfor.*

*For legemidler som hyppig brukes som rusmidler anbefaler vi følgende: Domstolenes avgjørelse i slike saker bør fortsatt være basert på at man ved ulike bevismidler – inklusiv rettstoksikologisk sakkyndig bedømmelse – tar stilling til om det forelå trafikksfarlig påvirkning i saken. For slike stoffer foreslår vi en styrking av forskningsvirksomhet som kan gi bedre kunnskap om forholdet mellom blodkonsentrasjon og individuell risiko for trafikksfarlig atferd.*

Arbeidsgruppen fremmer forslag som berører viktige områder av ansvarsområdet til Den rettsmedisinske kommisjon, Laboratorieteknisk gruppe. Og etter Strprl § 146 er kommisjonen et veiledende organ i rettsmedisinske spørsmål. Også viktige områder for behandlende leger berøres. Det kunne derfor synes rimelig at de to nevnte institusjoner var å finne på departementets adresseliste over høringsinstanser.

Den rettsmedisinske kommisjons laboratorietekniske gruppe har fått rapporten i hende via Justisdepartementet, og vi er takknemlig for å ha fått anledning til å komme med våre synspunkter. Rapporten behandler tema som er sentral for Kommisjonens virksomhet i forhold til sakkyndigfunksjonen i vegtrafikksaker.

Høringsuttalelsen er énstemmig og laget i samarbeid mellom de av Laboratorieteknisk gruppes faste medlemmer som har relevant rettsmedisinsk/rettstoksikologisk kompetanse: Professor Tarjei Rygnes (St. Olavs hospital). Overlege Harald Olsen (RRHF, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Helseforetak), førsteamanuensis Brita Teige (Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo) og professor emeritus Bjørnar Olaisen. Folkehelseinstituttets representant i arbeidsgruppen, professor Jørg Mørland, er også medlem i Laboratorieteknisk gruppe. Han har ikke deltatt ved utarbeidelsen av høringsuttalelsen.

Mandatet for denne arbeidsgruppen var firedelt: Beskrive dagens situasjon når det gjelder føring av motorvogn under påvirkning av andre berusende middel, beskrive det relevante regelverket og virkemidler til å begrense slik virksomhet, evaluere og vurdere dagens situasjon, og å fremme forslag til forbedrende tiltak – samt å vurdere trafikksikkerhetsmessige, økonomiske og administrative konsekvenser av endringsforslagene.

Arbeidsgruppen har behandlet temaene systematisk og kommet med forslag til tiltak som den mener vil redusere de beskrevne problemene. Ulike etaters rolle er beskrevet, politiets, sosial- og helsetjenesten, primærhelsetjenesten, Statens vegvesen og Folkehelseinstituttet.

Rapporten inneholder viktige og relevante fakta, fremfører interessante synspunkter og foreslår til slutt tiltak i 11 punkter som varierer fra informasjonskampanjer og opplæring til inndragelse av førerkort og avskilting av kjøretøy.

Vi har ingen spesiell kompetanse ut over det som gjelder de medisinske/rettstoksikologiske aspektene rundt kjøring i påvirket tilstand, virkningen av medikamenter og rusmidler i sin alminnelighet, analyser av rusmidler og medikamenter samt forskning rundt disse problemstillingene. Laboratorieteknisk gruppe vil i det følgende kommentere de deler av rapporten som faller innenfor denne rammen.

### **1. Sammensettingen av arbeidsgruppen**

Arbeidsgruppens mandat såvel som dens forslag berører temaer som bl.a. vedrører pasientbehandling, relasjon mellom lege og pasient og legers taushetsplikt. Rapporten ville klart vært tjent med at arbeidsgruppen også hadde hatt et medlem som kunne ivareta hensynet til vitale interesser i slik sammenheng (f.eks en lege med kompetanse innen klinisk medisin).

Professor Mørland er såvidt man kan se, det eneste medlem i arbeidsgruppen som har rettsmedisinsk kompetanse. Han har i en årrekke hatt en klar status som landets ledende rettstoksikolog, og han er derfor særlig godt kvalifisert for oppdraget. Samtidig er han den person som har hatt hovedansvaret for oppbyggingen av dagens sakkyndigvirksomhet i

trafikksaker, og han er leder av det laboratoriet som utfører analysene. Han er også leder for de sakkyndige som avgir sakkyndigrapporter i sakene, og han er helt sentral i den forskningsvirksomheten som foregår ved Folkehelseinstituttets (FHIs) Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning. Divisjonen har i dag tunge økonomiske og faglige interesser knyttet til denne analyse-, sakkyndig- og forskningsvirksomheten. Disse forhold skulle tilsi at arbeidsgruppen burde vært forsterket med et uavhengig, rettsmedisinsk/rettsstoksikologisk faglig kompetent medlem uten slike relasjoner.

Laboratorieteknisk gruppe mener at rapporten kunne blitt mer balansert og forslagene bedre begrunnet dersom arbeidsgruppen hadde vært forsterket med slik kompetanse.

## **2. Kommentarer til arbeidsgruppens redegjørelse for dagens situasjon, for regelverket og virkemidlene**

Laboratoriegruppen finner mye relevant informasjon i denne delen av rapporten (punktene fom 2 tom10).

Under pkt 7 (Dagens saks- og prøvegang i saker med mistanke om påvirket kjøring) sies på side 11 at det av rettspraksis følger at høy konsentrasjon av narkotiske stoffer "*alene ikke er avgjørende for om en fører skal anses som påvirket eller ikke i veitrafikklovens forstand*". Laboratorieteknisk gruppe stiller seg tvilende til at arbeidsgruppen her gir en fyllestgjørende beskrivelse av situasjonen. Vår erfaring er at FHIs sakkyndige i mange titalls saker årlig der høye stoffkonsentrasjoner påvises, bruker konsentrasjonene som mer eller mindre *eneste* grunnlag når de avgir sin sikreste konklusjon om at påvirkning foreligger ("Grad 5": "Siktede var med all sannsynlighet påvirket"). De bruker også sitt skjønn ved angivelse av hvor påvirket vedkommende var. Vår erfaring er videre at domstolene ikke helt sjeldent kan aksepterer dette som tilstrekkelig grunnlag for domfellelse; jfr også Høyesteretts bedømmelse slik den er beskrevet i Rt. 1996 s. 763. Kommissjonens laboratorietekniske gruppe vil anta at det er FHIs sakkyndiges skjønnsutøvelse som er hovedgrunnlaget for en betydelig andel av domfellelsene i slike saker – og for bedømmelsen av påvirkningsgraden slik også arbeidsgruppen antyder (s. 8).

De kommentarer man for øvrig har til denne delen av rapporten, vil gis i forbindelse med omtalen i det følgende.

## **3. Kommentarer til arbeidsgruppens evaluering og vurdering av dagens situasjon**

- I pkt 10.4 Kunnskapsgrunnlaget gis først (pkt 10.4.1) en sammenligning av hyppigheten av påvisning av alkohol og andre berusende og bedøvende middel i blod fra forulykkede motorvognførere i 1993 og 2004. Man konstaterer at den relative hyppigheten av andre stoffer hadde økt i forhold til alkohol i den angjeldende tidsperiode. Dette er interessant og viktig. De tall man redegjør for kunne imidlertid også indikere at den *samlede* andelen av forulykkede med rusmidler i blodet ikke var vesentlig økt i perioden. Dette "skiftet" fra alkohol til andre stoff kunne vært kommentert og vurdert nærmere.
- I samme punkt omtales kunnskapsgrunnlaget når det gjelder **virksomheter av rusgivende medikamenter på ferdigheter og egenskaper av betydning for sikker føring av bil**. Det er beklagelig at omtalen begrenser seg til hvilke funn som er gjort i "norske" studier. Det alt vesentlige av kunnskapstilfanget innen området er skaffet til veie av forskere i andre land. Ikke minst savnes en omtale av

det vitenskapelige grunnlaget for i enkeltsaker å kunne bedømme *individuell* påvirkningsrisiko og påvirkningsgrad ut fra analyseresultatet. Det er jo dette som er den situasjonen som er mest relevant ved bedømmelsen av den vekt som kan tillegges analyseresultatene i den aktuelle sammenhengen. Uten slik informasjon, mangler arbeidsgruppens bedømmelser vedrørende disse tema tilstrekkelig faglig dokumentasjon.

#### **4. Kommentarer til arbeidsgruppens forslag og til dens bedømmelse av trafikksikkerhetsmessige, økonomiske og administrative konsekvenser av endringsforslagene**

Arbeidsgruppen fremmer en rekke forslag til tiltak. Laboratorieteknisk gruppes generelle inntrykk er dessverre at man i liten grad har vært opptatt av å skaffe til veie et grunnlag for å bedømme om tiltakene vil kunne gi den forutsatte positive effekt i retning av å redusere skadevirkningene føring av bil i påvirket tilstand medfører. Bare når det gjelder omtalen av kampanjer, er dette et sentralt punkt. Det er synd, og man kan få et inntrykk av at det satses på å "skyte med hagl" framfor å konsentrere seg om de virkemidler som det er grunnlag for å mene vil gi den største effekt.

*I det følgende vil vi knytte kommentarer til de av forslagene der vi mener å besitte særlig kompetanse. Vi bruker samme nummerering som arbeidsgruppen:*

##### **11.4 Primærhelsetjenestens rolle**

- De framlagte forslag forutsetter åpenbart at det lovfestes legale blodkonsentrasjoner av de legemidler som også er registrert som narkotika. Dette innbefatter noen av de mest benyttede legemidler (særlig beroligende midler, sovemedisiner og smertestillende). Gruppens forslag synes å innebære at pasienter som får forskrevet og benytter slike midler skal testes (jevnlig?). Deres blodkonsentrasjon må ikke overstige den legale grensetillatte konsentrasjon, og dersom behandlingen fører til høyere konsentrasjoner, må de søke om dispensasjon for å kunne føre bil (slik det nå gjøres for pasienter som er under legemiddelassistert rehabilitering). Vi finner det vanskelig å forstå at forslaget kan være gjennomtenkt. For det første er det i dag i hovedsak slik at leger og pasienter ikke forholder seg til blodkonsentrasjoner av et legemiddel, men til doser. Dette gjelder store pasientgrupper (hundretusener nordmenn), og kostnadene i forbindelse med relevant testing (blodanalyser) og annen innsats fra helsevesenets side måtte bli svært høye. Dersom slik testing skulle gi den nødvendige sikkerhet for bruk i strafferettslig sammenheng, måtte testene foretas av et laboratorium som i likhet med FHI er akkreditert for slike analyser, og etter de kvalitetskriterier man da legger til grunn.
- Forslaget om at politiet skal få utvidet adgang til taushetsbeskyttet pasientinformasjon, virker også lite gjennomtenkt – og ikke minst i en situasjon der det ikke er vist til noen rimelig god dokumentasjon for nytte-effekten av tiltaket.
- Når det gjelder bruk av legemidler som kan påvirke kjøreatferd, er vi enig med arbeidsgruppen i at systemet med rød varseltrekant på aktuelle medikamenter er et godt system med god signaleffekt.

### **11.6/11.7/11.8 Faste grenser eller nullgrense?**

Arbeidsgruppen anbefaler at man – når det nødvendige kunnskapsgrunnlaget er på plass – innfører faste eller legale grenser på linje med det man har for alkohol. Arbeidsgruppen avviser innføring av nullgrenser.

**Ulike tolkningsmuligheter:** Det savnes en presisering av hva gruppen mener med faste eller legale grenser. I sammendraget (s. 3) sies at det innebærer at det "fastsettes påvirkningsgrenser for en del hyppig forekommende stoffer, og at grensene settes relativt lavt". Man trekker her parallellen til at det "*er satt en lav grense for når alkoholpåvirkning anses å foreligge*". Her kan det synes som om faste legale grenser innebærer én lav verdi for hvert stoff – og der verdien er så lav at den i relasjon til påvirkningsrisiko kan ses på som parallell til promillegrensen på 0,2 promille.

Under den mer detaljerte omtalen i pkt 11.7 kan man forstå arbeidsgruppen dithen at man med faste legale grenser mener grenser som skal gi grunnlag for differensiering av påvirkningsgraden tilsvarende det man har for alkohol (Vegtrafikkloven har intervaller med ulike straffesanksjoner: 0,2-0,5, 0,5-1,0, 1,0-1,5 og >1,5 promille).

Dersom den første tolkningen uttrykker arbeidsgruppens oppfatning, er det vanskelig å se at faste legale grenser prinsipielt atskiller seg fra en "nullgrense". 0,2 promille har vel knapt vært ment å representere en grenseverdi som sannsynliggjør at en bilfører vil representere en trafikkløse – men heller en verdi som med all rimelig sikkerhet viser at vedkommende har tatt inn alkohol. Dersom man velger denne fortolkningen av hva arbeidsgruppen mener med "faste legale grenser", vil man kunne sette en legal grenseverdi som viser at stoffet er inntatt, men som ikke nødvendigvis tilsier en høy sannsynlighet for trafikkløse påvirkning. I praksis ville dette være en "nullgrense" som helt ville tilsvare den man i dag har for alkohol.

Dersom faste legale grenser skal bety intervallgrenser som skal benyttes til å sondre mellom ulike grader av påvirkning og som i sin tur skal lede til ulike straffesanksjoner, vil det tilsi at man trenger rimelig presis kunnskap om sammenhengen mellom blodkonsentrasjonen til et stoff og risikoen for trafikkløse påvirkning. Arbeidsgruppens relativt detaljerte redegjørelse for hvilke spørsmål man trenger besvart før man fastsetter faste grenser, kunne i seg selv tyde på at det er denne tolkningen som er riktig.

**Laboratorieteknisk gruppe** finner arbeidsgruppens tilrådinger i en del sammenhenger noe ubalanserte. Arbeidsgruppen avviser det veivalg våre naboland Sverige og Finland har gjort uten å omtale eller diskutere de argumenter som nødvendigvis må ha foreligget for det valg de foretok. Uten å gå inn i noen lang argumentasjon, må det være grunn til å mene at argumentet om at det er "den trafikkløse atferden som bør rammes av vegtrafikkloven", ikke nødvendigvis er det bærende prinsipp i vår lovgivning. Vår bestemmelse om 0,2-promillegrensen – som må sies å være en null-grense i praksis - må ha annen hovedmotivasjon. Og mens alkohol er et legalt nytelsesmiddel, er det straffbart å benytte illegale stoffer som heroin, amfetamin, kokain, THC og GHB. Det er derfor vanskelig å fatte at ikke de illegale stoffer kan ha en slik nedre grense som alkohol har. Den prinsipielle veien til valget av "nullgrenser" (faste lave grenser som bare viser at stoffet er tatt inn) for slike stoffer bør ikke være lang.

Arbeidsgruppen viser til St.prp. nr. 67 til støtte for å avvise nullgrenseløsningen. Det kan i denne sammenheng vises til at et av argumentene mot nullgrense i proposisjonen, var at man i Sverige ikke hadde fått noen effekt i form av økt antall saker med mistanke om kjøring under påvirkning med andre berusende eller bedøvende middel. På forespørsel

opplyser Rättsmedicinalverket, Rättskemisk avdelning, at man i Sverige nå har ca 8000 slike saker pr år – hvilket representerer en tidobling fra tiden før ny lovgivning (jfr også Jones, Traffic Inj Prev 2005 Dec;6(4):317-22). Det betyr at nulltoleranse for illegale stoffer har ført Sverige forbi Norge når det gjelder det relative antall slike trafikksaker (Også i Sverige betyr nulltoleranse faste lave påvisningsgrenser som ikke skal overskrides).

Argumentasjonen for at også legemidler som av noen anvendes som rusmidler, må behandles på tilsvarende måte som illegale rusmidler, er noe énsidig og fokuserer lite på den betydelige kompleksitet slike saker kan innebære. Vi har dessuten i det foregående omtalt den betydelige økning i ressursbruk/kostnader de foreslåtte tiltak innen primærhelsetjenesten ville medføre (se pkt 4 ovenfor, vedrørende pkt 11.4. i arbeidsgruppens rapport).

Vi vil også peke på at arbeidsgruppens forventninger om at et par års norsk forskningsinnsats skal kunne gi et vesentlig bedre og tilstrekkelig grunnlag for valg av faste legale grenser, virker optimistisk og lite underbygd. Det foreliggende forslaget vil dermed lett kunne resultere i at man i Norge fortsatt på ubestemt tid vil ha den lovgivning og den praksis man har i dag.

I denne sammenheng kan det være riktig å minne om den rettspraksis vi i dag har i mange slike saker. Det benyttes sakkyndige som bedømmer analyseresultat slik at domstolen i en stor andel av sakene finner å kunne tillegge bedømmelsen vesentlig vekt ved en fellende dom. I Sverige og mange andre land, har ikke de sakkyndige funnet å kunne utøve slikt skjønn. Det er grunn til å tro at dette var årsaken til at det – mens Sverige hadde en lovgivning parallell til vår – var svært få slike saker, og til at det fortsatt er svært få slike saker i Danmark. Den sakkyndigpraksis vi har i Norge har knapt noen parallell i andre land. Dette kan i seg selv utgjøre et argument for at man i Norge bør søke en lovgivning der det er et kvalitetssikret analyseresultat, og ikke et sakkyndig skjønn om trafikksikkerhet som det ikke er (godt) vitenskapelig grunnlag for, som blir avgjørende for en fellende dom..

Laboratorieteknisk gruppe vil støtte arbeidsgruppens påpekning av at det fortsatt trengs forskning som kan bidra til å øke kunnskapene om sammenhengen mellom blodkonsentrasjoner og påvirkning. Ganske særlig bør man ha fokus på legemidler som også benyttes som rusmidler – der man etter vårt syn fortsatt vil måtte basere seg på rettsstoksikologisk sakkyndig skjønn i den andel av trafikksaker som ikke innbefatter illegale stoffer.

## **5. Kommentarer til arbeidsgruppens bedømmelse av konsekvensene for trafikksikkerheten (pkt 12.1)**

Arbeidsgruppen beregner hvilket antall trafikkdrepte/skadde andre rusmidler enn alkohol medfører, og de samfunnsøkonomiske tap dette gir. Disse beregningene benyttes så til å illustrere den reduksjon man ville få i antall drepte og skadde – og hvilken samfunnsøkonomisk besparelse man kunne oppnå ved ulik prosentvis effekt av tiltak.

Slike beregninger kan ha sin verdi gitt at de tallmessige forutsetninger man legger til grunn, er rimelig presise. De foreliggende beregninger er i vesentlig grad avhengig av at den relative risikoen som er direkte knyttet til påvirkning, er noenlunde riktig estimert. Den relative risikoen er satt til 8:1 ut fra en omtrentlig skjønnsutøvelse. Det synes som om man ved valg av dette tallet neppe har korrigert for andre variabler, slik at risikoen ikke nødvendigvis (bare) er forårsaket av påvirkning, men at den (også) kan representere en "passasjereffekt" av andre faktorer som f.eks. kjønn, alder og gruppeatferdsparametre. Verdien av beregningene blir i i beste fall beskjeden all den tid arbeidsgruppen ikke har dokumentert at de foreslåtte tiltak vil ha den tilsktede effekt.

Som arbeidsgruppen tror vi at en lovendring i retning av lave faste legale grenser eller nullgrenser ville medføre betydelige besparelser for det samlede justisvesen. Dette støttes i vesentlig grad av erfaringene fra Sverige (Jones, Traffic Inj Prev 2005 Dec;6(4):317-22).

## **6. Laboratorieteknisk gruppes egne forslag**

Laboratorieteknisk gruppe støtter forslaget om faste legale grenser – forstått som en lavt satt konsentrasjon parallell til 0,2 –promillegrensen. **Slike faste legale grenser bør imidlertid bare gjelde for illegale rusmidler (som amfetaminstoffer, THC, heroin, kokain, GHB).** Vi mener at dagens kunnskapsnivå er tilstrekkelig for å fastsette slike grenser for illegale stoffer.

I Norge påvises etter Laboratorieteknisk gruppes erfaring illegale stoffer i ca 80% av sakene. Tilsvarende tall fra Sverige er ca 85% (Jones, Traffic Inj Prev 2005 Dec;6(4):317-22). Det betyr at det langt overveiende flertall av trafikksakene ville kunne behandles i rettsvesenet på basis av analyseresultat tilsvarende dagens alkoholsaker.

Det kan være rimelig å vurdere å anvende sterkere straffesanksjoner overfor motorvognførerne som ved sin kjøring har overtrådt veitrafikkloven særlig grovt (jfr Sveriges bestemmelser vedrørende "grovt rattfylleri"). I slike saker ville man kunne velge å benytte dagens bestemmelser og praksis, der domstolene ved sin bedømmelse legger sakkyndigbedømmelse av analyseresultat såvel som sakens øvrige bevismidler til grunn når de skal avgjøre graden av trafikkfarlig påvirkning.

**I saker som bare omfatter legemidler som også har anvendelse som rusmidler, bør det fortsatt anvendes skjønn basert også på andre bevismidler enn blodkonsentrasjon.**

Laboratorieteknisk gruppe vil anta at de valg man har gjort i Sverige og Finland og de erfaringer man der har høstet, ville kunne utgjøre et nyttig grunnlag i arbeidet fram mot en ny lovgivning her til lands. Ganske særlig ville det være interessant å få vite hvilken effekt på trafiksikkerheten man har oppnådd ved å øke etterforskning og domfellelse i slike saker såvidt dramatisk som det åpenbart er blitt gjort i de nevnte naboland, sammenholdt med utviklingen i Norge og Danmark, der ingen slike endringer er foretatt i denne perioden.

Lovund, 27.02.2006

For Den rettsmedisinske Kommisjon, Laboratorieteknisk gruppe

Bjørnar Olaisen  
leder