

# DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON

## Justissekretariatene

Samferdselsdepartementet  
Postboks 8010 Dep  
0030 Oslo

TBS

KB

OS 2059-23  
641.7

Deres referanse 03/1865-KB

Deres dato

Vår referanse 2006-00478

Vår dato 02.03.2006

### Høring: Rapport fra arbeidsgruppe – Forslag til tiltak mot kjøring under påvirkning av andre stoffer enn alkohol.

Den rettsmedisinske kommisjon har mottatt ovennevnte rapport til høring. Vi viser til uttalelse fra kommisjonens laboratorietekniske gruppe som er vedlagt her og sendt av gruppen direkte til departementet.

Kommisjonen finner at denne rapporten er viktig og vil påpeke at mange liv kunne vært spart dersom man fikk ned antallet sjåførere som er påvirket av sløvende medikamenter og andre rusmidler. Vi støtter alle de tiltakene som er foreslått i kapitlene 11.1-11.5 og i 11.8 og 11.9

Arbeidet med å utvikle/validere/tilpasse et "narkometer" til bruk i veikanten må prioriteres også i Norge (kap 11.8.1). Likevel synes det som om politiet, spesielt med ytterligere opp trening (kap 11.5.1) vil være flinke til å oppdage påvirkning ved ulike kontroller. Utviklingen av "narkometer" for de mest aktuelle stoffene kan ta tid og er ikke en nødvendighet for den lovendringen som synes hensiktsmessig. Mistanke om påvirket kjøring må i lang tid fremover bekreftes med blodprøveanalyse.

Når det gjelder kapittel 11.6 og 11.7, synes vi fordelene med 0-toleranse ikke er utredet i særlig grad. Slik vi ser det, vil 0-toleranse kunne medføre at vi raskt kan få en avklaring på hva som er definert som ulovlig påvirkning, noe som klart er ønskelig. Man kunne ha lovfestet at alle **illegale rusmidler** er straffbare i trafikksammenheng uansett reell påvirkningsgrad.

Likevel vil vi støtte utvalgets anbefalinger om å innføre legalt definerte, relativt lave grenser for en del hyppig brukte illegale stoff. Dette begrunner vi med at små mengder av slike stoff kan henge igjen lenge i kroppen og at det ikke er grunnlag for å si at slik påvirkning medfører trafikklfare. Ulovlig bruk av rusmidler som sådan bør ikke staffes etter veitrafikkloven. Grensen for påvirkning av amfetamin bør settes så høyt at terapeutisk bruk av Ritalin og lignende ved ADHD ikke omfattes av bestemmelsen

Problemene er meget større i vurdering av påvirkning av **legale medikamenter** som delvis blir brukt av misbrukere som rusmiddel. Her er det definitivt vanskelig å forvare en null-toleranse. Det ville kunne ramme mange mennesker med lave konsentrasjoner av nødvendige legemidler som neppe påvirker kjøreatferden

Spørsmålet er, slik vi ser det, i hvilken grad skal man sette krav til det vitenskapelige grunnlag for å vurdere trafikkfarlighet? Utvalget har satt opp (s.25) tre typer studier som må være oppfylt for å kunne sette påvirkningsgrenser. Vi vurderer dette som noe strengt, spesielt når man ser at det er liten trafikkfarlighet ved 0.2 promille alkohol i blodet, og dette er definert som straffbart. Det ideelle hadde naturligvis vært en slik kunnskap, men dersom et slikt krav medfører at det ikke blir noen lovendring på flere år, finner vi at man kan modifisere kravene.

Når det gjelder medikamenter som selges med rød varseltrekant er publikum stort sett kjent med at man ikke må kjøre bil når man har tatt slike medisiner. Slik bør det fortsatt være. Men medisiner skilles ut i ulik hastighet. Det kan derfor forekomme at en person tar et medikament for eksempel med kodein og da som anvist ikke kjører den dagen. Men det kan være noe igjen i blodet neste dag uten at vedkommende vil være påvirket som sjåfør. Dersom en person har tatt en enkelt normaldose av et medikament, bør man kunne kjøre lovlig bil et halvt døgn senere. Påvirkningsgrensen bør da sette såpass høyt at dette vil være legalt.

Noe annerledes stiller det seg for personer som står fast på medikamenter, dette kan være opiatere som metadon eller smertestillende medikamenter, benzodiazepiner eller et amfetaminpreparat som Ritalin.

Det bør også være en åpning for at metadonbrukere som har vært på stabil dose i 6 måneder og som kan dokumentere stabil blodkonsentrasjon før kjøringen (s.28), ikke omfattes av bestemmelsen så lenge det ikke er noen andre stoff i blodet.

Også andre med stabil opiatbehandling eller benzodiazepiner pga kronisk sykdom bør kunne få kunne kjøre med medikamentet i blodet dersom de er vurdert av behandler som i stand til det før kjøringen. De enkelte sjåførers toleranse vil være meget ulik. Noen vil kunne fungere som trygge bilister med en serumkonsentrasjon som er relativt høy. I slike tilfeller bør vurderingen, inklusiv serumanalyser, foretas for å dokumentere hva som er optimal serumkonsentrasjon for den enkelte. Laboratorieteknisk gruppe har ment at dette ville bli en fordyrende prosedyre som vil angå svært mange sjåførere. Vi mener at det er viktig at kjøreferdigheten til disse sjåførene blir vurdert før eventuell kritikkverdig kjøring. På den måten vi vil man kunne luke ut risikosjåførere som ikke er uheldige og "blir tatt".

Dersom det antas å være for dyrt for helsevesenet å få utført serumkonsentrasjonsbestemmelser som supplement til en klinisk undersøkelse av kjøreferdigheter for personer med stabil medikamentbruk, bør det vurderes om dette er utgifter som må belastes sjåføren. Det bør utarbeides et skjema for legen for vurdering av kjøreferdigheter hos slike pasienter. Det bør utredes om det er tilstrekkelig at sjåføren har en slik legeattest sammen med sitt sertifikat, eller om uttalelse bør forelegges fylkeslegen som vanligvis kontrollerer helseattester i forbindelse med bilkjøring. For å spare byråkrati mener vi at det nok kan være tilstrekkelig med en helseattest som har en begrenset gyldighet fra behandler.

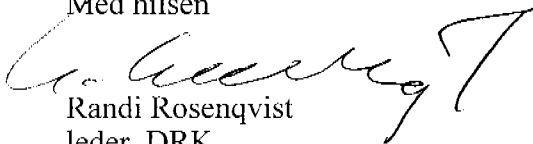
**Vi vil anbefale at det straks settes i gang arbeid med å endre veitrafikkloven slik at det blir sett faste grenser når det gjelder påvirkning av THC, amfetamin og ecstasy som er ulovlig, samt benzodiazepiner og opiatere som også kan dreie seg om legalt bruk. Det bør også presiseres at andre stoff kan komme på listen etter hvert, og at det kan også være aktuelt å endre konsentrasjonsgrensene ettersom kunnskapen om de ulike stoffene blir mer omfattende. Et slikt lovutkast med forslag til konsentrasjonsgrenser, og eventuelle unntak, bør sendes på høring spesielt til de miljøene som har kompetanse på området,**

**herunder Den norske legeforening som ikke står på høringslisten til den nå avgitte rapporten.**

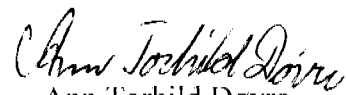
På det nåværende tidspunkt synes det mest hensiktsmessig å ha individuelle vurderinger når det gjelder påvirkning av andre stoff så som antidepressiva, antihistaminer, sovemidler som ikke er i benzodiazepin-gruppen og karisoprodol.

Slike sakkyndigvurderinger må da ikke bare bygge på blodprøven, men den sakkyndige må få kopi av avhør av siktede, vitneavhør, egenrapporter fra politiet, undersøkelse av lege ifm blodprøvetakning og eventuelle opplysninger fra behandlende lege(r) dersom siktede samtykker i at ellers taushetsbelagte helseopplysninger/journalkopier utleveres til den sakkyndige. Politiet bør ved avhør om mulig innhente slik tillatelse og navnet på fastlegen og oversende dette til den sakkyndige slik at den sakkyndige kan innhente helseopplysninger og vurdere hva som måtte være relevant for saken. Politiet bør ikke selv innhente legeopplysninger da disse er taushetsbelagte og kan gi overskuddsinformasjon som er straffesaken uvedkommende. Dersom politiet har gjort et grundig utredningsarbeide, vil det neppe være behov for at den sakkyndige personlig undersøker tiltalte, slik som er nødvendig ved psykiatriske vurderinger av for eksempel bevisstløshet på handlingstiden, jf strl § 44.

Med hilsen



Randi Rosenqvist  
leder, DRK



Ann Torhild Døvre  
sekretariateleder

Gjenpart: Justisdepartementet

