

# Faste grenser for rusmidler i trafikken

Fra 1.2. 2012 trådte det i kraft en endring i lovgivningen for føring av motorkjøretøy etter inntak av andre rusgivende stoffer enn alkohol. Frem til da hadde man fulgt en praksis hvor sakkyndige har vurdert bilførerens eventuelle påvirkede tilstand basert på blodprøveresultater og utfall av en klinisk legeundersøkelse. Heretter kan blodprøvenivåer alene kunne legges til grunn når skyldspørsmål og straffeutmåling avgjøres. Dette innebærer at lovgivningen for andre rusmidler forenkles og tilpasses bestemmelsene som gjelder for alkohol.

Norge har siden 1936 hatt en påvirkningsgrense for alkohol som definerer når føring av motorkjøretøy er straffbart. Straffeutmålingen avhenger av alkoholnivåene; blodkonsentrasjoner i området 0,2–0,5 promille kan resultere i bøter, konsentrasjoner fra 0,5 til 1,1–1,3 promille vil vanligvis føre til tap av førerrett og en betinget fengselsdom, mens konsentrasjoner over 1,1–1,3 promille ofte straffes med tap av førerrett og ubetinget fengsel. For rusgivende legemidler og illegale rusmidler har vi hittil ikke hatt tilsvarende aksjonsgrenser. I slike saker har utmåling av skyld og straff i stor grad vært basert på medisinske sakkyndiges vurderinger i hver enkelt sak. Konsentrasjoner av potensielt rusgivende stoffer i trafikantens blodprøve er blitt sammenholdt med resultatene fra en standardisert orienterende legeundersøkelse, og andre opplysninger som eventuelt kan foreligge om f.eks. bruksmønster og inntakstidspunkt. På oppfordring fra politi/påtalemyndighet er det vanligvis også gjort en skjønsmessig sammenlikning av påvirkningsgraden med blod-alkoholnivåer, som retten kan benytte ved fastsettelse av en eventuell straffereaksjon.

Forskjellene i lovgivning medfører trolig at kjøring i alkoholpåvirket tilstand utløser strengere straffereaksjoner enn kjøring under påvirkning av andre rusmidler. Systemet med individuelle vurderinger øker både saksbehandlingstid og ressursbruk. Forskjellsbehandlingen er blitt kritisert, og en samordning av lovverket er etterspurt både av lovgiver og aktører i strafferettssystemet. Stortinget vedtok i 2010 at det på samme måte som for alkohol skal innføres faste konsentrasjonsgrenser for andre rusgivende midler enn alkohol. Dette medfører en forenkling til tre påvirkningsintervaller (svarende til 0,2, 0,5 og 1,2 promille) for andre stoffer, slik at behandlingen av disse sakene harmoniseres med alkoholsakene.

Hvilke midler det skulle utarbeides grenser for, samt konkrete grenseverdier, ble foreslått av en gruppe fagfolk som la frem sitt forslag i 2010 (1). Alle forfatterne deltok i dette arbeidet. Forslaget ble etter en høringsrunde og mindre justeringer vedtatt, og ble iverksatt fra 1.2. 2012. Et liknende arbeid foregår i EU (2), og flere andre europeiske land har innført, eller vurderer å innføre, straffbarhetsgrenser for andre rusmidler enn alkohol. Norge vil imidlertid være det



Illustrasjonsfoto Istockphoto

første landet i verden som systematisk innfører både skyld- og straffeutmålingsgrenser for andre stoffer enn alkohol (3).

## Faste konsentrasjonsgrenser

Det er innført faste konsentrasjonsgrenser for 20 rusgivende stoffer, hvorav 11 er vanlig brukte legemidler:

- En lav «straffbarhetsgrense» (svarende til alkoholkonsentrasjoner på 0,2 promille)
- Grenseverdier svarende til henholdsvis 0,5 og 1,2 promille

Ved konsentrasjoner som overskrider straffbarhetsgrensen tilsvarende 0,2 promille, er føring av motorkjøretøy forbudt og forbundet med straffansvar. Grenseverdiene tilsvarende henholdsvis 0,5 og 1,2 promille kan benyttes for utmåling av straff.

Straffbarhetsgrense er fastsatt for alle de 20 stoffene, og grenseverdier svarende til henholdsvis 0,5 og 1,2 promille er fastsatt for 13 av de 20 stoffene (e-tab 1).

## Stoffer som mangler grenseverdier

For enkelte stoffer er det ikke foreslått grenseverdier tilsvarende henholdsvis 0,5

og 1,2 promille. For noen av disse stoffene foreligger det ikke dokumentasjon for dose/konsentrasjon-effekt-relasjoner. For andre midler (f.eks. amfetaminpreparatene) kan disse relasjonene være variable og bl.a. være avhengig av når i forløpet atferdsendringer observeres. Fravær av slike grenser betyr ikke at disse stoffene ikke kan gi relevant påvirkning; tvert imot kan betydelig påvirkning foreligge ved lave konsentrasjoner av flere av disse midlene. I slike saker vil man fremdeles måtte benytte individuelle sakkyndige vurderinger for å besvare spørsmål om eventuell påvirkningsgrad.

## Stoffkombinasjoner

Grenseverdiene er knyttet til enkeltmidler og ikke til stoffkombinasjoner. Dersom det i saker påvises flere stoffer, og ett av stoffene foreligger i en konsentrasjon høyere enn høyeste grenseverdi tilsvarende 1,2 promille, kan det nye systemet med konsentrasjonsavhengige aksjonsgrenser trolig gjøres gjeldende og utløse en «maksimumsstraff». I saker med stoffkombinasjoner hvor hvert enkelt middel foreligger i lavere

nivåer, vil man også i fremtiden måtte innhente individuelle sakkyndige vurderinger. Det er generelt godt dokumentert at ulykkesrisikoen øker ved samtidig bruk av flere rusgivende stoffer, spesielt i kombinasjoner med alkohol.

### Rusgivende legemidler forskrevet av lege

På grunn av toleranseutvikling og behandlingens antatt gunstige virkning, anses ulykkesrisikoen ved kronisk terapeutisk bruk av potensielt rusgivende legemidler å være mindre enn ved sporadisk bruk av de samme stoffene. Det er derfor ikke fastsatt konsentrasjonsgrenser ved bruk av slike legemidler etter forskrivning. Det er imidlertid fremdeles svært viktig at forskrivende lege informerer sine pasienter om eventuell risiko for forringelse av kjøreferdigheter etter bruk av legemidler. Retningslinjer for forskrivning finnes i Helsedirektoratets veileder IS-1348 (4). Personer som mistenkes for kjøring i påvirket tilstand og som får forskrevet potensielt rusgivende legemidler, vil – som tidligere – gjennomgå en individuell sakkyndig vurdering med tanke på eventuell påvirkning og påvirkningsgrad. I slike saker vil behandlende lege kunne bli bedt om å dokumentere forskrivning.

Ved forskrivning av behovsmedikasjon, vil det være svært viktig at legen i pasientjournalen beskriver indikasjon, den maksimale døgndosen og perioden behandlingen strekker seg over. Slik informasjon vil kunne være avgjørende for om saken blir pådømt etter den nye ordningen eller om individuell vurdering legges til grunn.

Selv om det nye regelverket ikke gjelder personer som bruker legemidler etter forskrivning, kan det likevel gjelde dersom pasienter skaffer seg de samme eller liknende medikamenter uten forskrivning fra lege.

Flere av de aktuelle legemidlene har lang halveringstid, og inntak av vanlige terapeutiske doser vil – uansett om dette er forskrevet eller ikke – kunne medføre konsen-

trasjoner som er høyere enn de foreslåtte grenseverdiene i inntil flere dager etter inntak.

#### Vigdis Vindenes

*vigdis.vindenes@fhi.no*

Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

#### Lars Slørdal

Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og  
Avdeling for klinisk farmakologi  
St. Olavs hospital

#### Jørg Mørland

Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning  
Nasjonalt folkehelseinstitutt og  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Oslo

*e-tab 1 finnes kun i Tidsskriftets netttutgave.*

Vigdis Vindenes (f. 1974) er ph.d., spesialist i klinisk farmakologi og arbeider som avdelingsdirektør ved Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hun deltok i rådgivningsgruppen som utarbeidet rapporten fra Samferdselsdepartementet om «Etablering av faste grenser for påvirkning av andre stoff enn alkohol», 2010. Forfatteren har vært sakkyndig i et stort antall veitrafikksaker siden 2003.

**Oppgitte interessekonflikter:** Vigdis Vindenes arbeider på instituttet som analyserer prøvene fra bilførere mistenkt for kjøring i ruspåvirket tilstand.

Lars Slørdal (f. 1955) er dr.med., professor i farmakologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital. Han deltok i rådgivningsgruppen som utarbeidet rapporten fra Samferdselsdepartementet om «Etablering av faste grenser for påvirkning av andre stoff enn alkohol», 2010.

**Oppgitte interessekonflikter:** Forfatteren er medlem av Den rettsmedisinske kommisjon, toksikologisk gruppe.

Jørg Mørland (f. 1941) er professor dr.med., spesialist i klinisk farmakologi. Han er divisjonsdirektør for Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han deltok i rådgivningsgruppen som utarbeidet rapporten fra Samferdselsdepartementet om «Etablering av faste grenser for påvirkning av andre stoff enn alkohol», 2010.

**Oppgitte interessekonflikter:** Forfatteren er medlem av Den rettsmedisinske kommisjon, toksikologisk gruppe.

#### Litteratur

1. Rapport fra faglig rådgivningsgruppe desember 2010. Etablering av faste grenser for påvirkning av andre stoffer enn alkohol. Forslag til forbudsgrenser og straffeutmålingsgrenser for påvirkning av andre stoff enn alkohol. Oslo: Samferdselsdepartementet, 2011. [www.regjeringen.no/nb/dep/sd/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2011/Etablering-av-faste-grenser-for-ruspavirkning-og-straffeutmaling-for-andre-stoffer-enn-alkohol-.html?id=633098](http://www.regjeringen.no/nb/dep/sd/dok/rapporter_planer/rapporter/2011/Etablering-av-faste-grenser-for-ruspavirkning-og-straffeutmaling-for-andre-stoffer-enn-alkohol-.html?id=633098) [21.12.2011].
2. DRUID (Driving under the influence of Drugs, Alcohol and Medicines). [www.druid-project.eu/clin\\_031/sid\\_2BAED74E0FF7645F46EBBA8056E61E95/Druid/EN/home/homepage\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.druid-project.eu/clin_031/sid_2BAED74E0FF7645F46EBBA8056E61E95/Druid/EN/home/homepage__node.html?__nnn=true): [21.12.2011].
3. Vindenes V, Jordbru D, Knapskog AB et al. Impairment based legislative limits for driving under the influence of non-alcohol drugs in Norway. *Forensic Sci Int* 24.11. 2011, publisert først på nett.
4. Helsedirektoratet. Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker. Helsedirektoratet 2006, sist revidert 2011. [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker/Sider/default.aspx) [21.12.2011].

*Mottatt 6.11. 2011, første revisjon innsendt 8.12. 2011, godkjent 22.12. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.*