



Påvirket kjøring er ikke lenger bare promillekjøring

REDAKSJONELT

MØRLAND J

Kjøring under innflytelse av alkohol og andre stoffer utgjør et betydelig faremoment i veitrafikken - også i Norge. En norsk undersøkelse (1) har vist at blodprøver fra sjåførere som ble drept i trafikken ved ettkjøretøysulykker, i over halvparten av tilfellene (55%) inneholdt ett eller flere rusmidler (bare alkohol i 33%, andre rusmidler inklusive medikamenter i 22%). Tilsvarende tall er funnet i andre land (2). Det skades langt flere personer enn det drepes som følge av rusmiddelpåvirkning. I Norge ble det påvist rusmidler i prøver fra bilførere som er innblandet i personskadeulykker, i 75% av tilfellene i et lite materiale. Vi har ikke sikre tall for hvor mange av de i alt årlig ca. 13000 trafikkulykker med personskade som kan henføres til rusmidler, fordi bare ca. 7% av disse ulykkene følges opp med blodprøver (3). Vi har ingen tall for hvor mye kjøring totalt som foregår under påvirkning av trafikkfarlige medikamenter eller illegale rusmidler.

Ut fra en større norsk veikantundersøkelse som ble gjennomført tidlig i 1980-årene (4), vet vi at gjennomsnittlig 0,2-0,3% av alle bilførere (én av 400) på norske veier kjører alkoholpåvirket. Det kjøres over 7000 "promilleturer" hver dag. Av disse førerne pågripes i gjennomsnittet 15 per dag, dvs. ca. 5500 på årsbasis. Det foregår altså mer uoppdaget alkoholpåvirket kjøring i løpet av en dag enn det man greier å oppdage per år. Tallet for pågrepne med mistanke om påvirkning av medikamenter eller illegale rusmidler er ca. 3600 per år i Norge. Dette er relativt sett det høyeste tallet på verdensbasis (2) og det er tredoblet i løpet av de siste ti år. Medikamenter (først og fremst benzodiazepiner) er viktigste påvirkningsgrunn i ca. 1/3 av disse tilfellene, mens illegale rusmidler er viktigst i de øvrige 2/3 (særlig cannabis og amfetamin). På bakgrunn av disse tallene over oppdagede tilfeller kan man gjøre et estimat over omfanget av den totale medikamentpåvirkede kjøring som foregår i Norge. Et slikt estimat hviler på en rekke forutsetninger som er usikre, men ved grovt å legge til grunn samme forholdstall som for alkohol ved oppdaget og uoppdaget kjøring, kommer man til at det daglig foretas ca. 1500 kjøreturer under medikamentpåvirkning. Er dette anslaget korrekt, betyr det at norske legers forskrivning forårsaker en iatrogen epidemi med over en halv million kjøretilfeller per år der medikamentbrukerens og andres liv og helse er i ekstra stor fare.

TILTAK - FOREBYGNING

Hva kan gjøres når vi etter alt å dømme står overfor et bivirkningsproblem av slike dimensjoner? Det synes ikke å være noen enkelt løsning. En artikkel av Tore Steen og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (5) peker på en ny og viktig vei å gå. Med utgangspunkt i oppfølgingen av enkeltlegers forskrivning reagerte Fylkeslegen overfor den

enkelte pasient og førerkortinnehaver. Det ble reagert differensiert over en skala som gikk fra en advarsel til anbefalt inndraging av førerkortet. Dette synes å være et nødvendig "storebror ser deg"-system som bør være akseptabelt for de leger og pasienter det gjelder, fordi konsekvensen er rettet mot å beskytte en "uskyldig" tredje part, medtrafikantene.

Hovedtyngden av problemforebyggingen vil imidlertid falle på den enkelte praktiserende lege. Ved tilstander som kan kreve forskrivning av varsel trekantmerkede eller andre potensielt trafikkarfarlige medikamenter, må man spørre seg om man kan komme til målet med legemidler med mindre trafikkrisiko. Døgn dosens størrelse og oppdeling må vurderes nøye spesielt hos pasienter som kanskje kjører to ganger per dag til relativt faste tider. Kjøringen de første 2-4 timer etter inntak av psykoaktive medikamenter bør alltid søkes unngått. Å sørge for tid til pasientinformasjon og forsikre seg om at denne blir forstått er også viktig. I mange tilfeller må man pålegge pasientene fullstendig kjøreforbud under en behandling, og det er derfor viktig at man kjenner til farepotensialet for de forskjellige medikamentgruppene (6). Spesiell aktpågivenhet må utøves ved forskrivning av medikamenter med ruspotensial - og som hovedregel skal slik forskrivning ikke skje til tidligere eller nåværende rusmiddelavhengige. Dette skyldes generelt faren for å provosere eller opprettholde rusmiddelavhengighet, men trafikksyn vil også ligge til grunn for en slik vurdering. Flertallet av dem som blir pågrepet for medikamentpåvirket kjøring presenterer ofte et alvorlig rusmiddelproblem ved blandingsbruk (med alkohol og illegale stoffer), høydosebruk (påvisning av supratherapeutiske konsentrasjoner i blodprøver) og hyppig gjentakelse av kjøring i rusmiddelpåvirket tilstand. Således vil ca. 60% av dem som pågripes for kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol, bli pågrepet på nytt for samme type forhold i løpet av en treårsperiode.

Ved konsultasjon for medisinsk vurdering for førerkort bør man legge vekt på å få frem tidligere og nåværende medikamentbruk og ta dette med i den faglige vurderingen av skikket for førerkort, både for vanlige sjåfører og yrkessjåfører.

TILTAK - KONTROLL, OPPDAGELSE, OPPFØLGING

I Norge vil mistenkte medikamentpåvirkede gjennomgå en klinisk undersøkelse ved lege kort tid etter kjøringen. Resultatet av undersøkelsen er et viktig dokument for utfallet av saken sammen med analyseresultatet av blodprøven som tas i samme forbindelse. En faglig seriøs gjennomføring av den kliniske undersøkelsen er derfor viktig. Det er et generelt inntrykk at denne gjennomføringen blir stadig bedre, selv om politiet fortsatt av og til er av den oppfatning at legene tar for lett på denne oppgaven. Det er et tankekors at bare ved 7% av trafikkulykkene med personskade undersøkes det om den involverte bilfører er rusmiddelpåvirket. Dette er først og fremst politiets ansvar og det er begrenset hva legene kan gjøre i enkelttilfeller uten å komme i konflikt med legeetikk og taushetsplikt. Sykehusene kan imidlertid på forskningsbasis foreta studier over f.eks. medikamentpåvirkning i forbindelse med ulykker, slik det allerede har vært gjort ved flere anledninger i Norge.

Det synes svært viktig å følge opp dem som dømmes for medikamentpåvirket kjøring. Det burde som foreslått på lederplass i Tidsskriftet tidligere, sendes en melding til forskrivende lege(r) i slike tilfeller (7). Siden man her oftest vil ha å gjøre med et medikamentmisbruk, med høy risiko for ny kjøring under påvirkning, vil behandling av rusmiddelavhengighet hos denne gruppen svært ofte være påkrevd. I Sverige, Tyskland og enkelte andre EU-land er det delvis et krav at visse grupper promilledømte dokumenterer at de har kvittet seg med sitt rusmiddelsproblem før de kan få førerkortet igjen. Det kan i den forbindelse stilles krav til medisinsk behandling av disse klientene. Ingen land, heller ikke Norge, har så langt vurdert tilsvarende ordninger for trafikkdømte medikamentavhengige. Det ville være naturlig at Norge tok et initiativ til å utprøve slike systemer, fordi vi er det land med det relativt sett største registrerte problem på grunn av medikamentpåvirket kjøring. Det burde kunne være en utfordring for norske leger å delta i behandlingsopplegg og kontroll der "gulroten" for klientene ville være tilbakelevering av et inndratt førerkort. At dette kan være virksomt, viser Steen og medarbeideres artikkel (5), ved at storforbruk ble redusert

dersom førerkortet kunne beholdes.

Jørg Mørland

LITTERATUR:

1. Gjerde H, Beylich KM, Mørland J. Incidence of alcohol and drugs in fatally injured car drivers in Norway. *Acid AnalPrev* 1993; 25: 479-83.
 2. Christophersen A, Mørland J. Drugged driving, a review based on the experience in Norway. *Drug Alcohol Depend* 1997; akseptert for publisering.
 3. Beylich KM, Bjørneboe A, Christophersen A, Fosser S, Glad A, Mørland J. Forekomsten av alkohol og andre rusmidler iblodprøver fra førere innblandet i trafikkulykker. TØI-rapport 248/1994. Oslo: Transportøkonomisk institutt, 1994:1-28.
 4. Glad A. Promillekjøring i Norge. TØI-rapport 1983. Oslo: Transportøkonomisk institutt, 1983: 1-47.
 5. Steen TW, Hagestad K, Hagerup-Jenssen T, Wroldsen A. Tiltak mot propillekjøring - Fylkeslegens rolle. *Tidsskr NorLægeforen* 1997; 117: 3093-6.
 6. Mørland J, Setekleiv J. Trafikk, risikofylt arbeid og legemidler. I: Vennerød AM, red. *Norsk legemiddelhåndbok 1996-97 for helsepersonell*. Oslo: Norsk legemiddelhåndbok I/S, 1996: 940-3.
 7. Aasland OG. Propillekjørere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 198-9.
-

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeförening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no