

Samarbeid mot alkohol og ruskjøring i trafikken (SMART)

En pilotundersøkelse av et tidlig intervensjonstiltak mot ruskjøring

I et toårig pilotsamarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune, Sør-Trøndelag Politidistrikt, Rusbehandling Midt-Norge og Kompetansesenter rus - Midt-Norge, evaluerte vi nytten av en korttidsintervensjon basert på motiverende intervju med personer som var pågrepet for første eller andre gangs bilkjøring i ruspåvirket tilstand. Undersøkelsens målsettinger var å finne ut om tiltaket reduserte ruskjøring, deltakernes tilfredshet med tilbudet, sammenhenger med rusmiddelbruk, holdninger til og motivasjon for å endre sitt forhold til rusmidler, samt psykiske problemer. Vi vil her vektlegge deltakerens rusmiddelbruk og psykiske vansker.

AV: TROND LJØKJELL, KORUS - MIDT-NORGE OG ROLF W. GRÅWE, SEKSJON FOR FOU, KLINIKK FOR RUS- OG AVHENGIGHETSMEDISIN, ST. OLAVS HOSPITAL HF



32 PERSONER MOTTOK SMART-tilbudet og besvarte de benyttede spørreskjemaene. Ingen oppgav subjektivt å ha ruskjørt i løpet av seks måneder etter pågripelsen, og ingen ble registrert for nye ruskjøringsforhold i samme periode. Deltakerne gav en meget bra vurdering av SMART-samtaletilbudet med hensyn til nytte og innhold. Deltakerne rapporterte også en signifikant bedring i 'readiness for treatment', en nesten signifikant økning i motivasjon for endring av sin rusmiddelbruk, og en signifikant bedring av angst- og depresjonsrelaterte plager.

Konklusjon: I tråd med annen forskning indikerer pilotstudien at denne typen tiltak er nyttige og virkningsfulle. Eventuelle videre satsninger og tiltak bør derimot implementeres på en

bedre måte, og en bør vurdere å administrere samtaletilbudet mer differensiert og tilpasset målgruppens ulike behov.

Bakgrunnen for studien

Kjøring i ruspåvirket tilstand er en betydelig årsak til ulykker i trafikken. I hver fjerde dødsulykke er føreren ruspåvirket (Haldorsen et.al, 2011). Ulike tiltak er iverksatt for å motvirke den negative utviklingen. Virkemidler som økning av strafferammene for ruskjøring og redusert promillegrense til 0.2, samt forebyggende tiltak som økning i trafikkontroller er iverksatt. Imidlertid blir et økende antall personer arrestert for bilkjøring i ruspåvirket tilstand. De fleste pågripes i sammenheng med ulykker eller farlig kjøring. Mange blir arrestert for nye eller gjentatte



Kjøring i ruspåvirket tilstand er en betydelig årsak til ulykker i trafikken. I hver fjerde dødsulykke er føreren ruspåvirket. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

forhold. En sjuårig strafferegisterbasert, prospektiv undersøkelse viste at 28 % av dem som var pågrepet for bilkjøring i alkoholpåvirket tilstand ble pågrepet på nytt (Christophersen et al., 2002).

Personer med psykiske problemer som samtidig har rusmiddelproblemer er en høyrisikogruppe for gjentatt ruskjøring (Lapham, Skipper & Rusell, 2012). Likeså har personer som er pågrepet for ruskjøring en høy risiko for å utvikle alkohollidelser (Center for Disease Control and Prevention, 1994; Lapham et al., 2001).

Mange som er dømt for ruskjøring (over 50 % i visse studier) velger å ikke delta i hjelpetiltak rettet mot rusmiddelproblemer (Ouimet et al., 2013). Dette er sannsynligvis knyttet til kombinasjoner av mange ulike faktorer som manglende innsikt i eget problematisk rusmiddelbruk, ambivalens mot å redusere egen drikking, lang tid mellom pågrepelse og straffegjennomføring, samt opplevelse av liten verdi og relevans av slike tiltak fordi de på kort sikt ikke har juridisk eller økonomisk mulighet til å få tilbake førerkortet. Det finnes en stor mengde litteratur som beskriver hjelpeprogrammer for å forhindre kjøring i rusmiddelpåvirket tilstand. Mye av denne litteraturen er basert på korte edukative kursprogrammer, motivasjonsfremmende samtaletiltak, konfrontering med etterlatte og offer for ulykker, samt at det er benyttet alkohollåsprogrammer.

Det finnes en del dokumentasjon på at bruk av motiverende intervju (Miller & Rollnick, 2013) fører til økt behandlingsmotivasjon og reduksjon av rusmiddelbruk i kliniske og ikke-kliniske utvalg (Smedslund et al., 2011). Også kortvarige intervensjoner på én til to-samtaler har vist seg å ha en viss effekt på alkoholbruk (Wilk, Jensen & Havighurst, 2002). Det er derfor rimelig å forvente at lignende motiverende korttidstiltak også burde ha en effekt på personer med rusproblemer som blir pågrepet for ruskjøring.

Metodisk tilnærming

Vi gjennomførte før- og ettermålinger for en gruppe (N=32) som har mottatt et individuelt psykososialt hjelpetilbud etter å ha blitt pågrepet for ruskjøring. Hovedmålet med studien var å finne ut om dette tiltaket er assosiert med subjektivt rapportert reduksjon av ruskjøring i en oppfølgingsperiode på seks måneder. Vi ønsket i tillegg å få kunnskap om hvordan tiltaket ble opplevd av brukerne, om det er assosiert med holdningsendring med hensyn til rusmiddelbruk, og om det er knyttet til bedring i rusmiddelbruk og psykisk helse. Inkludert i studien ble alle som i perioden 01.04.2011 – 31.06.2013 (27 måneder) 1) var pågrepet ved Sentrum og Heimdal politistasjoner i Sør-Trøndelag politidistrikt for kjøring i ruset tilstand for første eller andre

gang, 2) som er over 18 år, og 3) som er bosatt i Trondheim kommune, invitert til å delta i studien. Tilbudet var frivillig og basert på samtykke. Ruskjøring defineres som pågripelse (ikke domfellelse) for kjøring i alkoholpåvirket tilstand eller for trafiksikkerhetsmessig farlig kjøring under påvirkning av illegale stoffer eller legemidler (sistnevnte gjelder både foreskrevne og ikke-foreskrevne midler og doser).

De pågrepne fikk tilbud om å motta et hjelpetilbud fra et prosjektbasert rusteam (SMART) ved kommunens enhet Tanker om Rusvaner (TOR). Tilbudet ble gitt raskt etter pågripelsen. Alle som deltok i SMART ble orientert om at de ville få prioritert påtalemessig saksgang i politiet, og eventuelt en raskere domfellelse. Deretter gjennomgikk en hendelsesforløpet under ruskjøringsepisoden som medførte pågripelse, med fokus på praktiske konsekvenser, egne psykiske reaksjoner (frustrasjon, skam, stress, redusert søvn med mer) og familie-, nettverksmessige- og jobbmessige konsekvenser. Resultatene fra kartlegging av alkohol- og rusmiddelbruk ved hjelp av semistrukturert intervju (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT, samt Drug Use Disorder Identification Test, DUDIT) ble også gjennomgått med den enkelte. Hovedtemaene i de videre samtalene omhandlet behov for og ønske om endring av rusvaner, psykisk helse og livsmestring, familie og nettverk, forskjellen mellom hvordan personen ønsker å bli sett på av seg selv/nettverk kontra hvordan han/hun lever i dag, å få hjelp til å forstå egen ambivalens, motstand og usikkerhet med hensyn til endring av rusvaner (positive og negative sider ved eventuell endring) samt bevisstgjøring av grunner, ønske og behov for, samt evne til slik endring. Såfremt deltakerne ønsket hjelp til endring ble det formulert målsettinger og handlingsplaner for dette (inkludert identifisering og mestring av situasjoner med risiko for ny ruskjøring). Andre fokusområder i samtalene kunne være mestring av usikkerhet, og temaer knyttet til ventetiden før rettsaken. Dette var typisk hva dommen kan bli, hvordan rettssaken foregår, hvordan formidle sin ruskjøring til familie og nettverk, og hvordan få informasjon om personundersøkelse ved Kriminalomsorgen.

De det var relevant for fikk tilbud om henvisning til behandling i helsevesenet. Det ble ikke foretatt kliniske diagnostiske vurderinger.

Hovedverktøyet i samtalene var motiverende intervju (MI) som er en styrende, klientsentrert rådgiverstil for å stimulere til endring i rusmiddelbruk (Miller & Rollnick, 2013). MI defineres som en samarbeidende, målrettet kommunikasjonsstil med særlig fokus på endringsuttalelser. Metoden er oppbygd for å styrke personlig motivasjon for og forpliktelse til endringer av rusmiddelbruk gjennom å løfte fram og utforske personens egne grunner for slik endring. Atmosfæren må være preget av aksept, forståelse og respekt for at endring må skje i personens eget tempo og på egne vilkår.

Beskrivelse av informantene ved oppstart av SMART-tiltaket

Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 41 år og 81 % var menn. Omtrent halvparten var single og hadde eget arbeid som hovedinntektskilde. Rundt 30 % hadde høyere utdanning ved universitet eller høyskole. En oversikt over rusrelaterte forhold er vist i tabell 1. Denne viser at 9 % av deltakerne ikke hadde førerkort ved pågripelsen. Nesten alle vurderte at de var bekymret eller svært bekymret for risikoen for ulykker knyttet til egen ruskjøring, og var villig eller svært villig til å forsøke alkohollås. AUDIT- og DUDIT-skårer viste at 3/4 av deltakerne hadde hatt et høyt alkoholforbruk de siste fire ukene. Tilsvarende hadde 9.4 % et høyt forbruk av narkotika. Gjennomsnittsskår på psykisk helse var på 2.0 (variasjonsbredde 1.0 – 3.5), og hvis man regner med at personer som har et gjennomsnitt på over 1.85 har psykiske problemer, så hadde 58 % (n=18) psykiske problemer knyttet til angst, depresjon, søvnproblemer, med mer før SMART-samtalene. En befolkningsundersøkelse i Tromsø fant gjennomsnittsskårer mellom 1.26 og 1.27 (Johnsen, Wynn & Bratlid, 2012). De oppgav å ha mest problemer med angst, depresjon og søvn i tillegg til skyld og skam, nedtrykthet og tungsinn, og opplevelse av å være unyttig og lite verdt (37-50 % skåret høyt på disse). 14 % oppgav at de hadde vært i kontakt med TSB, og 24 % med psykisk helsevern de siste to månedene før pågripelsen.





– *Personer pågrepet for ruskjøring i trafikken er en høyrisikogruppe med hensyn til å ha og utvikle rus- og psykiske problemer.»*

TABELL 1. RUSRELATERTE FORHOLD VED OPPSTART/INKLUSJON

Hadde ikke førerkort ved påtale, antall (%),	3 (9)
Opplevd konsekvens av å miste førerkort (n=27) (%)	
Svært alvorlig	12 (37.5)
Alvorlig	16 (50)
Mindre alvorlig	4 (12.5)
Ikke alvorlig	0
Grad av bekymring for risiko for alvorlig ulykke/skade	
Ikke/svært lite bekymret	3 (11.5)
Verken eller	3 (11.5)
Bekymret/svært bekymret	20 (76.9)
Villig til å forsøke alkohollås? Antall (%)	
Ja, nokså/svært villig	28 (90.3)
Nei, lite villig	0
Vet ikke	3 (9.7)
Høyt alkoholbruk siste 4 uker før baseline¹	20 (74.1)
Høyt narkotikabruk siste 4 uker før baseline²	3 (9.4)
Psykisk helse, HCL-10, gjennomsnitt (variasjon)	2.0 (1.0-3.5)
Utvalgte besvarelser fra CMR-skalaen; nokså/helt enig(%).	
Innerst inne tror jeg at min bruk av rusmidler er et meget alvorlig problem for meg	46
Min bruk av rusmidler har egentlig påført meg problemer på en rekke områder (familie, barn, arbeid, utdanning, venner, partner)	44
Å slutte å bruke rusmidler er viktigere for meg enn noe annet	46
¹ høy skår/risikobruk av alkohol (risiko for helseskade) er kodet som skår over 6 for kvinner og over 8 for menn på AUDIT.	
² høy skår/risikobruk av narkotika (risiko for helseskade) er kodet som skår og respektivt over 2 og 6 for narkotikabruk på DUDIT	



Beskrivelse av informantene etter SMART-tiltaket

Det var ingen signifikant reduksjon i bruk av alkohol (AUDIT), det var et nokså likt antall personer (n=20, ca 3/4) som hadde et høyt alkoholforbruk før og etter SMART-tilbudet (det vil si over seks alkoholenheter for kvinner og åtte for menn pr. uke). Få oppgav å ha brukt narkotika før og etter tiltaket.

Det var en signifikant økning i deltakernes 'readiness for treatment' (DeLeon et al, 1997). Det betyr at de i større grad var enige i utsagn knyttet til at de trenger hjelp til å redusere rusbruken, at de ikke klarer det på egen hånd, at de er lei

av rusbruken og samtidig innrømmer at de ikke klarer å gjøre noe med den alene. Det var ikke en tilsvarende bedring i sub-skalaen på motivasjon (tabell 2). Det var en signifikant reduksjon i deltakernes egenrapporterte psykiske problemer målt med Hopkins Symptom Checklists 10-ledds versjon. Selv om mange fikk reduserte psykiske problemer, så hadde likevel 18 personer (58 %) en skår på over 1.85 før SMART, og 15 personer (48 %) en like høy skår etter tilbudet.

I følge strafferegisteret hadde ingen personer nye domfellelser i løpet av en seks måneders periode etter ruskjøringsepisoden som medførte pågrepelse.

TABELL 2. ENDRINGER I RUSMIDDELBRUK, PSYKISK HELSE OG MOTIVASJON FOR ENDRING

	Før	Etter	Sign
Alkoholbruk, AUDIT: gjennomsnitt (SD)	14.7 (7.2)	13.8 (6.7)	0.45
CMRS Readiness 1 for treatment, gjennomsnitt (SD)	27.3 (9.2)	24.1 (10.5)	0.01*
CMRS Motivation2 for treatment, gjennomsnitt (SD)	18.9 (6.2)	19.0 (7.1)	0.09
Psykisk helse, HSCL-103, gjennomsnitt (SD)	2.0 (0.75)	1.7 (0.54)	0.01*

¹Fra Circumstances, motivation, readiness and suitability-skalaen til DeLeon et al, 1997. Readiness angår spørsmål om forhold som: Innstilt på å jobbe med seg selv, å oppsøke hjelp, villig til å ofre mye for å bli bedre, klarer meg ikke uten hjelp og støtte, etc.
²Motivation angår spørsmål om forhold til rusmidler: Mislike seg selv pga rusbruken, jeg må forandre meg for ellers blir livet bare verre og verre, jeg sårer og skuffer andre pga rusbruken, å slutte er viktigere enn noe annet, etc.
³Hopkins Symptom Checklist (Derogatis et al, 1974). * signifikant endring, p<.05

Gjennomsnittsalderen for dem som besvarte før og etter skjemaene var 41.5 år. Vi hadde forventet at pågrepne for første- eller andregangs ruskjøring skulle være en del yngre enn det de var. De fleste var menn (81 %) og 74 % hadde et så høyt alkoholforbruk de siste fire ukene før pågripelsen at det ville ført til diagnostisk vurdering for rusmiddellidelse innen helsevesenet. Deltakerne ble derimot ikke vurdert klinisk i studien. Mange skåret også høyt på psykiske plager. Hele 58 % skåret over grenseverdien for det som regnes å være i risikoområdet for angst og depresjonsplager. Dette er ikke overraskende, da sterke sammenhenger mellom psykiske plager og rusmiddelproblemer er kjent (Helsedirektoratet, 2012).

Personer pågrepet for ruskjøring i trafikken er en høyrisikogruppe med hensyn til å ha og utvikle rus- og psykiske problemer. Denne

studien viser derimot at det er svært vanskelig å rekruttere disse til et slikt strukturert, ikke-klinisk hjelpetilbud. Studien viser også at de som møtte opp og deltok på tilbudet opplevde det som nyttig, at det var assosiert med økt behandlings- og hjelpemotivasjon ('readiness for treatment') og reduserte angst- og depresjonsproblemer. Det var også en tallmessig (ikke-signifikant) reduksjon i alkoholbruk og nesten signifikant bedring i motivasjon for rusmiddelreduksjon hos SMART-deltakerne. Disse resultatene er i tråd med randomiserte kontrollerte studier som har vist at denne typen tiltak reduserer rusmiddelbruk og gjentagelsesrisiko for ruskjøring.

Slike tiltak fordrer et tett samarbeid mellom politiet og hjelpeapparatet. Særlig er det utfordringer knyttet til å spre informasjon om prosjektet ved pågripelser, samt å presentere tiltaket til de pågrepne på en måte som gjør at de



ønsker å motta tilbudet. Forslag til tiltak for å øke antall deltakere i slike tilbud kan være bedring av samarbeidet mellom politi og hjelpepersonell under narkotika- og alkoholtester i trafikken, bedre kursing av polititjenestemenn i å presentere hjelpetilbud til pågrepne, utforming av informasjonsmateriell (hjemmeside, informasjonsbrev til alle pågrepne, med mer), og eventuelt å ansette en sivil person hos politiet med ansvar for å informere målgruppen om tilbudet (spesielt viktig i forbindelse med politikontroller/-tester og bilulykker). Eventuelt kunne slike hjelpesamtaler ha blitt knyttet til andre typer rusrelaterte pågrepelser, for eksempel ordensforstyrrelser, voldsepisoder og andre ikke-trafikkrelaterte hendelser. Det anbefales også å utprøve et mer differensiert hjelpetilbud med korttidsmotiverende intervju. Tilbudet kan differensieres fra i utgangspunktet én sesjon som standard for alle, med mulighet for å gi flere oppfølgingssamtaler til personer med mer alvorlige og sammensatte rusproblemer og psykiske vansker. ☒



REFERANSER:

- Centers for Disease Control and Prevention (1994). Current trends: drivers with repeated convictions or arrests for driving while impaired – United States. *Morb Mortal Wkly Rep*, 43:759-61.
- Christophersen A S, Ceder G, Kristinsson J, Lillesunde P & Stenoft A (1999). Drugged driving in the Nordic countries - a comparative study between five countries. *Forensic Sci Int*, 106, 173-190.
- DeLeon, G., Melnick, G., Kressel, D (1977). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(2), 169-189.
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 19:1-15.
- Haldorsen I et al (2011). Høyrisikogrupper i vegtrafikken. Trafikksikkerhet, miljø- og teknologiavdelingen. Vegdirektoratet. VD rapport nr. 15 2011.

Helsedirektoratet (2012). Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus og psykisk lidelse – ROP lidelser. publikasjonsnummer IS-1848.

Johnsen T, Wynn R & Bratlid T (2012). Is there a negative impact of winter on mental distress and sleeping problems in the subarctic: The Tromsø Study. *BMC Psychiatry* 2012, 12:225. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/225>

Lapham SC, Skipper BJ & Rusell M (2012). Life-time drinking course of driving-while-impaired offenders. *Addiction*, 107, 1947-1956.

Lapham SC, Smith E, C´de Baca J, Chang I, Skipper BJ, Baum G et al. (2001). Prevalence of psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired. *Archived of General Psychiatry*: 58:943-9

Miller WR & Rollnick S (2013). *Motivational interviewing – helping people change*. The Guilford Press, New York.

Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 5:CD008063.

Ouimet MC, Dongler M, Di Leo I, Legault L, Tremblay J, Chanut F & Brown TG (2013). A randomized controlled trial of brief motivational interviewing in impaired driving recidivists: a 5-year follow-up of traffic offenses and crashes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*; 37:1979-1985.

Wilk AI, Jensen NM & Havighurst TC (2002). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12; 287-283.