

Kompetansesenter rus – Midt-Norge

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin
St. Olavs Hospital

Rapport 04/2014

Samarbeid mot alkohol og ruskjøring i trafikken (SMART)

En pilotundersøkelse av et tidlig intervensjonstiltak mot ruskjøring

Trond Ljøkjell¹
Karianne Kristensen²
Tom Espen Weie³
Rolf W. Gråwe⁴

¹ Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus), Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs Hospital HF

² Tanker om Rusvaner (TOR), Trondheim kommune

³ Sør-Trøndelag Politidistrikt

⁴ Seksjon for FoU, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs Hospital HF

Innhold

| | |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Forord | 4 |
| Sammendrag | 5 |
| 1.0 Bakgrunn for studien | 6 |
| 2.0 Metode | 8 |
| 2.1 Intervensjon | 8 |
| 2.2 Målinger | 9 |
| 2.3 Prosedyre..... | 10 |
| 2.4 Organisering av studien..... | 11 |
| 2.5 Statistikk | 11 |
| 3.0 Resultater | 11 |
| 3.1 Beskrivelse av informantene. | 12 |
| 3.2 Status for rusmiddelbruk og psykisk helse ved oppstart. | 13 |
| 3.3 Endring i rusmiddelbruk og psykisk helse. | 14 |
| 3.4 Brukernes vurdering av tilbudet..... | 15 |
| 4.0 Diskusjon | 16 |
| 5.0 Konklusjon | 17 |
| 6.0 Referanser | 18 |

Forord

Initiativet til SMART prosjektet ble tatt av Boel Helgesen ved rådmannens fagstab i Trondheim kommune allerede i 2007. Helgesen hadde da formidlet informasjon om det svenske tiltaket SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) til Sør-Trøndelag Politidistrikt. Politiet i Sverige kunne vise til gode resultater i samhandlingen om SMADIT, som da var blitt et fast tiltak der. Personer pågrepet for ruskjøring, som ønsket å endre sine alkoholvaner og eventuelle problemer med narkotika, fikk profesjonell og rask hjelp, helst innen 24 timer. SMADIT-erfaringene fra Sverige virket så lovende at Sør-Trøndelag Politidistrikt initierte et forprosjekt i Trondheim. Våren 2010 tok nytilsatt prosjektleder Rolf Morten Øyen ved Sør-Trøndelag Politidistrikt kontakt med Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus-Midt) med ønske om et mulig samarbeid.

Etter en rekke møter mellom sentrale aktører, for å avklare et mulig prosjekt knyttet til ruskjøring, ble avtale om samarbeid inngått i desember 2010 mellom partene:

- Trondheim kommune
- Trøndelag statsadvokatembeter
- Sentrum politistasjon og Heimdal politistasjon
- Rusbehandling Midt-Norge HF
- Kriminalomsorg i frihet

Med denne formelle avtaleinngåelsen kunne **Samarbeid mot alkohol og ruskjøring i trafikken (SMART)** etableres som et prosjekt.

Målgruppen for SMART prosjektet skulle være personer over 18 år bosatt i Trondheim som ble pågrepet for kjøring i ruspåvirket tilstand for første eller andre gang. Målet var å gi et tilbud tidlig i en problemutvikling, i håp om å endre utvikling av rusproblemer og unngå at vedkommende ble en gjenganger med hensyn til ruskjøring.

KoRus-Midt og FoU-seksjonen ved St. Olavs Hospital skulle samarbeide med team Strategisk analyse og etterretning ved FOE (Fellesoperativ enhet) i Sør-Trøndelag politidistrikt om å evaluere en pilotstudie knyttet til nytten av SMART tiltaket.

Takket være god dialog og godt samarbeid i prosessen før, underveis og etter prosjektgjennomføringen har vi lyktes å slutføre denne studien. En spesiell takk rettes til følgende sentrale aktører:

- Rolf Morten Øyen, politiførstebetjent ved Sør-Trøndelag politidistrikt
- Frank Nygård, politiførstebetjent ved Trondheim politistasjon
- Tom Espen Weie, analyse Sør-Trøndelag Politidistrikt
- Karianne Kristensen, prosjektleder ved TOR (Tanker om Rusvaner) i Trondheim kommune
- Grete Alice Malindi Mosand, prosjektmedarbeider ved TOR
- Rolf W. Gråwe, dr.phil, FoU-leder St.Olavs Hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.

Vi vil også rette en stor takk til alle SMART deltakerne som tok seg tid til å fylle ut skjema, og Unn Grimstad og Gunleif Lundemo ved Seksjon FoU, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs for tilrettelegging av data. De har alle bidratt til at denne studien ble mulig.

Trond Ljøkjell
Prosjektleder
trond.ljokjell@stolav.no

Trondheim 7. april 2014

Sammendrag

Mål og metode: I et toårig pilotsamarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune, Sør-Trøndelag Politidistrikt, Rusbehandling Midt-Norge og Kompetansesenter rus - Midt-Norge, evalueres nytten av en korttidsintervensjon basert på motiverende intervju til personer pågrepet for første eller andre gangs bilkjøring i ruspåvirket tilstand. Undersøkelsens primære målsetting er å finne ut om tiltaket reduserer ruskjøring. Den sekundære målsettingen omhandler deltakernes opplevelse og tilfredshet med tilbudet, samt sammenhenger med rusmiddelbruk, holdninger og motivasjon til å endre ens forhold til rusmidler, samt psykiske problemer. Det ble benyttet et enkeltgruppe-design med førmålinger (oppstartsskjema) og ettermålinger (evalueringsskjema).

Resultater: 32 personer samtykket til å delta i studien, mottok SMART tilbudet og besvarte begge skjemaene. Ingen oppgav subjektivt å ha ruskjørt i løpet av seks måneder etter indeks (ruskjøringsepisode som medførte pågrepelse) 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 en signifikant bedring i 'readiness for treatment' en nesten signifikant økning i motivasjon for endring i sin rusmiddelbruk, og en signifikant bedring i angst- og depresjonsrelaterte plager.

Konklusjon: I tråd med annen forskning indikerer SMART studien at denne typen tiltak er nyttig og virkningsfull. Eventuelle videre satsninger og tiltak bør derimot implementeres på en bedre måte ved et tettere samarbeid mellom politiet og SMART teamet i kommunen. Bedre systematikk i informasjon og introduksjon av tilbudet kunne økt antallet deltakere. Videre bør samtaletilbudet vurderes administrert mer differensiert og tilpasset målgruppens ulike behov.

1.0 Bakgrunn for studien

Kjøring i ruspåvirket tilstand er en betydelig årsak til ulykker i trafikken. I hver fjerde dødsulykke i trafikken er føreren ruspåvirket (Haldorsen et.al, 2011). Ulike tiltak er iverksatt for å motvirke den negative utviklingen. Strafferammene for ruskjøring er økt i mange land, i tillegg er grenseverdiene for rusmiddelpåvirkning redusert, hyppigheten av sjåførkontroller er økt og systematiske forebyggende tiltak utviklet. I Vegtrafikklovens paragraf 22 er promillegrensen satt til 0.2 for alkoholpåvirkning hos sjåfører i Norge. Tap av førerrett utmåles i forhold til alkoholkonsentrasjon i blodet. Lengde på inndragning av førerrett varierer etter grad av ruspåvirkning (under 0.5 promille - medfører vanligvis ikke tap av førerrett, over 0.5 t.o.m. 0.8 promille - fra 12 til 18 mnd - utover 0.8 i promille vurderes det individuelt), i tillegg til bøter (lavpromille) og fengselsstraff (høypromille).

Tilsvarende legale grenser for narkotika eller legemidler ble innført fra 1.februar 2013 med endringene i Veitrafikkloven. Listen omfatter 20 ulike stoffer som kan gi ruseffekt og gjelder både ulovlige narkotiske stoffer i tillegg til lovlige, reseptbelagte sovemedisiner og beroligende medikamenter. Et økende antall personer blir også arrestert for bilkjøring i narkotikapåvirket tilstand (de Gier, 1995; Mørland, 2000). I perioden 1990 til 1999 ble det registrert en økning i antall arresterte for kjøring i narkotikapåvirket tilstand og en reduksjon i antall arrestert for alkoholpåvirkning (Christophersen & Mørland, 1997; Christophersen et al., 1999; Mørland, 2000). De fleste pågripes i sammenheng med ulykker eller farlig kjøring. Mange blir arrestert for nye eller gjentatte forhold (Gjerde & Mørland, 1990; Skurtveit et al., 1998; Christophersen, Skurtveit, Grung & Mørland, 2002). En sjuårig strafferegisterbasert prospektiv undersøkelse viste at 28 % av de som var pågrepet for bilkjøring i alkoholpåvirket tilstand ble pågrepet på nytt (Christophersen et al., 2002). Det som sterkest predikerte nye episoder var tidligere arrestasjoner for ruspåvirket bilkjøring, å være mann og under 36 år. De fleste nye episodene (21 %) forekom i løpet av det første året etter indeks arrestasjon (ruskjøringsepisode som medførte pågrepelse).

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 (for eksempel Inwood et al., 2007; Rider et al., 2006) eller konfrontering med etterlatte og offer fra ulykker (Wheeler et al., 2004). Det er benyttet både administrative og psykososiale tiltak for å redusere residiv eller gjentakelse av ruskjøring. Førstnevnte er i hovedsak knyttet til alkohollåsprogrammer som har vist seg effektive i å redusere ruskjøring og ulykker knyttet til ruskjøring (Voas et al., 2010). Selv om psykososiale tiltak har blitt mindre undersøkt er det en del forskningsmessig kunnskap om den systematiske effekten av motivasjonsfremmende samtalemetoder til ruskjørere på ruskjøring og gjentakelsesfare. Det er solid dokumentasjon på at bruk av motivasjonsfremmende samtalemetoder (Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2013) fører til økt behandlingsmotivasjon og reduksjon av rusmiddelbruk i kliniske og ikke-kliniske utvalg (Smedsrud 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 denne typen tiltak også burde ha en effekt på deltakere med rusproblemer som blir pågrepet for ruskjøring i trafikken.

Personer med psykiske problemer og samtidig 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 igjen førerkortet. Slike faktorer har ført til at det er gjennomført flere intervensjonsstudier for å øke motivasjonen til pågrepne ruskjørere til å redusere rusmiddelbruken og redusere gjentakelsesfaren. Motiverende intervju er den metoden som er mest utprøvd (typisk i korte én-sesjons intervensjoner) og det er økende evidens for at denne bidrar til redusert drikking hos ruskjørere og reduksjon i selvrapportert og registerregistrert ruskjøring (Ouimet et al., 2013). Flere studier indikerer at det særlig er unge personer med liten motivasjon for å endre seg og med et høyt alkoholbruk, som har størst utbytte av korttids motiverende intervensjoner (se blant annet: Brown et al., 2012).

I helsevesenet defineres kortintervensjon som enhver terapeutisk eller forebyggende konsultasjon med kort varighet (én-fem sesjoner) gitt av en fagperson. Tiltakene inneholder vanligvis følgende fem stadier: evaluering/kartlegging, feedback, informasjon, rådgivning og bruk av selvhjelpsmateriale (Beich et al., 2002). Dette kan administreres til personer som er alkoholavhengige og til problemdrikkere. Metoden vektlegger individets interesser, ønsker og problemer. Den utforsker personens ambivalens og motiver for endring. Som generell kommunikasjonsmetode er den særlig egnet for å fremme eget engasjement og endringsønske.

Vi kjenner ikke til at det er gjennomført noen undersøkelser i Norden av nytten av denne typen tiltak basert på metoden motiverende intervju. Vi ønsket derfor å gjennomføre en pilotundersøkelse av nytten av et nytt og tidsbegrenset psykososialt hjelpetilbud for personer som blir påtalt for kjøring i alkoholpåvirket tilstand. Undersøkelsen er den del av et større Samarbeid Mot Alkohol og Ruskjøring i Trafikken (SMART) initiert av Rusbehandling Midt-Norge, Trondheim kommune og Sør-Trøndelag politidistrikt med driftsenhetene Sentrum politistasjon og Heimdal politistasjon. Politiets alkoholkontroller og trafikkovervåkning er viktige tiltak da disse er de eneste kildene til å avdekke problemets omfang og alvorlighet. Muligheten til å komme i en hjelpende posisjon med ruspåvirkede bilførere anses å være ekstra god hvis de så raskt som mulig etter pågrepelse og påtale blir kontaktet og får et hjelpetilbud. Man antar at mange da er i en spesielt sårbar situasjon preget av skyld og skam og kan ha forhøyet motivasjon til å akseptere et hjelpetiltak.

Tiltakets hovedmål var å redusere gjentakelse av ruskjøring hos bilførere som blir førstegangsdømt for bilkjøring i ruspåvirket tilstand. Et viktig moment var å gi et raskt tilbud om hjelpe- og mestringstiltak til påtalte bilførere. Tiltaket var samtaler basert på motiverende intervju som ble tilbudt av fagpersoner i helse- og omsorgsetaten i Trondheim kommune. Disse skulle igjen henvise de som ønsket det og som hadde et klinisk behandlingsbehov videre til behandling ved Klinik for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs Hospital. Sekundære mål med studien var å undersøke nytten av intervensjonen med hensyn til endringer i alkoholbruk og psykiske plager, motivasjon og ønske om å endre drikkevaner samt subjektive opplevelser av nytte av samtaletilbudet. Et virksomhetsmål var at alle voksne som opplever første eller andre påtale for kjøring i ruspåvirket tilstand blir identifisert av politiet og gitt informasjon om det frivillige hjelpetiltaket.

2.0 Metode

Dette er en innen-gruppestudie med før- og ettermålinger av en gruppe unge voksne personer (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. Sekundære mål er å få kunnskap om hvordan tiltaket oppleves av brukerne, om det er assosiert med holdningsendring med hensyn til rusmiddelbruk og om det er knyttet til bedring i rusmiddelbruk og psykisk helse. Alle som i perioden 01.04.2011 – 31.06.2013 (27 måneder) som 1) ble pågrepet ved Sentrum politistasjon 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, ble 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 trafikksikkerhetsmessig farlig kjøring under påvirkning av illegale stoffer eller legemidler (sistnevnte angår 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 pågripelse. SMART teamet forsøkte inntil tre ganger å få etablert kontakt med dem som ikke møtte til avtalt time. Alle som deltok i SMART ble orientert om at de ville få prioritert påtalemessig saksgang i politiet og eventuelt en raskere domfellelse.

2.1 Intervensjon

Det individuelle samtaletilbudet i SMART startet med at ansatte i Tanker om Rusvaner (TOR) fikk oversendt personalia vedrørende deltakere fra politiet. Personene ble deretter kontaktet telefonisk. De fleste ble kontaktet samme dag som personalia var blitt oversendt og tilbudt timeavtale (oftest innen en uke). Det ble tatt kontakt inntil tre ganger ved manglende oppmøte til første SMART timeavtale. Hver deltaker ble tilbudt mellom åtte og 14 samtaler (å 45 minutter) inntil domfellelse. Vanligvis tar det fem - sju måneder fra pågripelse til domfellelse. I enkelte tilfeller opp til ett år. Et fåtall fikk domsavsigelse i retten innen to måneder og disse mottok derfor færre samtaler. De første to - tre samtalene ble gjennomført ukentlig, deretter ble det gitt samtaler annenhver eller hver tredje uke.

Innledningsvis ble deltakerne informert om tilbudets innhold og målsetting. Det ble også informert om personalets meldeplikt til Barne- og Familietjenesten dersom det er grunnlag for bekymring vedrørende mindreårige barn som de har omsorgsansvar for, samt om arkiveringsplikt og innsynsrett. Deltakerne mottok et informasjonsskriv om studien og underskrev i tillegg et frivillig samtykkeskjema for å delta i undersøkelsen.

Deretter ble hendelsesforløp vedrørende indeks (ruskjøringsepisode som medførte pågripelse) gjennomgått 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 med bruk 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 var: Behov 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 per i dag, å få hjelp med å forstå egen ambivalens og motstand og usikkerhet med hensyn til endring av rusvaner (positive og negative sider ved eventuell endring) samt bevisstgjøring av grunner, ønske, behov og evne til slik endring. Så fremt deltakerne ønsket hjelp til endring ble det formulert målsettinger og handlingsplaner for dette (inkludert identifisering og mestring av risikosituasjoner for ny ruskjøring). Andre fokusområder i samtalene kunne være mestring av usikkerhet og temaer knyttet til ventetiden på rettsaken. Dette var typisk hva dommen kan bli, hvordan rettsaken foregår, hvordan formidle ens 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). En mer teknisk definisjonen beskriver MI som en samarbeidende, målrettet kommunikasjonsstil med særlig fokus på endringsuttalelser. Metoden er oppbygd for å styrke den personlige motivasjonen for og forpliktelse til endringer i rusmiddelbruk gjennom å løfte frem og utforske personens egne grunner for slik endring, innenfor en atmosfære preget av aksept og forståelse og respekt for at endring må skje i personens eget tempo og på egne vilkår.

2.2 Målinger

For å evaluere nytten av tiltaket har man målt subjektivt rapportert gjentakelsesfrekvens med hensyn til ruskjøring seks måneder etter første kontakt med SMART teamet. I tillegg er opplevd nytte av tilbudet og endringer i innsikt/motivasjon og bruk av rusmidler målt.

SMART deltakerne fylte selv ut et spørreskjema om sosio-demografiske forhold, holdninger til tilbudet, kartlegging av rusmiddelbruk og psykisk fungering, kjøring i ruspåvirket tilstand, tidligere behandlingshistorie, motivasjon for hjelp med å mestre rusmiddelbruken, samt vurdering av opplevd nytte og hjelp knyttet til rusmiddelbruk. Til måling av rusmiddelbruk benyttet man Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) og Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT-E). For kartlegging og måling av behandlingsmotivasjon for rusmiddelbruk ble skjemaet Client, Motivation and Readiness Scale (CMR Scale; DeLeon, Melnick & Kressel, 1997) benyttet. Terskelverdi (cut-off) for høyt alkoholbruk i AUDIT ble satt til åtte alkoholenheter per uke for menn og seks for kvinner. For DUDIT var respektive grenseverdier seks og to.

Hopkins Symptom Checklist 10 (HSCL-10; Derogatis et al., 1974) ble brukt som kartleggingsverktøy for mentalt stress og problemer. Ved å sette et bestemt terskelnivå (cut-off) på HSCL-10, kan man få et inntrykk av hvor stor andel av befolkningen som har symptomer på psykiske plager. Resultatene kan variere noe med denne typen måleinstrument og etter terskelverdi, fordi mange befinner seg akkurat i grensesjiktet for hva som defineres som "psykiske plager". For SCL-10 har det blitt anslått at de som får en gjennomsnittsverdi på 1,85 eller høyere har symptomer på psykiske plager (Strand et al., 2003).

Et eget spørreskjema med åtte spørsmål, hvor en skåret på en femdelt skala: svært bra, bra, ok/greit nok, dårlig, svært dårlig, ble laget for å evaluere deltakernes nytte og tilfredshet med innholdet i SMART samtalene. I tillegg var et av spørsmålene i løpet av samtalene om SMART deltakeren samtykket i å få henvisning til behandling for sitt rusmiddelbruk.

2.3 Prosedyre

Når politiet har opprettet sak på mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand, vil mistenkte personer gjennomgå avhør hos politiet og bli underlagt rusprøvetaking. Utvidet rusprøve for andre stoffer blir gjennomført ved mistanke. Politiet vil gjennomgå inklusjonskriteriene og informasjon om SMART tiltaket til alle som oppfyller disse. De pågrepne vil deretter bli spurt om å samtykke skriftlig til politiet om at deres personalia blir gitt til SMART teamet som er en del av enheten TOR -Tanker om Rusvaner i Trondheim kommunes helse- og omsorgstjeneste. SMART teamet vil deretter kontakte dem for oppfølging innen en uke etter pågripelsen. De informeres av politiet om alvorligheten av påtalen og at dette er et hjelpetiltak, ikke et strafferettslig tiltak, som er rettet mot deres forhold til rusmidler og en utstrakt hånd for å forhindre gjentakelse. De informeres også om at deltakelse i tiltaket ikke har noen konsekvens for straffeutmålingen, men at deltakelse gir saksbehandlingsprioritet og raskere domfellelse. Pågrepne som er sterkt beruset vil ikke få informasjon om tilbudet før dagen etter, eventuelt etter varetektsopphold. Alle som oppfyller inklusjonskriteriene skal få informasjon om SMART tilbudet og inviteres til deltakelse. Sør-Trøndelag politidistrikt har i samarbeid med Statsadvokaten utarbeidet et eget samtykkeskriv for dette formålet. De får med seg et SMART vitsett kort samt en kopi av samtykkeerklæringen. Politiet registrerer alle pågripelser som oppfyller inklusjonskriteriene i perioden. Potensielle deltakere informeres om SMART tilbudet og den vitenskapelige undersøkelsen, og bes om samtykke ved å fylle ut et spørreskjema ved oppstart og etter seks måneder. Om de ikke gir sitt samtykke til deltakelse i forskningsdelen av SMART, har det ingen negative konsekvenser for det tilbudet de vil motta. SMART teamet mottar fortløpende kopi av politiets samtykkeerklæringer med kontaktinformasjon. SMART-teamet registrerer alle personer som blir innkalt, alle som møter opp og alle som ikke møter.

Politiet registrerer ved første pågripelse personalia, om de er dømt for ruskjøring tidligere i strafferegisteret og om de samtykket eller ikke til å være med på et informasjonsmøte med SMART teamet. Man skal søke til Riksadvokaten om tillatelse til at politiet kan benytte det nasjonale strafferegisteret for å gjøre dette. Studien søkes godkjent av Regional Etisk komité for medisinsk forskning i Midt-Norge, for innsamling og bruk av helseopplysninger knyttet til rusmiddelbruk. Det skal innhentes to former for samtykker i studien. Først innhenter politiet et skriftlig samtykke fra de påtalte om de kan gi kontaktinformasjon til SMART teamet i kommunen. I forbindelse med første møte med SMART teamet vil de bli informert om undersøkelsen og forespurt om skriftlig samtykke til å bruke data i forskningsstudien og fylle ut et spørreskjema ved oppstart og etter seks måneder. De informeres samtidig om hva som er studiens hensikt og innhold, at det er frivillig og at det å ikke delta ikke medfører noen negative konsekvenser. Deltakernes anonymitet sikres ved at alle som samtykker i å være med i undersøkelsen blir tildelt et kodenummer. Forskerne vil motta informasjon som er uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Leder ved SMART teamet vil ha en kodeliste som kobler personalia med id-nummeret.

2.4 Organisering av studien

Studien er finansiert av Kompetansesenter rus - Midt-Norge, St. Olav Hospital, Trondheim kommune og Sør-Trøndelag politidistrikt . Det er opprettet en prosjektgruppe bestående av Karianne Kristensen, leder av TOR, Tom Espen Weie, rådgiver i politiet, Trond Ljøkjell, prosjektleder og seksjonsleder for Seksjon Sør-Trøndelag ved Kompetansesenter rus - Midt-Norge, og Rolf W. Gråwe, seksjonsleder ved seksjon for FoU St.Olavs hospital. Ved Sør-Trøndelag politidistrikt har førstebetjent Rolf Morten Øyen og etter hvert førstebetjent og fagleder for trafikketterforskning, Frank Nygård (fra 2012), hatt ansvar for å informere polititjenestemenn om prosjektet. Denne informasjonen har dreid seg om hvordan de skal identifisere personer i målgruppen for studien, hvordan de skal informeres, hvordan samtykke skal innhentes og om rutiner for håndtering av kontaktinformasjonen og eventuelt formidling av denne til SMART teamet. Tom Espen Weie ved politiet har hatt ansvar for å registrere alle pågripelser og føre oversikt over de som samtykker eller ikke til å møte SMART teamet.

Den vitenskapelige undersøkelsen er regulert av personopplysningsforskriften og er godkjent av Personvernombudet.

2.5 Statistikk

Hvis det opprinnelige målet om å inkludere 100 personer i studien hadde blitt oppnådd, ville man ha benyttet et alfanivå på 0.05. Med en resultatanalyse basert på kun 32 deltakere ble det benyttet et alfa nivå på 0.1 for å redusere risikoen for type 2 feil, det vil si å konkludere med at det ikke er noen endring selv om det egentlig er det. Paired samples t-test statistikk basert på før - etter målinger som viser endringer i sum-skårer for alkoholbruk (AUDIT), psykisk helse (HSCL-10), og motivasjon og 'readiness' for rusendring, ble benyttet for å undersøke hypotesen om eventuelle endringer var forskjellig fra 0 (konfidensintervall/ CI=0.95). Pearson kji-kvadrat test og Fisher's exact test ble benyttet på kategori-data for å gjøre generaliseringer fra bivariate tabeller.

3.0 Resultater

Basert på politiets statistikk fra strafferegisteret ble det i løpet av inklusjonsperioden opprettet 965 promillesaker for ruskjøring i Sør-Trøndelag politidistrikt: 528 fra trondheimsområdet og 437 utenfor dette området. Av disse 528 sakene fikk 539 en straffereaksjon. Av disse 539 var det 467 unike personer. 211 (45 %) av disse igjen var første- eller andregangs registrerte.

I denne studien hadde vi som målsetting å inkludere 100 personer i løpet av en inklusjonsperiode på opprinnelig 12 måneder. På grunn av få henvendelser måtte inklusjonstiden utvides til 27 måneder. Ved avsluttet inklusjon hadde 64 personer samtykket til å delta i studien. En av disse inkluderte hadde imidlertid ni tidligere straffeforhold for ruskjøring, og ble ekskludert fra studien (mottok likevel SMART tilbudet). Det vil si at 30 % av personene i målgruppen i opptaksområdet samtykket til å delta i studien. 32 personer mottok minst én SMART-samtale, samtykket til å delta i studien og fylte ut både oppstarts- og evalueringsskjemaet. 31 personer (49 %) mottok SMART-tilbudet, men ga ikke samtykke til å delta i studien. Det vil si at vi har komplette data fra 32 personer. Dette utgjør 50.8 %

av de som samtykket og 15 % av de 211 personene med første- eller andre gangs straffereaksjon for ruskjøring.

30 % mottok fire eller færre samtaler, 22 % mottok fem samtaler, og 48 % mottok over fem samtaler (variasjonsbredde én - ni samtaler).

Ved sammenligning av de som gjennomførte tilbudet og fylte ut oppstarts- og evalueringsskjema - med de som ikke gjorde dette, og som ikke ble med i analysene, fant vi ingen signifikante gruppeforskjeller med hensyn til kjønn og alder, og om vedkommende var tidligere straffedømt, hadde vært i kontakt med politiet siste tolv måneder hadde mottatt rusbehandling fra TSB eller hadde vært i kontakt med psykiatrien eller kriminalomsorgen de siste to månedene. Gruppene var også sammenlignbare med hensyn til bruk av alkohol siste fire uker (AUDIT) og generell psykisk helse (HCL-10). De som ikke gjennomførte SMART-tilbudet eller som ikke fylte ut skjemaene hadde derimot et signifikant høyere narkotikabruk enn de som gjennomførte og mottok tilbudet ($t(42)=-2.076$, $p<.05$).

De følgende resultatene er basert på personer som mottok SMART tilbudet og som besvarte oppstartskjemaet før SMART samtalerne og evalueringsskjemaet etter SMART tilbudet (n=32).

3.1 Beskrivelse av informantene.

Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 41 år og 81 % var menn (se tabell 1). Omtrent halvparten var single og hadde eget arbeid som hovedinntektskilde. Rundt 30 % hadde høyere utdanning ved universitet eller høyskole.

Tabell 1. Demografiske data

| | |
|---------------------------------------------------|-----------------|
| Alder: gjennomsnitt (variasjonsbredde) | 41.5 (19-72) |
| Kjønn: ant., kvinner; menn (%) | 6 (19); 26 (81) |
| Enslig/singel (%) | 15 (47) |
| Egen bolig/leilighet; antall (%) | 29 (91) |
| Fullført utdanning: antall (%) | |
| Kun grunnskole | 4 (13) |
| Videregående (allmenn eller yrkesfaglig) | 17 (53) |
| Universitet eller høyskole | 11 (34) |
| Hovedinntektskilde, antall (%) | |
| Sosial stønad, AAP, sykemeldt, arb.ledig, pensjon | 11 (35.6) |
| Eget arbeid | 17 (54.8) |
| Annet (student, med mer) | 3 (9.6) |

3.2 Status for rusmiddelbruk og psykisk helse ved oppstart.

Kun ni personer besvarte spørsmål knyttet til ruskjøring siste seks måneder. Av disse oppgav kun to personer at de hadde gjort dette. En oversikt over rusrelaterte forhold er vist i tabell 2. 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 engen ruskjøring og var villig eller svært villig til å forsøke alkohollås. Med en kjønns-spesifikk cut-off-skåre på AUDIT (alkoholbruk) og DUDIT (narkotikabruk), viste det seg at 3/4 av deltakerne hadde et høyt alkohol bruk og at (9.4%) et høyt narkotikabruk siste fire uker. Alle de tre som hadde oppgitt å ha brukt narkotika siste fire uker hadde et høyt forbruk. Gjennomsnittsskåre 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) personer psykiske problemer knyttet til angst, depresjon, søvn, med mer før SMART-samtalene. En befolkningsundersøkelse i Tromsø fant gjennomsnittsskårer mellom 1.26 og 1.27 (Johnsen, Wynn & Bratlid, 2012).

Tabell 2. Rusrelaterte forhold ved oppstart/inklusion

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Hadde ikke førerkort ved påtale, antall (%) | 3 (9) |
| Opplevd konsekvens av å miste førerkort; ant. (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 baseline ¹ | 20 (74.1) |
| Høyt narkotikabruk siste 4 uker før baseline ² | 3 (9.4) |
| Psykisk helse, HCL-10, gjennomsnitt (variasjon) | 2.0 (1.0-3.5) |
| Utvalgte besvarelser fra CMR-skalaen; nokså/helt enig. | |
| Prosenttall. | |
| 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 skåre/risiko-bruk av alkohol (risiko for helseskade) er kodet som skåre over 6 for kvinner og over 8 for menn på AUDIT. | |

² høy skåre/risiko-bruk av narkotika (risiko for helseskade) er kodet som skåre og respektivt over 2 og 6 for narkotikabruk på DUDIT

3.3 Endring i rusmiddelbruk og psykisk helse.

De som mottok SMART-tilbudet hadde en tallmessig reduksjon i bruk av alkohol (AUDIT), men denne var ikke signifikant (se tabell 3). Hvis man hadde brukt et alfanivå på 0.5 så ville dette vært en signifikant endring. Det er sannsynlig at denne endringen ville ha vært signifikant dersom studien hadde større N. Det var et likt antall personer (n=20, ca3/4) som hadde et høyt alkoholforbruk før og etter SMART-tilbudet (det vil si over seks alkoholenheter for kvinner og åtte for menn per uke). Fordi det var så få som hadde oppgitt å ha høyt bruk av narkotika før (tre personer) og etter (ingen), var det ikke mulig å bruke statistiske analyser på dette. Det er sannsynligvis også stor usikkerhet knyttet til reliabiliteten på skåringene.

Det var en signifikant økning i deltakernes 'readiness for treatment/reduction in substance use' i henhold til CMRS sub-skalaen. Det betyr at de i større grad var enig i utsagn knyttet til at de trenger hjelp til å redusere, at de ikke klarer det på egen hånd, at de er lei av rusbruken og samtidig innrømme at de ikke klarer å gjøre noe med det alene. Det var derimot ikke en tilsvarende signifikant bedring i CMR sub-skalaen om motivasjon, selv om det var en tallmessig bedring som var signifikant på et .01 alfa nivå.

Det var en signifikant reduksjon i deltakernes egenrapporterte psykiske problemer målt med Hopkins Symptom Checklist 10-ledds versjon (t(29)=2.75). Mens 18 personer (58%) hadde en skåre over 1.85 før SMART, så hadde 15 personer (48%) en så høy skåre etter tilbudet.

Tabell 3. 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/reduction, gj.snitt (SD) | 27.3 (9.2) | 24.1 (10.5) | 0.01* |
| CMRS Motivation ² for treatment/reduction, gj.snitt (SD) | 18.9 (6.2) | 19.0 (7.1) | 0.09 |
| Psykisk helse, HSCL-10 ³ , gj.snitt (SD) | 2.0 (0.75) | 1.7 (0.54) | 0.01* |

¹ Fra Circumstances, motivation, readiness and suitability skalaen til DeLeon et al, 1997. Readiness angår spørsmål om ens forhold til: 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. ² Motivation angår spørsmål om ens 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. ³ Hopkins Symptom Checklist (Derogatis et al, 1974). * signifikant endring, p<.05

Ingen av de som besvarte spørsmålet om ruskjøring oppgav at de hadde nye episoder av ruskjøring i løpet av en seksmånedersperiode etter SMART tilbudet. I henhold til strafferegisteret hadde ingen personer nye domfellelser i løpet av en seksmåneders periode etter indeks påtale (ruskjøringsepisode som medførte pågripelse).

3.4 Brukernes vurdering av tilbudet.

I gjennomsnitt mottok deltakerne nesten seks SMART samtaler (variasjon fra tre til ni) og ingen mottok mindre enn tre. Det betyr at ingen falt fra etter første samtale og at alle kom tilbake etter denne. Deltakerne svarte på ni spørsmål som angikk tilfredshet og nytte av SMART samtaler og innholdet i dem (tabell 4). Fordi det var gjennomgående at 75 % eller flere av deltakerne krysset av for de to mest positive svaralternativene, er kun disse gjengitt. Deltakerne var som hovedregel meget fornøyde eller fornøyde med innholdet i tilbudet og mengden samtaler. De opplevde det nyttig for sine problemer, det imøtekom deres behov og det hjalp dem til å mestre problemene.

Fem av deltakerne (16%) oppgav at de hadde samtykket til bli henvist til behandling for sitt rusmiddelbruk. Disse adskilte seg ikke fra de som ikke gav slikt samtykke med hensyn til alder, bruk av alkohol eller narkotika eller psykiske problemer på oppstartskjemaet.

Tabell 4. Evaluering av SMART samtaler og samtykke til henvisning til behandling; antall (%)

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Antall samtaler; gjennomsnitt (variasjonsbredde) | 5.7 (3-9) |
| I hvilken grad imøtekom samtaler dine behov? De fleste/nesten alle | 29 (91) |
| Hvis en venn trengte lignende støtte eller hjelp, ville du anbefalt SMART? Ja definitivt/jeg tror det | 31 (97) |
| Har samtaler hjulpet deg til å håndtere dine problemer mer effektivt? Ja de hjalp en del/en viss grad | 28 (88) |
| Sånn generelt, hvor fornøyd var du med samtaler du fikk? Svært/stort sett fornøyd | 31 (97) |
| Hvis du skulle oppsøke hjelp igjen, ville du gjenopptatt SMART-samtaler? Ja definitivt/jeg tror det | 29 (91) |
| Alt i alt, hvordan vurderer du kvaliteten på samtaler? Bra/svært bra | 27 (84) |
| Gav samtaler den typen hjelp du trengte? Ja definitivt/ja generelt | 29 (91) |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Hvor fornøyd er du med mengden hjelp du fikk? Veldig/stor sett fornøyd | 31 (97) |
| Har du i løpet av samtalene samtykket i å få henvisning til behandling for ditt rusmisbruk? | 5 (16) |

4.0 Diskusjon

Det var for lavt antall deltakere i denne pilotundersøkelsen til å kunne benytte ruskjøring før og etter SMART tilbudet som hovedutfallsmål på om tilbudet førte til redusert ruskjøring. Vi kan heller ikke benytte deltakernes subjektive angivelse av antall ruskjøringsepisoder før og etter tilbudet som utfallsmål, da nesten ingen oppgav slike episoder. Sistnevnte målemetode er heller ikke reliabel og valid. Selv om vi fant at deltakerne hadde en tallmessig reduksjon i bruk av alkohol, så var ikke denne reduksjonen signifikant. De hadde en signifikant økt 'readiness for treatment' og en nesten signifikant økning i motivasjon for å redusere eller gjøre noe med sitt rusmiddelbruk. Deltakerne hadde i tillegg en signifikant reduksjon i psykiske plager som målt ved hjelp av Hopkins Symptom Checklist. Det er sannsynlig at studien har for liten statistisk power til å kunne påvise reelle endringer i alkoholbruk og motivasjon. Det vil si at det er sannsynlig at resultatene reflekterer en type 2-feil som betyr at det er stor risiko for å finne at det ikke er noen endringer når det egentlig er det (vi har for lav N til at forskjellene blir signifikante).

Deltakerne mottok i gjennomsnitt seks SMART samtaler som 97 % var svært fornøyde eller stort sett fornøyde med. Omtrent 75 % av deltakerne vurderte tilbudet som svært positivt eller nyttig. Deltakerne var fornøyd med innholdet, kvaliteten og mengden på tilbudet. De aller fleste oppgav at samtalene imøtekom deres behov og hjalp de å mestre problemer. De fleste oppga også at de ville anbefale tilbudet til andre og at de ville gjenopptatt samtalene hvis de skulle oppsøke lignende hjelp igjen. Det at ingen personer mottok kun én samtale indikerer også at de kom tilbake og opplevde tiltaket positivt.

Deltakerne i studien var eldre enn forventet. Gjennomsnittsalderen var 41.5 år. Vi forventet at pågrepne for første- eller andregangs ruskjøring var en del yngre enn det de var. De fleste var menn (81 %) og 74 % hadde et så høyt alkoholforbruk siste fire uker 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 cut-off-verdien for det som regnes å være i risikoområdet for å ha angst og depresjonsplager. Dette er ikke overraskende da det er kjent at det er sterke sammenhenger mellom psykiske plager og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2012).

En av hovedutfordringene med studien var å spre informasjon om SMART tilbudet til pågrepne personer. Det var også en del som ikke ville delta i undersøkelsen eller som ikke besvarte

evalueringsskjemaet etter SMART tilbudet. Det er derfor mulig at det ligger en bias i resultatene, det vi si at det utvalget som resultatene er basert på ikke er representative for populasjonen av pågrepne første- og andre gangs ruskjørere i området. Vi fant derimot ingen forskjeller på demografiske data, rus- og psykisk helsedata mellom de som mottok SMART-samtaler, og som ikke var med i studiens resultatanalyser, og de som mottok samtaler, og som utgjorde datagrunnlaget i studien. Selv om vi ikke har sammenlignet den store gruppen personer som ble pågrepet for første- og andregangs ruskjøring og som ikke møtte til SMART, med de som deltok i studien og resultatanalysene, indikerer dette at studiens resultater er representative for populasjonen. Studien har benyttet en før/etter måling hos en enkeltgruppe, og svakheter med denne typen forskningsmetode er at man ikke kan trekke konklusjoner om årsaker og virkninger. Endringer målt etter intervensjonen kan derfor skyldes andre forhold enn SMART samtaler. Kun et randomisert kontrollert design kan gi slik kunnskap.

Det er utført flere studier med randomiserte design som har evaluert effekten av korttids samtaletiltak basert på metoden motiverende intervju (Ouimet et al., 2013). Disse viser gjennomgående at metoden er effektiv for å redusere rusmiddelbruken. Det er også noen resultater som viser at metoden fører til redusert gjentakelse av ny ruskjøring. Typisk for slike studier er at de har benyttet korttidstiltak som har bestått av én enkeltsamtale med varighet fra 30 til 60 minutter, til forskjell fra vår SMART studie hvor 70 % mottok 5 eller flere samtaler.

Vi kjenner ikke til lignende evalueringstudier med systematisk bruk av motiverende intervju, hvor nytten av intervensjonen er målt for debuterende ruskjørere i Norden. I en lignende svensk studie (SMADIT), som var et samarbeid mellom veiverket, politiet, Landstinget, kommunene og Kriminalvården, ble det gjennomført en evaluering av et samtaletilbud til ruskjørere i Stockholmsområdet i perioden 2005-2007 (Vägverket Region Stockholm, november 2007). I SMADIT studien ble det imidlertid ikke benyttet kunnskapsbaserte tiltak for endring av rusmiddelbruk. Deltakerne som mottok tilbudet ble heller ikke systematisk evaluert. Som vår undersøkelse hadde også denne studien betydelige utfordringer knyttet å spre informasjon om tilbudet og å rekruttere målgruppen. I den svenske studien fikk 67 % av alle pågrepne informasjon om samtaletilbudet og 25 % takket ja til å motta det.

5.0 Konklusjon

Personer som er pågrepet for ruskjøring i trafikken er en høyrisikogruppe med hensyn til å utvikle rus- og psykiske problemer. Denne studien viser at det er vanskelig å rekruttere disse personene til et strukturert hjelpetilbud for å redusere ruskjøring og rusproblemer. Studien evaluerer nytten av et strukturert tilbud om motiverende samtale (motiverende intervju) til første- og andregangs pågrepne. Studien viser at de som møter opp og som deltar på tilbudet opplever det som nyttig, at det er assosiert med signifikant økning i behandlings- og hjelpemotivasjon ('readiness for treatment') og reduksjon i 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.

Denne typen tiltak fordrer et tett samarbeid mellom politiet og SMART tilbudet i kommunen. Særlig er det utfordringer knyttet til å spre informasjon om prosjektet ved pågripelser, samt å introdusere tiltaket til de pågrepne på en måte som gjør at de ønsker å motta tilbudet. Forslag til tiltak for å øke antallet 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 SMART tilbudet til pågrepne, utforming av informasjonsmateriell (SMART hjemmeside, informasjonsbrev til alle pågrepne, med mer), og eventuelt å ansette en sivil person hos politiet som har ansvaret for å informere de i målgruppen om SMART tilbudet (spesielt viktig i forbindelse med politikontroller/tester og bilulykker). SMART samtaler hos politiet kunne også ha blitt knyttet til andre typer rusrelaterte pågripelser. Dette kan for eksempel være ordensforstyrrelser og voldsepisoder og andre ikke-trafikkrelatert hendelser. Det anbefales også å utprøve et mer differensiert hjelpetilbud med korttids motiverende intervju. Tilbudet kan differensieres fra i utgangspunktet én sesjon som standard til alle, med mulighet for å gi flere oppfølgingssamtaler til personer med mer alvorlige og sammensatte rusproblemer og psykiske vansker.

6.0 Referanser

- Beich, A., Gannik, D. & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal* 325, 870-875.
- Brown TG, Dongier M, Ouimet MC, Tremblay J, Chanut F, Legault L, Ng Ying Kin NMK (2012). The role of demographic characteristics and readiness to change in 12-month outcome from two distinct brief interventions for impaired drivers. *J Subst Abuse Treat* 42:383–391.
- 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 & Stentoft A (1999). Drugged driving in the Nordic countries - a comparative study between five countries. *Forensic Sci Int*, 106, 173-190.
- Christophersen A S & Mørland J (1997). Drugged driving, a review based on the experience in Norway. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 125-135.
- Christophersen AS, Skurtveit S, Grung M & Mørland J (2002). Rearrest rates among Norwegian drugged drivers compared with drunken drivers. *Drug and Alcohol Dependence*, 66: 85-92.
- De Gier J J (1995). Drugs other than alcohol and driving in the European Union. Report from the European Road Safety Federation and the Directorate General for Transport of the Commission of the European Communities, IHP.
- 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.
- 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.*

Forsman Å, Hrelja R, Henriksson P & Wiklund M. (2011). Cooperation between police and social treatment services offering treatment to drink and drug drivers--experience in Sweden. *Traffic Inj Prev.*, 12:9-17. PMID: 21259168

Gjerde H (2012). Rusmidler og trafikksikkerhet. Forskning og kartlegging ved Statens rettsstoksikologiske institutt og Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning i perioden 1962 – 2011.

Gjerde H & Mørland J (1990). Repeated offences among arrested drunken drivers. *J Traffic Med.*, 18, 175-178.

Haldorsen I et al (2011). Høyrisikogrupper I vegtrafikken. Trafikksikkerhet, miljø- og teknologiavdelingen. Vegdirektoratet. VD rapport nr. 15 2011.

Heather, N., Rolnick, S., Bell, A., et al., (1996). Effects of brief counselling among heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15: 29-38.

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

Inwood, C., Buckle, G., Keigan, M. & Borill, R (2007). Extended monitoring of drink-drive rehabilitation courses. Wokingham, UK; TRL; 2007. Final Report. TRL Report TRL 662.

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.

Mørland, J (2000). Driving under the influence of non-alcohol drugs. *Forensic Sci Rev* 20, 79-105.

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.

Rider R, Kelley-Baker T, Voas R B, Murphy B, McKnight A J & Levings C (2006). The impact of a novel educational curriculum for first-time DUI offenders on intermediate outcomes relevant to DUI recidivism. *Accid Anal Prev*; 38:482-489.

Skurtveit S, Christophersen A.S, Beylich K.M., Bjørneboe A, Mørland J. (1998). Study of rearests for drunken driving in Norway. *Forensic Science Int* 92, 21-28.

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.

Strand BH, Dalgaard OS, Tambs K, Rognerud M (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic J Psychiatry*; 57: 113-8.

Vägverket Region Stockholm (2007). SMADIT – samverkan mot alkohol och droger i trafiken. Utvärdering av utvecklingsfasen I Stockholms län 2005-2007.

Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, McMillen R & Williams M (1995). Final results from meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction* 90, 907-926.

Voas RB, Tippetts SS, Fisher D, Grosz M (2010). Requiring suspended drunk drivers to install alcohol interlocks to reinstate their licenses: effective? *Addiction* 105:1422–1428.

Wheeler D R, Rogers E M, Tonigan E S & Woodall WG (2004). Effectiveness of customized victim impact panels on first-time DWI offender inmates. *Accid Anal Prev*; 36:19-25.

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.