

Kan legen forebygge veitrafikkulykker?

Et langt større antall mennesker dør som følge av veitrafikkulykker enn i infeksjonsepidemiene som har påkalt størst internasjonal oppmerksomhet de senere år, slik som sars og svineinfluensa. Dødsfall som følge av trafikkulykker ses nesten som en nødvendig konsekvens av et motorisert samfunn. Hvorfor er det slik, og hva kan gjøres for å forebygge veitrafikkdødsfall?

«Sivil lufttransport ville blitt forbudt i løpet av en måned dersom dødstillene var som i veitrafikken.» Dette var et av utsagnene til Klaus Brüggemann da han åpnet den internasjonale konferansen «Fit to Drive» i Berlin i april 2013. Utsagnet er neppe en overdrivelse, når vi vet at det dør ca. 1,3 millioner mennesker årlig i veitrafikkulykker (1). Et langt større antall blir alvorlig og livsvarig skadet. Verdens helseorganisasjon anslår at tallet på trafikkdrepte vil øke til 2,4 millioner i 2030 (1).

I EU-landene har tallet på drepte sunket fra ca. 50 000 i 2001 til 25 000–30 000 i 2010. Tilsvarende reduksjon har vi også sett i Norge. Flere EU-land har en nullvisjon for 2050. Spørsmålet er om og hvordan dette lar seg gjennomføre i Europa og andre industrialiserte land, og om dette også vil bli mulig å gjennomføre globalt. I et verdensomspennende perspektiv ser Verdens helseorganisasjon ingen bedring de nærmeste 20 årene (1).

Ingen kan gi noen god enkeltstående forklaring på den gledelige utviklingen i Europa de siste ti årene. Antakelig er det et samvirke mellom mange faktorer. Den gunstige utviklingen kan imidlertid synes å flate ut, og i Sverige og Tyskland var det for eksempel en økning av dødsulykker fra 2010 til 2011, ifølge Verdens helseorganisasjons statistikk over trafikkdødsfall.

Føreren er årsaken

Det er allmenn enighet om at føreren av motorkjøretøy er den avgjørende årsaken til trafikkulykker. Standarden på veier og kjøretøy har liten kvantitativ betydning som primær ulykkesårsak. Norge er et tydelig eksempel på dette med svært varierende veistandard – samtidig som vi er et av verdens land med færrest trafikkdrepte per innbygger. Derfor er det naturlig å vektlegge føreren i forebyggende arbeid.

Det er særlig seks typer førere som dreper på veiene (2): De som kjører alkoholpåvirket, de som kjører påvirket av illegale rusmidler og legemidler, de som kjører for fort, de som kjører på rødt lys og bryter andre trafikkregler, de som ikke bruker setebelter og de yngste og kanskje de eldste. De eldste er neppe overrepresentert når man tar hensyn til at gamle gjerne kjører få kilometer per år, et forhold som i seg selv øker ulykkesrisikoen. Mange førere tilhører flere av de ovenstående kategoriene på en gang. Førere påvirket av alkohol, illegale rusmidler eller legemidler er antakelig ansvarlige

for over 50 % av dødsulykkene i vestlige land (3–5). Trafikkulykker er i nesten alle tilfeller primært utilsiktede hendelser som skyldes førerfeil som i utgangspunktet kunne vært unngått.

Hva kan vi gjøre? En rekke forhold ble diskutert på møtet i Berlin: bedre føreropplæring generelt, nøye oppfølging med testing og kursing av førere som har vært involvert i ulykker, spesielt nøye oppfølging av dem som har kjørt i påvirket tilstand, grundige undersøkelser av kjøreferdigheter hos visse pasientkategorier (rusmiddelbrukere, psykiske syke, pasienter med hjernesykdom og hjerneskader), styrket trafikkovervåking for å oppdage avvikende kjøring og premiering av korrekt kjøreatferd.

Tekniske løsninger som alkoholås for tidligere promillekjørere er under utprøving i flere europeiske land. Avanserte tekniske løsninger der kjøretøyet reagerer på avvikende kjøreatferd er også under utvikling. Man forsker på hvordan god sjåføratferd kan etableres på en permanent måte.

Forebygging

Død og skade som følge av veitrafikkulykker er blant de ti viktigste årsakene til tapte kvalitetsleveår (6). Trafikkulykker er tilsynelatende den årsaken til tapte kvalitetsleveår som det skulle være enklest å gjøre noe med. Det dreier seg «bare» om å endre førerattferd. Neppe for noen annen tilstand har vi et tilsvarende gevinstpotensial ved forebyggende arbeid. Dette er selvsagt krevende og vanskelig, men ikke umulig. Utfordringen er størst i lav- og middelinntektsland, men også i industrialiserte land er det mye som gjenstår.

Som leger har vi allerede et ansvar for at pasienter ikke får klarsignal for førerkort hvis de har sykdommer som kan utgjøre en risiko i trafikken, er rusmiddelbrukere eller får foreskrevet trafikkfarlige legemidler. Den siste pasientgruppen er stor, og kravene til å inneha førerkort er blitt skjerpet de senere årene (7). Videre skal alle med førerkort i høyere klasser og eldre førere gjennom en helsesjekk hos lege før de får førerkort. Dette gir legen anledning til å drive forebyggende arbeid ved å informere om at føreren er den viktigste årsaken til alvorlige trafikkulykker, i tillegg til å orientere om omfanget av helseskader som skyldes trafikkulykker. Det er grunn til å tro at slik informasjon fra en som arbeider i helsevesenet vil kunne ha betydelig virkning på kjøreatferd. For eksempel er det

vist i andre undersøkelser at legeråd kan gi betydelig hjelp til røykeslutt, reduksjon av alkoholkonsum og livsstilsomlegging (8–10). Tilsvarende studier kunne gjøres med hensyn til effekten av legerådgivning i forbindelse med førerkortattest.

Sammen med lovgivere, politi, veimyndigheter, trafikk sikkerhets- og føreropplæringsinstitusjoner spiller helsepersonell en viktig rolle når det kommer til å forebygge ett av verdens største helseproblemer: veitrafikkulykker.

Jørg Mørland
jorg.morland@fhi.no

Jørg Mørland (f. 1941) er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og professor emeritus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. WHO. Global status report on road safety – time for action. Geneva: World Health Organization, 2009.
2. Ricour K. Alcohol, drugs, and speed, 3 killers on our roads. www.fit-to-drive.com/downloads/2013/Day1_Ricour_14-1420.pdf [16.6.2013].
3. Isalberti C, van der Linden T, Legrand SA et al. Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers. DRUID Deliverable 2.2.5. Ghent: Ghent University, 2011.
4. Mercer GW, Jeffery WK. Alcohol, drugs, and impairment in fatal traffic accidents in British Columbia. *Accid Anal Prev* 1995; 27: 335–43.
5. Brady JE, Li G. Prevalence of alcohol and other drugs in fatally injured drivers. *Addiction* 2013; 108: 104–14.
6. Murray CJ, Vos T, Lozano R et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2197–223.
7. Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker. IS-2070. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
8. SBU Rapport 138 – Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 1998.
9. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27 (suppl): 61–79.
10. Jepson RG, Harris FM, Platt S et al. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health* 2010; 10: 538.

Mottatt 13.5. 2013, første revisjon innsendt 11.6. 2013, godkjent 17.6. 2013. Medisinsk redaktør Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.