

Endringer i norske legers alkoholvaner 1985–2000

Bakgrunn. Alkoholvanene i befolkningen endrer seg, men vi kjenner ikke endringen blant leger. En ev. sammenheng mellom legers jobbtilfredshet og alkoholvaner er utilstrekkelig belyst.

Materiale og metode. Spørreskjemaundersøkelser til representative utvalg av norske leger i 1985, 1993 og 2000.

Resultater. 33 % av legene drakk alkohol hyppigere enn ukentlig i 2000, mot 22 % i 1985. Endringen i siste halvdel av perioden var kraftigere enn i første halvdel. Andelen med noe risikopreget forbruk (modifisert AUDIT-skåre 6 eller høyere) økte fra 12 % i 1993 til 15 % i 2000. Andelen med klart risikofylt alkoholbruk (modifisert AUDIT-skåre 13 eller høyere) økte fra 0,6 til 1,3 %. Vi fant ingen korrelasjon mellom jobbtilfredshet og alkoholvaner.

Fortolkning. Utviklingen i drikke-mønster blant norske leger likner utviklingen i befolkningen. Hyppigere inntak av moderate mengder alkohol har ikke ført til sjeldnere inntak av større mengder.

Alkoholforbruket i samfunnet er i endring. I 1985 oppgav 23 % av befolkningen at de ikke hadde drukket alkohol det siste året (1), mens tallet var 17 % i 1995 (2). 22 % oppgav at de drakk mye alkohol månedlig eller oftere i 1985, mot 41 % i 1995 (1, 2). Sistnevnte tall er ikke direkte sammenliknbare pga. metodiske forskjeller i innhenting av data. Den totale omsetningen av alkohol viste ingen endring i perioden, men det var en dreining i salget fra sprit mot vin og til dels øl (3). I store trekk kan det sies at nordmenn drikker mer «kontinental» enn før, f.eks. oftere vin til maten, samtidig som den typiske helgedrinkingen ikke har endret seg vesentlig.

I 1985 oppgav 9,2 % av et representativt utvalg av norske leger at de aldri drakk alkohol (4). 18 % oppgav å drikke 60 g alkohol eller mer månedlig eller oftere. Vi har ikke funnet studier der man spesielt har undersøkt sammenhengen mellom jobbtilfredshet og alkoholvaner hos leger.

Hensikten med denne undersøkelsen var å finne ut om legenes alkoholvaner har endret seg i perioden 1985–2000, og om det er noen sammenheng mellom jobbtilfredshet og alkoholvaner.

Materiale og metode

Dataene som er benyttet er fra Legekårsundersøkelsen (5). Et representativt utvalg på

Pål Gulbrandsen*

palgul@heltef.no

Olaf Gjerløw Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

* Nåværende adresse:

HELTEF – Stiftelse for

helsetjenesteforskning

Postboks 55

1474 Nordbyhagen

Gulbrandsen P, Aasland OG.

Changes in drinking habits among Norwegian doctors 1985–2000.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2791–4

Background. The alcohol drinking habits in the Norwegian population has changed. We do not know whether this applies to doctors as well. In general, a possible association between job satisfaction and alcohol drinking habits has not been shown for doctors.

Material and methods. Cross-sectional questionnaire surveys of representative samples of Norwegian doctors in 1985, 1993 and 2000.

Results. 33 % of the doctors drank alcohol more often than once weekly in 2000, versus 22 % in 1985. The pace of change accelerated between 1993 and 2000, compared to 1985 to 1993. The proportion of doctors with a modified AUDIT score of 6 or more increased from 12 % to 15 % from 1993 to 2000, and the proportion with a modified AUDIT score of 13 or more increased from 0.6 % to 1.3 %. We found no correlation between job satisfaction and drinking habits.

Interpretation. The change in drinking habits among Norwegian doctors is similar to the change in the population at large. More frequent moderate consumption of alcohol has not been accompanied by less frequent consumption of larger amounts of alcohol.

1 476 (16 %) av norske leger under 40 år fikk tilsendt et skjema som inneholdt spørsmål relatert til bruk av alkohol i 1993. Et annet representativt utvalg på 2 000 leger ble samme år invitert til å være med i et referansepanel som skulle motta ulike spørreskjemaer inntil én gang i året. I år 2000 ble ytterligere 795 invitert til å delta i referansepanelet for å få med et representativt utvalg av leger utdannet etter 1993. Alle data fra 1985 er hentet fra Aasland og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet i 1987, som var basert på spørreskjema-data fra et representativt utvalg på 1 011 leger (4). Det er altså tre forskjellige representative utvalg av leger som sammenliknes her.

To av spørsmålene om bruk av alkohol var helt like i 1985, 1993 og 2000 (tab 1). Ytterligere sju spørsmål var like i 1993 og 2000. Ett spørsmål ble bare stilt i 2000. Til sam-

men utgjør disse ti spørsmålene vanligvis beregningsgrunnlaget for skalaen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), som er et grundig validert instrument til måling av grad av risikopreget alkoholbruk (6–8). De ni spørsmålene som ble stilt både i 1993 og 2000 ble brukt til å beregne en modifisert AUDIT-skåre i denne studien.

I 1993 og 2000 ble det også stilt ti spørsmål om jobbtilfredshet, med svaralternativer på en sjupunkts Likert-skala fra «svært fornøyd» til «svært misfornøyd». Summen av skåren på disse spørsmålene utgjør et validert instrument for jobbtilfredshet, Job Satisfaction Scale (JSS) (9).

Bakgrunnsopplysninger om alder, kjønn, bosted, hovedstilling og spesialisitet ble registrert. Vi delte stillingene i ni grupper (avdelingsoverlege, overlege, assistentlege, allmennpraktiker, kommunelege, administrativ stilling, privatpraktiserende spesialist, forsker og andre). Spesialitetene ble gruppert slik: ikke spesialist/ukjent, allmennmedisin, laboratoriefag, indremedisinske fag, kirurgiske fag, anesthesiologi, gynekologi, psykiatri og samfunnsmedisinske fag.

Sammenlikning av andeler mellom utvalgene i 1985, 1993 og 2000 ble gjort med to-sidet z-test og statistisk signifikansnivå 5 % (10). For undersøkelse av ev. forskjeller mellom ulike spesialisiteter og stillingskategorier valgte vi et signifikansnivå på 1 % pga. antallet tester.

For den modifiserte AUDIT-skalaen basert på ni spørsmål valgte vi et nivå på 6 poeng eller høyere for «noe risikopreget bruk av alkohol» (11, 12). Vi gjorde en multippel logistisk regresjonsanalyse med AUDIT-skåre 6 poeng eller høyere som avhengig variabel og kjønn, alder og bosted (helseregion) som kovariater. Variabler med et signifikansnivå på over 5 % ble tatt ut av modellen.

Sammenhengen mellom AUDIT-skåre og JSS ble undersøkt med Pearsons korrelasjonskoeffisient mellom kvadratroten av AUDIT-skåre (pga. skjev fordeling) og JSS. Vi valgte et signifikansnivå på 5 %.

Resultater

Av de 1 476 som fikk skjemaet med spørsmål om alkoholvaner i 1993 svarte 1 056 (72 %). I det opprinnelige referansepanelet deltok 1 272 (64 %) av de 2 000 som ble invitert. 21 av disse var falt fra før år 2000. 365 (46 %) av de 795 nye som ble invitert til å være med i referansepanelet i 2000 takket ja. Dermed fikk i alt 1 616 (1 272 + 365 – 21) deltakere i referansepanelet tilsendt spørreskjema i 2000. Av disse returnerte 1 385 (86 %) skjemaet. Utvalgenes representativitet når det gjelder alder og kjønn fremgår av tabell 2. Siden leger over 70 år opprinnelig

Tabell 1 Spørsmålene om alkoholbruk som ligger til grunn for beregning av AUDIT-skåre. Spørsmål 1 og 2 ble stilt i 1985, 1993 og 2000. Spørsmål 4–10 ble stilt i 1993 og spørsmål 3–10 i 2000

Spørsmål	Svaralternativer (skåring)
1. Omtrent hvor ofte drikker du noen form for alkohol?	– Ikke i løpet av det siste året (0) – Sjeldnere enn en gang i måneden (1) – Omtrent en gang i måneden (1) – 2–3 ganger i måneden (2) – Omtrent en gang i uken (2) – 2–4 ganger i uken (3) – Hver dag eller nesten hver dag (4)
2. Omtrent hvor mange ganger i året drikker du minst så mye alkohol at det tilsvarer 5 halvflasker øl, eller en helflaske rød- eller hvitvin, eller en halv flaske hetvin eller en kvart flaske brennevin (dvs. ca. 60 gram etanol)?	– Ingen ganger (0) – 1–4 ganger i året (1) – 5–10 ganger i året (1) – Omtrent en gang i måneden (1) – 2–3 ganger i måneden (2) – Omtrent 1 gang i uken (2) – 2–4 ganger i uken (3) – Hver dag eller nesten hver dag (4)
3. Hvor mange alkoholenheter tar du på en «typisk» drikkedag? (En alkoholenhet er 10–15 gram etanol, dvs. en halvliter pils, ett glass rødvin, en «vanlig» drink e.l.).	– 1–2 (0) – 3–4 (1) – 5–6 (2) – 7–9 (3) – 10 eller flere (4)
4. Hvor ofte har du i løpet av det siste år ikke vært i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?	
5. Hvor ofte har du i løpet av det siste år unnlatt å gjøre ting du skulle gjort på grunn av drikking?	
6. Hvor ofte har du i løpet av det siste år trengt en drink om morgenen for å komme i gang etter sterk drikking dagen før?	– Aldri (0) – Sjeldnere enn månedlig (1) – Noen ganger i måneden (2) – Noen ganger i uken (3) – Daglig eller nesten daglig (4)
7. Hvor ofte har du i løpet av det siste år hatt skyldfølelse eller samvittighetsnag på grunn av drikking?	
8. Hvor ofte har du i løpet av det siste år ikke husket hva som hendte kvelden før på grunn av drikking?	
9. Har du eller noen annen blitt skadet som følge av din drikking?	– Nei (0)
10. Har en slektning eller venn eller lege (eller annen helsearbeider) engstet seg over drikkingen din, eller antydnet at du burde redusere?	– Ja – men ikke i løpet av siste år (2) – Ja – i løpet av siste år (4)

ikke ble inkludert i studien, er de underrepresentert. I 2000 er det 46 leger i denne aldersgruppen, leger som ble inkludert i 1993 før de nådde pensjonsalder. Av disse svarte 34 (74 %).

I tabell 3 er svarene fra 1993 og 2000 plassert ved siden av tall for 1985 (4). Hver tredje lege drikker nå alkohol hyppigere enn ukentlig, mot hver femte lege i 1985. Hyppigere inntak av alkohol er kommet i alle al-

dersgrupper og både blant kvinner og menn. Tallene for 1993 faller mellom tallene for 1985 og 2000, men endringen har vært større mellom 1993 og 2000 enn mellom 1985 og 1993.

Tabell 3 viser også hyppigheten av et alkoholinntak på minst 60 g (tilsvarer 4–6 alkoholenheter i Norge). Stort sett er det ikke vesentlig endring i disse tallene i perioden. Det er blitt mer vanlig å drikke en slik mengde 1–3 ganger månedlig blant mannlige leger og leger i aldersgruppen 45–66 år, og mindre vanlig å drikke denne mengden sjeldnere enn månedlig i disse gruppene.

959 leger (65 %) i 1993 og 1 253 leger (78 %) i 2000 hadde svart på tilstrekkelig med spørsmål til at en AUDIT-skåre kunne beregnes. Gjennomsnittsskåre for AUDIT var i 1993 3,0 og i 2000 3,8. Medianen var henholdsvis 2 og 3. I 1993 skåret 12 % 6 poeng eller mer på AUDIT, mens tallet for 2000 var 15 % (tab 4). Menn skåret begge år høyere enn kvinner, mens det var små aldersforskjeller. Det var ingen vesentlig endring i dette mønsteret fra 1993 til 2000. Andelen som skåret 6 poeng eller mer, var i 2000 høyere enn i 1993 for kvinner og menn og i ulike aldersgrupper. Denne andelen økte også i alle helseregioner unntatt helseregion Vest (Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane). Økningen var signifikant i Helseregion Nord (Nordland, Troms, Finnmark). Andelen som skåret 13 poeng eller mer var svært liten begge årene, men forandringen fra 1993 til 2000 representerte en tilnærmet fordobling.

Det var ingen signifikant forskjell mellom de ulike spesialitetsgrupper når det gjaldt hyppighet av alkoholinntak, hyppighet av inntak av mer enn 60 g alkohol eller andelen med AUDIT-skåre på 6 eller høyere. I 1993 var laveste andel med AUDIT-skåre på 6 eller høyere å finne innen laboratoriefagene (2 %), mens den høyeste andelen fantes blant samfunnsmedisinerne (22 %). I 2000 lå psykiaterne lavest (11 %), mens anestesilogene lå høyest (27 %).

Det var ingen signifikant forskjell mellom leger i ulike stillingstyper. Overleger hadde med 8 % den laveste andelen med AUDIT-skåre på 6 eller høyere i 1993, mens allmennpraktikere hadde høyest andel (18 %). I 2000 lå forskerne lavest (4 %), mens leger i administrative stillinger lå høyest (25 %).

Den multivariate analysen viste at kvinner var signifikant assosiert med redusert sannsynlighet for AUDIT-skåre på 6 poeng eller høyere både i 1993 (oddsforhold (95 % konfidensintervall) 0,25 (0,13–0,47)) og 2000 (0,35 (0,23–0,52)), mens variablene alder og bosted viste seg ikke å ha signifikant effekt på AUDIT-skåre. Det var ikke noen interaksjon mellom alder, kjønn og bosted (data ikke vist).

Variabelen jobbtilfredshet var tilnærmet normalfordelt i 1993 og 2000. AUDIT-skåre var skjevfordelt mot lave verdier, men kvadratroten av AUDIT-skåre var tilnærmet nor-

Tabell 2 Utvalget av leger i undersøkelsene i 1993 og 2000 sammenliknet med alle norske leger (medlemmer i Den norske lægeforening) under 70 år på de samme tidspunktene. Prosentandel i parentes

	1993		2000 ¹	
	Informanter	Alle leger	Informanter	Alle leger
Kvinner				
< 30 år ²	305 (100)	3 173 (100)	430 (100)	4 600 (100)
30–49 år	32 (11)	324 (11)	29 (7)	476 (10)
50–69 år	225 (74)	2 261 (75)	311 (72)	3 266 (71)
	48 (16)	436 (14)	90 (21)	858 (19)
Menn				
< 30 år	742 (100)	8 924 (100)	921 (100)	10 015 (100)
30–49 år	32 (4)	325 (4)	27 (3)	416 (4)
50–69 år	524 (71)	6 084 (68)	485 (53)	5 397 (54)
	186 (25)	2 515 (28)	409 (44)	4 202 (42)

¹ I 1993 var to leger (menn) og i 2000 34 leger (fire kvinner, ti menn) blant informantene eldre enn 69 år

² Aldersgruppen under 30 år er signifikant underrepresentert for kvinner i 2000

Tabell 3 Hyppighet av alkoholbruk blant norske leger i 1985¹, 1993 og 2000 (%)

	Ethvert inntak av alkohol			> 60 g alkohol		
	1985	1993 ²	2000	1985	1993 ²	2000 ³
Alle	n = 1 011	n = 1 051	n = 1 385	n = 1 011	n = 1 051	n = 1 383
Sjeldnere enn månedlig	24	21	14	83	80	79
1–3 ganger per måned	30	30	26	11	13	14
Omtrent ukentlig	25	26	28	5	5	5
Hyppigere enn ukentlig	22	23	33	1	2	2
Kvinner	n = 189	n = 305	n = 434	n = 189	n = 305	n = 433
Sjeldnere enn månedlig	29	24	17	92	90	91
1–3 ganger per måned	31	35	33	7	8	6
Omtrent ukentlig	26	24	29	1	2	2
Hyppigere enn ukentlig	14	17	21	0	0	1
Menn	n = 822	n = 744	n = 951	n = 822	n = 744	n = 950
Sjeldnere enn månedlig	23	20	13	80	76	73
1–3 ganger per måned	29	28	23	12	15	18
Omtrent ukentlig	24	27	27	6	7	7
Hyppigere enn ukentlig	23	25	38	2	3	2
25–44 år	n = 681	n = 640	n = 626	n = 681	n = 640	n = 625
Sjeldnere enn månedlig	23	22	14	82	82	82
1–3 ganger per måned	32	35	33	12	13	14
Omtrent ukentlig	27	24	29	5	4	3
Hyppigere enn ukentlig	19	20	24	1	2	1
45–66 år	n = 258	n = 388	n = 698	n = 258	n = 388	n = 698
Sjeldnere enn månedlig	25	19	14	81	78	75
1–3 ganger per måned	25	23	21	11	13	15
Omtrent ukentlig	24	30	27	6	8	8
Hyppigere enn ukentlig	26	28	38	2	2	3
67 år og eldre	n = 72	n = 15	n = 61	n = 72	n = 15	n = 60
Sjeldnere enn månedlig	32	33	20	90	87	85
1–3 ganger per måned	28	20	8	6	7	5
Omtrent ukentlig	7	20	16	1	7	5
Hyppigere enn ukentlig	32	27	56	3	0	5

¹ Data fra (4)² Opplysninger om kjønn og alder mangler for to og om alder for ytterligere seks³ To har ikke besvart dette spørsmålet i 2000

malfordelt begge årene. Verken i 1993 eller 2000 var det noen signifikant korrelasjon mellom jobbtilfredshet og kvadratrotten av AUDIT-skåre (Pearsons korrelasjonskoeffisient henholdsvis 0,021 og 0,014).

Diskusjon

Det samlede inntrykk av dataene er at leger drikker moderate mengder hyppigere enn tidligere, uten at de har redusert hyppigheten av høye alkoholinntak. Utviklingen er i grove trekk lik den som gjelder befolkningen som helhet, selv om dataene fra Statistisk sentralbyrå kan tyde på en enda sterkere økning generelt. Statistisk sentralbyrå benyttet personlig intervju i 1985 og spørreskjema i 1995, mens våre data ved alle tre målepunkter er basert på spørreskjema. Dette gjør en direkte sammenlikning av utviklingen vanskelig. Det er i hvert fall lite som tyder på at leger er en spesielt utsatt gruppe når det gjelder forekomsten av risikopreget drikke-mønster.

Den betydelige økningen i hyppighet av moderat alkoholinntak stemmer med den generelle utviklingen i Norge, og må sees i et større kulturelt og økonomisk perspektiv. Til en viss grad kan utviklingen også avspei-

le ny kunnskap om alkoholens forebyggende effekt mot hjerte- og karsykdom (13). I løpet av kort tid er drikkemønstret i Norge endret kraftig i retning av økt forbruk av vin og til dels øl, og redusert bruk av brennevin (3). Hvorvidt dreiningen har vært tilsvarende sterk blant leger, vet vi ikke. Bruken av alkohol henger vel så mye sammen med den kulturen man befinner seg i og økonomisk situasjon som med tillært atferd (14, 15). I befolkningen har utviklingen i drikkemønster vært den samme på Vestlandet som ellers i landet (1, 2). Mens legene i denne landsdelen i 1993 hadde samme andel med AUDIT-skåre på 6 eller høyere som resten av landet, hadde de i 2000 en klart lavere andel. Denne avvikende utviklingen har vi ingen god forklaring på. Funnet må tolkes med varsomhet fordi det ikke er gjort gjentatte målinger av samme populasjon, og fordi vi ved kontroll for alder og kjønn i den multivariate analysen ikke kunne påvise bosted som signifikant forklaringsvariabel noen av årene.

Vår antakelse om en sammenheng mellom økt alkoholforbruk og redusert jobbtillfredshet holdt ikke stikk. Både skalaen for jobbtillfredshet og skalaen for alkoholbruk er solid dokumentert, og korrelasjonen var så

svak at det er lite sannsynlig at det finnes noen slik sammenheng blant norske leger. En engelsk undersøkelse av assistentleger i sykehus viste heller ingen sammenheng mellom alkoholbruk og stress i yrkeslivet (16). En britisk undersøkelse brukte stress i arbeidet og forbruk av alkohol som uavhengige variabler med psykisk helse som avhengig variabel, men undersøkte ikke sammenhengen mellom stress og alkoholforbruk (17). I en undersøkelse blant norske medisinstudenter fant man en viss sammenheng mellom opplevd stress og bruk av alkohol (18). Generelt har det vært vanskelig å påvise slike sammenhenger, og det er postulert at forklaringen på det kan være at andre bakenforliggende grunner, som miljøets drikkekultur og tro på hva som hjelper mot stress, er av større betydning enn stress eller tilfredshet knyttet til arbeidet (19).

Man kan tenke seg at leger pga. vaktbelastning og arbeid til tider som ikke er så lett å forutsi, har færre muligheter til å drikke enn andre. Yrkessjåførenes regler for pliktmessig avhold gjelder riktignok ikke for leger. I vår undersøkelse var det ingen tegn til at leger i stillinger eller spesialiteter med særlig høy vaktbelastning hadde et annet

Tabell 4 Prosentandel leger med AUDIT-skåre høyere eller lik 6 og høyere eller lik 13 i 1993 og 2000

	1993 ¹			2000		
	Antall	≥ 6 ²	≥ 13	Antall	≥ 6 ²	≥ 13
Alle	959	11,6	0,6	1 253	15,2	1,3
Kvinner	276	4,0	0	393	7,4	0,3
Menn	683	14,6	0,9	860	18,8	1,7
Aldersgruppe						
25–44 år	583	11,5	0,7	573	13,1	1,0
45–66 år	360	11,9	0,6	626	17,3	1,3
≥ 67 år	13	8	0	54	15	4
Bosted ³						
Helseregion Øst	385	12,5	1,3	537	16,0	1,7
Helseregion Sør	160	13,8	0	184	14,7	1,6
Helseregion Vest	166	12,0	0	222	10,8	0,9
Helseregion Midt-Norge	124	9,7	0	173	15,0	0
Helseregion Nord	97	7	1	122	21,3	0,8

¹ For tre mangler opplysninger om alder i 1993

² Økningen er statistisk signifikant ($p < 0,05$) for alle samlet, for menn, for aldersgruppen 45–66 år og for helseregion Nord

³ I 1993 oppgav sju og i 2000 seks å være bosatt i utlandet. Opplysninger om bosted manglet for 20 i 1993 og for ni i 2000

drikkemønster enn andre leger, men vi har ikke spesifikt undersøkt sammenhengen mellom drikkemønster og vaktbelastning.

Metode

De begrensninger som vanligvis gjelder for data fra spørreskjemaundersøkelser, gjelder naturligvis også her. Informantene er sikret anonymitet – det garanterer ikke sannferdige utsagn knyttet til sensitive data som alkoholbruk, men reduserer i hvert fall sannsynligheten for bevisst gale opplysninger. Den lavere deltakelsen i 2000 er ikke spesielt knyttet til spørsmålene om alkohol, fordi de som ble invitert til å være med i referansepanelet, ikke visste hva de ville bli spurt om. Når de først hadde sagt ja til å være med, var svarprosenten høyere i 2000 enn i 1993. I forhold til det totale antall leger i Norge er yngre kvinnelige leger underrepresentert i 2000. Det er usikkert hvordan forskjellene i responsrate i 1993 og i 2000 har påvirket resultatene. Vi har ikke påvist vesentlige ulikheter i drikkevaner knyttet til alder. At forbruket i 2000 skulle være vesentlig feilestimert, finner vi lite sannsynlig.

Valg av grensenivåer ved bruk av skalaer som AUDIT-skåre kommer til gjennom niti-de studier av sammenheng mellom skåre og det skåren skal indikere, i dette tilfellet helseskader og andre skader som følge av alkoholinntak (11, 12, 20). Et nivå på 6 poeng har tidligere vært foreslått for kvinner, og 8 poeng for menn, men begge nivåer er også brukt for begge kjønn (21). Spørsmål 3 ble ikke tatt med i 1993, fordi det var indikasjoner på at ordvalget kunne misforstås i en norsk befolkning («en «typisk» drikkedag» kunne forstås som en typisk dag med et festlig lag eller som enhver dag man ev. inntar alkohol). I 2000-dataene kontrollerte vi betydningen av å fjerne dette spørsmålet. Vi

fant at sensitiviteten og spesifisiteten ved valg av et grensenivå på 6 poeng sammenliknet med et grensenivå på 8 poeng med spørsmålet inkludert var henholdsvis 0,99 og 0,96. Dermed burde ikke det valgte grensenivået vurderes som spesielt sensitivt i forhold til mulige skader som følge av alkoholbruk. Kanskje er det til og med i høyeste laget for kvinner (21).

AUDIT-skåre egner seg godt for å beskrive alkoholforbruket i befolkninger, og kan f.eks. anvendes av helsetjenesten i større bedrifter for å danne seg et bilde av alkoholkulturen i virksomheten. Det er også anvendelig til å identifisere risikoindivider i praksis, men for å øke den prediktive verdien av høy skåre kan det være lurt å anvende et annet klinisk verktøy først (7).

«Om ikke alkoholen hadde noen positive effekter, så hadde den ikke vært noe problem,» skal en direktør for Systembolaget ha sagt en gang. Til de positive kontaktskapende effekter har det i de senere årene også kommet kunnskap om forebyggende effekt mot hjerte- og karsykdommer. Dette har gjort at arbeidet med å gi råd om bruk av alkohol til pasienter er blitt mer komplisert enn det var tidligere. I og med at norske leger ser ut til å ha en ganske liberal praksis når det gjelder bruk av alkohol, kan det være en fare for at de positive effektene kommer til å dominere den informasjonen som gis. Fremover blir det tiltakende nødvendig at leger holder seg oppdatert om effekten av alkohol på forskjellige organsystemer og i ulike risikogrupper, slik at rådgivningen til pasienter er individualisert og preget av kunnskap, ikke personlige erfaringer eller preferanser.

Vi takker Anders Taraldset for data fra Lege-registeret og bakgrunnsinformasjon om disse.

Litteratur

1. Helseundersøkelsen 1985. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1987.
2. Helseundersøkelsen 1995. www.ssb.no (30.1.2002).
3. <http://www.sirus.no/cwobjekter/RiN-N2001.prn.pdf> (30.1.2002).
4. Aasland OG, Amundsen A, Bruusgaard D, Jervell J, Mørland J. Norske legers alkoholvaner. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2553–8.
5. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med 1997; 45: 1615–29.
6. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. Addiction 1993; 88: 791–804.
7. Aasland OG, Amundsen A, Bovim G, Fauske S, Mørland J. Identifisering av pasienter med risiko for alkoholskader. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1523–7.
8. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res 1997; 21: 613–9.
9. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. J Occup Psychol 1979; 52: 129–48.
10. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1991: 233–4.
11. Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. Addiction 1995; 90: 1349–56.
12. Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Pisanesi O, Semenzin M, Garzotto N et al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. BMJ 1997; 314: 420–4.
13. Alkohol og hjerte-karsykdom. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 1999.
14. Norges offentlige utredninger. Alkoholpolitikken i endring? NOU 1995: 24. Oslo: Statens forvaltningsstjeneste, Seksjon statens trykning, 1995.
15. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Norske medisinstudenter i utlandet – karriereplaner, personlighet, røyking og alkoholbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1677–82.
16. Birch D, Ashton H, Kamali F. Alcohol, drinking, illicit drug use, and stress in junior house officers in north-east England. Lancet 1998; 352: 785–6.
17. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. BMJ 1989; 298: 366–70.
18. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. Addiction 1998; 93: 1341–9.
19. Harris MM, Fennell ML. A multivariate model of job stress and alcohol consumption. The Sociological Quarterly 1988; 29: 391–406.
20. Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. Addiction 1997; 92: 197–206.
21. Bergman H, Källmén H. Befolkningens alkoholvaner enligt AUDIT-testet. Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. Läkartidningen 2000; 97: 2078–84.

○