

Mer än var tionde manlig student hade riskabla alkoholvanor

Även om de medicine studerande vid Karolinska institutet dricker mindre alkohol och har färre riskkonsumenter än studenterna vid Stockholms och Uppsala universitet bedömdes i en undersökning 1995 att 12 procent av manliga och 4 procent av kvinnliga medicinstudenter var i riskzonen för alkoholrelaterade problem.

Detta kan enligt artikeln förklaras av tre specifika förhållanden: Universiteten har ett mer utbredd campusliv än Karolinska institutet; antagnings- och prestationskraven skiljer sig åt mellan de olika högskolorna; den yrkesetiska dimensionen kan påverka alkoholkonsumtionen vid Karolinska institutet.

Omkring 7 procent av medicinstudenterna i undersökningen hade prövat narkotika, och 9 procent hade använt sömn- eller lugnande medel minst en gång under de senaste 12 månaderna.

Medicinstudenternas framtida yrkesroll är inte förenlig med de följder som avancerade alkoholvanor medför. Hög alkoholkonsumtion bland läkare tummar inte bara på trovärdigheten gentemot patienterna utan är också en säkerhetsrisk. Om läkaren är påverkad av alkohol ökar sannolikt risken för felbehandling. I samband med kritiska be-

slut kan det till och med vara livsavgörande att läkaren når upp till sin maximala förmåga. Vidare ska en patient, enligt Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, ges sakkunnig och omsorgsfull vård. Förutsättningarna för att tillhandahålla en omsorgsfull vård försämrars om läkaren är påverkad av alkohol.

Att patienterna känner förtroende för sin läkare är dessutom en viktig del i behandlingen. Förtroenderelationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter är lagstadgad, i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Sjukvården ska enligt denna lag bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Med god vård avses givetvis att den är av god kvalitet, men också att den tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen samt bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Alkoholkonsumtionen och alkoholmissbrukets betydelse inom sjukvården har givetvis noterats av läkarkåren. Exempelvis infördes en ny, särskild kurs i missbruksfrågor – beroendelära – vid Karolinska institutet under läsåret 1983/1984. Man hoppades att denna kurs, förutom att förbättra kunskaperna hos de blivande läkarna, skulle förbättra läkarnas attityder gentemot missbrukande patienter. Kursen omfattar en föreläsningsvecka och en vecka med klinisk tjänstgöring, och ges under termin 9. Kursen har också setts som en möjlighet att förändra attityderna i så måtto att beredskapen ökar att upptäcka och hjälpa kolleger med missbruk eller begynnande missbruksproblem [1].

I tidigare studier råder det delade meningar om huruvida alkoholmissbruk är vanligt förekommande inom läkarkåren [2-4]. I denna studie kommer frågan om läkarkårens alkoholvanor inte att belysas annat än indirekt. Utgångspunkten är istället i vad mån de blivande läkarna, i något avseende, är selekterade i termer av alkoholvanor redan innan de träder ut på arbetsmarknaden och blir utövande läkare.

Denna artikel har sålunda ett specifikt syfte, att kartlägga alkoholkonsumtionen bland medicinstuderande vid Karolinska institutet i Stockholm och

jämföra den med andra studentgruppers alkoholkonsumtion. Tidigare har en forskargrupp vid sociologiska institutionen, Stockholms universitet, studerat alkoholvanorna bland studerande vid Stockholms universitet [5] och Polishögskolan [6]. Bland tidigare studentundersökningar återfinns dessutom en tredje studie, av Uppsalastudenternas alkoholbruk [7]. I möjligaste mån kommer resultatet från undersökningen av medicinstudenterna att ställas i relation till dessa andra undersökningar. I artikeln kommer dessutom medicinstudenternas drogbruk att beskrivas.

Datamaterial

Under våren 1995 färdigställdes och utsändes en enkät till 734 medicine studerande vid Karolinska institutet. Svarsprocenten översteg 80 procent. Av de 597 studenter som svarade var 42,5 procent män. Genomsnittsåldern bland de intervjuade var 27 år.

Urvalet genomfördes som ett systematiskt urval av varannan student i Medicinska föreningens adressregister. Studenterna har i huvudsak återgivit sin alkoholkonsumtion retrospektivt under de senaste sju dagarna före den dag då enkäten besvarades. Hälften av studenterna fick en tilläggs skala – en dagspecificerad normalveckoskala.

De respondenter som erbjöds att återge normalveckokonsumtion skulle göra det endast om konsumtionen under de senaste sju dagarna varit högre/betydligt högre eller lägre/betydligt lägre än deras normala konsumtion. Den uppgivna alkoholkonsumtionen skiljer sig inte mer än slumpmässigt mellan de båda enkätversionerna (t-test, $p > 0,1$).

Detta är i överensstämmelse med vad som kan förväntas utifrån skalans utformning (andelen som druckit mindre än normalt förväntas vara lika stor som andelen som druckit mer än normalt).

Jämförelsestudier

Stockholmsstudien [5] genomfördes som postenkät under våren och sommaren 1991. Ur studentkårens register med över 27 000 individer drogs ett slumpmässigt urval på 1 300 personer. Urvalsramen begränsades till att gälla stu-

Författare

BJÖRN BORSCHOS

fil kand, sociologiska institutionen,
Stockholms universitet
borschos@sociology.su.se

ECKART KÜHLHORN

professor, sociologiska institutionen,
Stockholms universitet

ULF RYDBERG

professor, Beroendecentrum Syd,
Huddinge sjukhus.

denter under 30 år som studerat i högst fem år. Svarsfrekvensen var 63 procent. Av de 821 studenter som svarade var knappt 41 procent män. Medelåldern bland de studerande var 24 år. I studien användes de senaste sju dagarnas konsumtion som mått på alkoholkonsumtionen.

Uppsalastudien genomfördes under läsåret 1991/1992. Ur Uppsala studentkårs medlemsregister (N=27 963) utvaldes 600 studenter slumpmässigt för att utgöra sampel i en enkätundersökning [7]. Två tredjedelar besvarade postenkäten. Av dessa 400 studenter var omkring 50 procent män. Den genomsnittliga åldern bland de svarande går inte att utläsa av rapporten. Även här användes de senaste sju dagarnas konsumtion som mått på alkoholkonsumtionen.

Studien av polishögskolestuderande [6] är en totalundersökning av samtliga aspiranter på utbildningens teoretiska del. Undersökningen genomfördes som gruppenkät, ställd till aspiranterna under lektionstillfällen. Svarsfrekvensen var 99,5 procent. Av de 972 svarande var knappt 68 procent män. Medelåldern bland de svarande var 26 år. I studien användes slumpmässigt de senaste sju dagarnas konsumtion samt två normalveckomått för att kartlägga alkoholkonsumtionen. De olika måtten genererade emellertid en statistiskt säkerställd skillnad beträffande återgiven genomsnittskonsumtion ($p < 0,05$). I genomsnittlig alkoholkonsumtion per respondent och år motsvarade skillnaden drygt 2,5 deciliter ren (100 procent) alkohol.

Medicinstudenternas alkoholkonsumtion

Av medicinstudenterna angav 4,5 procent att de var nykterister, och drygt 5 procent att de var nykterister med undantag för speciella tillfällen, s k pragmatiska nykterister. En marginellt större andel kvinnor än män var nykterister av något slag. Däremot var en betydligt större andel av männen helnykterister snarare än pragmatiker. Andelen som anser sig vara helnykterister/pragmatiska nykterister var större bland medicinerna än bland polisstudenterna, där endast 2 respektive 3 procent ansåg sig vara nykterister i strikt bemärkelse eller med undantag för speciella tillfällen [6].

Medicinstudenterna drack i genomsnitt 510 centiliter ren (100 procent) alkohol under ett år. Männens och kvinnornas konsumtion skiljer sig som väntat; i genomsnitt drack männen 707 centiliter och kvinnorna 368 centiliter ren alkohol. De äldsta männen och kvinnor 25–27 år drack mest alkohol (Tabell I). Skillnaden i genomsnittskonsumtion mellan de olika ålderskategorierna är dock inte statistiskt signifikant

Tabell I. Genomsnittlig alkoholkonsumtion bland manliga och kvinnliga medicinstudenter i olika ålderskategorier. Centiliter ren (100 procent) alkohol per år. std = standardavvikelse.

	Män		Kvinnor			Totalt			
	n	std	Genomsnittskonsumtion	n	std	Genomsnittskonsumtion	n	std	Genomsnittskonsumtion
20–24 år	76	628	670	136	389	368	212	508	476
25–27 år	64	558	662	80	358	396	144	475	514
28– år	93	733	770	108	368	350	201	603	544

Tabell II. Genomsnittlig alkoholkonsumtion i centiliter ren alkohol (100 procent) bland studenter vid Karolinska institutet jämfört med studenter vid Polishögskolan, Uppsala universitet och Stockholms universitet. CV = variationskoefficient.

Utbildningsenhet		Män	Kvinnor	Totalt
Uppsala universitet	n	201	199	400
	Medelkonsumtion	978	520	749
	Median	666	333	499
Stockholms universitet	n	327	476	803
	Medelkonsumtion	986	506	702
	std	1006	631	838
	Median	750	330	458
	CV	102	125	119
Polishögskolan	n	631	293	926
	Medelkonsumtion	478	357	441
	std	469	391	450
	Median	388	270	344
	CV	98	109	102
Karolinska institutet	n	234	326	560
	Medelkonsumtion	707	368	510
	std	653	373	535
	Median	521	278	366
	CV	92	101	105

(variansanalys: F-test, $p > 0,05$).

Medicinstudenterna drack mindre än studenterna vid universiteten, men mer än polisstudenterna (Tabell II). De kvinnliga medicinstudenterna drack ungefär lika mycket som de kvinnliga polisstudenterna (370 centiliter), men mindre än de kvinnliga universitetsstudenterna. De manliga medicinstudenterna drack omkring 700 centiliter ren alkohol under ett år. Detta innebär att deras alkoholkonsumtionsnivå ligger ungefär mitt emellan de manliga universitets- och polishögskolestudenternas.

Av särskilt intresse i detta fall är storleken på variationskoefficienten, dvs den relativa spridningen kring medelvärdet. Vid såväl Karolinska institutet som vid Polishögskolan och Stockholms universitet är variationskoefficienten lägre bland män än bland kvinnor. Detta bör tolkas som att männens konsumtionsmönster – även om de över lag dricker mer än kvinnorna – är mer homogent; männen dricker mer likartat. Medicinstudenterna har dessutom en mer homogen konsumtion än polis- och universitetsstudenterna.

Den största spridningen förekommer

vid Stockholms universitet. Att universitetsstudenterna har den mest heterogena konsumtionen förefaller rimligt eftersom de är en betydligt mer mångfasetterad studentgrupp, med skiftande inställning till studierna och mer varierande studiekrav jämfört med de andra studentgrupperna.

Det faktum att det är speciella studentgrupper som studerar vid Polishögskolan och Karolinska institutet förklarar sannolikt varför konsumtionen hos dessa studentgrupper är mer homogen än hos universitetsstudenterna.

Intensivkonsumtion

Ett kriterium som bör undersökas när dryckesvanor studeras är intensivkonsumtion, dvs hur ofta en individ vid ett och samma konsumtionstillfälle dricker så mycket att det motsvarar minst 4–5 burkar starköl eller ungefär en flaska vin eller 4–6 snapsar. Intensivkonsumtionen påverkas inte av respondentens alkoholtolerans och är därmed ett objektivt mått på ruskonsumtion. Tidigare studier har dessutom visat att intensivkonsumtionsfrekvensen är en viktig riskfaktor för både medi-

Tabell III. Andel (procent) respondenter vid Uppsala universitet, Polishögskolan och Karolinska institutet med alkoholintensiva dryckestillfällen (konsumtion som minst motsvarar 4–5 burkar starköl eller ungefär en flaska vin eller 4–6 snapsar minst en gång per vecka).

	Polishögskolan		Uppsala universitet		Karolinska institutet	
	n	Minst 1 gång per vecka	n	Minst 1 gång per vecka	n	Minst 1 gång per vecka
Män	640	9,8	201	21,0	240	12,1
Kvinnor	296	6,1	198	10,0	322	4,3
Totalt	938	8,7	399	15,0	562	7,7

Tabell IV. Manliga och kvinnliga medicinstudenters alkoholkonsumtion enligt »Testarens» fem riskkategorier.

Rekommendation	Marginaler för män i cl sprit (40 procent) per vecka	Marginaler för kvinnor i cl sprit (40 procent) per vecka	Manliga studenter (n=234), (procent)	Kvinnliga studenter (n=326), (procent)
1. Är du fullt frisk kan din konsumtion betraktas som praktiskt taget oskadlig.	0–15	0–12	29,1	47,5
2. Knapptast någon fara för vanebildning eller andra skadliga verkningar på längre sikt. Men naturligtvis bör Du inte dricka upp allt på en gång – då finns risk för andra tråkigheter.	16–40	13–30	40,2	30,4
3. Du är inne i riskzonen, särskilt ju närmare den övre gränsen du ligger. Se framför allt till att din konsumtion inte ökar.	41–75	31–55	18,8	17,8
4. Du dricker definitivt för mycket. Faran för vanebildning och skador på inre organ och nervsystem är stor om Du fortsätter på samma sätt. Unna Din kropp en vit vecka med jämna mellanrum. Eller tala med en läkare.	76–125	56–95	10,3	4,0
5. Kan Du inte lägga om dina alkoholvanor radikalt själv, sök hjälp hos läkare eller rådgivningsbyrå för alkoholfrågor (se efter i landstingskatalogen). Men framför allt – vänta inte, gör något NU!	Minst 126	Minst 96	1,7	0,3

cinska och psykosociala problem [8, 9].

I nedanstående analys kategoriseras konsumenterna efter i vad mån de ofta drack så mycket att det motsvarade intensivkonsumtion. Gränsvärdet för att intensivkonsumtionen ska anses vara frekvent sattes till minst en gång per vecka. Denna gräns tillämpades i studien av polisstudenternas alkoholkonsumtion, och då även i jämförelse med studenter vid Uppsala universitet [6]. Samma gränsvärde har också använts i den internationella litteraturen [8, 10].

Andelen manliga medicinstudenter som minst en gång i veckan drack så mycket att det motsvarade intensivkonsumtion uppgick till 12 procent. Bland de kvinnliga studenterna var det drygt 4 procent som ofta drack motsvarande intensivkonsumtion. Om dessa resultat

sätts i relation till motsvarande andelar bland respondenterna vid Polishögskolan och Uppsala universitet framgår det att intensivkonsumtionsmönstret skiljer sig mellan de olika studentkategorierna.

Av de manliga studenterna vid Polishögskolan och Uppsala universitet drack knappt 10 respektive drygt 20 procent så mycket alkohol att det motsvarade intensivkonsumtion minst en gång i veckan. Andelen manliga medicinstudenter som ofta konsumerade mycket alkohol var större än motsvarande andel bland polisstudenterna, men betydligt mindre än bland Uppsala studenterna.

Andelen kvinnliga studenter vid Karolinska institutet som ofta dricker intensivt var mindre än vid Polishögsko-

lan och betydligt mindre än vid universitetet. I Tabell III återges andelen konsumenter med alkoholintensiva dryckestillfällen minst en gång i veckan.

Riskkonsumtion

Medicinstudenternas alkoholkonsumtion har riskvärderats enligt »Testaren» [11] och AUDIT-skalan [12]. Genom riskvärderingar av denna typ får man en uppfattning om vilka individer som löper risk att få problem på grund av sin alkoholkonsumtion.

»Testaren» fokuserar på den faktiska konsumtionen under en vecka. Som framgår av Tabell IV har 12 procent av de manliga och drygt 4 procent av de kvinnliga medicinstuderande en konsumtion som medför ökad risk för alkoholrelaterade problem.

Om studenterna med riskfylld alkoholkonsumtion inte kan återgå till en mer moderat konsumtion när de träder ut på arbetsmarknaden är de inte bara ett hot mot läkarkårens trovärdighet gentemot patienterna utan också mot patientsäkerheten. Alkoholmissbruk bland läkarna är dessutom ett samhälleligt problem eftersom läkarkåren anses ha en morallbildande betydelse [13].

I samband med detta bör det emellertid betonas att omkring 90 procent av medicinstudenterna vid Karolinska institutet inte har en riskfylld alkoholkonsumtion.

Efter studieperioden återgår sannolikt många studenters alkoholkonsumtion till en lägre nivå. Framför allt beror detta på att livssituationen efter utbildningen inte ger lika stort utrymme för hög alkoholkonsumtion. Även om övergångsfasen mellan ungdomen och vuxenlivet inte får lika stort utrymme bland studenter som bland icke-studenter [5], så kan man inte bortse från det faktum att studietiden, genom studentfester och en omfattande social interaktion, i viss utsträckning bidrar till en konsumtionshöjning. I samband med inträdet i arbetslivet förändras sedan studenternas livssituation genom tex ökat yrkesansvar, vilket torde medföra att alkoholkonsumtionen minskar.

Även om en stor del av studenterna inte kan anses ligga i riskzonen och en del av studenterna med riskfylld alkoholkonsumtion troligtvis kommer att minska sin konsumtion efter studietiden, får man inte förbise det faktum att en viss del av de framtida problemkonsumenterna sannolikt rekryteras redan under studietiden.

Andelen manliga riskkonsumenter i denna studie är större än vid Polishögskolan, men mindre än vid de båda universiteterna. Både vid Uppsala och Stockholms universitet klassades omkring var femte student i riskkategorierna. Andelen kvinnliga riskkonsumenter

är lika liten vid Karolinska institutet som vid Polishögskolan, dvs att färre än var tjugonde kvinna är riskkonsument. Sålunda är andelen riskkonsumenter betydligt mindre än vid universiteten. Vid universiteten var mellan var sjunde och var tionde kvinna riskkonsument. En översiktlig redovisning av andelen riskkonsumenter i de olika undersökningarna återges i Tabell V.

Andelen alkoholproblematiker

AUDIT-skalan är ett problemlokaliseringstest på frammarsch inom svensk alkoholforskning. Skalan används inom den kliniska alkoholforskningen, men har också använts i undersökningar av normalbefolkningen [14].

Med AUDIT-skalan kan andelen alkoholproblematiker och andelen gravt alkoholberoende respondenter uppskattas. I den här aktuella undersökningspopulationen hade 37 procent av männen och 12 procent av kvinnorna en totalpoäng om åtta eller mer på AUDIT-skalan. Enligt denna bedömning var således mer än var tredje man och var åttonde kvinna alkoholproblematiker. En sådan andel problematiker får anses vara mycket stor. Andelen medicinstuderande med grava alkoholproblem (över 18 poäng) uppgår till 2,5 procent av männen respektive 0,5 procent av kvinnorna. Även om andelen med grava alkoholproblem är betydligt mindre bland medicinstudenter än bland övriga studentkategorier är det en inte obetydlig andel som redan under studietiden utvecklats mycket avancerade alkoholvanor.

Genom att studera vissa frågekombinationer i AUDIT-skalan kan man avgöra om riskkonsumtionen huvudsakligen beror på riskfylld konsumtion (dvs att respondenter dricker mycket och ofta), alkoholberoende eller skadlig alkoholkonsumtion. Av Tabell VI framgår att majoriteten, omkring 95 procent, av samtliga män och kvinnor huvudsakligen fått sina poäng på AUDIT-skalan genom att dricka mycket och ofta. Övriga studenter fick sina poäng främst genom skadlig konsumtion, dvs genom alkoholbruk som leder till psykiska och/eller fysiska skador. Ingen av studenterna fick således sina poäng i första hand genom frågorna som indikerar alkoholberoende.

Bland problematikerna uppnådde en större andel sina poäng genom skadlig konsumtion. Av de manliga och de kvinnliga problematikerna hade 14 respektive 22 procent i huvudsak uppnått sina höga poäng på detta sätt. Betydelsen av den skadliga konsumtionen som primär orsak till de höga poängen på AUDIT-skalan ökar ännu mer om man studerar personer med grava alkoholproblem separat. Uppskattningarna är givetvis osäkra eftersom det då är frå-

Tabell V. Antal riskkonsumenter (mer än 75 cl 40-procentig alkohol per vecka för männen och mer än 55 cl för kvinnorna) i de olika studentundersökningarna.

	Uppsala universitet		Stockholms universitet		Polishögskolan		Karolinska institutet	
	n	Andel (procent) riskkonsumenter	n	Andel (procent) riskkonsumenter	n	Andel (procent) riskkonsumenter	n	Andel (procent) riskkonsumenter
Män	201	21	327	20	631	3	234	12
Kvinnor	199	15	476	11	294	4	326	4

Tabell VI. Andel (procent) av samtliga, alkoholproblematiker och de med grava alkoholproblem som huvudsakligen fått sina poäng genom respektive dimension i AUDIT-skalan.

	Män			Kvinnor		
	Samtliga	8+	19+	Samtliga	8+	19+
Riskfylld konsumtion (1–3)	94,9	85,9	33,3	96,8	77,8	50,0
Alkoholberoende (4–6)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Skadlig konsumtion (7–10)	5,1	14,1	66,7	3,2	22,2	50,0
n	234	85	6	313	36	2

Tabell VII. Andel manliga och kvinnliga medicinstudenter som använt sömn- eller lugnande medel under de senaste 12 månaderna i olika ålderskategorier.

	Män		Kvinnor	
	n	Andel (procent) som använt sömn- eller lugnande medel	n	Andel (procent) som använt sömn- eller lugnande medel
20–24 år	82	1,2	145	7,6
25–27 år	70	8,6	84	9,5
28– år	101	9,9	112	14,3

ga om få observationer.

Att en så stor andel av studenterna, enligt AUDIT, kan uppfattas som problematiker beror således främst på att majoriteten av dem uppnått sina poäng genom riskfylld konsumtion, dvs genom att dricka ofta och mycket. Resultaten blir mer förståeliga mot bakgrund av att alkoholkonsumtionen under ungdomstiden ofta karakteriseras av intensivkonsumtionstillfällen.

Bruk av narkotika och psykofarmaka

Av respondenterna angav ungefär 7,5 procent av männen och 6,5 procent av kvinnorna att de använt narkotika (t ex hasch, marijuana, kokain) under de senaste 12 månaderna. De män som använt narkotika drack över 600 centiliter mer alkohol än de som inte nyttjat narkotika ($p < 0,001$). Kvinnor som använt narkotika hade förvisso en högre alkoholkonsumtion än övriga kvinnor, men skillnaden var inte statistiskt signifikant.

Till skillnad från den illegala narkotikan, upplevs det i många fall som mindre känsligt att rapportera bruk av psykofarmaka. I undersökningen frågades sålunda om medicinstudenternas bruk av sömn- och lugnande medel.

Med utgångspunkt i undersökningens frågeformulering går det dock inte att särskilja olika typer av sömn- och lugnande medel. Under 1995 svarade emellertid bensodiazepiner för 88 procent av den totala försäljningen av sömn- och lugnande medel [15]. Det finns därför goda skäl att anta att de flesta preparaten var bensodiazepiner.

Om det var vanligare bland männen att bruka narkotika, använde kvinnor i större utsträckning sömn- och lugnande medel. Av kvinnorna hade drygt 7 procent använt sömnmedel och 5,5 procent lugnande medel under de senaste 12 månaderna. Motsvarande andelar bland männen var drygt 6 procent (sömnmedel) och 1,5 procent (lugnande medel).

Knappt 7 procent av männen och 10,5 procent av kvinnorna hade brukat sömn- eller lugnande medel under de senaste 12 månaderna; totalt hade nästan 9 procent av medicinstudenterna använt något av preparaten. Detta stämmer tämligen väl överens med bruket i normalbefolkningen. Under 1994 hade 6 respektive 13 procent av männen och kvinnorna (10 procent av samtliga) i en riksrepresentativ undersökning angivit att de brukat sömn- och/eller lugnande medel under de senaste 12 månaderna [16].

Eftersom bruket av sömnmedel och lugnande medel ökar med stigande ålder och är i särklass vanligast i åldrarna över 50 år [16] är det förvånansvärt att en så stor andel av medicinstudenterna använt sömn- eller lugnande medel. De svarande studenterna är nämligen förhållandevis unga. Bruket av sömn- och lugnande medel ökade, även i föreliggande studie, med åldern (Tabell VII).

De kvinnor som använt sömn- eller lugnande medel någon gång under de senaste 12 månaderna hade i genomsnitt använt sömnmedel 1,8 gånger och lugnande medel 2,9 gånger under de senaste fyra veckorna. Männerna som brukat sömn- eller lugnande medel hade i genomsnitt använt sömnmedel 1,2 gånger och lugnande medel 0,25 gånger under den senaste fyra veckorsperioden.

Det är således i huvudsak bruket av lugnande medel som skiljer manliga och kvinnliga studenter åt. För det första hade en betydligt mindre andel av männen brukat lugnande medel de senaste 12 månaderna. För det andra hade männen använt lugnande medel avsevärt mer sällan än kvinnorna. Bruket av sömnmedel var däremot betydligt mer likartat hos manliga och kvinnliga medicinstudenter.

Studenterna hade framför allt fått preparaten genom läkarordination (drygt 40 procent). Knappt 29 procent av respondenterna hade fått dem från någon familjemedlem, drygt 15 procent från någon vän eller bekant, medan knappt 6 procent hade tagit tabletterna från medicinskåpet hemma, fastän de inte var deras egna. En lika stor andel, 6 procent, hade fått tillgång till preparatet på annat vis, t ex köpt i hälsokostaffär eller i utlandet. Knappt 4 procent hade skaffat tabletterna på jobbet.

Analysen visar att det, med undantag för kön och ålder, endast är respondentens upplevda fysik som signifikant predicerar bruk av sömn- eller lugnande medel. Detta ger ett visst stöd för att bruket av sömn- och lugnande medel är hälsosfunktionellt. Med tanke på att den vanligaste enskilda strategin att komma över preparaten var genom läkarordination förefaller detta vara en rimlig slutsats.

Alkohol och psykofarmaka

Sambandet mellan bruk av sömn- och lugnande medel och alkoholkonsumtion är negativt i undersökningen; dvs en hög tablettkonsumtion samvarierar med låg alkoholkonsumtion ($r = -0,44$; $p < 0,01$). Den avgjort största andelen av de studenter som använt preparaten (94,5 procent) angav att de aldrig hade blandat tabletter och alkohol. Endast 2 respondenter (3,6 procent) angav att de en gång använt alkohol och tabletter samtidigt.

Den resterande individen (1,8 procent) hade kombinerat alkohol och tabletter några gånger. Ingen respondent angav att kombination av alkohol och preparat hade skett flera gånger. Efter som det är få respondenter som kombinerat alkohol och sömn- eller lugnande medel kan inte relationen mellan alkoholkonsumtionsnivå och blandbruk analyseras.

Som framgått tidigare hade männen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna en alkoholkonsumtion som var drygt dubbelt så stor som övriga mäns. Även illegitima användare av sömn- eller lugnande medel, dvs personer som använt preparaten utan läkares ordination, hade högre alkoholkonsumtion än icke-brukare och legitima brukare; skillnaderna var emellertid inte statistiskt signifikanta. Detta tyder på att illegitimt bruk av narkotika och sömn- och lugnande medel samvarierar med hög alkoholkonsumtion.

Hypotesen om samband mellan illegitimt narkotikabruk och hög alkoholkonsumtion får stöd av en norsk studie. I den var den genomsnittliga alkoholkonsumtionen 2–4 gånger högre bland de respondenter som fått tillgång till preparaten på annat sätt än genom läkarordination och som dessutom inte använt preparaten för självmedicinering, än bland övriga användare [17].

Avslutande diskussion

Denna undersökning visar att svenska studenter inte kan behandlas som en homogen grupp med likartad alkoholkonsumtion. Sammanfattningsvis kan man säga att medicinstudenterna drack mindre än universitetsstudenterna men mer än polisstudenterna. Det finns tre rimliga och samverkande förklaringar till detta.

För det första kan konsumtionsskillnaderna i stor utsträckning förklaras av att universiteten har ett mer utbrett campusliv än Polishögskolan och Karolinska institutet. Om man beaktar antalet studentspecifika alkoholintensiva aktiviteter vid de olika skolorna får man empiriskt stöd för detta påstående. Universiteten har större utbud av studentaktiviteter än Karolinska institutet och Polishögskolan, samtidigt som alkoholkonsumtionen är högst där [5-7].

Polisstudenterna, som har den lägsta alkoholkonsumtionen, har inte heller samma möjlighet som de andra studentgrupperna att bo i studentlägenheter [6]. I studentkorridorerna bor många människor tätt inpå varandra, vilket kan förväntas leda till en hög grad av social interaktion och således också till många tillfällen att konsumera alkohol. Att studentspecifika alkoholintensiva aktiviteter hänger samman med hög alkoholkonsumtion visas både i studien av

Stockholmsstudenternas och i den av polisstudenternas alkoholvanor [5, 6].

Den andra förklaringen är att antagnings- och prestationskraven skiljer sig åt mellan utbildningarna. Både vid Polishögskolan och Karolinska institutet är antagningskraven höga. För tillträde till Polishögskolan krävs både att man är i fysisk och psykisk form och inte har något brottsligt förflutet [6].

För att antas till Karolinska institutets läkarlinje krävs såväl höga betyg som goda förkunskaper och ett genuint intresse för läkarvetenskapen. Efter som antagningskraven till läkarlinjen är höga kan man förvänta sig att medicinstudenternas tidigare liv inte präglats av avancerade alkoholvanor; att prestera så bra studieresultat att betygen räcker för antagning till läkarlinjen medger i allmänhet inget utrymme för hög alkoholkonsumtion. Om man dessutom antar att inläringen av alkoholtäcke delvis är en förloppsprocess förefaller det således rimligt att konsumtionsnivån inte är så hög i denna grupp.

Läkaryrkets etiska dimension

Den sista, men definitivt inte den minst betydelsefulla, förklaringen till skillnaderna i alkoholkonsumtion mellan olika studentgrupper är att det finns en viss yrkesetisk dimension som delvis kan förklara alkoholkonsumtionsnivån och som dessutom skiljer sig åt mellan skolorna.

Läkarstudenterna kommer i sitt framtida yrke att tvingas uppfylla vissa prestationskrav för att inte utsättas för disciplinära åtgärder. I de fall patienten inte upplever vården som sakkunnig och/eller omsorgsfull kan detta föras vidare till tillsynsmyndigheten, dvs Socialstyrelsen. Om Socialstyrelsen anser att disciplinpåföljd, återkallande av legitimation eller begränsning av förskrivningsrätten kan komma ifråga ska detta anmälas hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). I Lag (1994:954) om disciplinpåföljd m m på hälso- och sjukvårdens område framgår att disciplinpåföljden i huvudsak består av erinran eller varning.

Under perioden 1986 till 1989 delegitimerades 40 läkare [18]. Enligt uppgifter från HSAN delegitimerades drygt 20 läkare under perioden 1995 till 1997. Sålunda delegitimeras färre än tio läkare varje år, vilket i absoluta tal inte är så många. Hotet om sådana disciplinära åtgärder kan emellertid förväntas påverka läkarnas alkoholbeteende. Ett liknande förhållande tycks råda bland polisstudenterna [6]. Universitetsstudenternas utbildning påverkas inte i samma utsträckning av yrkesetiska föreskrifter som direkt tar sikte på studenternas personliga beteende.

Att ansvarsförhållandet gentemot

Vore intressant med uppföljande studie utifrån antagningsgrupperna

– Det viktiga med undersökningen om medicinstudenternas alkoholvanor är att den överhuvudtaget har gjorts, säger Tomas Cronholm, ordförande i studiesociala kommittén för läkarutbildningen vid Karolinska institutet, där han också är professor i medicinsk kemi.

– Siffrorna är inte egendomliga eller skrämmande om man jämför med befolkningen i stort. Men vi behöver de här siffrorna för att göra medicinstudenterna medvetna om de risker som ändå finns.

Tomas Cronholm påpekar också att studien gjordes redan 1995 och att man sedan dess infört en alkoholpolicy för

Medicinska föreningen på KI och lagt in en halvdag på temat »Läkare och missbrukare» i undervisningen.

Halvdagen är inte obligatorisk men Tomas Cronholm försäkrar att närvaron är god, över hälften av studenterna brukar infinna sig i föreläsningssalen. Efteråt sprids de 16 inbjudna före detta missbrukarna från Anonyma Alkoholister och Anonyma Narkomaner i olika rum och träffar studenterna i smågrupper.

– Jag har hört av studenterna att de uppskattar det här inslaget mycket samtidigt som de tycker att det är uppskattande. Det är deras första möte med ett »fall» – en levnadshistoria där missbrukets konsekvenser blir kraftigt belysta rullas upp mitt framför ögonen på dem.

Alkoholpolicyen för Medicinska föreningen antogs 1995 och innehåller bland annat krav på ett brett och väl synligt ut-

bud av alkoholfria drycker på föreningens servering. Berusade personer får inte serveras alkohol och studenter som har svårigheter att hantera sin alkoholkonsumtion ska av kamraterna tipsas om att de kan vända sig till Studenthälsan.

– Samtidigt får jag ju erkänna att man inte alltid lever upp till policyn. Och fortfarande gäller att spriten på Medicinska föreningen är relativt billig jämfört med andra serveringar.

Tomas Cronholm anser att starten på den allra första terminen är den tidpunkt då studenterna löper störst risk att »trilla dit» på dåliga alkoholvanor. Det har hört till traditionen att nya studenter ska dricka sig hejdlöst berusade.

Tillägnar sig nya vanor

– Man får nya vanor där alkohol ingår på ett annat sätt än tidigare i livet, och då bör man vara medveten om de

patienten i studentens framtida yrkesroll till och med är lagstadgad, i Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, måste rimligtvis återspeglas i utbildningen och därmed påverka medicinstudenternas alkoholkonsumtion.

*

Studien har stötts genom anslag från Systembolagets fond för alkoholforskning.

Referenser

1. Nilsson LH, Rydberg U. Ny attityd, trovärdig terapi, nätverk, fackligt ansvar. Vägen till bättre stöd för missbrukande läkare. Läkartidningen 1995; 92: 167-71.
2. Glatt MM. Alcoholism an occupational hazard for doctors. J Stud Alcohol 1976; 11: 85-91.
3. Murray RM. Alcoholism and employment. J Stud Alcohol 1975; 10: 23-6.
4. McAuliffe WE, Rohman M, Breer P, Wyshak G, Santangelo S, Magnuson E. Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. Am J Public Health 1991; 81: 177-82.
5. Köhlhorn E, Lidén SG, Björ J. Studenternas dryckesvanor vid Stockholms universitet. Forskningsrapport nr 18, sociologiska institutionen. Stockholm: Stockholms universitet, 1993.
6. Borschos B. Alkoholvanor vid Polishögskolan. Manuskrift, sociologiska institutionen. Stockholm: Stockholms universitet, 1995.
7. Sundbom L. Studenterna och alkoholen. En undersökning av alkoholvanor bland medlemmar i Uppsala studentkår. Forskningsrapport nr 4, SAMU. Uppsala: SAMU, 1992.
8. Kranzler HR, Babor TF, Lauerma RJ. Problems associated with average alcohol consumption and frequency of intoxication in a medical population. Alcohol Clin Exp Res 1990; 14: 119-26.
9. Wechsler H, Dowdall G, Davenport A, Castillo S. Correlates of student binge drinking. Am J Public Health 1995; 85: 921-6.
10. Schulenberg J, O'Malley P, Bachman J, Wadsworth K, Johnston L. Getting drunk and growing up: trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. J Stud Alcohol 1996; 57: 289-304.
11. Rydberg U. Normalkonsumtionens risker. I: Arvidsson O, red. Risken att bli alkoholist. Rapport från ett symposium om uppkomst av alkoholmissbruk. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond, 1983: 169-83.
12. Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C. Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem. Psykometrisk prövning på psykiatrisk akutmottagning. Läkartidningen 1998; 95: 4731-5.
13. Rydberg U, Gerhardsson Y. »Vi vill inte vara med om kollegialitet till döds». Läkartidningen 1995; 92: 164-6.
14. Holmila M. Intoxication and hazardous use of alcohol: Results from the 1992 Finnish drinking habits study. Addiction 1995; 90: 785-92.
15. Apoteksbolaget. Inleveransstatistik. Stockholm: Apoteksbolaget, 1995.
16. Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Rapport 95. Stockholm: FHI och CAN, 1995.
17. Pedersen W, Lavik NJ. Adolescents and

benzodiazepines: prescribed use, self-medication and intoxication. Acta Psychiatr Scand 1991; 84: 94-8.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

18. Halldin J, Hallström A. Missbrukande läkare klar risk för patienterna. Missriktad kollegialitet hindrar anmälan. Läkartidningen 1995; 92: 414-7.

Summary

Alcohol and drug use among medical students

Björn Borschos

Läkartidningen 1999; 96 3253-8.

During the spring of 1995, 734 medical students at the Karolinska Institute in Stockholm were randomly selected for inclusion in a postal questionnaire study of alcohol and drug habits. The response rate was over 80 per cent. Although both the level of alcohol consumption and the prevalence of hazardous consumption were lower than the corresponding figures for students at Stockholm and Uppsala Universities, 12 per cent of the male and four per cent of the female medical students were considered to be at risk of alcohol problems. About seven per cent of the medical students reported having used illegal drugs such as hashish, marijuana and cocaine during the past 12-month period, and about nine per cent to have used sedative

riskerna som finns. För oss i studiesociala kommittén är det lättare att påverka studenterna nu när vi har tillgång till siffrorna från den aktuella studien.

Tomas Cronholm ser med tillförsikt på att de gamla introduktionsriterna håller på att ersättas av nya, inte minst det så kallade kollo för nyintagna medicinstuderande. Terminens tre första dagar samlas KI-studenterna på barnkollo- eller scoutgårdar för att lära känna varandra och ingå i gruppgemenskap. En tanke är att man verkligen ska lägga märke till om någon håller på att falla utanför gemenskapen. Kollointroduktionen följs upp med en fest, som dock inte går i »den våldsamma stilen».

– Jag tror visst att man kan feta under studieåren utan att det innebär men för framtiden. Men om man har en sådan läggning att festandet leder till alkoholberoende kan det hända att det inte går att göra något åt det senare, säger Tomas Cronholm som själv hållit på med alkoholforskning sedan 1960-talet.

Tabletter utan ordination

En för honom förvånande uppgift i studien finns i avsnittet om medicinstudenternas konsumtion av sömnmedel och lugnande medel. Inte konsumtionen i sig, den tycker han speglar genomsnittet hos befolkningen, men väl hur man kommit över preparaten. 40 procent av studenterna hade fått dem genom läkarordination, medan 29 procent fått dem av en familjemedlem, 15 procent från en bekant och 6 procent hade tagit dem ur medicinskåpet hemma fast tabletterna inte var deras egna.

– Jag vet inte om detta är extremt jämfört med hur annan sjukvårdspersonal gör, men jag reagerade när jag läste om det. Jag hade nog förväntat mig att studenterna hade fått preparaten genom läkarordination. Jag tror inte att det är så ovanligt att det går till så här – dvs att man inte tycker det är så farligt att ta sömnmedel eller lugnande medel ur någon väns eller familjemedlems burk – men personligen har jag svårt för den inställningen.

Vore intressant med jämförande studie

På Karolinska institutet tar man i dag in studerande enligt tre kriterier: studentbetyg, högskoleprov och lämplighetsprov. Tomas Cronholm ser gärna att 1995 års studie om alkoholkonsumtionen följs upp av en ny där man jämför de tre intagningsgrupperna.

– Jämförande studier har ju redan gjorts mellan dem när det gäller studieframgång och klinisk lämplighet. Nu skulle man kunna använda andra parametrar, t ex alkoholkonsumtion och festbenägenhet.



FOTO: KAROLINSKA INSTITUTET

–**Det vore intressant** med en uppföljande studie av alkoholvanorna med utgångspunkt i de olika antagningsgrupperna till KI, anser Tomas Cronholm, ordförande i den studiesociala kommittén för läkarutbildningen vid Karolinska institutet.

– Det vore dessutom intressant att via en studie ta reda på om antagningen genom lämplighetsprov har lett till att suicidfrekvensen bland kvinnliga läkare har minskat, dvs att man genom förfarandet fått in mer stresståliga och stabila personer.

På frågan om det pågår förändringar i vårt samhälles alkoholkultur som kommer att sätta avtryck på studentlivet påminner Tomas Cronholm om EU-medlemskapets konsekvenser:

Nya vanor med EU?

– EU innebär en risk att vi i Sverige får en centraleuropeisk alkoholkultur med ökad tillgänglighet. Och det vet varanda alkoholforskare att med ökad tillgänglighet följer ökad konsumtion. Därför är det viktigt att med nya studier följa utvecklingen: Hur påverkas svenska studenters attityder och konsumtion när en EU-präglad alkoholkultur har slagit igenom i Sverige?

Under decenniernas lopp har han märkt en förändrad attityd i de medicinstuderandes inställning till fester, men egentligen handlar det om hur tidspendeln svänger fram och tillbaka:

– På 1970- och 1980-talen var det inte så mycket festande, då var allting så politiserat, men under 1990-talet har 1960-talets inställning till festande kommit tillbaka. Någon attitydförändring till alkoholen som sådan har jag dock inte märkt hos studenterna, det är öl och starksprit som gäller, och narkotikaproblem har jag knappast alls stött på.

Irène Olsson
frilansjournalist

Referenslistor

Några detaljer förtjänar att påpekas då de ofta vållar problem:

Läkartidningen publicerar inte fler än 20 referenser (max 5 i korrespondensinlägg). Om fler finns skall författaren ange vilka som skall publiceras. Efter referenslistan skrivs då: »En fullständig referensförteckning kan rekvideras från författaren (författarna).» Ange både namn och adress!

Om ett verk har upp till sex författare anges samtliga; om författarna är sju eller fler anges de sex första plus et al.

Förkorta tidskrifters namn enligt Index Medicus. Om tidskriften inte återfinns i den senaste upplagan, skriv ut hela namnet.

Personliga meddelanden och opublicerade data redovisas i texten, inte i referenslistan. Undvik referenser till sammanfattningar (abstracts).

Författare skall alltid anges. Många skrifter har namngivna författare även om namnen inte finns på titelsida, utan t ex endast i förord eller liknande.

Om »författare» är en organisation, utredning eller expertgrupp skrivs detta, t ex »Synskadeutredningen. Synskadade och samhället . . .»

Finns ej angiven författare anges typ av artikel inom parentes efter rubriken, exempel: Syftet med läkarstrejken [ledare]. Läkartidningen 1986; 83: 75-6.»

Seriebeteckning för vissa publikationer – t ex Socialstyrelsen redovisar, SOU, departementsrapporter – anges i slutet av referensen. Exempel: Rannek J, Wahren H, Ringnér Å. Kväveföreningar i grundvattnet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981. Socialstyrelsen redovisar 1981:9.

Vid hänvisningar till vad som sades vid konferenser och symposier anges konferensnamn, konferensplats och datum. Referera i första hand till tryckt protokoll eller sammanställning, ange förlag/utgivare och utgivningsort.

Vid hänvisningar till Svenska Läkarsällskapets riksstämmas sammanfattningar anges Hygiea, årtal, volym/band, nr och sida. Exempel: Bergdahl S, Eriksson M. Neonatal osteomyelit – ett 10-årsmaterial. Svenska Läkarsällskapets handlingar Hygiea 1980; 89(5): 67.

Om en referens är en akademisk avhandling anges [dissertation] före slutpunkten i titeln.

OBS! Många institutioner och universitet står själva som förlag.