

---

# Fastlegen som sakkyndig ved vurdering av skadelig alkoholbruk og førerkort – en kvalitativ studie

---

ORIGINALARTIKKEL

TORGEIR GILJE LID

torgeir.gilje.lid@sus.no

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest  
(KORFOR)

Helse Stavanger

og

Helsevitenskapelig fakultet

Universitetet i Stavanger

Forfatterbidrag: idé, planlegging og gjennomføring av datainnsamling, analyse og tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av manus.

Torgeir Gilje Lid er spesialist i allmenntmedisin, forskningsleder og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDERS LEDAAL BJØRNESTAD

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest  
(KORFOR)

Helse Stavanger

og

Etne legekantor

Forfatterbidrag: idé, analyse og tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av manus.

Anders Ledaal Bjørnstad er ph.d., spesialist i allmenntmedisin og fastlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTINA RIIS IDEN

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest  
(KORFOR)

Helse Stavanger

og

Ullern helsehus

Oslo kommune

Forfatterbidrag: idé, analyse og tolkning av data, utarbeiding og revisjon av manus.

Kristina Riis Iden er ph.d., spesialist i allmennmedisin og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## Bakgrunn og formål

Skadelig alkoholbruk kan være et følsomt tema, og samtaler med pasienter om alkohol kan være utfordrende. Alkoholbruk kan iblant resultere i tap av førerkort. Hovedformålet med studien var å utforske hvordan fastleger opplever rollen som både helsehjelper og sakkyndig ved pasienters alkoholbruk.

## Materiale og metode

Dette er en kvalitativ studie der fastleger som deltok på kurs om endring av alkoholvaner i allmennpraksis, ble invitert. Lyddopptak fra gruppediskusjonene i fire kurssamlinger ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

## Resultater

Fastlegene ( $N = 36$ ) ga uttrykk for at rollen som både helsehjelper og sakkyndig kan gi utfordringer ved vurdering av helsekravene for førerkort hos pasienter med mulig eller erkjent skadelig alkoholbruk. Flere opplevde regelverket i førerkortforskriften som uklart og vanskelig å tolke, og vurderte anvendelsen av både klinisk og juridisk skjønn som særlig krevende. Samtidig opplevde noen førerkortforskriftens bestemmelser som nyttige i endringsarbeid rundt alkoholbruk.

## Fortolkning

Fastleger opplevde en utfordrende dobbeltrolle som helsehjelper og sakkyndig i arbeidet med pasienters alkoholbruk. Det er uklart i hvilken grad dagens førerkortforskrift med veileder bidrar til bedre helsehjelp og tryggere trafikk.

## Hovedfunn

Fastlegene i denne studien opplevde dobbeltrollen som helsehjelper og sakkyndig i vurderingen av førerkortforskriftens helsekrav om alkohol som krevende.

Flere opplevde førerkortforskriftens bestemmelser rundt alkohol som uklare.

Noen leger erfarte at risikoen for tap av førerretten ved høyt alkoholforbruk kunne åpne for terapeutisk arbeid for å endre alkoholvaner.

---

Alkohol er et lovlig rusmiddel som brukes av en stor andel av den voksne befolkningen (1). For de fleste er alkoholbruk knyttet til sosiale sammenhenger og positive opplevelser (2). Samtidig kan alkohol forårsake, utløse og forverre en rekke tilstander, inkludert kreft (3), hjerte- og karsykdom (4), leversykdom (5), demens (6), diabetes (7), skader (8) og psykiske lidelser (9).

Helsedirektoratets førerkortveileder gir veiledning til praktisk håndtering av helsekrav for førerkort (10). Veilederen beskriver hva som kreves for å få tilbake førerretten *etter at* det er avklart at helsekravene ikke er oppfylt. I tvilstilfeller om helsekravene er oppfylt, kan legen gi pasienten et midlertidig kjøreforbud i påvente av avklaring (10).

Særlig fastleger kan stå i en utfordrende posisjon når det gjelder pasienters alkoholforbruk (11, 12). På den ene siden kan legens kartlegging av alkoholvaner og tegn på økt risiko eller skade, med påfølgende tilbud om videre informasjon eller oppfølging, ha gunstig effekt på forbruket (13). Slik praksis har god støtte i den generelle befolkningen (14). På den andre siden kan pasienter med risikofylt eller skadelig alkoholforbruk reagere negativt (14), og helsepersonell kan oppleve barrierer både på individ- og systemnivå (15–17). Samtidig kan pasientene frykte mulige konsekvenser for førerkortet (12, 18). Vurderinger av mulig trafikksikkerhetsrisiko knyttet til alkoholproblemer er vanskelige (19), og det kan være krevende for legen å balansere pasientens behov for autonomi og samfunnets behov for trygghet i saker som gjelder førerkort (20).

PEth-test (fosfatidyletanol) er et mål på alkoholkonsumet de siste 2–4 ukene før blodprøvetaking (21). Testen har høy sensitivitet og spesifisitet, men det er stor individuell variasjon. Gamma-GT og ferritin brukes fortsatt som biomarkører for høyt alkoholforbruk, blant annet når legen synes det er vanskelig å ta opp alkoholvaner med pasienten og ta PEth-test (22, 23).

Hovedformålet med denne studien var å utforske hvordan fastleger opplever sine ulike roller rundt pasienters alkoholbruk – som helsehjelper på den ene siden og sakkyndig instans i vurderingen av førerkortforskriften på den andre.

---

## Materiale og metode

Leger fra fire fastlegekontorer i Stavanger og Oslo ble invitert til å delta i forskningsprosjektet «Alkoholvaner og helse i allmennpraksis». En del av prosjektet var et samlingsbasert klinisk emnekurs om alkoholrelaterte helseproblemer i allmennpraksis. Kurset gikk over fire samlinger på hvert legekontor fra februar 2020 til mai 2021.

Førsteforfatter inviterte fastlegekontorer med fem leger eller flere til kurset (16). Underviserne var førsteforfatter, en psykolog, en pasientrepresentant, en samtaleterapeut og spesialister i rus- og avhengighetsmedisin, alle med lang klinisk, personlig og/eller vitenskapelig erfaring i feltet. Hver samling varte 3–4 timer og bestod av undervisning om evidens for sammenhenger mellom alkohol og vanlige helseproblemer (24) og opplæring i motiverende samtaler (25). Det var satt av god tid til diskusjoner om det å starte en samtale om alkohol, med utgangspunkt i egne erfaringer og kliniske kasuistikker.

Datamaterialet i studien var lydopptak av diskusjonene mellom deltakerne på kurssamlingene. Tema for diskusjonene på de tre første samlingene var sammenhenger mellom alkoholvaner og helse og aldring, hvordan åpne opp for samtaler om alkohol samt opplevd nytte av samtaleteknikker og andre verktøy. Siste samling omhandlet samarbeid med andre aktører, pasienterfaringer, vanedannende legemidler og alkohol samt etiske og praktiske utfordringer knyttet til alkoholbruk og førerkort. Diskusjonene ble ledet av førsteforfatter.

Opptakene ble ordrett transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering i fire trinn (26). Hver forfatter leste gjennom transkriptet og sorterte innholdet i foreløpige temaer (første trinn). Temaene ble så drøftet i fellesskap der meningsbærende enheter i teksten knyttet til forskningsspørsmålet ble sortert og kodet/gruppert (andre trinn). Deretter ble de meningsbærende enhetene under hver kode kondensert (tredje trinn). I fjerde trinn ble disse omarbeidet (rekontekstualisert) til en analytisk tekst som belyste forskningsspørsmålene. Deltakerne ble gitt fiktive navn.

Studien har godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK 6848 (2019/1112)) og av personvernombudet ved Stavanger universitetssjukehus (8/2020). Det ble innhentet skriftlig samtykke til at diskusjonene kunne tas opp og brukes til forskning. Studien ble finansiert av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest og et forskningsstipend fra Rogaland legeförening, Allforsk.

---

## Resultater

36 fastleger samtykket til å delta. Tre av fastlegekontorene var private næringsvirksomheter og ett var kommunalt. Tabell 1 oppsummerer demografiske data for de 24 fastlegene som deltok på minst tre av samlingene.

---

### Tabell 1

Alder, kjønn og spesialisering i allmennmedisin for 24 leger som deltok på minst tre kurssamlinger om alkoholrelaterte helseproblemer i allmennpraksis.

Alder (år):	Antall
26–35	7
36–45	7
46–55	6
56+	4
Kjønn	
Kvinne	12
Mann	12
Spesialist i allmennmedisin	16

### Helsehjelper eller «politi»?

Flere av deltakerne fremholdt skillet mellom helsehjelp og sakkyndighetsarbeid som det mest utfordrende knyttet til pasienters alkoholbruk. På den ene siden erkjente fastlegene behovet for å inkludere alkohol i pasientsamtaler om sykdom. På den andre siden var man redd pasienten ikke ville oppsøke legen eller ville unnlate å ta opp temaet av frykt for at alkoholforbruket kunne medføre tap av førerkortet. Legen ville da miste en mulighet til å gi god helsehjelp. «Espen» sa:

*«Vi sitter jo i veldig mange situasjoner hvor vi opplever at man skal være sakkyndig, som i førerkortsaker. Samtidig som man skal være på pasientens side. Det siste året er jeg blitt truet med søksmål, og jeg blir stadig meldt til Statsforvalteren. Da kommer vi aldri videre med medisinske problemstillinger, fordi vedkommende er så sur for det med førerkortet. Det ødelegger veldig mye av pasient-lege-forholdet, og jobben vi egentlig skal gjøre.»*

Flere av legene som opplevde at rollen som førerkortsakkyndig var et hinder for å åpne opp om utfordringer knyttet til eget alkoholbruk, fryktet de negative konsekvensene dette kunne ha for den enkelte pasientens helse. Selv journalføringen kunne påvirkes av førerkortproblemstillingen, som «Eva» sa:

*«Jeg har hatt pasienter som spør om man kan unnlate å journalføre. Dette hindrer folk i å søke hjelp. De kan gjøre veldig mye ut av at man må tenke på førerkortinndragelse. Resultatet er at mange går for lenge med store problem, og ikke tør å søke hjelp.»*

Flere hadde erfart at tillitsforholdet og samarbeidet mellom fastlege og pasient ble svekket som følge av melding til myndighetene om at helsekrav for førerkort ikke var oppfylt på grunn av skadelig alkoholbruk. Dette kunne utløse sterke følelser over lang tid, og i verste fall varig tillitsbrudd. Arbeidet for å gjenvinne førerretten gjennom dokumentasjon av avholdenhet kunne også være langvarig og krevende. «Harald» opplevde det slik:

*«[Førrige fastlege sendte] melding til Statsforvalteren på grunn av tidvis skadelig alkoholbruk. Det ble et så stort tillitsbrudd mellom pasient og fastlege at pasienten ikke kunne fortsette der. Hos meg var det alle disse PETH-prøvene i mange år for å få tilbake førerkortet [varig]. Hver gang pasienten kom, måtte vi snakke ganske lenge om det som hadde skjedd med førrige fastlege og hvor vanskelig dette var.»*

### **Den vanskelige forskriften**

Flere av fastlegene opplevde lovverket som vanskelig tilgjengelig og lite presist. De var usikre på hvilke sider og konsekvenser av alkoholforbruket legen egentlig skulle vurdere: Var det den umiddelbare ruseffekten, eller de mer langsiktige konsekvensene for pasientens helse? «Trond» sa:

*«Skal vi vurdere sannsynligheten for at vedkommende skal kjøre når hun har drukket alkohol? Eller tenke på den generelle helsen når hun drikker så og så mye alkohol? Hvis det bare er den generelle helsesvekkelsen, burde vi hatt noen tester som vi har for eldre med kognitiv svikt, slik at det ble standardisert.»*

Særlig vurderingen av helsesvekkelse knyttet til alkoholbruk var det flere av legene som fant utfordrende. Flere opplevde at Helsedirektoratets førerkortveileder var lite konkret og ga utilstrekkelig veiledning for vurderingen av helsekravet. Flere etterlyste tydeligere og mer håndfaste kriterier for førerkortvurdering, slik det kom til uttrykk i en av meningsutvekslingene:

*«Gry»: «Når du har tatt leverprøver, kan disse brukes som en indikator på at han drikker så mye at det får helsepåvirkning?»*

*«Leif»: «Kjører ikke med leveren.»*

*«Gry»: «Nei det gjør du ikke, men hvilke parametere skal du da bruke?»*

*«Trond»: «Med de eldre med åpenbar kognitiv svikt er det mye enklere. Det er liksom så tydelige tegn da. Og med andre medisiner er det klare grenser. Mens med alkohol er det sånn: Hva er grensen?»*

Flere opplevde at vurderingen av helsekrav i stor grad måtte baseres på den enkeltes kliniske skjønn. Selv om klinisk skjønn er integrert i fastlegearbeidet, ble anvendelsen av juridisk skjønn oppfattet som fremmed og utfordrende. I en diskusjon knyttet til tolkningen av forskriftens rammer for bruk av skjønn framstilte «Nora» det slik:

*«I starten, når den nye forskriften kom, fikk vi et inntrykk av at der var mer absolutte krav. Men så ble det korrigert, slik at det ble rom for større bruk av skjønn. Men det gjør jo dagen vår enda vanskeligere. Det blir et enda større ansvar for fastlegen: Du brukte skjønn, javel, men det var dårlig skjønn. Eller hvis pasienten finner ut at du bruker skjønn og tenker at legen kan velge om han tar førerkortet.»*

Flere ytret bekymring for personlige konsekvenser ved feilaktig tolkning av førerkortforskriften eller ved manglende melding til Statsforvalteren. Enkelte påpekte at et risikofylt eller helseskadelig høyt alkoholforbruk utløser pliktig førerkortvurdering. «Espen» sa:

*«Jeg føler jo at hvis jeg har tatt en PETH, og den er høy, og dette ligger i journalen, så må jeg agere. Hvis politiet kommer etter at det har vært en stygg ulykke, skal du ha dokumentert dette.»*

### **Fordeler ved lovverket?**

Til tross for flere utfordrende sider ved sakkyndighetsarbeidet knyttet til alkoholbruk i allmennpraksis, så flere deltakere også fordeler ved arbeidet. Blant annet påpekte en deltaker, «Espen», verdien av nettopp skjønn og nytten av å kjenne pasientens totale helsesituasjon i vurderingen av om helsekravene i førerkortforskriften var oppfylt:

*«Hvem er det som har innsikt i disse tingene? Skal det sitte en lege på trafikkstasjonen og ta obligatoriske blodprøver, undersøke klinisk og godkjenne? Det hadde jo fjernet hele problematikken fra oss, men det er ikke noe enkelt å svare på hvem som skal gjøre det utenom oss selv, for vi har jo mye innsikt.»*

Flere av legene så muligheter for terapeutisk gevinst i endringsarbeid knyttet til pasientens alkoholbruk. Et midlertidig kjøreforbud med begrunnelse i førerkortforskriften kan fungere motiverende, både som gulrot, gjennom muligheten til å beholde eller gjenvinne førerkortet, og som ris bak speilet, i form av meldeplikt til Statsforvalter og påfølgende kontrolltiltak. Espen beskrev dette mulighetsrommet slik:

*«Det første halvåret kan man gi et muntlig kjøreforbud og dokumentere dette i journal. Og dette kan man jo bruke som et lett press for å komme seg ut av alkoholbruken. Hvis bruken endrer seg, kan forbudet bortfalle. (...) Jeg tror at vi må bruke muntlig [kjøre]forbud godt, og at man belyser alle konsekvenser og motiverer pasienten.»*

---

## **Diskusjon**

I denne studien, hvor datamaterialet var diskusjoner og refleksjoner blant fastleger som deltok i et klinisk emnekurs om alkoholvaner og helse i allmennpraksis, kom det frem at rollen som sakkyndig, og dermed meldepliktig instans, kan oppleves som utfordrende. Vi tror mange vil kunne kjenne seg igjen i følgende problemstilling: Pasienten kommer til legekontoret med helseplager, legen får en mistanke om at alkohol kan være del av problemet, men det komplekse og uoversiktlige landskapet som åpner seg dersom man tar opp temaet, gjør at legen kvier seg for å snakke om alkohol med pasienten.

Selv om alkoholens skadeeffekter er godt kjent, forplikter en samtale om alkohol legen til også å vurdere juridiske aspekter – deriblant om pasienten kan fortsette å kjøre bil.

Førerkortforskriftens bestemmelser om alkohol er omfattende, men lite konkrete når det gjelder vurdering av om helsekravet er oppfylt. Selv fastleger som bidrar i et forskningsprosjekt om alkoholrelaterte helseproblemer, og som man derfor kan anta er opptatt av fag og kvalitetsutvikling, synes forskriften er vanskelig å bruke (27). Ifølge forskriften er ikke alkoholavhengighet, høyt

forbruk eller skadelig bruk automatisk diskvalifiserende for førerretten, alkoholbruken må også kunne «føre til forstyrrelser i atferd og gi helsesvekkelse med økt trafikksikkerhetsrisiko» (28). Helsedirektoratets anbefalinger legger derfor opp til bruk av skjønn. Det kan medvirke til at fastleger, som ofte skal vurdere dette alene og ikke i et faglig fellesskap, unnviker samtaler om alkohol for å unngå komplekse og tidkrevende vurderinger.

Fastlegens dobbeltrolle som helsehjelper og pasientens advokat på den ene siden og sakkyndig eller varsler for myndighetene på den andre, kan være utfordrende og medføre tillitsbrudd og vansker med videre samarbeid (11). Andre sammenhenger der legens vurdering kan utløse inngripende tiltak i pasientens liv, er erklæringer til Nav og varsler til barnevernet. Det har vært foreslått å overlate førerkortvurderingene til en trafikkstasjonslege (29), slik at fastlegen kan ha fokus på alliansen med pasienten. Samtidig har fastlegen trolig bedre forutsetninger for helhetlig vurdering av helsetilstanden og om helsekravet til førerrett er oppfylt. Det er derfor av betydning å vurdere i hvilken grad fastlegens dobbeltrolle kan være til hinder for pasienten i å oppsøke lege eller å snakke om eget alkoholforbruk.

Våre funn er i tråd med tidligere studier som har vist at leger kan velge å ikke ta PEth-prøven av frykt for å måtte vurdere om helsekravet for førerkort er oppfylt, også dersom prøven var klinisk indisert (23, 30). Vi vil understreke at PEth-prøve er et nyttig verktøy både klinisk og i oppfølgingen *etter* at det er avklart at helsekravet ikke er oppfylt, men at testen ikke gir entydig svar på om helsekravet er oppfylt (21, 31).

Funnene belyser også den terapeutiske muligheten som ligger i skjønnsom bruk av førerkortforskriftens bestemmelser. Dersom det er usikkert om lovverkets krav er oppfylt, kan legen diskutere dette med pasienten og legge til rette for gode endringsprosesser. Det er ingen meldeplikt i tvilstilfeller, men legen bør drøfte åpent med pasienten om at alkoholbruken medfører usikkerhet om førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt, og gi midlertidig kjøreforbud til dette er avklart. Tvilstilfeller er uansett en indikasjon på et alkoholforbruk som kan være skadelig på sikt, og det er et godt utgangspunkt for videre endringsarbeid uavhengig av konklusjonen på om helsekrav til førerkortet er oppfylt. Våre funn underbygger behovet for mer standardiserte verktøy i vurdering av trafikksikkerhetsrisiko knyttet til alkoholbruk.

Skadelig bruk av alkohol og alkoholavhengighet er ikke uvanlig (1), men få søker hjelp (32). I en svensk studie fant man like god effekt av behandling for lav til moderat alkoholavhengighet hos allmennlege som hos spesialist (33). Vi har nylig publisert en artikkel om gjennomføringen av vårt emnekurs for fastleger og hvordan det bidro til normalisering av alkoholsamtaler for legene som deltok (34).

Datamaterialet i denne studien var lydopptak av gruppediskusjoner mellom fastleger som deltok på klinisk emnekurs. Utvalget kan derfor være skjevt ved at deltakerne hadde en særlig interesse for rusmedisin, var opptatt av fagutvikling, eller opplevde problemstillingen som krevende og ønsket mer kompetanse på feltet (27). Fokusgruppeintervjuer med intervjuguide og

moderering er en alternativ tilnærming som kunne ha vært benyttet. Samtidig bidro trolig deltakernes kjennskap til hverandre til et trygt diskusjonsklima og en åpen og fri meningsutveksling om temaet.

Om dagens førerkortforskrift med veileder til helsekrav bidrar til bedre helsehjelp og tryggere trafikk, eller om den i større grad fungerer som en barriere for å søke hjelp og dermed kan ha motsatt effekt, er uavklart.

---

*Artikkelen er fagfellevurdert.*

---

## LITTERATUR

1. Bye EK, Rossow IM. Alkohol i Norge. Alkoholbruk i den voksne befolkningen. FHI 2023.  
<https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?term=#referanser> Lest 10.6.2024.
2. Høiland K. Har alkoholforskningen glemt gleden ved å drikke? Nytt norsk tidsskrift 2025; 42: 172–81.
3. Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol* 2006; 7: 149–56. [PubMed][CrossRef]
4. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME et al. Association of Habitual Alcohol Intake With Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e223849. [PubMed][CrossRef]
5. Bajaj JS. Alcohol, liver disease and the gut microbiota. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2019; 16: 235–46. [PubMed][CrossRef]
6. Rehm J, Hasan OSM, Black SE et al. Alcohol use and dementia: a systematic scoping review. *Alzheimers Res Ther* 2019; 11: 1. [PubMed][CrossRef]
7. Munukutla S, Pan G, Deshpande M et al. Alcohol Toxicity in Diabetes and Its Complications: A Double Trouble? *Alcohol Clin Exp Res* 2016; 40: 686–97. [PubMed][CrossRef]
8. Kowalenko T, Burgess B, Szpunar SM et al. Alcohol and trauma—in every age group. *Am J Emerg Med* 2013; 31: 705–9. [PubMed][CrossRef]
9. Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS et al. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 1068–80. [PubMed][CrossRef]
10. Helsedirektoratet. Førerkortveileder.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveileder> Lest 19.3.2026.
11. Wahl A. Oppskrift på fiendskap. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0756. [CrossRef]

12. Oftedal C. Frustrerte leger mener de gjør politiets jobb. NRK 13.12.2018. <https://www.nrk.no/rogaland/na-kan-fastlegen-ta-lappen-fra-personer-med-alkoholproblemer-1.14314802> Lest 19.3.2026.
13. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 2: CD004148. [PubMed][CrossRef]
14. Lid TG, Karlsson N, Thomas K et al. Addressing Patients' Alcohol Consumption-A Population-Based Survey of Patient Experiences. *Int J Public Health* 2021; 66: 1604298. [PubMed][CrossRef]
15. Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol* 2011; 46: 52–60. [PubMed][CrossRef]
16. Potthoff S, O'Donnell AJ, Karlsen AT et al. Pragmatic approaches for addressing alcohol in general practice: Development of a tailored implementation intervention. *Front Health Serv* 2022; 2: 940383. [PubMed][CrossRef]
17. Tjelta T, Bogstrand ST, Lerdal A et al. Screening and Following Up Harmful Alcohol Use "... is Not Necessarily Your Primary Focus": A Qualitative Study Exploring Health Professionals' Experiences Addressing Harmful Alcohol Use in a Norwegian Hospital. *J Multidiscip Healthc* 2024; 17: 5189–98. [PubMed][CrossRef]
18. Sirum-Eikre M. Frykter for førerkortet. Derfor tier de om alkohol. NRK 28.4.2021. <https://www.nrk.no/norge/frykter-for-forerkortet.-derfor-tier-de-om-alkohol.-1.15473416> Lest 19.3.2026.
19. Høiland K, Arnevik EKA, Egeland J. Alcohol use disorder and fitness to drive: Discrepancies between health professionals' evaluations and objective measures of alcohol use and cognitive functioning. *Nordisk Alkohol Nark* 2024; 41: 426–38. [PubMed][CrossRef]
20. Jang RW, Man-Son-Hing M, Molnar FJ et al. Family physicians' attitudes and practices regarding assessments of medical fitness to drive in older persons. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 531–43. [PubMed][CrossRef]
21. Årving A, Bogstrand ST, Høiseth G. Hva ulike fosfatidyletanolnivåer sier om alkoholkonsumet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0330. [PubMed][CrossRef]
22. Høiseth G, Vindenes V, Hilberg T et al. Høyt nivå av ferritin og HDL-kolesterol er assosiert med høyt alkoholforbruk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0431. [PubMed][CrossRef]
23. Steensland Å, Kastbom L, Johnson B et al. Challenges in managing driving licence legislation when using B-Phosphatidylethanol to identify high levels of alcohol use in primary care patients: A qualitative study. *Int J Drug Policy* 2026; 148: 105130. [PubMed][CrossRef]

24. Lid TG, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 64–9. [PubMed][CrossRef]
25. Hetteima J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 91–111. [PubMed][CrossRef]
26. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]
27. Dahrouge S, Armstrong CD, Hogg W et al. High-performing physicians are more likely to participate in a research study: findings from a quality improvement study. *BMC Med Res Methodol* 2019; 19: 171. [PubMed][CrossRef]
28. Samferdselsdepartementet. Forskrift om førerkort m.m. (førerkortforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298> Lest 19.3.2026.
29. Braekhus A, Wyller TB, Engedal K. Legers syn på helsevurdering for førerkort. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1343–6. [PubMed][CrossRef]
30. Steensland Å, Segernäs A, Larsson M et al. B-phosphatidylethanol testing to identify hazardous alcohol use in primary health care—a game changer and a challenge for general practitioners: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2025; 43: 463–75. [PubMed][CrossRef]
31. Helander A, Hansson T. The alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth) - test performance and experiences from routine analysis and external quality assessment. *Scand J Clin Lab Invest* 2023; 83: 424–31. [PubMed][CrossRef]
32. Finn SW, Mejldal A, Nielsen AS. Perceived barriers to seeking treatment for alcohol use disorders among the general Danish population - a cross sectional study on the role of severity of alcohol use and gender. *Arch Public Health* 2023; 81: 65. [PubMed][CrossRef]
33. Wallhed Finn S, Hammarberg A, Andreasson S. Treatment for Alcohol Dependence in Primary Care Compared to Outpatient Specialist Treatment-A Randomized Controlled Trial. *Alcohol Alcohol* 2018; 53: 376–85. [PubMed][CrossRef]
34. Potthoff S, Brendryen H, Bosnic H et al. Implementing pragmatic case finding to address alcohol use in general practice: a mixed methods feasibility study. *Scand J Prim Health Care* 2026; 44: 2598835. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 28. april 2026. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0214

Mottatt 26.3.2025, første revisjon innsendt 10.10.2025, godkjent 19.3.2026.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no) 7. juli 2026.