

# Risikable alkoholvaner – i virkeligheden ingen effekt af systematisk opsporing og intervention

## LEDER

Anders Beich

Ugeskr Læger  
2014;176:V66553

Hansen *et al* sætter i deres statusartikel [1] i dette nummer af Ugeskrift for Læger fokus på generaliserbarheden af den evidens, der i ca. 30 år har været fremført som begrundelse for systematisk opsporing og kort rådgivning af ikkeafhængige personer med risikable alkoholvaner. I en våd dansk kultur ses de fleste alkoholskadevirkninger blandt ikkeafhængige storforbrugere af alkohol. Også i sundhedsvæsenet fylder disse skadevirkninger betydeligt, og en systematisk indsats kunne synes fristende.

Der er gennem årene gennemført mange randomiserede kliniske forsøg. De fleste er drivhusforsøg med selekterede individer og med høj intern validitet. Studier ude i marken med høj ekstern validitet er der langt færre af. Typisk sammenlignes en screening for risikable alkoholvaner efterfulgt af en standardiseret, kort rådgivning med screening alene. Det diskuteres ofte, hvor mange minutter der skal til, før det virker. Især almen praksis har lagt kontekst til sammenligninger af disse praksisfremmede alternativer.

Effekten aftager desværre, jo tættere studierne kommer på dagligdagen [2]. Pragmatiske studier fra almen praksis tyder endda på, at der er en negativ effekt af screening og kort intervention [3], når man sammenligner med screening alene.

Statusartiklens konklusion, at »en bred anbefaling om national implementering af kort rådgivning i almen praksis og i kommunale sundhedssammenhænge er præmatur«, er en meget venlig kritik af Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Der er andre begrænsninger i evidensens gyldighed, f.eks. har selvrapporterede små ændringer i forbrug af alkohol (i ikkeblindede studier) ukritisk været brugt som surrogatmål for en positiv effekt af kort intervention. Det er svært at få objektive mål for reduceret alkoholforbrug. Hvis man skeler til kort intervention på rygeområdet, hvor selvrapporteret rygestop kan valideres, er selvrapporteret rygestop forurennet med op til 35% *wishful thinking* [4]. Effekten af en kort intervention på rygeområdet er nul, hvis man kun accepterer objektivt verificeret rygestop som effektmål.

At screening og en standardiseret kort samtale skulle reducere alkoholforbruget, strider da også mod klinisk intuition og erfaring. Den erfarne kliniker ved, at alkoholvaner især er bestemt af socialt-kulturelle forhold og individuelle psykologiske faktorer. Den erfarne kliniker ved også, at brug af rusmidler skal med

i dialogen på en fagligt begrundet og personcentreret måde, hvis man vil hjælpe patienten til at tage ansvar. Hvis fokus er på forbrugsgrænser, risiko og standardråd, opdyrkes modstand og forsvar, og samtalen bliver kontraproduktiv [5].

Klinisk forebyggelse handler om at koble kloget – snarere end at sende klart. Anledningerne til kloge koblinger mellem anamnese, klinik, paraklinik og alkohol er utallige. Et svagt, men *dirty drug*, der indtages i store doser (12 g pr. genstand) påvirker stort set alle organsystemer, og det giver legitime grunde til at tage emnet op, f.eks.: »I mange tilfælde påvirker selv et begrænset alkoholforbrug blodtrykket (/vægten/blødningsmønstre/fordøjelsen/humøret/potensen/hukommelsen/saltbalancen/overskuddet ... osv.) i negativ retning?« – pause.

Anledningerne til på en personcentreret måde at inddrage alkohols mulige betydning for patientens problemer og sundhed er flere, end man kan nå at udnytte, hvis man altså er sporet ind på det.

I stedet for at holde fast i en ikkekompatibel forebyggelsesstrategi og tale om barrierer for implementering, må vi forske i klinisk relevante og konstruktive måder til at bringe alkoholvaner på bane i sundhedsvæsenet og træning af nødvendige samtalemæssige færdigheder. Det er aldrig for sent at blive klogere, hverken i styrelser eller i klinisk praksis.

Samfundets indretning og lovgivning betyder dog allermest for vores alkoholkultur og skadesprofilen. Hvis politikerne turde, kunne vi forsøge os med begrænsninger i vores tilsyneladende grundlovssikrede ret til at købe og drikke alkohol og beruse os, hvor som helst og når som helst. Men det er der åbenbart ikke stemmer i.

## LITTERATUR

1. Hansen ABG, Nielsen AS, Becker U. Utilstrækkelig viden om effekten af kort intervention mod alkohol i sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger 2014;176:V03140141.
2. Saitz R. The best evidence for alcohol screening and brief intervention in primary care supports efficacy, at best, not effectiveness: You say tomãto, I say tomãto? Addict Sci Clin Pract 2014;9:14.
3. Hilbink M, Voerman G, van Beurden I et al. A randomized controlled trial of a tailored primary care program to reverse excessive alcohol consumption. J Am Board Fam Med 2012;25:712-22.
4. Stead LF, Buitrago D, Preciado N et al. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD000165.
5. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ 2002;325:870-2.

## KORRESPONDANCE:

Anders Beich,  
Grøndalsvænge Alle 60,  
2400 København NV.  
E-mail: anders@beich.dk  
**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk