

Kort rådgivning i det primære sundhedsvæsen af patienter med et stort alkoholforbrug – vil det virke?

En gennemgang af et Cochrane-review

Læge Anders Beich

Københavns Universitet, Center for Sundhed og Samfund,
Forskningsenheden for Almen Praksis

Måden vi omgås alkohol på, påvirker folkesundheden negativt. Det handler ikke kun om de tilstande, der kan karakteriseres med ICD-10-diagnoserne alkoholafhængighed og skadelig brug af alkohol. Jævnt højt forbrug eller drikkemønstre med mange enkelt dage med højt forbrug medfører hos mange mennesker psykosociale eller kropslige skadevirkninger af både akut og kronisk karakter. Disse drikkemønstre kan desuden have negativ indvirkning på flere medicinske tilstande og lidelser lige fra hypertension til depression, de kan forringe prognosen for kirurgiske indgreb og interfererer ofte negativt med medicinske behandlinger.

Det er derfor relevant, at sundhedsvæsenet er gearret til at rådgive om og motivere i forhold til hele spektret af alkoholproblemer fra den forslåede teenager på skadestuen over patienten, der kommer med uforklarlige symptomer i almen praksis, til den kronisk medtagne alkoholafhængige patient på medicinsk afdeling.

Effekten af kortvarige interventioner (dvs. en eller nogle få kortere (5-20 minutter) samtaler med en sundhedsperson) over for ikkeafhængige patienter i det primære sundhedsvæ-

sen er allerede undersøgt i flere kontrollerede undersøgelser og metaanalyser. Deltagere, der var randomiseret til intervention, har i de fleste undersøgelser gennem de seneste 25 år typisk haft et lavere selvrapporeret gennemsnitsforbrug ved opfølgningen end de tilsvarende kontrolpersoner. Interventionen består typisk af kortlægning, vurdering, information og konkrete råd, alt sammen forsøgt formidlet empatisk og under betoning af det personlige ansvar for egen adfærd.

Hvis disse resultater er eksternt valide, altså kan siges at være udtryk for *effectiveness* (det vil virke) snarere end *efficacy* (det kan virke) [1], skulle sundhedsvæsenet kunne bidrage til folkesundheden, hvis man fik sundhedspersonalet til i højere grad at inkludere sig på denne type interventioner, som altså hverken tager lang tid, er dyre eller kræver de store terapeutiske færdigheder.

I Cochrane-analysen [2] sætter man sig specifikt for at undersøge, i hvilken grad de enkelte studier, der indgår i effektanalysen, kan karakteriseres som *effectiveness*-studier, altså er klinisk repræsentative og kan informere personalet i daglig klinisk praksis.

Hovedresultater

Metaanalysens hovedresultat (21 randomiserede undersøgelser, 7.286 patienter med en gennemsnitsalder på 42 år, 76% mænd) er, at kort intervention i gennemsnit får deltagerne til at rapportere om en reduktion i det ugentlige forbrug med 41

VIDENSKAB OG PRAKSIS | EVIDENSBASERET MEDICIN

g ren alkohol (ca. tre en halv genstande) (95% konfidensinterval (KI): -57 til -25) med betydelig heterogenitet blandt de inkluderede undersøgelser. Kønsforskelle belyses ved en analyse af otte undersøgelser med 2.307 deltagere. Mændene havde reduceret forbruget med 57 g alkohol (knap fem danske genstande) om ugen (95% KI: -89 til -25), mens kvindernes reduktion på mindre end en genstand ikke var signifikant (95% KI: -48 til 29 g pr. uge). I metaanalysen blev der ikke fundet signifikante forskelle i udfald mellem resultaterne i de undersøgelser, man fandt mest eksternt valide (mindst præget af forskningsomstændigheder), og de resultater, man fandt mindre eksternt valide (mere præget af forskningsomstændigheder).

Analysens styrker og svagheder

Analysen har de styrker, der følger af at have gode afprøvede metoder til metaanalyse ved hånden i Cochrane-regi. Den formelle litteratursøgning og dataudtrækningen fremstår som grundigt gennemført. Analyserne er gennemført med metoder, der tager hensyn til den betydelige heterogenitet mellem studierne resultater, og fremstår som solide. Ingen analyser er dog bedre end de data, de bygger på. Analysen har en række alvorlige svagheder i forhold til dens muligheder for at informere daglig praksis. Her skal nævnes de fem vigtigste problemer: 1) Der er betydelig heterogenitet i forsøgsgruppernes startforbrug (17-54 genstande i gennemsnit pr. uge, dvs. fra det lettere risikable til det svært skadelige og sandsynligvis noget afhængige forbrug). Gevinsten ved at reducere forbruget fra f.eks. 54 til 49 genstande om ugen kan næppe sammenlignes med gevinsten ved at gå fra 17 til 12 genstande om ugen. 2) Det hører til analysens formål at undersøge, i hvilket omfang de inkluderede studier kan kaldes *effectiveness*-studier (og altså kan informere almen praksis). Det gør man ved at undersøge, om henvendelsesårsagerne, rådgiveren og praksisbeskaffenheden repræsenterer daglig praksis, og om der gives urealistisk meget hjælp, støtte og supervision undervejs i de kliniske forsøg. Man undlod at undersøge, hvor repræsentative de inkluderede personer faktisk var rent kvantitativt, altså i forhold til hvor mange der blev fundet at have et excessivt alkoholforbrug ved indgangen til den enkelte undersøgelse. Det burde have været afklaret, fordi kort intervention stort set altid rekommanderes og implementeres sammen med systematisk screening [3]. Når man på engelsk taler om *brief alcohol intervention*, mener man både screening og kort intervention, og undersøgelserne, der indgår i analysen, betjener sig da også af screening af store grupper til rekruttering af forsøgspersonerne. Et eksempel på en ofte citeret undersøgelse, som vejer tungt i analysen, er *Fleming et al* [4], der screenede 17.695 patienter og fandt 2.925 (17%) med risikabelt alkoholforbrug, af disse blev 774 (ca. en fjerdedel) inkluderet og randomiseret i undersøgelsen, dvs. at 2.151 med risikabelt forbrug altså ikke kom med [5]. Der er ikke gjort rede for, hvorfor så mange blev ekskluderet eller faldt fra i undersøgelsen. Det er sandsynligt, at de mest interesserede/parate/motiverede er blevet rando-

miseret til hhv. rådgivning eller ingen rådgivning. I så fald gælder resultaterne jo ikke for det flertal, som måske ikke vil eller kan ændre på deres alkoholvaner. 3) I beregningen af de gennemsnitlige effekter er der ikke taget hensyn til de fund, der er gjort i forbindelse med analysen af kvaliteten (den interne validitet) af de enkelte studier. Sådan er det oftest i metaanalyser, men det betyder jo paradoksalt nok, at undersøgelser af dårlig kvalitet kan komme til at veje tungt, og det er ofte i de store undersøgelser med mange personer, at man gør mindst ud af intern validitet. 4) I analysen har man ikke interesseret sig for kvaliteten og kvalitetssikringen af de data (selvrapporteret alkoholindtag), som giver grundlag for de forskelle, der findes på interventions- og kontrolgrupper. Selvrapporteret alkoholindtag er påvirkeligt af situationelle og kontekstuelle faktorer, og den manglende blinding af informanterne giver mulighed for betydelig bias, men det diskuteres ikke i rapporten. Man kunne have lavet en sensitivitetanalyse ved alene at se på effekten i studier, der havde andre mere objektive data end de selvrapporterede, i forhold til de studier, der ikke havde sådanne data. 5) Endelig kan det svække analysens troværdighed, at den er gennemført af en række forskere, som anfører, at de ikke har nogen interessekonflikter, men som kan have det. Man kan altid diskutere, hvad interessekonflikter egentlig bør medinddrage, men flere af forfatterne heriblandt førsteforfatteren *Kaner* har i mange år været involveret i og har skrevet om implementering af disse interventionsteknologier [6], hvorfor det ville være mærkeligt, hvis ikke det påvirkede, hvilke spørgsmål man ønsker svar på og de grundlæggende valg undervejs i processen med denne metaanalyse af effekten. Ved flere tidligere lejligheder er fire af forfatterne, også førsteforfatteren, blevet præsenteret for resultaterne af en dansk undersøgelse af effekten af kort intervention [7], som ikke var publiceret endnu, da de afsluttede deres litteratursøgning. De anfører at have gjort forespørgsler om ikkepublicerede studier i deres litteratursøgning, men altså ikke i Danmark.

Kliniske og videnskabelige perspektiver

Analysens forfattere konkluderer, at kort intervention i det primære sundhedsvæsen resulterer i signifikant reduktion i gennemsnitsforbruget for mænd, men ikke for kvinder. De konkluderer også, at de tilgængelige undersøgelser er tilstrækkelige til at informere praksis, når det gælder mænd, men ikke kvinder, unge og kulturelle minoriteter. Der foreslås fremtidig forskning i virkningen af screening alene og implementeringsforskning.

Man kan altid diskutere, hvor meget evidens der er nødvendig, for at man kan komme med anbefalinger. Denne metaanalyse fortæller os, at nogle af de mænd, der kommer i det primære sundhedsvæsen og har risikable eller skadelige alkoholvaner, faktisk vil kunne bruge en korterevarende rådgivning til at sænke forbruget. Hvor stor en andel og hvordan vi skal finde dem, giver denne analyse ikke noget svar på.

Abstract

Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations

Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B

Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 2 (Status: New). Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3. This version first published online: 18 April 2007 in Issue 2, 2007.

Date of Most Recent Substantive Amendment: 15 February 2007.

This record should be cited as: Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.*

Background

Many trials reported that brief interventions are effective in reducing excessive drinking. However, some trials have been criticised for being clinically unrepresentative and unable to inform clinical practice.

Objectives

To assess the effectiveness of brief intervention, delivered in general practice or based primary care, to reduce alcohol consumption.

Search strategy

We searched the Cochrane Drug and Alcohol Group specialised register (February 2006), MEDLINE (1966 to February 2006), EMBASE (1980 to February 2006), CINAHL (1982 to February 2006), PsycINFO (1840 to February 2006), Science Citation Index (1970 to February 2006), Social Science Citation Index (1970 to February 2006), Alcohol and Alcohol Problems Science Database (1972 to 2003), reference lists of articles.

Selection criteria

Randomised controlled trials, patients presenting to primary care not specifically for alcohol treatment; brief intervention of up to four sessions.

Data collection and analysis

Two authors independently abstracted data and assessed trial quality. Random effects meta-analyses, sub-group, sensitivity analyses, and meta-regression were conducted.

Main results

The meta-analysis included 21 RCTs (7286 participants), showing that participants receiving brief intervention reduced their alcohol consumption compared to the control group (mean difference: -41 grams/week, 95% CI: -57 to -25), although there was substantial heterogeneity between trials ($I^2 = 52\%$). Sub-group analysis (eight studies, 2307 participants) confirmed the benefit of brief intervention in men (mean difference: -57 grams/week, 95% CI: -89 to -25, $I^2 = 56\%$), but not in women (mean difference: -10 grams/week, 95% CI: -48 to 29, $I^2 = 45\%$). Meta-regression showed a non-significant trend of an increased reduction in alcohol consumption of 1.1, 95% CI: -0.05 to 2.2 grams/week, $p = 0.06$, for each extra minute of treatment exposure, but no relationship between the reduction in alcohol consumption and the efficacy score of the trial. Extended intervention when compared with brief intervention was associated with a non-significantly greater reduction in alcohol consumption (mean difference = -28, 95% CI: -62 to 6 grams/week, $I^2 = 0\%$).

Authors' conclusions

Brief interventions consistently produced reductions in alcohol consumption. When data were available by gender, the effect was clear in men at one year of follow-up, but unproven in women. Longer duration of counselling probably has little additional effect. The lack of differences in outcomes between efficacy and effectiveness trials suggests that the current literature had clear relevance to routine primary care. Future trials should focus on women and on delineating the most effective components of interventions.

Man kan heller ikke sige noget om, hvorvidt systematisk screening for/opsporing af excessivt drikkende mænd er en frugtbar vej til en rådgivning med positivt udfald. Kontrolomstændighederne i de inkluderede studier er typisk screening alene, og før randomisering er hovedparten af de screeningspositive personer ekskluderet eller faldet fra.

Når det gælder danske forhold, findes der en pragmatisk, randomiseret undersøgelse af effekten af praktiserende lægers korte intervention over for patienter, der har excessive

alkoholvaner og er opsporet ved screening [7]. Når man implementerer screeningsbaseret kort intervention i almen lægepraksis og inkluderer stort set alle, der screenes positive, således som anbefalingerne lyder, kan man ved 12-måneders-opfølgning ikke påvise nogen effekt på gennemsnitsforbruget. Det stiger faktisk lidt i både interventions- og kontrolgruppen, mens der er en tendens til positiv interventionseffekt for mænd og signifikant negativ effekt for kvinder, når det gælder frekvensen af intensive drikkedage (sekundært effektmål). Fra

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

de deltagende læger ved vi, at alkoholstorforbrugerne, der blev fundet ved screeningen, i stort antal havde forsvarsmekanismer i brug under konsultationen, og at interventionerne blev overraskende vanskelige at gennemføre for lægerne [8].

Når det gælder forebyggelse i sundhedsvæsenet, er mantraet i tiden systematisering både i forhold til opsporing af risiko (dårlig kost, rygning, alkoholforbrug og manglende motion) og rådgivningens karakter. Der satses politisk på at øge kvantiteten af forebyggende initiativer af denne type. Desværre er det ikke så simpelt, som det lyder. Der er ikke dokumentation for, at det er mængden af rådgivning, der er problemet, og hvis patienterne i højere grad skal lytte til personalets råd, kræver det som minimum, at personalet har rådgiverfærdighederne i orden. Det kan vel næppe forsvares at screene for sygdomme eller risikotilstande, som vi ikke har nogen effektiv rådgivning eller behandling for [9].

Korrespondance: *Anders Beich*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet, DK-1014 København K.
E-mail: ab@gpract.ku.dk

Antaget: 25. november 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Flay BR. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Prev Med* 1986;15:451-74.
2. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007: Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
3. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking – A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2001:1-29.
4. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers – a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997;277:1039-45.
5. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;327:536-40.
6. Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR et al. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49:699-703.
7. Beich A, Gannik D, Saelan H et al. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice. *Alcohol Alcohol* 2007;42:593-603.
8. 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;325:870-3.
9. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization, 1968.