

RÅDGIVNING I ALMEN PRAKSIS OM ALKOHOL, KOST, MOTION, RYGNING

En litteraturgennemgang

2005



Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning

En litteraturgennemgang

Thorkil Thorsen og Rikke Dalsted

Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning. En litteraturgennemgang

Udarbejdet af: Kultursociolog, fil.dr. Thorkil Thorsen og BA cur., stud. scient.soc. Rikke Dalsted, SYNTHESE

Udgiver:
Viden- og dokumentationsenheden
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: dokumentation, forebyggelse, livsstil, rådgivning, almen praksis

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: december 2005

Elektronisk ISBN: 87-7676-247-5

Format: pdf

Denne rapport citeres således:
Thorsen, T; Dalsted, R
Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning. En litteraturgennemgang
København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005

Rapporten har gennemgået en ekstern peer review proces.

Rapporten indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse bliver løbende publiceret på Metodekataloget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside <http://www.sst.dk/metodekataloget>

Forord

I de senere år er der kommet fokus på forebyggelse af kroniske sygdomme. Flere og flere danskere lever med kronisk sygdom som type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, iskæmisk hjertesygdom og muskel- og skeletsygdomme. Mange af de kroniske sygdomme kan forebygges med en sund livsstil, og for de mennesker der er blevet syge kan en sund livsstil i mange tilfælde være med til at forebygge yderligere udvikling af sygdommene.

Den alment praktiserende læge er i løbet af et år i kontakt med ca. 80% af sine voksne patienter. Det giver lægen god mulighed for at tale livsstilsændringer med sine patienter. Livsstilsrådgivningen kan både være led i en primær forebyggelse (fx rådgivning om rygestop hos en i øvrigt rask person) og led i behandlingen af de patienter, der allerede har en livsstilsrelateret sygdom. Gennem livsstilsrådgivning kan den praktiserende læge medvirke til, at patienterne får viden om livsstilens betydning for helbredet og bliver motiveret til at ændre adfærd i en sundere retning.

Men hvilken rolle kan almen praksis spille i forebyggelse af livsstilsrelateret sygdom ved at rådgive patienterne om kost, motion, tobak og alkohol? Og kan en samtale med lægen være med til at motivere folk til at leve sundere? Det er nogle af de spørgsmål forfatterne til denne rapport søger svar på ved at samle og undersøge systematisk opsamlede erfaringer om effekten af livsstilsrådgivning i almen praksis.

Formålet med rapporten er at give overblik over den aktuelle viden om livsstilsrådgivning i almen praksis og bidrage til overvejelser om, hvilken rolle almen praksis fremover kan spille i forebyggelsen af de kroniske livsstilssygdomme. Rapporten viser desværre, at der er sparsom viden at tilbyde som grundlag for beslutninger om at fremme livsstilsrådgivning som en rutineaktivitet i dansk almen praksis. Rapporten påpeger derfor behovet for udviklingsarbejde, hvor man på forsøgsbasis afprøver, evaluerer og justerer forskellige metoder og modeller.

Rapporten er en af i alt fire rapporter fra Viden- og dokumentationsenheden, der beskriver forskellige aspekter af egenomsorg. Den første rapport beskrev egenomsorg som begreb i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. De øvrige rapporter beskriver effekten af metoder, der ofte bruges til at fremme egenomsorg. Foruden denne rapport om rådgivning i almen praksis er der udgivet en rapport om patientundervisning og om hjemmet som arena for forebyggelse. Rapporterne er publiceret elektronisk i Metodekataloget (www.sst.dk/metodekataloget).

Egenomsorgsprojektet er en del af Sundhedsstyrelsens Folkesygdomsprojekt.

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	6
1.1	Metode	6
1.1.1	Inklusionskriterier	7
1.1.2	Eksklusionskriterier	7
1.2	Læsevejledning	8
2	Alkohol	9
2.1	Originalstudier	9
2.2	Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler	11
2.3	Sammenfatning og diskussion	13
3	Kost	15
3.1	Originalartikler	15
3.2	Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler	16
3.3	Sammenfatning og diskussion	17
4	Motion	19
4.1	Originalartikler	19
4.2	Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler	20
4.3	Sammenfatning og diskussion	22
5	Rygning	24
5.1	Originalartikler	24
5.2	Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler	26
5.3	Sammenfatning og diskussion	28
6	Sammenfatning	29
6.1	Litteraturgennemgangen	29
6.2	Resultaterne	29
6.3	Dokumentationsgrundlaget	29
6.4	Betydningen af anledningen til rådgivningen	30
6.5	Meta-analyserne og de systematiske oversigtsartikler	30
6.6	Konklusion	30
7	Diskussion	31
7.1	Fejlslutninger	31
7.2	Lægernes perspektiv	31
7.3	Patientperspektivet	33
7.4	Hvad er rådgivning?	34
7.5	Mangelfuld dokumentation og behov for udviklingsarbejde	35
	Bilagsmateriale	36
	Bilag A: Søgeprofil	36
	Bilag B: Alkohol	37
	Bilag C: Kost	43
	Bilag D: Motion	46
	Bilag E: Rygning	48
	Referencer	53

1 Indledning

Befolkningens livsstil påkalder sig i disse år bevågenhed hos administratorer, politikere og praktikere på sundhedsområdet. Livsstilen ses som bidragende årsag til udviklingen i nogle af de store folkesygdomme. Der tales om, at en målrettet indsats over for befolkningens rygevaner, alkoholforbrug, kost og motionsvaner kan forebygge og begrænse udviklingen i disse sygdomme.¹

Den alment praktiserende læge betragtes i den forbindelse som en mulig central aktør i arbejdet med livsstilsændringer i befolkningen. Bl.a. fordi lægen i løbet af et år har kontakt med ca. 80% af sine voksne patienter, og fordi der dermed skulle være gode muligheder for at tale om livsstil, både som led i en primær forebyggelse (fx rådgivning om rygeafvænning hos en i øvrigt rask person), eller som led i behandlingen af patienter, der allerede har en livsstilsrelateret sygdom. Det forventes, at den praktiserende læge kan medvirke til, at patienterne får viden om livsstilens betydning for helbredet og bliver motiveret til at ændre adfærd i en sundere retning.

Sådan er forventningerne. Men *kan* almen praksis rent faktisk spille en rolle i forebyggelse af livsstilsrelaterede problemer ved at rådgive patienterne om kost, motion, alkohol og rygning? Kan den alment praktiserende læge påvirke folks spise- og motionsvaner, rygning og alkoholforbrug ved blot at gennemføre en »livsstilssamtale«?

Denne litteraturgennemgang kigger på, hvad der er af systematisk opsamlede erfaringer om effekten af en sådan rådgivning. Formålet er at skabe grundlag for overvejelser om, hvilken rolle livsstilsrådgivning eventuelt skal spille i almen praksis fremover.

Opdragsgiverne² til dette arbejde brugte oprindeligt begrebet »livsstilssamtale« for den aktivitet, hvor lægen søger at påvirke patientens adfærd på de fire klassiske livsstilsområder. Nedenfor bruger vi imidlertid i stedet begreberne »livsstilsrådgivning«, kostrådgivning, alkoholrådgivning, motionsrådgivning, rygestoprådgivning o. lign. I alle tilfælde drejer rådgivningen sig om, at få patienten til at ændre adfærd hen i retning af at spise sundere, at drikke mindre, at motionere mere, at holde op med at ryge.

Man kan skelne mellem 5 hovedtyper af *anledninger* til lægens livsstilsrådgivning:

- *Henvendelsesårsagsrelateret rådgivning* tager sit udgangspunkt i, at patienten kommer med et problem, hvor en af de 4 livsstilsfaktorer kan være en medvirkende, bagvedliggende årsag, og hvor behandling af problemet eller forebyggelse af en forværring tilgodeses ved at patienten omlægger sin livsstil (fx: ændrer kostvaner, motionerer mere, holder op med at ryge, reducerer sit alkoholforbrug)
- *Screeningsbaseret rådgivning* er kendetegnet ved, at patienter, som kommer til den praktiserende læge, ved hjælp af et spørgeskema eller direkte måling screenes for risikofaktorer (fx: rygning, fedme, alkoholforbrug, forhøjet blodtryk), hvorefter dem med positivt screeningsresultat rådgives/opfordres til livsstilsændring
- *Invitationsbaseret rådgivning*: Lægen/lægehuset inviterer (evt. på projekt- eller kampagnebasis) patienterne til at komme og få rådgivning og hjælp til at kvitte smøgerne, tabe sig, komme i bedre fysisk form osv.
- *Patientefterspurgt rådgivning*: Patienten henvender sig til lægen med henblik på at få rådgivning og hjælp til at ændre sine livsstilsvaner
- *Rådgivning uden anledning* er kendetegnet ved, at råd og anbefalinger fremføres uden anden anledning, end at patienten blot er i konsultationen. Lægen benytter situationen til fx at spørge til patientens rygevaner og anbefale, at tobakken lægges på hylden. Lægen kan tilbyde sin rådgivning og hjælp til en sådan ændringsproces.

1.1 Metode

Der er gennemført litteratursøgning i en række databaser og udvalgte tidsskrifter med henblik på at finde artikler, monografier m.v. om effekten af livsstilsrådgivning i almen praksis. Bilag A er en oversigt over søgesteder og søgeprofiler.

¹ »Livsstil« bruges altså her snævert om konsumtionsadfærd (alkohol, kost, tobak) og den fysiske aktivitet, som ligger uden for det daglige rutinearbejde. Der er således ikke tale om en mere omfattende kultursociologisk tilgang, hvor livsstil kunne betragtes bredere som adfærd, der er styret af og styrende for et individs sociale identitet og position.

² Viden- og dokumentationsenheden i Sundhedsstyrelsen.

Litteraturgennemgangen bygger på de originalartikler, som lever op til de nedenfor beskrevne inklusions- og eksklusionskriterier. Det er dog aftalt med opdragsgiveren, at også sekundærlitteratur (systematiske oversigtsartikler, reviews, meta-analyser) indgår i den samlede beskrivelse.³

1.1.1 Inklusionskriterier

Setting: Almen praksis

Undersøgellesdesign: Randomiseret kontrolleret undersøgelse (RCT), kontrolleret undersøgelse (CT), eller interrupted time-series analysis (ITS).

Intervention: Advice eller rådgivning, defineret som verbale tilkendegivelser fra lægen/sygeplejersken/aktøren (evt. suppleret af skriftligt materiale) med anbefaling af

- a) rygeophør eller reduktion af rygning,
 - b) mindre eller ændret (mindre skadeligt) alkoholforbrug eller totalafholdenhed,
 - c) motion,
 - eller
 - d) sundere kostvaner
- uanset om anbefalingen er fremsat med eller uden informationer om risici ved den nuværende adfærd.

Individuel rådgivning (ikke gruppe-).

Interventionens længde skal være kortvarig (den enkelte konsultation varer minutter, ikke timer). Gerne opfølgende konsultationer.

Aktør: Rådgiveren skal være en person, der arbejder i lægens praksis (ikke en person, som ad hoc hentes ind udefra).

Follow-up: ≥ 6 mdr.

Effektmål:

- patientens adfærd: rygning, alkoholforbrug, motion, kostvaner
ELLER
- objektive mål: fx »levertal« (GGT – gammaglutamyltransferase; CDT – carbohydrat deficient transferrin), vægt, blodtryk, blodsukker, kolesteroltal, sygelighed, dødelighed.

Kontrolgruppe: ingen rådgivning/vanlig behandling ELLER sammenligning af minimal intervention (rådgivning af max. 20 minutters varighed – evt. inkl. en pjece – plus mulighed for én opfølgende konsultation) med udvidet intervention inden for rutinepraksis (længere varighed end 20 minutter, brug af andet supplerende materiale end en pjece, eller mere end én opfølgende konsultation).

I tilfælde af blandede forsøgsgrupper skal effekten i almen praksis-populationen kunne adskilles fra andre populationer.

1.1.2 Eksklusionskriterier

- Interventionen foretaget i specialklinikker
- Interventioner gennemført i almen praksis med ad hoc tilknyttet specialpersonale, som ikke ellers arbejder der (fx sundhedsrådgiver)
- Interventioner integrerede med tilbud uden for praksis (fx diætisthenvisning, fysioterapi, vægtvogngrupper)
- Interventioner udelukkende med udlevering af skriftligt materiale (altså uden mundtlig rådgivning)
- Studier udelukkende med intentionseffektmål (fx parathed til rygeophør).

Nogle af de identificerede studier har ligget på kanten af disse kriterier. I sådanne tvivlstilfælde er studierne medtaget.

³ En del af de originalartikler, som indgår i vores litteraturgennemgang, vil også indgå i de systematiske oversigtsartikler. Men disse oversigtsartikler har arbejdet med andre inklusionskriterier og andre vinkler på materialet end os, hvorfor der ikke er et totalt sammenfald.

Det er aftalt med opdragsgiveren, at litteraturgennemgangen ikke skal være nogen meta-analyse, og at den skal diskutere og perspektivere de overordnede resultater i relation bl.a. til patientperspektivet og til de barrierer, der kan være i almen praksis mod gennemførelse af livsstilsrådgivning.

1.2 Læsevejledning

Den følgende gennemgang er opdelt i en række kapitler, som ser nærmere på rådgivningsforsøg under de 4 områder alkohol, kost, motion, rygning (i nævnte rækkefølge). Hvert af disse kapitler er opdelt i en opsummerende gennemgang af de fundne originalstudier (som alle gennemgås i tabeller i bilagene B-E) og af meta-analyser og systematiske reviews på området samt et opsummerende og diskuterende afsnit.

I tabelmaterialet i bilagssektionen findes foruden bibliografiske data oplysninger om rekruttering af populationen til forsøgene, forsøgets design med visse oplysninger om kvalitet, effekt-parametre, follow-up perioder og rater samt resultater m.m. En »effekt« er kun medtaget som effekt, og en »forskel« mellem interventionsgruppe og kontrolgruppe er kun beskrevet som en forskel, såfremt der er tale om statistisk signifikans. Ikke-signifikante forskelle beskrives ikke.

I tabellerne er også beskrevet design og givet et par kvalitetsangivelser. Bl.a. omtales *blinding*, som her refererer til, at de, der skal måle effekt og vurdere resultaterne, ikke er vidende om forsøgspersonernes identitet (om de har deltaget i interventionsgruppen eller i kontrolgruppen). Blinding beskytter mod tendentielle vurderinger. Hvis der ikke er anført »blinding« i omtalen af et projekt, er dette et udtryk for, at dette ikke er foretaget eller ikke beskrevet i artiklen.

I tabellerne er også angivet, om der er gennemført ITT-analyse (*intention to treat*). Denne analysemetode inkluderer alle patienter i de grupper, de oprindeligt blev randomiseret til, uden hensyntagen til om de rent faktisk opfyldte inklusions- og eksklusionskriterier, om de efterfølgende afveg fra den stipulerede behandling eller helt trak sig ud af forsøget. Hvis dette analysegrundlag ikke er brugt, er den målte interventionseffekt antagelig større end den faktiske, idet bortfaldet – dvs. dem som er droppet ud af forsøget undervejs, eller dem som ikke har ønsket at deltage i et follow-up interview e.l. – kan antages i højere grad end de andre *ikke* at leve op til forsøgets målsætninger.

Der henvises yderligere til *efficacy* og *effectiveness*. I langt de fleste af de inkluderede studier er der tale om *efficacy*-studier, hvor formålet er at vise, om den givne intervention *kan* virke. Disse forsøg er foretaget under gunstige betingelser, fx udvælgelse af motiverede læger, selekterede patientpopulationer, screening foretaget af udefrakommende forskere, deltagende læger og personale har fået særlig opmærksomhed, fx i form af en projektrelateret undervisning af op til dages varighed, og lægerne er evt. blevet honoreret for at deltage. En intervention i et sådant regi kan give mere positive resultater end under 'normale omstændigheder' (*effectiveness*-studier), dvs. i rutinepraksis uden selektion af patienter til projektet, uden en særlig bevågenhed fra andre, med tidspres osv.

Litteraturgennemgangen afsluttes med et opsamlende kapitel og et diskuterende kapitel, hvor der også slås nogle temaer an, som foreslås nøje overvejet som supplement til den kvantitative effekt-vurdering.

2 Alkohol

2.1 Originalstudier

18 udenlandske originalstudier lever op til vores in- og eksklusionskriterier. I bilag B er disse studier beskrevet. De beskæftiger sig med »brief intervention« eller »brief advice« eller med lignende overskrifter for aktiviteter, som sigter mod at påvirke patienterne til at drikke mindre (gerne holde helt op).

Rekruttering. I 17 af studierne rekrutteredes forsøgsparticipanterne gennem screening ved hjælp af interviews eller spørgeskemaer (AUDIT, CAGE eller mere generelle helbreds spørgeskemaer) og efterfølgende invitation af identificerede alkoholstørforbrugere. I et enkelt studie screenedes primært ved hjælp af MCV (middelcellevolumen – et »levertal«). I ingen af studierne blev rådgivningen givet som led i behandling af den problemstilling, patienten henvendte sig med, og i ingen af studierne skete rådgivningen på patientens egen foranledning.

Interventionernes format. Interventionerne varierede i omfang mellem projekterne, fx fra 5 minutters rådgivning om reduktion af alkoholforbrug i et par projekter, over henholdsvis én 10 minutters konsultation (med eller uden tilbud om opfølgende konsultationer) til 5 konsultationer à 5-25 minutters varighed i andre projekter.

Selve indholdet i interventionerne/rådgivningen er forskelligt på tværs af forsøgene, selv om der findes ligheder. I de allerfleste interventioner gav lægen feedback på screeningsresultater og blodprøver og anbefalede en sænkning af forbruget til under genstandsgrænserne, gav information om risici ved størforbrug og fordele ved at drikke mindre. I nogle interventioner forhandlede desuden en plan for, hvordan patienten skulle/ville forsøge at reducere forbruget.

I 17 af de 18 studier skulle der udleveres skriftligt materiale til interventionsgruppen.

Vores viden om det konkrete indhold i rådgivningerne er mangelfuld. For det første er beskrivelsen i artiklerne af selve rådgivningen ikke i alle tilfælde særligt informativ. Og for det andet er det ikke altid tilfældet, at lægen afleverer sine budskaber og sin rådgivning på den bestemte måde, som protokollen tilsiger. Et eksempel: I et af projekterne (1), som er grundprojektet for flere af analyserne (TrEAT-projektet), modtog 22% af de patienter, som var randomiseret til interventionsgruppen, ingen alkoholrådgivning.

I 7 af forsøgene interventionsgruppen sammenlignet med en ren kontrolgruppe, hvor deltagerne fik »usual care« og kun modtog alkoholrådgivning, hvis der på grundlag af henvendelsesårsag var indikation herfor. I 7 andre studier fik kontrolgruppen udleveret en pjece om sundhed og ellers vanlig behandling, mens der i de resterende 4 forsøg arbejdedes med en minimal intervention til kontrolgruppen.

Aktører. I 9 af projekterne stod egen læge og praksissygeplejerske for rådgivningen, i 1 forsøg praksissygeplejersken + en praktiserende læge (muligvis egen læge), 6 forsøg havde alene egen læge som rådgiver, 2 projekter havde praksissygeplejersker som rådgivere.

Længste **follow-up**-tid var 6 måneder i 2 projekter, 9 måneder i 1 projekt, 12 måneder i 9 projekter, og 18, 36 og 48 måneder i henholdsvis 1, 2 og 3 projekter.

Effekt-parametre. Effekten af interventionen/rådgivningen blev typisk målt på deltagernes selvrapporterede alkoholforbrug (alle 18 studier). Det selvrapporterede alkoholforbrug suppleredes i 7 af studierne med oplysninger fra familiemedlemmer eller bekendte. Andre (primære el. sekundære) effekt-parametre var levertal/biomarkører (8 studier), selvoplevet helbred (6), brug af ydelser i sundhedsvæsenet (4), ulykker (4), kriminalitet (2), alkoholproblemer (1), psykosociale problemer (1).

Effekt. Af de 18 studier kunne 10 (hvoraf 5 er substudier af det samme moderprojekt, Project TrEAT) dokumentere positiv effekt i form af statistisk signifikant større forbrugsnedgang målt som genstande pr. uge i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, færre *binge drinkers* (dvs. personer, der drikker store mængder på en gang) osv. De langvarige follow-ups i Project TrEAT viste, at den effekt, som opnåedes ved 6 måneder, holdt sig over de næste 3-3½ år.

Kun 1 af de 8 studier med biomarkører viste en positiv effekt af interventionen på disse.

Der var ingen effekt på brug af sundhedsvæsenet i 3 af de 4 studier, som målte dette. I det fjerde havde interventionsgruppen færre hospitalssengedage og/eller skadestuebesøg end kontrolgruppen i follow-up perioden.

Der sås ikke tydelige ensartede effekter på selvvalderet helbred. I et af projekterne var selvvalderet psykisk helbred signifikant dårligst i interventionsgruppen efter 36 måneder.

Den overordnede konklusion kan således være den, at »kort intervention«/»alkoholrådgivning« *kan* påvirke patienternes drikkevaner i ønsket retning, ligesom der *kan* være en vis effekt på brug af sundhedsvæsenet. Vi snakker her om, at effekten er statistisk signifikant. Men effektstørrelsen varierer, og det kan være på sin plads at vurdere den kliniske relevans af de målte effekter på alkoholforbruget. Nedenfor angives eksempler på effektstørrelse fra nogle af de gennemgåede studier:

Wallace et al. 1988 (2): Mændene i interventionsgruppen havde i gennemsnit sænket deres ugentlige alkoholforbrug (omregnet til danske genstande à 12 gram 100% alkohol) fra 41,5 genstande ved baseline til 29,3 genstande ved 12 måneder. I kontrolgruppen sænkedes det gennemsnitlige forbrug tilsvarende fra 42,5 til 37,1. Faldet i interventionsgruppen var altså 6,7 genstande/uge større end i kontrolgruppen. Tilsvarende havde kvinderne i interventionsgruppen gennemsnitligt sænket deres forbrug fra 23,4 til 15,7 genstande, og kvinderne i kontrolgruppen fra 24,5 til 20,3 – altså en gennemsnitlig gevinst på 3,5 genstande færre pr. uge i interventionsgruppen. Efter 12 måneder drak 40% af deltagerne (begge køn) i interventionsgruppen stadig over genstandsgrænserne, mod 73% i kontrolgruppen.

Anderson & Scott 1992 (3): 14 af interventionsgruppens 55 mænd, som drak over genstandsgrænserne ved baseline, drak efter 1 år under grænserne. I kontrolgruppen havde kun 4 af 45 sænket forbruget tilsvarende.

I Fleming's studie (1) var forskellen i effekt (ændringer i gennemsnitligt forbrug pr. uge) mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen –3,5 genstande ved 12 måneder; i Ockene's studie (4) –2,4 genstande efter ½ år; og hos Manwell (5) –1,7 genstande ved 4 års follow-up. (Resultaterne omregnet til danske genstande (12 gram alkohol)).

Selekterede populationer. Ved vurderingen af resultaterne og deres generaliserbarhed er det værd at mærke sig, at forsøgene har beskæftiget sig med stærkt selekterede patientmaterialer. Der var store frafald undervejs: Ikke alle adspurgte ville besvare screeningsspørgsmålene; ikke alle positivt screenede ville indgå i forsøget; ikke alle positivt screenede viste sig alligevel at være egnede til interventionen og blev derfor ekskluderet fra forsøget; ikke alle, som inkluderedes i selve forsøget, gennemgik hele projektførløbet; ikke alle som havde deltaget var efterfølgende med i efter-målingen (follow-up).

Et eksempel (1): 20.339 patienter blev bedt om at udfylde et screeningsspørgeskema i venteværelset om deres alkoholforbrug. Heraf undlod 13% (2644) at besvare skemaet. 2925 patienter screenedes positivt som storforbrugere, men 16,2% (475) ønskede umiddelbart ikke at indgå i forsøget. Af de øvrige ville 573 alligevel ikke deltage i et livsstilsinterview; 164 kunne projektet ikke få kontakt med. Af dem som lod sig interviewe passede 853 alligevel ikke ind i forsøget, og nogle som passede ind afslog alligevel videre deltagelse i projektet. Af de i alt 774, som herefter blev randomiseret til intervention eller kontrol, deltog 723 i efter-målingen 12 måneder senere (23 nægtede at deltage, 16 kunne ikke genfindes, 1 var i fængsel, og 1 var død). Alt i alt var der 4846 personer, som faldt fra undervejs, primært fordi de ikke ville deltage, fordi de ikke passede til forsøget, eller fordi de ikke kunne genfindes.

Forsøgspopulationerne var også selekterede på en anden måde, nemlig gennem inklusions- og eksklusionskriterier. Inklusionskriterierne var gennemgående bestemte minimumsværdier på de anvendte screeningsskalaer (fx AUDIT el. CAGE), som skulle sikre, at man havde med alkoholstorforbrug (*hazardous* eller *harmful drinking*) at gøre. Fx var et forbrug over nationale genstandsgrænser et hyppigt inklusionskriterium. På den anden side kunne ikke alle storforbrugere komme i betragtning. Typiske grunde til at udelukke personer fra forsøgene var: tidligere rådgivet om at sænke alkoholforbruget; alkoholfafhængighed; co-morbiditet (oftest psykisk sygdom); graviditet; et forbrug over visse grænser (fx over 50 genstande pr. uge).

I flere af forsøgene blev nogle af forsøgspersonerne rekrutteret via breve med screeningsspørgeskemaer og invitationer sendt til dem med posten, eller de blev efter screening i venteværelset efterfølgende kontaktet telefonisk med opfordring til at komme til alkoholrådgivning. Det siger næsten sig selv, at personer, som er så interesserede i deres eget helbred, at de gerne møder op hos en læge uden at fejle noget akut, gerne

gennemgår en test, og gerne svarer på spørgsmål om levevis m.m., må antages at være mere modtagelige og responsive til alkoholrådgivning, end personer som ikke ønskede at møde op til livsstilsinterview, generel sundhedsundersøgelse, alkoholrådgivning o.l.

En sådan selektionsproces komplicerer overførbare af resultaterne til almen praksis-populationer generelt.

Der er andre væsentlige forskelle mellem forsøgene og almindelig rutinepraksis: I nogle af studierne er screeningen og den efterfølgende, mere detaljerede kortlægning af drikkevanerne m.v. hos de patienter, som screenedes positive, foretaget af forskningsassistenter. En sådan kortlægningssamtale kan være tidskrævende (20-45 minutter) og vil derfor være svær at passe ind i en daglig rutinepraksis. Og i et par af studierne overlod lægen en del af selve rådgivningsarbejdet til en projekt-tilknyttet sundhedsvejleder. Desuden er deltagende praksis i nogle af forsøgene blevet honoreret for deres deltagelse, ligesom patienterne i disse forsøg også har fået et økonomisk incitament for at deltage til og med follow-up. Dette gjaldt i alle TrEAT-studierne.

Og endelig er de deltagende praksis og læger ikke nødvendigvis repræsentative for deres kollegaer: I et par af de engelske studier var praksis blevet udvalgt til forsøget på grundlag af deres interesse for alkoholforskning. I et spansk projekt fuldførte kun 22,5% af de oprindeligt rekrutterede læger projektet.

Kvaliteten i design og gennemførelse af forsøgene er svingende. I bilagstabellerne er der kort gjort rede for design, hvoraf de fleste er randomiserede kontrollerede forsøg. I flere tilfælde har man randomiseret på praksisniveau eller lægeniveau. Dette har den fordel, at man begrænser afsmittning mellem interventions- og kontrolgruppe, dvs. undgår, at konsultationerne i kontrolgruppen kommer til at ligne dem i interventionsgruppen. Ikke alle forsøg, som har randomiseret på læge- eller praksisniveau, har tilsyneladende efterfølgende gennemført analyserne i henhold til god skik for *cluster randomized trials*.

5 af de 18 studier har ikke angivet *blinding*. I et af disse studier uden blinding gennemførtes follow-up interviews endda af de læger, som selv havde gennemført forsøget.

ITT-analyse er gennemført i 15 af de 18 studier. Når der er foretaget ITT-analyse i de her refererede forsøg, er det altså lagt til grund for effektmålingen, at *drop-outs* alkoholforbrug og GGT-værdier⁴ og andre effektparametre er uforandrede siden baseline-målingen ved forsøgets start.

2.2 Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler

Der foreligger oversigtsartikler, herunder meta-analyser, som beskæftiger sig med alkoholrådgivning (kort intervention over for alkoholstørforbrugere). Disse reviews er ikke alle af nyere dato, og nogle begrænser sig ikke til forsøg i almen praksis men inkluderer også andre *settings* i primærsektoren (fx skadestuer, ambulatorier) og sekundærsektoren. I det følgende refereres udvalgte hovedresultater af disse oversigter og meta-analyser.

Kahan et al. (1995) (6) gennemgår korte interventioner gennemført af læger over for *problem drinkers* (evt. i samarbejde med andre, fx sygeplejersker) i primærsektoren, i specialklinikker og på hospitaler. I alt indgår 11 randomiserede kliniske forsøg med tilsammen 4048 individer.

Resultaterne for mænds vedkommende (10 forsøg): Fem af undersøgelse viste signifikant større nedgang i alkoholforbruget i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Fem af de 8 undersøgelser, som målte GGT før og efter interventionen viste et signifikant større fald i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, 3 viste ingen signifikant forskel, og i en af undersøgelse var der en stigning i interventionsgruppens GGT-niveau. Forsøgene med vurderet højeste validitetsscore viste den største effekt.

Resultaterne for kvindernes vedkommende (4 forsøg): Ét forsøg viste signifikant fald i interventionsgruppens GGT-niveau og alkoholforbrug sammenlignet med kontrolgruppens.

Undersøgelse gav ikke nogen overbevisende evidens for interventionens effekt på sygelighed.

Forfatterne konkluderer, at forsøgene støtter brug af kort intervention gennemført af læger over for patienter med alkoholproblemer. Det anføres dog, at man ikke ved, hvilke komponenter i kort intervention, der er

4 GGT-værdier er »levertal«.

mest effektive; og det er uklart, hvilke patienttyper, der har størst gavn af kort intervention. Der efterlyses også viden om, hvilke strategier der bedst får læger til at bruge kort intervention.

Wilk et al. 1997 (7) har i deres meta-analyse 12 randomiserede kliniske forsøg med tilsammen 3948 storforbrugere (*heavy or problem drinkers*), hvor der indgår en 'ren' kontrol-gruppe, hvor der indgår mere end 30 patienter i samplet, og hvor den korte intervention er en form for motiverende samtale med et selv-hjælps islæt. 5 af forsøgene omhandler interventioner uden for almen praksis.

Effektparameter i meta-analysen var gennemsnitligt alkoholforbrug. 8 af forsøgene muliggjorde en overordnet analyse af denne parameter. 3 af disse viste ingen (signifikant) effekt af interventionen, mens de øvrige 5 gjorde. En *pooled* oddsratio for de 8 forsøg viste, at storforbrugere, som modtog kort intervention, havde næsten dobbelt så stor sandsynlighed for at nedsætte deres forbrug som storforbrugere i kontrolgruppen. Oddsratio-beregninger viste også en større – men ikke signifikant større – sandsynlighed for forbrugsreduktion blandt kvinder end blandt mænd, og blandt hospitalspatienter end blandt patienter i primærsektoren. Der var ikke stor forskel på oddsratio mellem forsøg af høj kvalitet og lav kvalitet.

Forfatterne konkluderer, at storforbrugere, som modtager kort intervention, har næsten to gange større sandsynlighed for at nedsætte deres forbrug end storforbrugere, som ikke får en sådan intervention.

Poikolainen 1999 (8) skelner i modsætning til de forannævnte oversigtsartikler mellem meget korte interventioner (5-20 minutters varighed) og 'udvidede' korte interventioner (dvs. med flere konsultationer). Inklusionskriterier er sampling fra befolkningen eller fra patienter i almen praksis; randomisering til interventions- eller kontrolgruppe; ingen intervention i kontrolgruppen; alkoholforbrug eller GGT som effektparameter; gennemsnit, antal og standardafvigelse rapporteret for effektparametrene ved follow-up; og follow-up på 6-12 måneder. Der indgår i alt 7 studier i analysen.

Interventionseffekten på alkoholforbruget måles som differencen mellem interventionsgruppens og kontrolgruppens ugentlige forbrug ved follow-up. (Begrundelsen for at se bort fra baseline-målingen inden interventionens start er, at alkoholforbruget i de fleste undersøgelser også falder i kontrolgruppen fra baseline til follow-up, og Poikolainen ser dette som en naturlig bevægelse henimod et langtidsgennemsnit (*regression toward the mean*). Denne beregningsmetode er en af årsagerne til, at der i denne meta-analyse opnås et andet resultat end i Wilk et al.'s (ovenfor). En anden årsag er, at Poikolainen vurderer det umiddelbare, overordnede resultat i lyset af graden af ensartethed mellem resultaterne i de enkelte studier.

I den samlede analyse af de udvidede, korte interventioner fandtes et signifikant fald i kvindernes ugentlige forbrug; den estimerede totaleffekt var et mindre forbrug på 51 gram alkohol pr. uge, svarende til godt 4 genstande. En tilsvarende signifikant effekt fandtes hos mændene, men her var der ikke en statistisk ensartethed mellem studierne, sådan som det var tilfældet for kvindernes vedkommende.

Ved de meget korte interventioner var der en ensartethed på tværs af studier for både mænd og kvinder, men det målte fald i ugentligt gennemsnitsforbrug var ikke signifikant. Slår man mænd og kvinder sammen under ét, ses et signifikant fald i både de korte og de udvidede interventioner, men da der ikke er nogen statistisk homogenitet, er et *samplet* estimat ikke meningsfuldt.

Der var et signifikant fald i GGT-niveau i det overordnede estimat, men også her var der en invaliderende mangel på ensartethed i de studier, som ligger til grund for estimatet.

Forfatteren konkluderer, at med hensyn til mænd særskilt og begge køn kombineret, så udelukker manglen på statistisk homogenitet enhver generel påstand om korte interventioners effektivitet på alkoholforbrug i populationer fra den primære sundhedstjeneste. Dette ses primært som et udtryk for, at der er store forskelle mellem de interventionsprojekter, som indgår i denne analyse.

Bertholet et al. 2005 (9) havde som formål at vurdere evidensen for effekt i korte interventioner, som sigter mod at reducere alkoholforbrug og alkohol-relaterede skader hos patienter, som kommer i almen praksis (*primary health care*) uden det formål at søge hjælp for deres eventuelle alkoholproblemer. Inklusionskriterierne var: Randomiserede kontrollerede forsøg med mindst én effekt-parameter for ændringer i alkoholforbrug; deltagerne skulle findes blandt patienter, som var i klinikken (dvs. at patienter ikke måtte være rekrutteret til forsøget via invitation til patientlister eller via screening uden for praksis); interventionen skulle være afleveret ansigt til ansigt i den første konsultation og defineret som »brief intervention« eller »motivational interven-

tion« eller indholdet skulle være beskrevet som brug af feedback eller rådgivning om forbrugsreduktion. Der var ingen restriktioner på gentagne konsultationer.

8 af de 17 inkluderede studier viste statistisk signifikant effekt af interventionen på alkoholforbrugets størrelse, mens 2 tilsvarende dokumenterede effekt på antal drikkedage pr. måned eller mængde pr. drikkeepisode. I selve meta-analysen indgik 12 forsøg med follow-up ved 6 eller 12 mdr. og *intention-to-treat*-analyse. Den poolede, signifikante effektstørrelse var –38 gram alkohol/uge, hvilket altså vil sige, at deltagerne i interventionsgrupperne samlet set i gennemsnit sænkede deres ugentlige forbrug med godt 3 genstande mere end kontrolgruppen.

Forfatterne konkluderer, at det ser ud til, at korte alkoholinterventioner, som varer 5-15 minutter, som ledsages af skriftligt materiale, og hvor der er mulighed for en opfølgende konsultation – i sammenligning med ingen eller mindre end 5 minutters intervention – har potentialet til at reducere alkoholforbruget signifikant. Positive effekter ses allerede efter 6 mdr. og kan vare ved til i hvert fald 4 år.

2.3 Sammenfatning og diskussion

Hvad kan man så lære af ovenstående gennemgang? Med alle de forbehold, der bør tages på grundlag af ikke altid optimale evalueringsdesign, forsøgenes gennemførelse, stærkt selekterede patientmaterialer, analysen af resultaterne, og det forhold, at 8 af de 19 originalstudier ikke kunne dokumentere nogen statistisk signifikant effekt af rådgivningen, så står det dog tilbage at konstatere, at den korte intervention/alkoholrådgivningen *kan* påvirke deltageres alkoholforbrug i den tilsigtede retning. 11 af de 19 studier målte en effekt.

Spørgsmålet er så, hvornår den gør det. Skal visse forhold være opfyldt? Er der særlige elementer i rådgivningen, som er særligt virksomme? Kan man overføre hovedresultatet til dansk almen praksis?

Vi vil fremdrage følgende til videre overvejelse:

1. Vi kan ikke ud fra forsøgene udpege situationer eller elementer, som garanterer den tilsigtede effekt. Ret beset ved vi ikke meget om, hvad der rent faktisk »afleveredes« af samtale og råd i disse interventioner. Under de forskellige overskrifter kan hver enkelt intervention sandsynligvis have haft forskellige konkrete udtryk fra patient til patient eller fra læge til læge.

Der synes dog at være en tendens i det samlede materiale: Længere interventioner (eller interventionsforløb med flere konsultationer) har større sandsynlighed for effekt end kortere.

2. Alle de gennemgående originalstudier har brugt en eller anden form for screening inden interventionen, og deltagerne er blevet inviteret til at deltage. Der indgår med andre ord ingen studier, som afprøver henvendelsesårsagsrelateret rådgivning; og der er heller ikke studier, som undersøger alkoholrådgivning givet uden anledning, eller patientefterspurgt rådgivning.

Der er ikke nødvendigvis basis for at antage, at resultaterne og erfaringerne fra screeningsbaseret alkoholrådgivning kan overføres til disse andre rådgivningstyper.

3. Screeningselementet i screeningsbaseret rådgivning er arbejdskrævende; og der er langt fra screening til en succesfuld intervention. Beich et al. 2003 (10) fokuserer deres systematiske review og meta-analyse på effektiviteten af – og arbejdet med – screenings-elementet i de screeningsbaserede korte interventioner. Deres inklusionskriterier var, at forsøgene skulle fokusere på alkoholstorforbrug; skulle beskæftige sig med kort intervention (minutter, ikke timer) i almen praksis; være randomiserede kontrollerede forsøg med sammenligning af kort intervention med ingen eller mindre intervention; forsøgene skulle dokumentere en statistisk signifikant ændring i alkoholforbruget som interventionseffekt; og det skulle være angivet, hvor mange der blev screenet for at nå frem til forsøgs-samplet.

De 8 inkluderede forsøg screenede ved hjælp af generelle helbredsspørgeskemaer, AUDIT, eller CAGE ved udlevering i venteværelset, ved postsendte skemaer eller via telefonopringninger til patienterne. I alt screenedes på denne måde knap 135.000, hvoraf godt 12.000 (9%) screenedes positive. Efterfølgende kortlægningsinterview (med læge eller forskningsassistent) afslørede, at kun godt 3.300 faktisk var egnede til at indgå i projekterne og fik kort intervention – svarende til 2,5% af de oprindeligt screenede og til 28% af de positive

screenede. Interventionerne i de 8 projekter varierede fra én 10 minutters konsultation op til 5 konsultationer à 5-20 minutter. Sammenholdes effekten af interventionen i de 8 studier med screeningsaktiviteterne, ses det, at 2,6 pr. 1.000 screenede efter 12 måneder havde sænket deres forbrug fra over til under genstandsrænserne.

Forfatterne stiller på den baggrund spørgsmålstejn ved, om en universel screening for alkoholstorforbrug i almen praksis er en meningsfuld form for udvælgelse af patienter, som skal tilbydes rådgivning om deres alkoholvaner.

4. Alle inkluderede forsøg er gennemført uden for Danmark i lande med en anden alkoholkultur, med en anden struktur i sundhedsvæsenet, og måske med andre betydningsfulde traditioner for læge-patient forhold end dem, vi har herhjemme. Det kan derfor være på sin plads at overveje, om alkoholrådgivning/kort intervention kan implanteres i dansk almen praksis uden fare for afstødning.
5. Vi vil minde om, at de gennemgængede forsøg i langt de fleste tilfælde har været *efficacy*-studier, hvor formålet er at vise, om den givne intervention *kan* virke. Som eksempler på gunstige betingelser i disse forsøg kan nævnes: udvælgelse af motiverede læger; selekterede patientmaterialer; screening foretaget af forskere, ikke af læge eller personale; den efterfølgende konfirmerende kortlægningssamtale foretaget af forskere, ikke af læge eller personale; deltagende læger og personale har fået særlig opmærksomhed, fx i form af en projektrelateret undervisning af op til dages varighed; læger er blevet honoreret for at deltage; patienterne er blevet honoreret for at deltage fra start til slut.

Resultaterne fra disse studier kan ikke nødvendigvis generaliseres til at være gældende også under 'normale omstændigheder', dvs. i rutinepraksis uden selektion af patienter til projektet, uden en særlig bevågenhed fra andre, med tidspres osv.

3 Kost

3.1 Originalartikler

I alt 7 udenlandske forsøg om kostrådgivning levede op til vores inklusions- og eksklusionskriterier. Andre fundne forsøg blev fravalgt enten på grund af manglende beskrivelse af forsøgets indhold, follow-up periode på $< \frac{1}{2}$ år, eller fordi rådgivningen blev udført af fx diætister eller sundhedseksperter, der ikke til dagligt arbejder i den pågældende praksis. I bilag C er hver af de 7 studier beskrevet nærmere.

Rekruttering. I nogle af projekterne var patienterne inviterede til at deltage på baggrund af forudgående screening om kardiovaskulære risikofaktorer eller hypertension. Ét af projekterne inviterede patienter med kendt hypertension, type-II diabetes eller kardiovaskulær sygdom til deltagelse i et forebyggelsesprogram. Et andet gav kostrådgivning til patienter med nydiagnosticeret hypertension, før lægen eventuelt ville starte medicinsk behandling.

Nogle af studierne har på den måde typisk rekrutteret deltagere ud fra allerede kendte risikofaktorer eller sygdomme, og livsstilsrådgivningen/kostvejledningen kan således i disse tilfælde betragtes som et led i det kliniske arbejde med målrettet forebyggelse eller behandling. Deltagerne havde specifikke helbreds karakteristika, som kan påvirkes gennem kostsammensætningen. Kun én undersøgelse rekrutterede patienter uden risikofaktorer eller kardiovaskulær sygdom.

Interventionernes format er ikke i alle tilfælde fyldestgørende beskrevet. Men der tegner sig et billede af en stor variation på tværs af forsøgene. Følgende elementer indgår i nogle, og ikke i andre forsøg og i forskelligt omfang: Udlivering af skriftligt materiale, vejning af patienterne, blodprøvetagning, måling af blodtryk, mål af hofte og talje. I et af projekterne skulle patienterne føre kostdagbog.

Studierne varierer betydeligt med hensyn til, hvor længe rådgivningssamtalerne varede, og hvor mange gange læge og patient mødtes. Det *mindst* omfangsrige studie bestod af en rådgivning på 8-10 minutter (11), mens det *mest* omfangsrige projekt bestod af individuel rådgivning i praksis efterfulgt af månedlige telefonkonsultationer à 10-15 minutters varighed igennem et helt år i den ene interventionsgruppe og konsultationer hver måned i den anden interventionsgruppe (12). Imellem disse yderligheder fandtes interventioner med 1-3 konsultationer à 10 minutter (13).

Det er ikke muligt at udpege fælles, gennemgående træk i de anvendte interventioner. Der er i ingen af studierne gennemført sideløbende procesevaluering til beskrivelse af, i hvor høj grad interventionen har fulgt protokollen.

Aktører. Rådgivningen blev gennemført af læger (2 forsøg) og sygeplejersker (5 forsøg). Et af projekterne havde som et integreret element, at lægen kunne henvise til diætist, når patienten selv var parat til det.

Follow-up var i et enkelt studie (14) 17 år; ellers var længste follow-up 18 mdr. (1 studie), 12 mdr. (5) og 6 mdr. (1).

Effekt-parametre. Effekten af rådgivningen er i undersøgelserne målt som: ændring i blodtryk (5 studier), vægtændring (3), serum kolesterol (4), nedsat medicinering for hypertension (1), selvrapporterede spisevaner (6), talje-hofte mål (1 studie). I to af undersøgelserne angives effekten ligeledes som bevægelser i patientens »Stage of Change« (parathed til at ændre adfærd).

Når effekten måles via patientens egne angivelser (selvrapportering), er der fare for en overvurdering af effekten, idet patienten i visse tilfælde gerne vil angive det »rigtige«. Resultaterne for selvrapporterede spisevaner skal derfor læses med en vis forsigtighed.

Kosten indgår på forskellig vis i rådgivningerne og vægtes desuden ikke på samme måde i de respektive studier. I nogle af studierne er kosten det primære fokus og en afgørende variabel i effektiv vurderingen, mens kost i andre tilfælde ses som en del af en samlet, bredere rådgivning og udregning af risikofaktor.

Effekt. Undersøgelserne giver ikke noget entydigt – men snarere et broget – billede af effekten af kostrådgivning. En undersøgelse viser ingen effekt på serumkolesterol og BMI og selvrapporteret kost (12),

mens et andet studie finder signifikant forskelle på de selv samme parametre (11). 3 studier (14-16) finder dog sammenfaldende effekt af kostvejledning på serumkolesterol og vægt, men ikke på blodtryk. Ockene et al. (11) dokumenterer effekt på vægttab, men ikke på kolesterol.

Et par af studierne har flere follow-up målinger. Der ses her en tendens til, at positive resultater ved de korteste follow-up tider forsvinder ved senere målinger. 2 af studierne har ingen dokumenteret effekt overhovedet ved deres længste follow-up. Kun et enkelt studie omhandler langtidseffekten af kostvejledning: Den positive effekt på kardiovaskulære risikofaktorer, der målt umiddelbart efter interventionsperiodens afslutning (1 år), er ikke længere til stede ved hverken 5-års eller 17-års follow-up (17).

Som eksempler på opnåede effektstørrelser kan nævnes (effektstørrelse = gennemsnitsændringer i interventionsgruppen ÷ gennemsnitsændringer i kontrolgruppen):

- kolesterol: et fald på 0,20 mmol/l (15)
- LDL-kolesterol: et fald på 0,10 mmol/l (11)
- vægt: reduktion på 0,56 kg (15); 2,4 kg (16); 0,7 kg (13)
- mættede fedtsyrers andel af samlet energiindtag: et fald på 1,1 procentpoint (11).

Forsøgspopulationerne var præget af, at de havde objektive risikofaktorer eller sygdom. Alle på nær et enkelt forsøg (15) havde fokus på kostrådgivning i forbindelse med hypertension eller kardiovaskulære risikofaktorer (overvægt, diabetes, serumkolesterol, familiær disposition m.m.) eller sygdomme.

Inklusions- og eksklusionskriterierne afspejler snævre målgrupper. Særligt var der tale om, at patienterne skulle være i en særlig aldersgruppe eller have et blodtryk/serumkolesterol over en vis grænseværdi, men alligevel ikke for højt. Eksklusionskriterierne var fx: tidligere lipidsænkende medicinering, henvisning til diætist inden for det sidste år, sekundær hyperlipidæmi, alvorlig psykiatrisk sygdom, graviditet, terminal sygdom, eksisterende tilknytning til hjerteklinik.

Der var en del frafald undervejs i nogle af studierne. Fx ønskede kun 46% af de positivt screenede og inviterede patienter at deltage i et af forsøgene (16) og kun knap 36% i et andet (12). Bortfaldsrater mellem indgang i forsøget og sidste follow-up varierede mellem 65% og 0%.

Kvalitet i design og gennemførelse. Samtlige 7 studier var randomiserede forsøg, hvoraf det ene udformet som et faktorielt design med kombinationer af interventionselementer. I flere undersøgelser er der randomiseret på praksis- eller lægeniveau og måles effekt på individniveau. Men det angives ikke, om der er taget højde for dette design i analysen.

Der er foretaget ITT-analyse i 2 af de 7 studier, og kun et enkelt studie oplyser at have foretaget delvis blinding.

3.2 Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler

I vores litteratursøgning fandt vi ikke frem til systematiske reviews eller meta-analyser, der udelukkende omhandlede kostrådgivning. Vi fandt et par relevante, systematiske oversigtsartikler, hvor kostrådgivningen indgik blandt andre elementer såsom rygeophør og alkohol, og resultaterne herfra inddrages for at perspektivere de fundne originalartikler.

Inklusionskriterierne i disse reviews er ikke de samme som vores, hvorfor de studier, de har gennemgået, ikke er identiske med vores originalartikler.

Ashenden et al. 1997 (18) gennemgår i alt 37 undersøgelser og har som formål at se på, hvor effektiv livsstilsrådgivning er i almen praksis. Undersøgelser om rygning, alkohol, kost og motion er inkluderet. I alt 10 undersøgelser om kost blev inddraget i reviewet, men heraf var kun de 6 undersøgelser udelukkende om kostrådgivning, mens de resterende omhandlede livsstilsinterventioner i bredere betydning.

Inklusionskriterierne var, at undersøgelserne skulle være af rapporteret på engelsk og skulle have undersøgt effekten af livsstilsrådgivning i almen praksis. Desuden skulle populationen være randomiseret til interventions- og kontrolgrupperne.

Af de 6 inkluderede undersøgelser om kost var det i halvdelen af tilfældene lægen, der rådgav, mens det i den anden halvdel var enten sygeplejerske, diætist eller anden sundhedsekspert. I én af undersøgelserne var der udelukkende tale om skriftlig rådgivning. Effekten er meget blandet i de 6 undersøgelser, afhængigt af de forskellige effektparametre (blodtryk, fedt og fiberindtag, vægt m.fl.), og der sås ikke nogen gennemgående tendens med hensyn til virkninger. Kun 1 af de af 5 forsøg, der havde vægt som effekt-parameter, fandt en signifikant vægtreduktion. Halvdelen af forsøgene fandt effekt på lipid-niveauet. Ingen af de 5 studier, som målte blodtryk, fandt nogen effekt.

Forfatterne konkluderer, at fortolkningen af disse data er kompliceret af, at kostrådgivningen i nogle tilfælde blev givet som en del af en mere generel livsstilsrådgivning.

van Sluijs et al. 2004 (19) ser hovedsageligt på effekten af livsstilsintervention baseret på »Stages of Change« (SoC)⁵ med fokus på adfærd relateret til rygning, fysisk aktivitet og kost. Inklusionskriterierne er: At undersøgelserne skulle være randomiserede kontrollerede forsøg gennemført i primærsektor med fokus på at ændre adfærd i forhold til de nævnte tre områder, og at effekt blev målt i SoC og i adfærdsændring. I alt 29 undersøgelser var inkluderet, hvoraf 5 omhandlede kostrådgivning.

Alle interventioner om kost sigtede mod at nedsætte fedtmængden i kosten, og nogle af dem sigtede desuden mod at øge mængden af indtaget af frugt, grøntsager og fiber. Der var stor forskel på de benyttede metoder og intensitet i interventionerne, men de tegner – med forfatterens ord – et positivt billede af SoC-baserede interventioners effekt på kostindtagelsen, særligt hvad angår fedt (resultaterne var inkonsistente med hensyn til frugt og grøntsager).

Forfatterne konkluderer, at både minimale og mere intensive interventioner *kan* skabe positive resultater. Det understreges dog, at konklusioner baseret på et lille antal studier (som her) ikke er særligt solide, fordi ét ekstra høj-kvalitets-studie med negative resultater med det samme kan ændre de positive konklusioner.

3.3 Sammenfatning og diskussion

På baggrund af ovenstående gennemgang kan det siges, at kostrådgivning kan have effekt i form af ændringer i selvrapporteret kostindtag og ændringer i vægt, BMI og kolesterol. Virkningerne synes typisk at begrænse sig til det korte sigt (6 måneder). Der er ikke gennemgående effekter på tværs af studierne, og 2 af 7 inkluderede forsøg i originalartiklerne kunne ikke dokumentere effekt af kostrådgivningen.

Ved overvejelser om rækkevidden og overførbareheden af disse uegale resultater til (dansk) rutinepraksis vil vi pege på følgende forhold:

1. Forsøgspopulationerne i de gennemgåede originalstudier havde for de flestes vedkommende risikofaktorer og sygdom, som kan påvirkes gennem kostsammensætningen. Der er ikke ud fra disse studier belæg for konklusioner om, hvorvidt resultater af den type og størrelsesorden vil kunne »genskabes« i populationer uden disse helbreds-karakteristika.

Kun i ét af originalstudierne blev kostrådgivningen givet til raske og risikofaktor-frie personer (15). Alle 35-59 årige patienter, som kom i de udpegede interventionspraksis med forskellige problemer, og som ikke havde kendte årsager til sekundær hyperlipidæmi, som ikke havde alvorlige psykiske problemer, ikke var gravide, og ikke havde kontakt til klinik for hjertekarsyge, inviteredes til at modtage kostrådgivning. Efter 12 måneder var der kun opnået små effekter på kolesterol (0,20 mmol/l lavere i interventions- end i kontrolgruppen), i vægt (et fald på 0,56 kg), og i fedtindtagelse.

2. Samtlige originalstudier og undersøgelser i oversigtsartiklerne er ikke-danske og foregår derfor i lande med andre madkulturer end de danske. Foruden de anderledes spisevaner kan forholdet mellem lægen og patienten også være anderledes. Også af den grund kan det være svært at overføre erfaringerne fra litteraturgennemgangen til danske forhold.

⁵ At en rådgivning arbejder med Stages of Change betyder, at rådgiveren tager udgangspunkt i patientens aktuelle overvejelser om at ændre (livsstils)adfærd og tilpasser sin rådgivning til, om patienten er i førovervejelserfasen, overvejelserfasen, planlægningsfasen eller handlefasen. Man taler ofte om, hvor i *forandringscirklen* patienten befinder sig, idet det antages, at en persons overvejelser og beslutninger om adfærdsændringer gennemløber en række faste stadier før ændrede vaner er en realitet (20).

Der findes en undersøgelse fra Danmark foretaget i Københavns Amt om kostvejledning i almen praksis. Her har man sammenlignet effekten af kostvejledning hos praktiserende læger og hos diætister (21). Der var tale om en randomiseret undersøgelse, hvor 403 patienter i højrisko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom (IHS) randomiseredes til læge eller diætist. Der gennemførtes konsultationer ved 0, 1 og 3 måneder og kontroller ved 6 og 12 måneder.

Der var i begge grupper positive resultater: vægttab, forbedret lipidprofil, reduktion i risiko for tidlig død, og reduktion i risiko for udvikling af IHS. De diætistvejledte patienter ændrede i højere grad end de lægevejledte deres kostvaner. Til gengæld var de lægevejledte i større udstrækning holdt op med at ryge end patienterne hos diætisterne. Og det forhold, at den beregnede reduktion i risikoen for IHS og død var mest udtalt i den lægevejledte patientgruppe fortolkes af forfatterne på den måde, at lægerne mere end diætisterne har lagt vægt på flere aspekter af forebyggelse.

3. Interventionerne var meget forskelligartede med hensyn til intensitet og længde, og det er ikke muligt ud fra beskrivelserne at udpege interventionstyper eller interventionselementer som særligt virksomme. Studierne beskriver ret beset ikke, hvad der reelt er givet af rådgivning og råd til patienterne. Et gennemgående træk er dog, at kostrådgivning i stort set samtlige undersøgelser er givet i relation til medicinske og mere objektive faktorer hos patienten, fx forhøjet blodtryk eller forhøjet serumkolesterol. Hvorvidt denne sammenhæng har haft betydning for de fundne resultater vides ikke.

4 Motion

4.1 Originalartikler

De fleste af de forsøg med rådgivning om motion, som identificeredes i litteratursøgningen, levede ikke op til vores endelige inklusionskriterier. Særligt var follow-up tiden i mange af dem for kort ($<1/2$ år), eller interventionen er udført af personer, som er tilkaldt ad hoc til selve forsøget og ikke ellers er tilknyttet almen praksis. Desuden var interventionen i nogle studier for omfattende til at kunne kaldes »livsstilssamtale« eller »motionsrådgivning«; fx indeholdt nogle interventioner video-sessioner, hot-line o.l.

Der er i alt inkluderet 5 originalstudier i vores gennemgang nedenfor. De enkelte studier er nærmere beskrevet i bilag D.

Rekruttering. De patienter, som indgår i undersøgelserne, var typisk inviteret til at deltage i et forsøg eller var blevet opfordret til det efter at være blevet screenet gennem spørgeskema eller interview af personale eller forskningsmedarbejder. I et af projekterne (22) anvendtes dog flere rekrutteringsmetoder, herunder opfordring fra lægen om at deltage, eller opfordring gennem piecer.

Den gennemførte motionsrådgivning har ikke været et naturligt led i behandling af det problem, som patienten præsenterede i konsultationen, men kan kaldes screeningsbaseret motionsrådgivning eller invitationsbaseret rådgivning. Dog var den ene halvdel af forsøgspopulationen i et af projekterne (23) folk med forhøjet blodtryk, hvor et øget motionsniveau eventuelt kan være blodtrykssænkende. Men rådgivningen blev altså ikke målrettet iværksat som led i behandling af hypertensionen.

Interventionernes format. Det er et problem for fortolkningen af data og for generaliserbarheden, at ingen af studierne gør fyldestgørende rede for indholdet i rådgivningen. Et par af studierne taler om motivationssamtale-tilgang, mens 2 af dem beskriver, at rådgivningen var relateret til patientens aktuelle parathed til at ændre adfærd, Stage of Change (SoC).

I en af de kortere rådgivningsinterventioner (24) skulle lægen på 2-3 minutter 1) identificere vigtigheden og relevansen af regelmæssig motion for hver patient, 2) anbefale patienten motion af moderat intensitet, 3) drøfte med patienten enhver bekymring om nuværende eller potentielle fysiske skader, 4) forklare, at patienten et par dage senere med posten ville modtage yderligere skriftlig information om motion, 5) anmode patienten om at udfylde et mere detaljeret spørgeskema om motionsvaner. Det var op til hver enkelt læge at gennemføre rådgivningen på sin egen individuelle måde.

En af de gennemgængende undersøgelser (23) havde en sideløbende procesevaluering, som afslørede, at kun 30-34% af patienterne i interventionsgruppen havde fået alle de komponenter (motionsrådgivning, skriftligt materiale m.v.), som de skulle have haft ifølge protokollen. Til gengæld havde op til 6% af patienterne i kontrolgrupperne i det samme forsøg fået motionsrådgivning. Tilsvarende procesevaluering er ikke gennemført i de øvrige forsøg.

Rådgivningssamtalerne er i nogle forsøg beskrevet med angivelse af varighed. De spænder fra 2-3 minutter til 20 minutter. Interventionen var desuden enkeltstående eller med (tilbud om) opfølgende rådgivningssamtaler. I et af forsøgene ringede sygeplejersken som påmindelse 1-2 gange til patienterne mellem konsultationerne. I 3 af forsøgene uddeltes skriftligt materiale.

Alt i alt er det altså et broget billede af interventionstyper, man her har repræsenteret under overskriften rådgivning (*advice, counseling*). Dette gør det selvsagt svært at præcisere, hvilke typer indsatser eller hvilke elementer heri, der er (mest) effektive til at få patienterne til at motionere mere.

Aktører. I 3 af de 5 projekter var egen læge rådgiver; i 2 projekter var sygeplejersken den rådgivende aktør.

Follow-up. I 2 af forsøgene var længste follow-up tid 6 måneder, mens det var 12 måneder i de øvrige.

Effekt-parameter. Effekten af rådgivningen er typisk målt gennem deltagernes selvrapporterede fysiske aktivitet i interviews eller i spørgeskemaer. Der har skullet angives aktivitetstype, hyppighed, intensitet, eller længde inden for fx de sidste 7 dage. I visse tilfælde er disse angivelser omregnet til MET (Metabolic Energy Turnover), som er et udtryk for kalorieforbrug.

Nogle af studierne har også målt, om deltagerne har flyttet sig (fremad eller bagud) i forandringscirklen – om de er blevet mere eller mindre motiverede for at motionere. Denne del af effektmålingen er ikke medtaget i denne litteraturgennemgang.

Effekt. Effekten af rådgivningen på deltagernes motionsaktiviteter kan overordnet og sammenfattende beskrives som begrænset og aftagende med tiden. 1 af forsøgene (25) kunne ikke dokumentere nogen effekt. I et af de australske projekter (26) var der en forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen, men denne effekt fremkommer ved, at der var et faldende aktivitetsniveau i kontrolgruppen.

Et af de britiske projekter (22) havde en signifikant større motionsaktivitet i interventionsgruppen ved både 4 og 12 måneder. Ved 12 måneder havde interventionsgruppens deltagere gennemsnitligt i de foregående 4 uger gennemført 3,9 flere motions-sessioner (à >20 minutters varighed) end kontrolgruppen. Effekten er statistisk signifikant. Men er én ekstra gang motion pr. uge også klinisk signifikant, altså af klinisk betydning? Det hører med til historien, at der skete en stigning i motionsaktiviteten også i kontrolgruppen (som lægen overfladisk havde fortalt om fordelene ved – og opfordret til – at motionere). På den anden side bygger resultatopgørelsen på en analyse af effekten kun hos de deltagere, som gennemførte forsøget til og med follow-up målingen; og at der på den måde ikke gennemførtes en *intention to treat*-analyse lægger vejen åben for en *for* positiv effektvurdering og usikker konklusion, når bortfaldet i dette projekt er på over 40%.

I det spanske forsøg (27) opnåedes positiv effekt på unges selvrapporterede motionsvaner både med hensyn til hyppighed, varighed og intensitet. Fx var der en stigning i »aktive« deltagere på 41,5% ved 12 måneder i forhold til et fald på 9,1% i kontrolgruppen. Effekten var større ved 12 end ved 6 måneder, og dette kan ses som et udtryk for en repetitionseffekt, da interventionen også bestod af en opfølgingskonsultation (*reinforcement*) efter 6 måneder. Begge konsultationer var af 5-10 minutters varighed og tilpasset patientens aktuelle motionsniveau. Forfatterne påpeger som et problem ved undersøgelsen, at 4 af de 10 læger, som havde givet tilsagn om at deltage i projektet, droppede ud undervejs.

I Bull et al's studie (24) sås en aftagende effekt af rådgivningen. 2 af de 3 effekt-parametre havde positiv effekt ved 1 måneds follow-up, 1 af dem ved 6 måneder, og ingen af dem ved 12 måneder.

Ligner **forsøgspopulationerne** patienterne i en almen praksis – eller er det en stærkt selekteret gruppe? Alle deltagere har accepteret en invitation. Der er i flere af studierne mangelfulde oplysninger om bortfaldet af deltagere undervejs i rekrutteringsprocessen. Follow-up raterne ligger mellem 44% og 84%.

I alle forsøg er de inkluderede patienter »in-aktive«, »utilstrækkeligt fysisk aktive«, »stillesiddende«, e.l. Til udvælgelsen af de endelige deltagere har følgende typer eksklusionskriterier været anvendt: fx medicinering for hjertesygdom, tidligere hjertekarsygdom, kronisk sygdom, ordination af særlig diæt eller kolesterolsænkere (22).

Deltagende læger blev typisk undervist nogle timer i motionsrådgivning. Lægerne motiveredes desuden i et af projekterne ved at få efteruddannelsespoints for at deltage.

Kvalitet i design og gennemførelse. Kun ét forsøg nævner eksplicit blinding, og kun 3 gennemfører ITT-analyse. I alle forsøg hviler effektmålingerne på deltagernes selvrapportering, hvilket særligt for interventionsgruppens vedkommende kan bidrage til kunstigt positive resultater (*pleasing the doctor*-effekt). De 2 studier med det dårligste evalueringsdesign (24, 25) har ingen dokumenteret effekt.

4.2 Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler

Vores litteratursøgning udpegede 6 systematiske oversigtsartikler eller meta-analyser om motionsrådgivning i almen praksis. Inklusionskriterierne i disse oversigtsartikler er ikke identiske med vores, men følgende gennemgang af disse reviews kan dog supplere ovenstående gennemgang af originalartikler.

Eaton & Menard 1998 (28) vil svare på to spørgsmål i deres systematiske review: 1) Hvad er kvaliteten bag evidensen for, at motionsrådgivning i almen praksis er effektiv (*efficacious*)? 2) Hvis effektiv (*efficacious*) – hvor generaliserbare er disse resultater så til normal almen praksis?

De anvender følgende inklusionskriterier for studierne i deres review om »physical activity promotion in primary care office settings«: Der skulle være en kontrolgruppe; interventionen skulle gennemføres i lægens

praksis (ikke på arbejdspladser, organisationer, hjemmet eller andet); der skulle være en minimum follow-up på deltageres motionsvaner på 4 uger; resultaterne skulle kunne fortolkes som dikotome variable med henblik på beregning af odds ratio (OR).

I reviewet indgår 8 studier. 5 af dem viste statistisk signifikante, positive effekter ($OR > 1,0$), heraf var de 4 korttidsstudier, dvs. med under 1 års follow-up. Men der var alvorlige bias i alle studier eller begrænset klinisk relevans af de opnåede effekter.

Forfatterne konkluderer, at det selvfølgelig kan være en fristende tanke, at praktiserende læger, som foretager hovedparten af al behandling af befolkningen, og som har et godt kendskab til deres patienter, kan motivere disse til at ændre deres inaktive livsstil. Men analysen viser, at den videnskabelige evidens for en sådan tilgang i bedste fald er beskednen. De gennemgåede studier viser, at veludvalgte interventioner, som havde til hensigt at fremme moderat fysisk aktivitet hos de stillesiddende, inaktive personer, videnskabeligt set kun viser en korttidsstigning i fysisk aktivitet.

Simons-Morton et al. 1998 (29) gennemgår forsøg med primær- og sekundærforebyggende sigte. Her afrapporteres kun forsøgene fra almen praksis. Inklusionskriterierne var: Randomiserede kontrollerede forsøg, eller kontrollerede forsøg med systematisk fordeling af deltagerne; mindst én kontrolgruppe og én interventionsgruppe; quasi-eksperimentelle designs; interventionen gennemført i eller via almen praksis; mindst én effektparameter for fysisk aktivitet.

Der identificeredes 12 studier fra almen praksis. 4 af de 8 korttidsstudier (under 6 mdr.) dokumenterede positiv effekt. 7 af studierne inkluderede en langtids-follow-up effekt (6 mdr. og længere), og 3 af disse viste signifikant effekt (stigende motion). I de 3 studier, som havde både korttids- og langtids-follow-up var der et fald i effekten, sådan at signifikante korttids-effekter på længere sigt blev ikke signifikante.

Forfatterne konkluderer, at der var metodologisk invaliderende problemer i mange af studierne. Ændringer i motionsvaner kan initieres gennem intervention i almen praksis. Imidlertid var langtidseffekterne mindre lovende. Langsigtet fastholdelse af en initial adfærdsendring bør – mener forfatterne – være et centralt spørgsmål fremover.

Eakin et al. 2000 (30) har følgende inklusionskriterier for deres oversigtsartikel: Randomiseret kontrolleret forsøg eller quasi-eksperimentelt design med en kontrolgruppe; intervention skulle være givet eller initieret i almen praksis (og kunne altså have andre rådgivere end læge eller praksispersonale) og kunne inkludere skriftlig materiale, telefonopfølgning m.m.; mindst ét effektmål for fysisk aktivitet. Der var ikke krav til rådgivningens omfang (hverken i antal sessioner eller antal minutter pr. session). I reviewet indgår 15 forsøg, hvoraf 8 havde follow-up perioder på ≥ 6 mdr.

Af de 9 studier, som havde follow-up perioder på under 6 måneder, dokumenterede 5 en signifikant effekt på motionsvaner. Ingen af disse 5 studier arbejder samtidig med længere follow-up tider. Halvdelen af de 8 studier, som havde follow-up data for 6 måneder eller længere, dokumenterede en signifikant effekt.

Forfatterne konkluderer, at rådgivning om motion i almen praksis kan have moderat effekt på kort sigt på selvrapporterede motionsvaner, men der er store variationer. Interventioner med skræddersyet rådgivning og med supplerende skriftligt materiale har de bedste resultater. Langtidseffekten er mere tvivlsom og vanskeligere at evaluere.

Lawlor & Hanratty 2001 (31) gennemgår litteraturen om effekten af motionsrådgivning i rutinekonsultationer i almen praksis. Inklusionskriterier var, at rådgivning (*advice*) (mundtlig, skriftlig eller anden form) skulle være afleveret i forbindelse med en rutinekonsultation og have til formål at fremme fysisk aktivitet. Rådgivningen kunne gennemføres af alle sundhedsprofessionelle (i primary care). Studierne skulle indeholde en kontrolgruppe uden rådgivning. Både randomiserede og ikke-randomiserede forsøg inkluderedes. Fysisk aktivitet skulle være effektmål, ikke kun intention om fysisk aktivitet. I reviewet indgår 9 artikler omhandlende 8 studier (6 fra USA, 2 fra Australien). De fleste studier havde ikke-optimale forskningsdesigns (fx manglende randomisering, selektionsbias, ikke blinding, selvrapporteret effekt).

4 af de 6 studier, som rapporterede korttidsresultater (op til 8 uger) fandt, at rådgivning fremmede fysisk aktivitet. Kun 1 af 4 studier med langtids-follow-up (≥ 4 mdr.) viste effekt af rådgivningen. De to randomiserede, kontrollerede forsøg viste hverken korttids- eller langtidseffekt.

Forfatterne konkluderer, at rådgivning i daglig almen praksis ikke er effektivt til at fremme vedvarende ændringer i patienternes motionsvaner.

Eden et al. 2002 (32). I litteraturoversigten indgår studier med følgende designs: Kontrollerede forsøg; case-control studier; observationelle studier. Studierne skulle omhandle rådgivning i almen praksis om motion, og (noget af) rådgivningen skulle være gennemført af egen læge; fysisk aktivitet skulle være en effektparameter.

Der var metodologiske problemer i 6 af de 8 inkluderede studier, som i øvrigt var meget inhomogene. Der var begrænsede beskrivelser af selve interventionen, og mange af studierne havde store frafaldsprocenter. Andre problemer var bl.a.: højt motiverede læger; forskelle i motionsniveau ved baseline mellem interventions- og kontrolgrupper; inadækvat antal læger eller patienter i forsøget til påvisning af effekter; afsmitning mellem interventions- og kontrolgruppe; usikkerhed om, hvorvidt patienterne i interventionsgruppen rent faktisk havde modtaget rådgivning.

I 6 af studierne sammenlignedes interventionen med vanlig behandling; der var blandende resultater. I 2 forsøg sammenlignedes to typer rådgivningsinterventioner med hinanden, og det så ud til, at supplerende med skriftligt materiale er mere effektivt end rådgivning alene. Ét af forsøgene rapporterede bivirkninger (typisk i bevægeapparatet) hos deltagerne i forbindelse med øget motion.

Forfatterne konkluderer, at det på grund af metodologiske problemer i de fleste studier er vanskeligt at afgøre effekten af de undersøgte interventioner. Selv om forskning antyder, at rådgivning kan være effektiv i nogle specifikke situationer, så er evidensen utilstrækkelig til at kunne konkludere, at rådgivning generelt er effektiv. De eksisterende studier giver ikke et klart billede af, hvilke karakteristika ved rådgivning, der fører til positive resultater.

Hillsdon et al. 2005 (33). Formålet med dette review er at vurdere effekten af at promovere motion hos voksne, som ikke lever i institution. Inklusionskriterierne var: Randomiserede kliniske forsøg med forskellige interventioner, som søger at opmuntre ikke-fysisk aktive personer til at blive fysisk aktive; mindst 6 måneders follow-up; *intention to treat*-analyse eller max. 20% frafald ved follow-up. Reviewet er således ikke begrænset til almen praksis, men 8 af de 17 inkluderede studier vedrørte patienter herfra.

De overordnede resultater er rapporteret for samtlige 17 studier. Det konkluderes, at interventionerne havde positive, moderate effekter på den selvrapporterede motionsadfærd – i det mindste på kort og mellemlangt sigt. Men alle konklusioner må drages med stor forsigtighed, fordi studierne var meget uensartede; og der var svagheder i den interne validitet.

Flertallet af studier rekrutterede frivillige forsøgspersoner, fx gennem avisannoncer eller anden invitation. I mange studier måtte deltagerne gennemgå en screeningsprocedure før randomisering, og de personer, som i sidste ende valgte at indgå i undersøgelsen, må derfor betragtes som højt motiverede. Lægerne i studierne fra almen praksis blev »rekrutteret« (i nogle tilfælde tilskyndet med økonomiske incitamenter), og de kan således muligvis betragtes som mere motiverede end læger i rutinepraksis uden forsøgsomstændigheder. Disse motivationelle forhold gør det svært at generalisere resultaterne til almindelig rutinepraksis.

Forfatterne konkluderer, at der er nogen evidens for effekt på kort og mellemlangt sigt, men kun meget begrænset dokumentation for langsigtet effekt af de gennemførte rådgivningsinterventioner. Samtidig påpeger forfatterne, at dokumentationen for effekt af denne motionsrådgivning af ikke-fysisk aktive personer i den almindelige befolkning er påvirket af motiverede, frivillige deltagere og af, at effekten af interventionen er målt gennem deltagernes selvrapportering af motionsvaner. Endvidere hedder det, at det på grund af studierne uensartethed ikke er muligt at beskrive effekten af enkeltelementer i rådgivningen.

4.3 Sammenfatning og diskussion

Den praktiserende læges eller praksispersonalets rådgivning og anbefalinger til patienterne om motion synes kun i begrænset omfang at sætte sig længerevarende spor (dvs. ved 6 mdr. og herefter) i form af øget motionsaktivitet, når dette måles ved sammenligning af interventionsgruppe og kontrolgruppe.

1. Der mangler viden om selve det »afleverede« indhold i rådgivningen, hvorfor eventuelt særligt virksomme

elementer ikke kan identificeres. Der synes dog at være en tendens til, at jo mere intensiv en rådgivningsaktivitet (med reminders i form af telefonopkald og breve til patienten), des sandsynligere er en effekt.

Men som det påpeges af Lawlor & Hanratty (31), så er der brug for grundigere forskning, som kan afdække, om negative resultater skyldes, at rådgivningen ikke er givet som planlagt, eller om rådgivning i almen praksis om motion bare ikke fører til adfærdsændring.

2. Alle gennemgåede originalstudier beskæftiger sig (med en mindre reservation herfor for det ene studies vedkommende) med screeningsbaseret eller invitationsbaseret rådgivning. Og vi er ikke stødt på andre typer anledninger til motionsrådgivning i review-artiklerne.

Den iagttagede beskedne effekt af den screeningsbaserede og invitationsbaserede rådgivning er ikke nødvendigvis gældende for rådgivningsaktiviteter, som er direkte relaterede til sekundær forebyggelse eller behandling af problemer, som patienter måtte henvende sig med i almen praksis, og hvor de måske i højere grad finder motionsrådgivning meningsfuld.

Når nu der er en knaphed på videnskabelig evidens for, at rådgivning og opfordringer til at motionere skulle have nogen effekt, hvad kan en travl alment praktiserende læge, som tror på motionshypotesen, så gøre, spørger Eaton & Menard (28). Og deres eget svar er, at han skal koncentrere sine rådgivningsaktiviteter til patienter, som har sygdomme, hvor fysisk aktivitet kan forbedre prognosen eller kontrollere sygdomsforløbet, fx stærkt overvægtige patienter, patienter med diabetes, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, angst, depression, osteoporose.

3. Alle inkluderede forsøg (i originalartiklerne såvel som i oversigtsartiklerne) er ikke-danske. De udspiller sig altså i samfund med en anden motionskultur og måske med generelt andre forventninger til læge-patient-forholdet. Der kan være et gunstigere klima for den slags rådgivning herhjemme – og der kan være det modsatte.
4. En særlig variant af opfordringer fra den alment praktiserende læge til patienterne om mere motion er »Motion på recept«, der kan defineres som lægens henvisning af inaktive patienter til et konkret træningsforløb i et idrætsforum (i organiseret idræt eller fitnesscenter e.l.). En nylig litteraturgennemgang fra Sundhedsstyrelsen (34) konkluderede på baggrund af 10 udenlandske studier, at 1) den foreliggende dokumentation af effekter af motion på recept er knap, 2) det er urealistisk at forvente markante ændringer af det fysiske aktivitetsniveau hos størstedelen af de henviste patienter, 3) effekten af motion på recept er begrænset.

5 Rygning

5.1 Originalartikler

I alt 13 udenlandske studier med fokus på rygestoprådgivning levede op til vores inklusionskriterier. Andre undersøgelser havde enten ikke tilstrækkelig lang follow-up tid, eller havde fokus på, hvordan forskellige undervisnings- og implementeringsmetoder påvirkede lægens rådgivning.

12 af de 13 studier om rygestoprådgivning var udformet som randomiserede kontrollerede forsøg med varierende antal interventions- og kontrolgrupper. Det ene studie, som ikke var et randomiseret kontrolleret forsøg, var udformet som et quasi-eksperimentelt forsøg, hvor patienterne deltog i forskellige typer intervention, afhængigt af hvad de selv ønskede (35).

De enkelte studier er beskrevet i bilag E.

Rekruttering. Et gennemgående træk ved samtlige studier er, at deltagerne blev rekrutteret i praksis og inviteret til at deltage. Rekrutteringen foregik ved hjælp af screeningsspørgeskemaer i 6 studier; ved at sekretæren/forskningsassistenten spurgte patienten om vedkommende ville deltage i 6 studier; og i et studie rekrutterede lægen selv patienterne under en konsultation.

Rådgivningen var ikke relateret til patientens henvendelsesårsag i nogle af studierne.

Interventionernes format. Indholdet og omfanget af interventionerne er varierende på tværs af forsøgene. I 11 studier blev der udleveret skriftligt materiale (evt. kun i nogle af interventionsgrupperne), 8 studier inkluderede opfølgende samtaler, i 5 studier tilbød lægen nikotintyggegummi eller -plaster til patienten (i nogle af interventionsgrupperne), og i 2 undersøgelser blev der foretaget lungefunktionstest.

Der ses store variationer i intensiteten i interventionen – fx disse to yderpunkter:

- Interventionen bestod af en struktureret model for rådgivning om adfærdsændring, nikotintyggegummi, 4 opfølgende samtaler, selvhjælpsmanualer og patientdagbog, samt måling af lungefunktion og blodtryk (36).
- Interventionen (*brief advice*) bestod af en standardiseret rådgivning på 4 sætninger (37).

7 af de 13 studier nævner lægens eller anden aktørs tidsforbrug i forbindelse med selve rygestoprådgivningen – men nævner ikke tidsforbruget til identificering af rygere. Tidsangivelserne er fx: 1-2 minutter (38), knap 10 minutter (39), 4×25 minutter (36), 5 minutter plus 10 minutters opfølgende konsultation (40).

I stort set alle studier har der været undervisning og træning af læger, sygeplejersker og sekretærer forud for rådgivningen.

Flere af de beskrevne interventionstyper er yderst krævende, hvad angår organisering i praksis og arbejdsbyrde. Der kan eksempelvis være tale om interventioner, hvor patienten telefonisk bliver mindet om en aftale et par dage inden, eller hvor patienten får målt lungefunktionstest på specialklinik.

Aktører. I 10 af studierne var det læger, som rådgav patienterne, i ét studie var det sygeplejersker, i et andet var både læger og sygeplejersker rådgivere, mens lægen og en klinikassistent stod for rådgivning og opfølgning i ét studie.

Follow-up. Den længste follow-up tid var 24 mdr. i et enkelt projekt, 12 mdr. i 9 af projekterne og 6 mdr. i 3 projekter.

Effekt-parametre og effekt. Effekten af de forskellige interventioner er i alle 13 projekter angivet ved rygestop oplyst af patienten selv, enten i forbindelse med telefoninterview eller tilsendt spørgeskema. Disse angivelser fra patienten om rygestop er i 5 undersøgelser verificeret eller valideret biokemisk ved analyse af urin eller spyt. Det er værd at minde om, at selvrapporтерet rygestop kan overestimere den målte effekt betydeligt. Det nævnes således i et af studierne, at kun halvdelen af de selvrapporтерede rygestop kunne verificeres biokemisk (af 128 personer med selvrapporтерet rygeophør afslog 44 efter 1 år at lade sig teste for urincotin, 9 personer havde tilbagefald til rygning inden en test kunne gennemføres, og 11 havde forhøjede cotininværdier) (41).

I en af de andre undersøgelser kunne 2 ud af 20 selvrapporterede rygeophør betegnes som falske på grundlag af biokemisk validering (40).

Ved siden af rygeophør var der andre primære og sekundære effektparametre, såsom ønske om rygestop (1 forsøg), forsøg på rygestop (1 forsøg), nedsættelse af cigaretter per dag (2 forsøg), og bevægelse i »Stages of Change«-modellen (1 forsøg).

Der blev påvist positiv effekt på rygeophør i 6 af de 13 studier – dvs. at der var en signifikant højere rygeophørsrate i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Ét af disse studier finder effekten ved 1 måned, men ikke ved 6 og 12 måneder (42), mens et andet ikke finder effekt ved 1 måned, men ved 12 måneder (38). 5 af de 6 studier med signifikant effekt på rygeophør sammenlignede rådgivning med en ren kontrolgruppe; det sjette sammenlignede udvidet rådgivning og udvidet rådgivning inkl. nikotintygegummi med kort rådgivning (hvor forskellen var i favør af de to udvidede rådgivningsformer) (43).

Et par af de studier, som ikke kunne dokumentere forskelle i effekt mellem forsøgsgrupperne, sammenlignede en udvidet rådgivning med en minimal rådgivning: Butler (37) sammenlignede et motivationssamtale-koncept med *brief advice* (4 sætninger til at opfordre patienten til rygestop); og Richmond's (36) forsøgsgrupper fik alle en mere eller mindre intensiv form for intervention.

Selvom effekten i de respektive studier er målt som rygeophør, angiver de ikke det samme. I nogle studier er rygeophør målt som »røgfri inden for den seneste måned«, mens det i andre er »for tiden røgfri«. To studier arbejder foruden med punktprevalens også med vedvarende rygeophør (ophør ved 6 og 12 måneder), og begge har signifikant positiv effekt (35, 44).

I andre studier har man interesseret sig for rygeophør på døgnbasis eller med forsøg på rygestop. Butler (37) fandt således signifikant effekt på følgende parametre: røg ikke sidste døgn; udsætter dagens første cigaret mere end 5 minutter; forsøg af mindst én uges varighed på at holde op; mere motiveret for at ændre på rygningen. Men der var ikke forskel i antal rygeophør af mindst 1 måneds varighed.

Af de 5 studier med biokemisk validering eller kontrol af selvrapporteret rygeophør var der ingen effekt i 3 af dem. I et af dem var der effekt ved 1 måned, men ikke ved 6 og 12 måneder, mens der i et andet var effekt ved både 6 og 12 måneder.

Forsøgspopulationer. Selvom de deltagende patienter frivilligt havde valgt at være med, var der stadig betydelige frafald undervejs i forsøgsperioden. Som eksempel kan nævnes en undersøgelse (45) med 4210 identificerede rygere, der som en del af interventionen blev bedt om at lave en aftale med sygeplejersken om et sundhedscheck. Heraf valgte kun 751 patienter at tage imod tilbudet, hvilket svarer til knap 26%.

Forsøgspopulationerne vil desuden ofte være blevet påvirket af de aktiviteter, der er gået forud for selektionen til selve rådgivningen. I en af undersøgelserne (40) havde fx alle patienter før randomisering til henholdsvis interventions- og kontrolgrupper udfyldt et spørgeskema om deres rygevaner og var blevet orienteret mundtligt eller skriftligt om undersøgelsens formål og havde indvilget i at deltage. De patienter, som ikke svarede på den skriftlige henvendelse eller meddelte lægen, at de ikke ønskede at indgå i projektet, kom ikke i betragtning. Materialet kom derfor sandsynligvis til at bestå af relativt motiverede patienter med nogen interesse i at holde op med at ryge. Ikke desto mindre var den konkrete deltagelse i rådgivningen begrænset. Og kun 3-4% af forsøgsdeltagerne kunne betegnes som ikke-rygere ved både 3 og 12 måneder.

Ingen af de gennemgåede studier beskæftiger sig nærmere med den gruppe, som ikke var interesseret i at modtage rådgivning eller ikke ønskede at indgå i forsøgene.

Kvaliteten i design og gennemførelse. Der er en vis forskel i studiernes tilrettelæggelse. 8 af de 11 studier havde rene kontrolgrupper defineret som »vanlig konsultation« (*usual care*). I de øvrige 5 undersøgelser blev forskellige interventioner af forskellig intensitet sammenlignet med hinanden.

Antallet af deltagende patienter varierede mellem 289 og 4210, og i de tilfælde hvor antallet af læger var oplyst lå det mellem 5 og 196. Ikke alle forsøg synes at være rimeligt dimensionerede til at påvise eventuelle effekter af rådgivningen.

Randomiseringen til forsøgsgruppe foretoges i nogle studier på praksisniveau, i andre på patientniveau. Den

sidstnævnte form giver risiko for afsmitning mellem interventions- og kontrolgruppe, og dette kan være med til at underdrive den virkelige effekt af interventionen, for det kan være svært for den enkelte læge at holde de forskellige interventionsmetoder adskilt. I en undersøgelse skulle lægen fx skifte mellem 4 forskellige interventioner, afhængig af hvilken dag på ugen det var (41).

I vurderingen af undersøgelsesresultater er det af betydning, hvorvidt og i hvilken grad selve rådgivningssamtalen er dokumenteret – eller om vi blot bliver præsenteret for en overskrift. Og det sidste er ofte tilfældet. Ingen af de inkluderede studier dokumenterede fyldestgørende selve interventionen; det er ikke beskrevet, hvad der er foregået mellem lægen/sygeplejersken og patienten under selve rådgivningssamtalen. Interventionerne er fx beskrevet med disse fraser: der er udført kort rådgivning; der er udleveret skriftligt materiale; patienten skulle føre dagbog; der er benyttet nikotintyggegummi; der er taget udgangspunkt i patientens placering i »Stages of Change«-modellen.

Selvom der i forsøgsprotokollerne er gjort nøjere rede for den rådgivning, patienten skal modtage, så er det langt fra altid tilfældet, at dette så rent faktisk gennemføres. Gode beskrivelser af den gennemførte intervention er en mangelvare. I to studier blev det dog fremhævet, at patienterne yderst sjældent havde fået den rådgivning, som protokollen tilsagde. I en af undersøgelserne blev det påpeget, at kun knap 26% af de patienter, der fik tilbud om aftale med sygeplejerske, benyttede sig af tilbuddet, som vel at mærke var en del af interventionen (45). Et andet tilsvarende eksempel er, at kun 50% af patienterne i en interventionsgruppe gennemgik spirometerundersøgelse, som ellers også var en del af interventionen (41).

5.2 Meta-analyser og systematiske oversigtsartikler

Litteratursøgningen udpegede 4 reviews og meta-analyser om rygestoprådgivning. Derudover fandt vi frem til 3 reviews om livsstilsrådgivning, hvor rådgivning om rygestop var en del af den samlede intervention. Disse 3 er dog ikke beskrevet her. For samtlige reviews gælder, at de har haft andre inklusionskriterier end dem, vi har opstillet i vores litteraturgennemgang. Det betyder, at »vores« originalartikler ikke alle er med i de respektive reviews, og at disse også indeholder andre og flere end vores gennemgang.

Ingen af de følgende reviews omhandler studier udelukkende i almen praksis, men derimod inkluderes også rygestoprådgivning på hospitaler, ambulatorier og forskellige former for sundhedscentre. Af hensyn til denne rapport's formål har vi fremhævet den del af resultaterne, som omhandler rådgivning i almen praksis.

Kottke et al. 1988 (46) gennemgår 39 forsøg om rygestop i primærsektor i en meta-analyse, hvor de ser på, hvilke elementer af interventionerne, der har betydning for succes for rygestop. Inklusionskriterierne var, at studierne skulle have min. 6 måneders follow-up og inkludere kontrolgrupper. Målgrupperne for interventionerne er ikke nærmere beskrevet i reviewet, ligesom de enkelte interventioner heller ikke er det. Men metaanalysen inddeler interventionerne i såkaldte modaliteter: rådgivning; nikotintyggegummi; skriftlige materialer; andet. Disse kan være kombinerede på forskellige måder. Endvidere beregnes den samlede effekt i de 39 studier af enkeltstående versus gentagne rådgivningssessioner, af rådgivning fra læge versus ikke-læge, m.m.

Ved 6 måneders follow-up kunne de fleste enkeltstudier ikke påvise nogen effekt af interventionen; men for det samlede materiale (alle 39 studier) var der en statistisk signifikant rygeophørsrate på 8,4% (forskellen mellem andel rygeophør i interventionsgrupperne minus andel rygeophør i kontrolgrupperne). Den største effekt opnåedes, når der brugtes flere end én interventionsmodalitet, når både læger og ikke-læger deltog i *face-to-face* rådgivning ved gentagne sessioner over længst mulig tidsperiode. Ved 12 mdr. var den tilsvarende difference i den gennemsnitlige rygeophørsrate mellem interventions- og kontrolgruppe faldet til 5,8%, og de samme træk gjorde sig gældende som ved 6 mdr.

Forfatterne konkluderer, at meta-analysens enkeltstudier varierede betragteligt med hensyn til beskrivelsen af interventioner og resultater, hvilket begrænsede den analytiske præcision. Men der tegner sig det, at for at opnå størst mulig succes anbefales gentagne kontakter i et længerevarende forløb med både læger og ikke-læger og med flere elementer i rådgivningen. Det er tilsyneladende ikke en specifik interventionstype, der producerer resultaterne.

Law & Tang 1995 (47) medtager i alt 188 randomiserede kontrollerede forsøg om effekten af interventioner til at hjælpe folk med at holde op med at ryge. Inklusionskriterierne var minimum 6 måneders follow-up. I alt 17 forsøg (heraf 14 i almen praksis) var karakteriseret ved, at en læge i forbindelse med en rutinekonsulta-

tion på enkel vis anbefalede patienten at holde med at ryge. Rådgivningerne var som oftest enkeltstående og standardiserede og byggede på simple strategier, såsom at finde en dato for rygestop eller at give patienten skriftligt materiale. Typisk varede rådgivningen max. 5 minutter, og der var ikke aftalt opfølgende besøg. Alle rygere inkluderedes og blev randomiserede til enten personlig rådgivning om rygestop eller ingen rådgivning.

Samlet for disse 17 studier fandtes, at 1,9% holdt op med at ryge som resultat af den korte rådgivning ($P < 0,001$). Der var også en signifikant effekt sammenlagt i 6 af disse studier, som arbejdede med biokemisk verificerede rygeophør som effektmål, men effekten var kun 1,3% ($P = 0,03$).

Forfatterne konkluderer, at den estimerede effekt af ikke-efterspurgte 5 minutters rådgivning af en læge under en rutinekonsultation er beskeden, men cost-effective. Endvidere antager forfatterne, at selv hos de patienter, som ikke stopper med det samme, kan rådgivningen eventuelt senere bidrage til rygeophør, når den forstærkes af lignende budskaber fra andre kilder.

10 studier undersøgte effekten af hjælpetiltag i rådgivningen (fx brug af spirometri, gentagne konsultationer eller breve). Hvert af disse studier kunne ikke dokumentere effekt, men den estimerede effekt på tværs af studierne peger på en rygestoprate på 5% ($P = < 0,01$).

Lancaster & Stead 2004. (48) I dette Cochrane-review indgår i alt 39 studier gennemført mellem 1972 og 2003 hovedsagelig i almen praksis, men også på hospitaler og forskellige former for ambulatorier. Formålet var at vurdere effekten af kort rygestoprådgivning gennemført af læger. Inklusionskriterierne var primært, at der skulle være mindst to forsøgsgrupper, og at allokeringen til disse grupper skulle være foretaget gennem formel randomisering. Desuden en follow-up periode på mindst ½ år, og mundtlig rådgivning med et »hold op med at ryge«-budskab (med eller uden informationer om rygningens skadelige virkninger). I de inkluderede studier kunne indgå patienter både med og uden særlige sygdomme og risikofaktorer. Effektmål er rygeophør.

Forfatterne bemærker, at der var stor uensartethed i studierne resultater, ligesom den metodemæssige kvalitet var varierende. Resultaterne skal derfor fortolkes med forsigtighed. Sammenlagte data fra 17 studier om kort rådgivning (*brief advice*⁶) versus ingen rådgivning viste en lille men signifikant forskel i rygeophør, svarende til en rygeophørsrate på 2,5% som effekt af rådgivningen. Dette svarer til $NNT = 40$, dvs. at for hver 40 patienter, lægen rådgiver, vil én ophøre med at ryge. Når en mere intensiv rådgivning (længere konsultationer, opfølgende konsultationer, eller selvhjælpsmaterialer) sammenlignes med ingen rådgivning ses en *tendens* til lidt større effekt, men sammenhængen sløres af uensartethed i resultaterne på tværs af studierne.

I en sammenligning mellem intensiv rådgivning og *brief advice* i uselekterede populationer, dvs. hos patienter, som ikke har rygerelaterede problemer, sås der ikke nogen signifikant forskel i nogen af de 10 inkluderede enkeltstudier, men med pooling af data opnås en signifikant, men lille, effekt. En større effekt sås i de 5 studier med patienter med rygerelaterede problemer eller risikofaktorer herfor.

Forfatterne konkluderer, at meta-analysen indikerer en potentiel nytte af kort rådgivning. Opfølgende konsultationer kan forventes at give yderligere nytte. Der er kun marginale effekter af mere intensive interventioner, som derfor ikke kan retfærdiggøres som rutine over for uselekterede patienter.

Rice & Stead 2004 (49) inkluderer i alt 29 studier, hvoraf 5 foregår i almen praksis med sygeplejerske i rådgiverrollen, enten i forbindelse med sundhedscheck eller som en del af en multifaktoriel intervention ved sekundær prævention. Reviewets inklusionskriterier var randomiserede kontrollerede forsøg med rygestoprådgivning givet af sygeplejersker eller sundhedsrådgivere, og med follow-up periode på minimum 6 måneder. Rådgivning skulle være mundtlige instruktioner, evt. med brug af supplerende skriftligt materiale. Studierne opdeltes i lav- og højintensitet, afhængigt af længden af rådgivningen (under eller over 10 min.), antallet af opfølgningskonsultationer (mulighed for max. én, henholdsvis flere) og omfanget af skriftligt materiale og supplerende tiltag.

De 5 inkluderede studier fra almen praksis viste, at sygeplejerskernes rådgivning i forbindelse med sundhedscheck har mindre effekt end rådgivning givet i hospitaler og ambulatorier, hvor der er en potentielt beskeden effekt. Forfatterne konkluderer dog, at der samlet indikeres en potentiel nytte af rygestoprådgivning givet af sygeplejersker, med rimelig evidens for at interventionen kan blive effektiv. De forsigtige formuleringer ud-

6 *Brief advice* betyder her en enkeltstående konsultation under 20 minutters varighed med max. én opfølgende konsultation og med eller uden udlevering af en pjece.

springer af små materialer og ikke-optimale forsøgsdesign og -beskrivelser og uensartethed i resultater. Der kunne ikke dokumenteres forskelle i effekt mellem lavintensive og højintensive rådgivninger.

5.3 Sammenfatning og diskussion

Den overordnede konklusion på ovenstående gennemgang af originalartikler og oversigtsartikler er, at rådgivning om rygestop i almen praksis *kan* medføre en højere rygeophørsrate, end hvis lægen ikke rådgiver patienterne. 6 af de 11 originalartikler dokumenterede dog ikke effekt på rygeophør. Og man kan spørge, hvornår rådgivningen virker. Skal visse forhold være opfyldt? Er der særlige elementer i rådgivningen, som er særligt virksomme? Kan man overføre hovedresultatet til dansk almen praksis?

Vi vil fremdrage følgende til de videre overvejelser:

1. Vi kan ikke ud fra forsøgene udpege situationer eller elementer, som garanterer den tilsigtede effekt. Det er ikke detaljeret beskrevet i nogen af studierne, hvilken intervention/rådgivning patienterne faktisk fik. Vi har nogle overskrifter at holde os til – *brief advice*, *motivational consulting*, *Structured Behavioral Change*, *minimal intervention* for blot at nævne nogle af etiketterne. Vi kan kigge på protokollen, og i nogle tilfælde får man en idé om, hvad rådgiveren skal gøre. Men vi ved også fra et par af studierne selv, at lægerne ikke altid holder sig til protokollen. Under de forskellige overskrifter kan hver enkelt intervention sandsynligvis have haft forskellige konkrete udtryk fra patient til patient eller fra læge til læge.

I al denne usikkerhed tegner materialet dog en tendens: Længere interventioner (eller interventionsforløb med flere konsultationer) og flere elementer har større sandsynlighed for effekt end kortere. Fx fremhæver Kottke et al. (46) i deres review, at interventioner over længere tid, med flest mulige elementer, med kontakt til flest mulige personer og med gentagne rådgivningsseancer over en længst mulig tidsperiode, har den største virkning.

2. I de gennemgængede forsøg er deltagerne typisk inviterede og har på forhånd sagt ja til at ville lade sig rådgive. De mindre motiverede og kontrære er ikke med. Man kan forvente, at de opnåede resultater bærer præg af en velvilligt indstillet og motiveret forsøgspopulation.
3. Ingen af studierne beskæftiger sig med henvendelsesårsagsrelateret rådgivning – lægerne har altså ikke snakket om rygning, fordi patienten kom med et problem, hvis prognose kan påvirkes af rygeophør. Der er ikke belæg for at antage, at resultaterne også vil gælde for sådanne patienter.
4. Alle inkluderede studier i vores litteraturgennemgang er udenlandske. Det bør overvejes nøje, om og hvordan resultaterne derfra kan overføres til danske forhold. Det samme gælder den netop beskrevne kvalitative undersøgelse af patientperspektivet. Under hvilke vilkår er danske patienter parate til (ikke-efterspurgte) rygestopanbefalinger og -rådgivning fra deres læge?

6 Sammenfatning

6.1 Litteraturgennemgangen

Der har været lagt op til, at litteraturgennemgangen har skullet afsøge området »livsstilsrådgivning i almen praksis« med henblik på at give et indtryk af, om den slags konsultationsvirksomhed har effekt på patienternes livsstil (rygning, alkoholforbrug, kost og motion). Det har dog ikke været intentionen at gennemføre en meta-analyse, hvor homogene data fra alle studier inden for hvert område *pooles* til brug for en samlet statistisk evaluering. Litteraturgennemgangen har i stedet koncentreret sig om enkeltstudierne hver for sig. Spørgsmålet om statistisk signifikant effekt afgøres derfor inden for det enkelte forsøg. I forbindelse med denne koncentration om enkeltstudier er det værd at minde om, at det er sværere at måle en effekt som statistisk signifikant, hvis forsøget med hensyn til deltagere er underdimensioneret i forhold til de opstillede effekt- og succesparametre.

6.2 Resultaterne

I fire kapitler har vi gennemgået videnskabelig litteratur om effekten af livsstilsrådgivning i almen praksis. Der har været tale om udenlandske interventionsstudier, hvor patienter er blevet direkte inviteret til at deltage i et forsøg eller rekrutteret gennem forudgående screening i praksis eller pr. brev. Læger eller sygeplejersker har under konsultationerne givet anbefalinger og råd om at drikke mindre, holde op med at ryge, spise sundere, og motionere mere. 18 originalstudier beskæftigede sig med alkohol, 13 med rygning, 7 med kost og 5 med motion.

For den, som vil bruge erfaringerne fra disse forsøg til at træffe beslutninger om, hvordan almen praksis kan/ skal bruges til den slags aktiviteter, er der ikke klare budskaber. For alle fire klassiske livsstilsområder gælder den konklusion, at

- livsstilsrådgivning/kort rådgivning i almen praksis *kan* påvirke patienternes livsstil

Men

- ikke alle patienter ændrer livsstil som følge af rådgivningen, og ændringen hos dem, som gør, er i mange tilfælde ubetydelig

Samtidig må det tilføjes, at

- der kan ikke udpeges interventionsformer eller -elementer, som skulle være særligt effektive

Dette sidste skyldes, 1) at der ikke er gennemgående ensartede effekter ved tilsyneladende ensartede interventioner, 2) at interventionerne i mange tilfælde er mangelfuldt beskrevet, 3) at rådgiveren ikke i alle tilfælde har fulgt forsøgsprotokollens forskrift om interventionens indhold, 4) at forsøgsdesignet og -størrelsen i mange af studierne ikke er gearret til en tilstrækkeligt differentieret beskrivelse og dokumentering af de reelle resultater.

Dog synes der at være en tendens til, at

- jo længere og mere intensiv den korte intervention/rådgivningen er, og jo flere elementer (herunder fx skriftligt materiale, opfølgende konsultationer) den indeholder, des større er sandsynligheden for en effekt

Men der er en række forbehold at være opmærksom på med hensyn til grundlaget for disse konklusioner.

6.3 Dokumentationsgrundlaget

Alle gennemgåede studier er udenlandske, og man kan ikke vide, om resultaterne vil blive de samme herhjemme, hvis man importerer og implementerer de undersøgte koncepter til dansk almen praksis. Der kan være forhold i dansk »konsumtionskultur« (alkohol, tobak osv.) og kropskultur, og i læge-patient-forholdet, som influerer anderledes (positivt eller negativt) på virkningen af lægens livsstilsrådgivning.

Resultaterne fra de gennemgåede studier kan ikke uden videre overføres til – eller forventes at være reproducerbare i – rutinepraksis. Dette skyldes primært, at der i langt de fleste tilfælde er tale om *efficacy*-studier, som er foretaget under gunstige omstændigheder (stærkt selekterede patientpopulationer, velforberejede læger, assistance fra forskere til at gennemføre screening og konfirmerende kortlægningsinterview, motiverede patienter, motiverede læger). Kun få af forsøgene er gennemført som *effectiveness*-studier, dvs. under normale forhold i en travl almen praksis med akutpatienter, tidspres, umotiverede patienter osv.

6.3 Betydningen af anledningen til rådgivningen

Kun få af studierne (særligt dem på kostområdet) har beskæftiget sig med henvendelsesårsagsrelateret rådgivning (defineret som den rådgivning, der tager udgangspunkt i, at patientens problem/sygdom kan være forårsaget af vedkommendes livsstil, og hvor lægen derfor eksempelvis bringer patientens alkoholforbrug eller kost på bane). Disse studier og nogle af de gennemgåede meta-analyser og oversigtsartikler giver det indtryk, at positiv effekt af rådgivning er mere sandsynlig, når den relaterer sig til det problem, patienten præsenterer i almen praksis, end når den gives uden egentlig anledning eller som led i en screeningsundersøgelse.

6.5 Meta-analyserne og de systematiske oversigtsartikler

Litteraturgennemgangen har også medinddraget andres reviews om livsstilsrådgivning i almen praksis. Inklusionskriterierne for analyserne i disse oversigtsartikler har ikke været identiske med vores, hvorfor den dér reviewede originallitteratur kun delvis sammenfalder med vores. Analyserne bringer intet nyt til vores sammenfatning ovenfor.

6.6 Konklusion

Litteraturgennemgangen har ikke kunnet bidrage med klare svar på spørgsmålet om, hvorvidt og hvornår livsstilsrådgivning hos den alment praktiserende læge har effekt på patientens livsstil. Dertil er den foreliggende dokumentation for sparsom og usikker.

7 Diskussion

Hovedparten af forsøgene i litteraturgennemgangen er gennemført med patienter, der er rekrutteret gennem screening for risikofaktorer (fx alkoholstorforbrug, fysisk inaktivitet) og derefter inviteret til at deltage i et forsøg/modtage rådgivning. Og man kan ikke ekstrapolere resultater opnået i screeningsbaseret rådgivning til nødvendigvis også at gælde, når anledningen til rådgivningen er en anden. Effekten af patientefterspurgte rådgivning om livsstil kan antagelig være større, mens effekten sandsynligvis vil være mindre ved rådgivning, der gives uden anden anledning end dén, at patienten er i konsultationsværelset. Dette er dog ikke undersøgt i de inkluderede studier.

7.1 Fejlslutninger

Under alle omstændigheder ligner det en fejlslutning, når proponenter for rutinemæssig livsstilsrådgivning i almen praksis med henvisning til den videnskabelige litteratur argumenterer for, at folkesundheden vil øges, hvis lægen griber enhver lejlighed til at udspørge – og rådgive – patienten om dennes alkoholforbrug, motionsvaner osv. Den videnskabelige litteratur, som er gennemgået i de foregående kapitler, siger ikke noget definitivt om effekten af den livsstilsrådgivning, der afleveres uden egentlig anledning.

En anden nærliggende forestilling er, at dét, som virker på ét livsstilsområde, vel også må virke på de andre. Men vores litteraturgennemgang giver ikke anledning til en sådan konklusion. Men den dokumenterer på den anden side heller ikke, at det *ikke* forholder sig sådan.

Kostrådgivning er i de gennemgåede studier gennemgående belyst som en faktor til at påvirke kardiovaskulære problemer (og kan derfor betragtes som sekundærforebyggelse/behandling), mens rygning i studierne er et emne, der typisk tales med patienten om uden relation til sygdom (og kan derfor betragtes som primærforebyggelse). Rådene til alkoholstorforbrugeren er typisk at drikke mindre, mens rådet til rygeren lyder: Hold helt op! Hvis livsstilsrådgivning skal udbredes i almen praksis, er det derfor vigtigt at overveje, om og i givet fald hvordan de forskellige livsstilsområder skal gribes forskelligt an. Tiltag og samtalemeter og anledninger, som dokumenteres virkningsfulde på et af livsstilsområderne, vil ikke automatisk – eller ikke nødvendigvis – være det på de andre også. Og der er forskel på primærforebyggende og sekundærforebyggende rådgivning.

Man skal også huske på, at de opnåede resultater og effektstørrelser i de gennemgåede studier er fremkommet i projekter af tidsbegrænset varighed, hvor hver patient har fået én eller – som et led i et rådgivningsforløb – et lille antal anbefalinger og påmindelser fra sin læge om at ændre livsstil. En meta-analyse om virkningen af rygestoprådgivning i almen praksis konkluderer, at 2,5% flere vil holde op med at ryge, hvis lægen kort anbefaler og rådgiver patienten til at kvitte smøgerne, end hvis lægen ikke gør det (48). Dette tolkes ofte sådan, at så skal lægen bare gentage sine anbefalinger ved enhver given lejlighed. Men også dette er en fejlslutning – en fejlgeneralisering af meta-analysens resultat. Den udtaler sig om virkningen af kort rådgivning i et enkeltstående forløb (inden for de inkluderede forsøgs tidsmæssige rammer), ikke om virkningen af gentagen, tilbagevendende, uopfordret rådgivning.

Der er altså ikke dokumentation for, at gentagne opfordringer om at ændre livsstil øger sandsynligheden for, at dette så vil ske. Ingen af de inkluderede projekter har undersøgt virkningen af en sådan strategi.

7.2 Lægernes perspektiv

Litteraturgennemgangen har meget konventionelt beskæftiget sig snævert med *effekten* af rådgivning, målt som ændringer i forsøgspersonernes adfærd, subsidiært som ændringer i objektive mål som fx kolesterolniveau, GGT, vægt. Resultaterne kan næppe kaldes entydige eller ses som en uforbeholden opbakning til et bestemt koncept.

I det følgende *berøres* andre temaer, som ved siden af de kvantitative effektopgørelser burde inddrages i overvejelserne om, hvorvidt og hvordan livsstilsrådgivning skal implementeres i almen praksis.

Et af disse temaer er lægernes villighed til og muligheder for at gennemføre livsstilsrådgivning. Dette har ikke

været i fokus i nærværende litteraturgennemgang, men det fremgår dog i enkelte af de gennemgåede studier, at mange læger på forhånd har afslået at være med i forsøgene, eller at de er faldet fra undervejs.

I det hele taget kan der være mange grunde til, at alment praktiserende læger ikke ser dét at rådgive patienterne om deres livsstil som en opgave, de uden videre kan påtage sig, medmindre henvendelsesårsagen taler herfor. Hvis ideen er, at almen praksis skal screene alle patienter (måske endda jævnlige) for risikoadfærd og risikofaktorer og efterfølgende yde livsstilsrådgivning til de positivt screenede, så pålægges praksis en stor arbejdsbyrde – og nytten heraf kan betragtes som relativt begrænset. Vi har allerede i kapitel 2 omtalt en meta-analyse (10), som dokumenterer dette. I 8 randomiserede, kontrollerede forsøg med screening for alkoholstorforbrug og rådgivning om forbrugsreduktion sænkede kun 2,6 pr. 1000 screenede deres alkoholforbrug fra over til under genstandsgrænserne.

Forfatterne konkluderer, at selv om kort intervention kan gøre en forskel, så må der stilles spørgsmålstejn ved, om en universel screening for alkoholstorforbrug er en velegnet metode til at finde patienter, som den praktiserende læge skal rådgive om alkohol.

Også andre har på det seneste været kritiske over for ideen om universel screening for alkoholstorforbrug. I et britisk Delphi-studie (50) nåede et større panel bestående af ansatte i den primære sundhedstjeneste, alkoholbehandlere og forskere frem til bl.a. forslaget om, at man bør frafalde en tidligere stærkt markedsført anbefaling om at screene alle patienter for alkoholstorforbrug ved at sekretæren uddeler et spørgeskema ved patientens ankomst, og ved at lægen efterfølgende giver rådgivning til de positivt screenede. I stedet anbefaler panelet, at screening kan komme på tale ved nyregistrerede patienters første besøg i klinikken eller ved generelle helbredsundersøgelser eller ved særlige henvendelsesårsager.

Beich et al. (51) interviewede 24 danske alment praktiserende læger, som inden havde gennemført et 8-ugers forsøgsprojekt med screening og kort intervention over for alkoholstorforbrugere.⁷ De interviewede læger kunne ikke anbefale screening og kort rådgivning. Det var særligt screeningselementet, de ikke brød sig om. De fandt »at når screeningen sætter dagsordenen for konsultationen på forhånd, kom det ofte i konflikt med etablering af kontakt og lydhørhed, især med en del midaldrende og ældre patienter. Det havde været overraskende vanskeligt at sikre kompliance for rådgivningen om alkoholforbrug og få arrangeret en opfølgende konsultation. Screeningens beskrives som ufølsom over for henvendelsesårsagen, rådgivningsmetoderne kunne føles utilstrækkelige, og lægens egne holdninger kunne uhensigtsmæssigt komme til at skinne igennem rådgivningen.« (side 1987).

Forfatterne konkluderer bl.a. på den baggrund, at screening for excessivt alkoholforbrug og efterfølgende kort rådgivning måske skaber flere problemer, end det løser under dagligdags omstændigheder i almen praksis. I stedet peges på et behov for at få beskrevet og analyseret alternativer til systematisk screening, herunder lægelige anledninger til at bringe alkohol på bane i en konsultation på en måde, som respekterer patientens autonomi.

En lignende tilbageholdenhed i forhold til screening sås i en anden dansk undersøgelse (52), hvor 143 alment praktiserende læger blev bedt om at screene deres patienter for alkoholstorforbrug ved hjælp af AUDIT-skemaet. 81 af lægerne gav tilsagn om at ville bruge skemaet, men efter 20 arbejdsdage havde kun 38 brugt det – og de fleste af dem havde udleveret det til færre patienter og i en kortere periode end planlagt. Af disse 38 angav 14% efterfølgende i et spørgeskema, at de ville bruge screeningsinstrumentet til alle patienter også fremover, mens 42% ville bruge det kun ved mistanke om et stort alkoholforbrug. Blandt begrundelserne for ikke at ville bruge det nævntes primært, at det var for tidskrævende, og at det var usikkert, om patienterne ville være med til det.

En dansk undersøgelse (21) (omtalt i sammenfatningsafsnittet i kapitel 4) stiller spørgsmålstejn ved, om almen praksis skal udføre kostvejledning, selvom der i et forsøgsprojekt godt nok opnåedes gode resultater på højde med effekten hos diætister. Grunden til spørgsmålstejnet er en overvejelse om det hensigtsmæssige i, at læger bruge deres knappe tid på denne aktivitet – og måske dermed må undlade at gøre andet – når effektive alternativer i form af diætistvejledning er til rådighed i andre regi.

⁷ Forsøgets resultater er endnu ikke offentliggjort. Screening gennemførtes over for alle patienter ved hjælp af AUDIT-skemaet. Et positivt screeningsresultat efterfulgtes af en konfirmerende kortlægningsamtale og en kortvarig rådgivning, som typisk bl.a. inkluderede feedback på nuværende alkoholvaner, information om sundhedsrisici ved stort alkoholforbrug og fordele ved et begrænset forbrug, samt opfordring til at drikke mindre.

En spørgeskemaundersøgelse (53) i dansk almen praksis stillede bl.a. dette spørgsmål til 800 læger: »Hvad er barriererne i forhold til forebyggelse af overvægt i din praksis?« Ganske vist var svarprocenten kun 38, hvorfor svarfordelingen skal tages med mange forbehold. Men de afgivne svar kan dog give et *indtryk* af, hvordan lægerne selv opfatter mulighederne for en sådan forebyggelse. Svarene fordelte sig således: Resultaterne står ikke mål med indsatsen (84% svarede ja hertil); Patienterne mangler motivation (81%); Der mangler henvisningsmuligheder (58%); Indsatsen er for tidskrævende (44%); Jeg mangler gode patientrettede info-materialer (43%); Det økonomiske incitament mangler (37%). Og længere nede på listen: Det er vanskeligt at tale med patienten om emnet (17%).

Ved siden af de her nævnte barrierer bliver også etiske overvejelser nogle gange bragt på bane. Af en interviewundersøgelse med danske læger, som deltog i et projekt om sundhedsfremme, fremgår det, at der hos nogle af dem var en vis skepsis angående effekten af livsstilsrådgivning. Bl.a. oplevede de ofte en manglende interesse hos patienterne for at ændre adfærd, og de var ikke overbeviste om deres egne evner. Men ligegyldigt hvad, så fandt nogle af dem, at der var etiske problemer i at blande sig i patienternes måde at leve deres liv på (54). At lægen eventuelt *kan* (dvs. har færdigheder i og tid til at) rådgive patienterne om deres livsstil, det er altså ikke for alle læger også ensbetydende med, at lægen *skal* gøre det.

I øvrigt var de nævnte interviews et følgeprojekt til Ebeltoft-undersøgelsen (55), som undersøgte effekten af generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler hos personer i 30-50 års alderen. Alle personer, som gennem den initiale, generelle helbredsundersøgelse fik målt forhøjet risiko for kardiovaskulær sygdom, fik umiddelbart efter brev fra lægen med råd om livsstilsændringer. Desuden fik alle tilbud om yderligere systematiske helbredsundersøgelser efter 1 og 5 år. Derudover fik nogle af deltagerne tilbudt årlige helbredssamtaler à 30-45 minutters varighed med egen læge. Tilslutningen til disse samtaler faldt fra 97% det første år til henholdsvis 36%, 17%, 15%, 9% og 7% de følgende år. Ved 5 års follow-up konkluderes det, at helbredssamtalerne tilsyneladende ikke havde en selvstændig effekt.

7.3 Patientperspektivet

Den alment praktiserende læges benyttelse af »livsstilssamtale« over for patienterne ses nogle gange fremstillet som helt uproblematisk og som noget »naturligt«. Fortalerne herfor henviser gerne til spørgeskemaundersøgelser, hvor befolkningen angiver, at det er lægens ret og pligt at bringe patientens livsstil på bane, og at patienterne ikke har noget imod det.⁸ Men en del kvalitative studier peger på, at billedet ikke er så entydigt.

Et eksempel: En engelsk undersøgelse, hvori 130 mødre fra lavere sociale lag indgik som respondenter, kombineredes spørgeskemaer med interviews (57). Overordnet mente patienterne, at lægen godt nok må – og bør – være interesseret i patientens vægt, rygning, alkohol og motion, men at en sådan interesse og fokus på livsstil skal være inden for visse rammer. Undersøgelsen viste, at livsstilsrådgivning kun var acceptabelt for 41% af respondenterne, hvis emnet var direkte relateret til det aktuelle problem, eller hvis lægen var virkeligt bekymret for patientens helbredstilstand. Ellers kunne rådgivningen ikke accepteres. De praktiske implikationer af dette studie er, at lægerne ikke bør tage patienternes villighed og accept af rådgivningen for givet, men må klarlægge og forholde sig til deres forventninger, interesse og modtagelighed.

Forfatterne understreger, at de kvantitative resultater fra deres undersøgelse, som antydede en ukritisk opbakning til lægernes interesse i patienternes livsstil, blev nuanceret gennem de kvalitative resultater. Dette, mener de, bør ses som en advarsel til begejstrede fortalere for livsstilsintervention.

I en anden engelsk undersøgelse (58), som var en opfølgning på et interventionsstudie i almen praksis, interviewedes 42 patienter (10 som var ophørt med at ryge, 32 stadig rygere). Den viste bl.a., at mange af de patienter, som ikke var parate til at holde op med at ryge, reagerede negativt på lægens anbefalinger om rygestop. De følte sig skyldige og blev irriterede. Nogle af de interviewede mente, at rygestoprådgivning uden relation til henvendelsesårsag kan have den negative effekt, at nogle patienter holder sig væk fra lægen – også når der reelt opstår behov for hjælp – fordi påpegning af rygning som en risikoadfærd giver patienterne dårlig samvittighed. To af dem fortalte, at de selv havde sat deres helbred på spil ved at undlade at gå til lægen, fordi de var bange for, at han igen ville snakke med dem om at holde op med at ryge. Forfatterne nævner på

⁸ Fx har man i en dansk spørgeskemaundersøgelse fra 2004 spurgt 4577 respondenter (rygere såvel som ikke-rygere): »Hvordan vil du opfatte det, hvis din læge i forbindelse med en almindelig konsultation spørger til dine rygevaner – uden at du selv har bragt det på bane?« 73% svarer ja til svarkategorien: Jeg ville finde det helt naturligt. Tilsvarende markerer 5%: Ville afhænge af, om symptomerne har relation til rygning. 4% synes ikke, lægen skal blande sig; og 16% erklærer sig ligeglade (56).

den baggrund, at læger ikke bør forvente, at en evig gentagelse af opfordringer til rygeophør over for alle rygere vil være hensigtsmæssig.

Hvordan danske patienter forholder sig til uopfordrede og gentagne påmindelser om egne dårlige vaner, ved vi ikke.

7.4 Hvad er rådgivning?

I det hele taget bør man måske overveje, hvad rådgivning (»livsstilssamtale«) egentlig er for en aktivitet, og hvad den skal indeholde.

I mange af de rådgivningskonsultationer, som gennemførtes i forsøgene i litteraturgennemgangen, var det lægens opgave at være den, der (uopfordret) giver råd til en patient. Lægen var den bedrevende, og patienten blev sat i en passiv modtagerrolle. Lægen har fx skullet fortælle om risikoen ved et højt alkoholforbrug og har skullet anbefale patienten at drikke mindre.

Et par forhold omkring en sådan rådgivning kalder på overvejelser. Rollnick et al. (59) gør opmærksom på, at ikke-efterspurgt rådgivning om sundhedsadfærd kan tages ilde op af patienterne, eller kan i værste fald være skadelig ved at befæste en følelse af hjælpeløshed og skabe modstand mod en senere adfærdsændring. Endvidere nævner de, at *råd-givning* med sigte på at skabe adfærdsændring kan reducere patienten til en passiv modtager af »ekspertise«; og dette er uheldigt, fordi effektiv beslutningstagning er en aktiv proces, særligt når det handler om at foretage ændringer i ens livsstil.

De skriver videre: »Hvis rådgivning afleveres i tidspressede konsultationer, kan den ske på bekostning af en adækvat håndtering af patientens dagsorden. (s. 366). Lægerne har travlt med andet end det, patienten præsenterer i konsultationen. Det fremmer næppe patientens lydhørhed.

Og: »Det er vores hypotese, at rådgivning i sin natur får mange patienter til at føle, at deres autonomi er truet« (ibid.). Det er ikke svært at forestille sig, at patienten dermed vil reagere imod det – også selv om rådet måske er fornuftigt nok. Modstandsreaktioner hos patienten bremser den indsigt og den motivation til adfærdsændring, som rådgiveren ellers tilstræber.

For lægen kan det måske også være svært at retfærdiggøre rådgivning om forbrugsreduktion, når patienten ikke har alkoholrelaterede problemer, skriver Rollnick og kollegaer. Dette vil være vilkåret, når alkoholrådgivning skal være en primærforebyggende aktivitet og finde sted uden relation til det problem, som patienten præsenterer i konsultationen.

Alkoholområdet adskiller sig måske ikke væsentligt fra de andre livsstilsområder, hvad dette angår. Man kan tænke sig, at praktiserende læger vil finde det mere naturligt at snakke livsstil med patienten, når denne er kommet med et problem, hvor alkohol-, kost-, motions- og rygevaner kan spille en rolle.

I de senere år har »Motivationssamtalen« fået øget opmærksomhed som en metode til at snakke med patienter om ændring af adfærd. Bl.a. har Dansk Selskab for Almen Medicin udarbejdet en klinisk vejledning til de alment praktiserende læger (60). Motivationssamtalen kan beskrives som en patientcenteret samtalestil og nogle strategier, som hjælper patienten med dennes overvejelser om eventuel adfærdsændring. Lægen undgår at være autoritær, paternalistisk og moraliserende, og kommunikationen med patienten foregår i stedet for på mere lige fod som mellem to partnere. Samtalen er præget mere af støtte end af overtalelse og argumentation. Der foregår en informationsudveksling, og lægen er ikke belærende eller pådutter patienten bestemte forslag, men udforsker og bringer patientens viden og opfattelser frem under samtalen og søger at fremkalde patientens motivation. Ansvar for ændring ligger ikke hos lægen, men hos patienten; der er med andre ord respekt for patientens autonomi. Hvis motivationssamtalen gennemføres dygtigt, er det patienten snarere end lægen som fremsætter argumenter for at ændre adfærd.

Nogle af de inkluderede studier i nærværende litteraturgennemgang har beskæftiget sig med interventioner, hvor rådgiveren har skullet tilpasse sin rådgivning til patientens aktuelle motivation for adfærdsændring, og et enkelt studie (37) sammenlignede *motivational consulting* med en meget kort, standardiseret opfordring til rygeophør. Resultaterne herfra giver dog ikke grundlag for at vurdere effekten af motivationssamtalen.

I en dansk undersøgelse (61) har man undersøgt effekten af at undervise alment praktiserende læger i »den motiverende samtale«. En gruppe læger blev på 1½ dag undervist i brugen af denne samtaleform, mens en anden ikke gjorde. Effekten af denne undervisning blev bl.a. målt på forskellen på de to gruppers selv-rapporterede konsultationsadfærd over for patienter med type-2 diabetes, på patienternes parathed til at ændre adfærd, og på patienternes faktiske adfærdsændring. Undervisningen havde effekt på konsultationsadfærden. Desuden dokumenteredes efter 1 år en statistisk signifikant, men lille, effekt af motivationssamtalen på patienternes *overvejelser* og *parathed* til at ændre adfærd. Derimod var der ingen effekt på den konkrete livsstil i form af fx rygestop. Der var heller ikke målelig effekt på risikoprofilen efter 1 år hos screenede nydiagnosticerede type-2 diabetes-patienter. Forfatterens forklaring på fraværet af effekt på de sidstnævnte parametre er, at undersøgelsen måske var for kortvarig.

7.5 Mangelfuld dokumentation og behov for udviklingsarbejde

Hvor står vi så, når det samlede regnestykke skal gøres op? Der er en sparsom viden at holde sig til for dem, som skal træffe beslutninger om evt. at promovere livsstilsrådgivning som en rutineaktivitet i dansk almen praksis. Den foreliggende dokumentation peger ikke i den retning. Eller man kan sige, at den foreliggende dokumentation ikke peger i nogen retning. Det er beklageligvis nemmere at nævne, hvad vi *ikke* ved på dette felt, end hvad vi ved.

Resultatgennemgangen og den efterfølgende diskussion er præget af usikkerheder, utilstrækkeligt datagrundlag og forbehold. Med disse begrænsninger og mangel på klare resultater bliver det særligt problematisk, at der ikke er nok danske undersøgelser. Det er svært at applicere udenlandsk evidens på danske forhold, når den »medicinske teknologi« er livsstilsrådgivning. Det ville straks være nemmere at generalisere og overføre resultater fra undersøgelser om effekten af nye medicinske behandlinger, nye kirurgiske indgreb osv. Livsstilsrådgivning er samtale og kommunikation mellem læge og patient om måske ømtålelige emner, og her spiller nationale og kulturelle særpræg en betydelig rolle.

Inden almen praksis pålægges – eller påtager sig – at være medspiller i forebyggelsen af livsstilssygdomme igennem livsstilsrådgivning (»livsstilsamtaler«) til alle patienter, så synes der at være behov for et større udviklingsarbejde, hvor man på forsøgsbasis afprøver, evaluerer og justerer forskellige metoder og modeller. I en sådan udviklings- og afprøvningsfase bør kvantitative effekt-beregninger suppleres med procesevalueringer og kvalitative undersøgelser af lægernes erfaringer og muligheder og ikke mindst af patientperspektivet og læge-patient forholdet.

Bilagsmateriale

Bilag A Søgeprofil

Søgeprofil – Livsstilssamtale i almen praksis

Database eller tidsskrift	Emneord
MEDLINE/PubMed Medicinsk bibliografisk database med ca. 4.600 indekserede tidsskrifter og godt 14 millioner referencer. Indeholder bredt område indenfor medicin, farmakologi og sygepleje. I mindre omfang psykologi. Online fra 1966.	General practice OR family practice AND lifestyle modification, brief intervention, lifestyle intervention, lifestyle recommendation, lifestyle advice, smoking cessation, health care advice, dietary advice, nutritional advice, health dialogue, health promotion, behaviour modification, eating behaviour, prevention counselling, alcohol, weight, diet, smoke, exercise AND (advice, counselling OR intervention). Limits: human and no dental.
REX Det kongelige Biblioteks online katalog med bøger, tidsskrifter, elektroniske ressourcer og fagbibliografier.	Livsstilssamtale, motivationssamtale.
ISI web of Science Giver adgang til 8.700 tidsskrifter af multi disciplinær genre i fuldt tekst format.	General practice AND brief intervention, prevention counselling, lifestyle advice, smoking cessation, alcohol.
ScienceDirect Verdens største elektroniske samling af videnskabelige, tekniske og medicinske fuldt tekst og bibliografisk information.	General practice AND brief advice, brief intervention, counselling, health counselling, lifestyle advice, dietary advice, smoking cessation, motivational interviewing, alcohol, nutrition, exercise.
SwetsWise Giver adgang til dels indholdsfortegnelser og abstracts i ca. 16.000 tidsskrifter f.eks. fra forlagene Blackwell Publishers, Oxford University Press, Kluwer og Springer.	General practice AND brief advice, brief intervention, counselling, health counselling, lifestyle advice, dietary advice, smoking cessation, motivational interviewing, alcohol, nutrition, exercise.
CINAHL Giver adgang til tidsskrifter på engelsk om sygepleje og 17 beslægtede sundhedsdiscipliner.	General practice AND brief intervention, brief advice, lifestyle advice, smoking cessation, alcohol, anti smoking advice, health promotion, health invention, prevention counselling, dietary advice, nutrition. Limits: (in abstract).
Psycinfo Indeholder henvisninger og resumerer tidsskriftsartikler, bøger, afhandlinger alle under feltet psykologi eller relaterede discipliner så som medicin, sygepleje, psykiatri, sociologi, uddannelse, farmakologi, fysiologi, antropologi etc. Mere end 80.000 referencer i 1900 tidsskrifter fra 1887 til nutid.	General practice AND brief intervention, brief advice, lifestyle advice, smoking cessation, anti smoking advice, health promotion, health invention, prevention counselling, dietary advice, nutrition, alcohol.
Cochrane Library Database med gennemgang af effekten af interventioner indenfor primært den lægelige del af sundhedssektoren. Publicerer kvartalsvis systematiske gennemgang af videnskabelige artikler. Cochrane Collaboration blev funderet i 1993.	General practice AND brief intervention, brief advice, lifestyle advice, smoking cessation, anti smoking advice, health promotion, dietary advice, alcohol, prevention counselling.
Månedsskriftet for praktisk lægegering. CD rom 1999-juni 2004.	Håndøgning.
Google Forbindelse til over 3 milliarder web sider. Anvendt for at afdække omfanget af danske befolkningsundersøgelser.	Kort intervention, livsstilssamtale, kostvejledning i almen praksis, motion, alkohol, rygestop i almen praksis.

De valgte referencer har relation til emnerne: kost, rygning, motion og overvægt.

Fravalgt: respons og breve på de fundne artikler.

Den primære hensigt med litteratursøgningen har været livsstilssamtalens anvendelse i almen praksis. Under søgningen er fremkommet referencer om, hvorledes livsstilssamtalen er implementeret i almen praksis, og i enkelte tilfælde hvilke barrierer der har været ved denne implementering.

Bilag B Alkohol

Undersøgelse	Heather et al. 1987 (62)
Land	UK
Rekruttering og population	18-65-årige patienter screenedes ved hjælp af spørgeskema uddelt og udfyldt i venteværelset Patienter med storforbrug (mænd: ≥ 280 gram alkohol/uge, kvinder: ≥ 160 g), mistanke om storforbrug eller mindre alkoholproblemer inviteredes til at deltage i et forskningsprojekt. 104 patienter randomiseredes til 3 grupper. (I alle grupper udtoges blodprøve og gennemførtes kortlægningsinterview med forsker) N=104
Design og kvalitet	RCT. Blinding
Aktører	Egen læge
Intervention	A: Pt. anmodedes om at udfylde en drikke dagbog og fik feedback herpå ved næste aftalte konsultation 2 uger senere sammen med feedback på blodprøven. Rådgivning om forbrugsreduktion. Udløring af selvhjælpspejle. Opstilling af handlingsplan. Yderligere konsultationer mulige B: Patienten informeredes om risikoen ved sit forbrug og opfordres til at skære ned C: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret, suppleret af oplysninger fra familiemedlemmer) GGT og MCV
Follow-up	6 mdr. Rate: 87,5%
Resultater	Moderat forbrugssækning, men ingen signifikante forskelle mellem grupperne. Ingen forskel i GGT og MCV
Bemærkninger	Nogle patienter i gruppe B og C diskuterede eget alkoholforbrug med lægen i follow-up perioden Det er ikke oplyst, hvor mange der inviteredes til og gennemgik screening

Undersøgelse	Wallace et al. 1988 (2)
Land	UK
Rekruttering og population	Screening via spørgeskema (enten sendt til patienter på listen eller udløvet ved besøg i klinikken). Identificerede/formodede storforbrugere ($\geq 280/160$ gram alkohol/uge for mænd/kvinder) inviteredes til et »livsstils- og helbredsinterview« med en forsknings-sygeplejerske Udtag af blodprøve. Patienter, som randomiseredes til interventionsgruppen blev herefter kontaktet af lægen og inviteret til et kort interview med forsker N=909
Design og kvalitet	RCT. Blinding. ITT-analyse
Aktører	Egen læge
Intervention	A: 10 minutters konsultation med lægen, som gav feedback på kortlægningen og GGT og MCV, informerede om risici ved storforbrug og fordele ved at drikke mindre, sammenlignede pt's forbrug med befolkningens, anbefalede at sænke forbruget til under 18/9 units à 8 gram pr. uge (mænd/kvinder), uddelte selvhjælpspejle om at reducere forbrug. Tilbud om opfølgende konsultationer B: Vanlig behandling. (Fik kun alkoholrådgivning efter egen anmodning)
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret ugentligt forbrug) GGT
Follow-up	6 og 12 mdr. Rate: 85%, 82%
Resultater	Lavere antal storforbrugere i gruppe A ved 6 og 12 mdr. ift. baseline Lavere gennemsnitligt ugentligt forbrug i A end i B ved 6 og 12 mdr. hos mændene og ved 12 mdr. hos kvinderne Større fald i mænds GGT i A end i B
Bemærkninger	Den største effekt sås hos dem, der havde haft flest rådgivningskonsultationer. Ikke oplyst, hvor mange der inviteredes til eller gennemgik screening

Undersøgelse	Scott & Anderson 1990 (63)
Land	UK
Rekruttering og population	Screening af kvinder for storforbrug (>210 gram alkohol/uge) gennem generelt sundhedsspørgeskema enten sendt til alle 17-69-årige ptt. tilmeldt to af de deltagende praksis eller uddelt i forb.m. konsultationer i de øvrige 6 praksis. 352 positivt screenede inviteredes til et kortlægningsinterview med en forsker (foregik i lægens praksis); 47% mødte op. Storforbrugere randomiseredes N=72
Design og kvalitet	RCT (randomisering på patient-niveau). ITT-analyse. Blinding
Aktører	Egen læge
Intervention	A: 10 minutters konsultation med lægen, som gav feedback på kortlægningen og GGT og MCV, informerede om risici ved storforbrug og fordele ved at drikke mindre, sammenlignede pt.s forbrug med befolkningens, anbefalede at sænke forbruget til under 140 gram pr. uge, uddelte selvhjælpspejle om at reducere forbrug B: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Selvrapporteret alkoholforbrug Kliniske parametre (biomarkører)
Follow-up	12. mdr. Rate: 69,4%
Resultater	Et signifikant fald i alkoholforbrug i begge grupper, men ingen forskel mellem grupperne. Ingen effekt på kliniske parametre
Bemærkninger	De 8 deltagende praksis var udvalgt ud fra deres erklærede interesse i alkoholforskning

Undersøgelse	Anderson & Scott 1992 (3)
Land	UK
Rekruttering og population	Screening af mænd for storforbrug (>350 gram alkohol/uge) gennem generelt sundhedsspørgeskema enten sendt til alle 17-69-årige ptt. tilmeldt to af de deltagende praksis eller uddelt i forb.m. konsultationer i de øvrige 6 praksis. 419 positivt screenede inviteredes til et kortlægningsinterview med en forsker (foregik i lægens praksis); 49% mødte op. Storforbrugere randomiseredes N=154
Design og kvalitet	RCT (randomisering på patient-niveau), ITT-analyse. Blinding
Aktører	Egen læge
Intervention	Som Scott & Andersson 1990
Effekt-parameter	Selvrapporteret alkoholforbrug Kliniske parametre (biomarkører)
Follow-up	12 mdr. Rate: 64,9%
Resultater	Interventionsgruppens gennemsnitlige ugentlige alkoholforbrug faldt 65g mere end kontrolgruppens. 18% af mændene i int.gruppen havde sænket deres forbrug til under 220 gram alkohol pr. uge, mod kun 5% i kontrolgruppen. 22,5% i int.gruppen drak efter 1 år fortsat ≥ 140 g ved to eller flere lejligheder inden for de seneste 3 mdr., mod 39,2% i kontrolgruppen Ingen effekt på psykologiske scorer, laboratorietests eller brug af sundhedsydelse
Bemærkninger	De 8 deltagende praksis var udvalgt ud fra deres erklærede interesse i alkoholforskning

Undersøgelse	Seppä 1992 (64)
Land	Finland
Rekruttering og population	300 nye patienter med forhøjet MCV ≥ 100 fl informeredes pr. brev om dette testresultat og inviteredes samtidig til konsultation. Ved denne screenedes patienter for alkoholmisbrug ved hjælp af spørgeskema. Efter en indledende rådgivning blev misbrugerne randomiseret. 140 mænd og 38 kvinder deltog N=178
Design og kvalitet	RCT
Aktører	Praktiserende læger
Intervention	A: Korte rådgivningskonsultationer stipuleret hver 3. måned. Indhold: udspørgning om alkoholforbrug; information om blodprøverne; opmuntring til at drikke mindre B: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret) MCV
Follow-up	12 mdr. Rate: 53%
Resultater	Ingen påvist effekt
Bemærkninger	Stort bortfald. Ved follow-up deltog kun 26% af kvinderne og 51% af mændene fra interventionsgruppen; fra kontrolgruppen henholdsvis 53% og 65%

Undersøgelse	Richmond et al. 1995 (65)
Land	Australien
Rekruttering og population	14.725 18-70-årige patienter inviteredes til at besvare screeningsspørgeskema i venteværelset. 13.017 (88,4%) udfyldte skemaet 713 af de identificerede storforbrugere (>350/>210 gram alkohol pr uge for mænd/kvinder) inviteredes herefter til at deltage i et forskningsprojekt om livsstil; 65,5% accepterede og blev herefter interviewet af en forskningsassistent for kortlægning af alkoholvaner m.v. N=378
Design og kvalitet	Kontrolleret forsøg med fordeling af patienter til interventionsgrupper i ugentlige blokke. Rækkefølgen af blokke randomiseret for den enkelte læge. ITT-analyse for nogle parametre. Blinding
Aktører	Egen læge
Intervention	A: 5 konsultationer: 1) 5 min.: Diskussion af spørgeskemasvarene. Blodprøve. Udlævering af selvhjælps-manual med bl.a. drikke dagbog. Opfordring til at komme igen en uge senere 2) 15-20 min. Patientuddannelse gennem information og bevidstgørelse om risikoforbrug og -situationer, rådgivning, motivationel interviewing m.v. 3-5) feedback, opmuntring, nye målsætninger (3. kons. varede 5-25 min, 4. og 5. kons. højst 5 min.) B: 5-minutters rådgivning hos læge om reduktion af forbrug og risici + en selvhjælps-manual. Blodprøve. Diskussion af spørgeskemasvarene C: Diskussion af spørgeskemasvarene. Blodprøve D: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret) Alkoholrelaterede problemer
Follow-up	6, 12 mdr. Rate: 73% ved 6 mdr.; 69% ved 12 mdr.
Resultater	Ingen forbrugsreducerende effekt i eller mellem grupperne Større reduktion i alkoholrelaterede problemer ved 6 mdr., men ikke ved 12 mdr. i gr. A
Bemærkninger	Senere drop-outs adskilte sig ved før-målingen signifikant fra de øvrige: de drak mere, var yngre, havde dårlige uddannelse, motionerede mindre, og der var flere rygere

Undersøgelse	McIntosh et al. 1997 (66)
Land	Canada
Rekruttering og population	1420 patienter over 15 år fik og udfyldte i klinikken et screeningsspørgeskema. De 265 positivt screenede (≥ 1 positive svar på CAGE eller drukket ≥ 4 genstande på en enkelt dag inden for seneste 4 uger) blev efterfølgende telefonisk opfordret til at komme til alkoholkonsultation. 180 indvilgede, og 159 (60%) mødte op til interview med forsker (kortlægning af patientens livsstil og alkoholforbrugsmønster m.v.) N=159
Design og kvalitet	RCT. ITT-analyse
Aktører	Egen læge og konsultationssygeplejerske
Intervention	A: Rådgivning fra egen læge. Med udgangspunkt i kortlægningen gaves info om genstande, fornuftige drikkevaner, undgåelse af risikosituationer, sammenhæng mellem alkohol og sundhedsproblemer, hjælp til pt. til at forstå alkoholens funktion i dagligdagen, drøftelse af handlingsplan og strategier til at nå stillede mål, instruktion i at føre drikke dagbog. Udlevering af pjecer. Tilbud om ny kons. 14 dage senere. Begge konsultationer 30 minutter B: Samme som A, men gennemført af sygeplejerske C: 5 minutters rådgivning fra egen læge. Med udgangspunkt i kortlægningen gaves info om genstande, fornuftige drikkevaner, undgåelse af risikosituationer, sammenhæng mellem alkohol og sundhedsproblemer
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret)
Follow-up	3, 6 og 9 mdr. Rate: henh. 99%, 93% og 90%
Resultater	Ingen forskelle mellem grupperne. Dog et signifikant fald i ugentlig forbrugsmængde ved 12 mdr. i hele forsøgspopulationen
Bemærkninger	Ingen forskel på effekten af intervention fra læge eller fra sygeplejerske

Undersøgelse	Burge et al. 1997 (67)
Land	USA, Texas
Rekruttering og population	Screening for alkoholmisbrug gennem interviews af ≥ 18 årige i venteværelset. 326 af af 4014 screenet positive. 47 nægtede videre deltagelse, og 37 andre blev ekskluderet af studiet af andre sproglige grunde. 42 læger deltog N=242
Design og kvalitet	RCT. Blinding. Delvis ITT-analyse; kun patienter, som gennemførte begge follow-ups inkluderet i analysen
Aktører	Egen læge
Intervention	A: Kort intervention (10-15 min.) i henhold til standardiseret protokol B: Terapi: 6 gange à 90 min. C: A+B D: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Selvrapporteret alkoholforbrug Psykosociale problemer MCV, GGT og andre »levertal«
Follow-up	12 og 18 mdr. Rate: 72%
Resultater	Signifikante forbedringer i alle 4 forsøgsgrupper, men ingen signifikante forskelle mellem dem
Bemærkninger	Forfatterne peger på, at de grundige baseline- og follow-up målinger (45 minutters interview og blodprøvetagning) kan have virket som en intervention også i kontrolgruppen

Undersøgelse	Fleming et al. 1997 (Project TrEAT) (I)
Land	USA
Rekruttering og population	20.339 18-65-årige patienter inviteredes til screening for alkoholstorforbrug eller -problemer (forbrug på $>168/>132$ g alkohol pr. uge for mænd/kvinder, ≥ 2 positive svar på CAGE, ≥ 5 genstande pr. gang 4 eller flere gange i seneste 3 måneder) gennem spørgeskema uddelt og udfyldt i venteværelset. 87% besvarede skemaet. 2925 positivt screenede kontaktes efterfølgende telefonisk af forsker med invitation til kortlægningsinterview (30 min.), som 1705 mødte op til. Af disse kunne 774 indgå i forsøget og randomiseredes til intervention og kontrol N=774
Design og kvalitet	RCT. Blinding. ITT-analyse
Aktører	Egen læge + praksissygeplejerske
Intervention	A: To 15-minutters konsultationer med egen læge med en måneds mellemrum. To opfølgningstelefonopkald fra praksissygeplejersken 14 dage efter hver konsultation. Selvhjælpsmateriale: arbejdsbog med info om forekomsten af problematiske alkoholvaner, om skadelige virkninger af alkohol, om drikkeanledninger (<i>drinking cues</i>), et beslutningsforslag (<i>a drinking agreement in the form of a prescription</i>) og skemaer til at udfylde en drikke dagbog B: Skriftligt materiale om sundhed. Follow-up interview med forsker (angiveligt om sundhed) ved 6 mdr. Ellers vanlig behandling
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret, suppleret ved 12 mdr. med oplysninger fra familiemedlemmer) Brug af sundhedssektor, forandring i sundhedstilstand
Follow-up	6, 12 mdr. Rate: 93% ved 12 mdr.
Resultater	Forbrugsfald i gruppe A på 40% ved både 6 mdr. og 12 mdr., mod henholdsvis 21% og 18% i gruppe B. Et signifikant fald i antal episoder med <i>binge drinking</i> ($>4-5$ genstande pr. gang) i seneste 30 dage i begge grupper, men større i gruppe A. (46% ved 12 mdr.) end i gruppe B (21%) Ingen effekt på skadestuebesøg eller generel sundhedsvurdering, men mændene i gruppe A havde færre hospitalssengedage end i gruppe B
Bemærkninger	Patienterne fik \$50, hvis de gennemførte hele forsøgsproceduren. Lægen eller lægepraksis fik \$300 for at medvirke

Undersøgelse	Córdoba 1998 (68)
Land	Spanien
Rekruttering og population	Patienter screenedes via et livsstilsspørgeskema for alkoholstorforbrug. 546 mandlige patienter 14-50 år indgik i interventions- eller kontrolgruppe N=546
Design og kvalitet	RCT (randomisering på praksisniveau)
Aktører	Praktiserende læge (egen læge?)
Intervention	A: (kort intervention): Indledende konsultation af ca. 15 minutters varighed. En terapi af kognitiv-adfærdsmæssig type, bestående af følgende elementer: a) kvantificering af alkoholforbruget via spørgeskema, b) et spørgeskema om livsstil, c) information om risici og om sikre forbrugsniveauer, d) udlevering af selvhjælps-pjece med bl.a. drikke dagbogsskema, e) opstilling af individuel målsætning, f) tilbud om opfølgningskonsultationer (uden fastlæggelse af tidspunkt) B: (enkel rådgivning): Varighed ca. 5 min. Elementerne a), b) og c) som i interventionsgruppen
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret)
Follow-up	12 mdr. Rate: 42%
Resultater	Større forbrugsnedgang i gruppe A end i gruppe B: 67% i A drak efter 12 mdr. mindre end forbrugsgrænserne, mod 44% i gruppe B. Ugentligt forbrug faldt 52% i A og 32% i B
Bemærkninger	Af de 328 oprindeligt rekrutterede læger fuldførte kun 22,5%. Og af 74 oprindeligt rekrutterede. praksis/lægehuse gennemførte kun 44,6% det fulde projektforløb. Follow-up interviews gennemførtes af egen læge

Undersøgelse	Fleming et al. 1999 (Projekt TrEAT) (69)
Land	USA
Rekruttering og population	65+-årige patienter screenedes for alkoholstorforbrug eller -problemer (forbrug på >132/>96 g alkohol pr. uge for mænd/kvinder, ≥2 positive svar på CAGE, <i>binge-drinking</i> : ≥4 genstande pr. gang 2 eller flere gange i seneste 3 måneder) gennem spørgeskema uddelt og udfyldt i venteværelset. 656 positivt screenede kontaktes efterfølgende telefonisk af forsker med invitation til kortlægnings-interview (30 min.), som 396 mødte op til. Af disse kunne 158 indgå i forsøget og randomiseredes til intervention og kontrol N=158
Design og kvalitet	RCT. Blinding. ITT-analyse
Aktører	Egen læge + praksissygeplejerske
Intervention	A: Som Fleming et al. 1997 B: Som Fleming et al. 1997
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret, suppleret ved 12 mdr. med oplysninger fra familiemedlemmer) Ulykker
Follow-up	3, 6, og 12 mdr. Rate: 93%, 91% og 92%
Resultater	Størst fald (40%) i alkoholforbrug i interventionsgruppen mod kun 6% i kontrolgr. Ved 12 mdr. var forbrugsfaldet ca. 5 drinks pr. uge (36%), henh. gns. ca. 1 genstand pr. uge. Antal personer, som drak mere end 20/13 genstande i seneste uge faldt 50% i interv.gr., men steg i kontrolgruppen. Det gennemsnitlige antal <i>binge drinking</i> -episoder i seneste måned faldt 46% i interv.gr. men steg 29% i kontrolgruppen Ingen ændringer/forskelle i ulykker
Bemærkninger	Af de patienter, som efter et positivt screeningsresultat oprindeligt accepterede at deltage i projektet, afsløg 23% i senere stadier at deltage Patienterne blev betalt \$70 for at gennemføre de nødvendige procedurer. Lægerne fik \$250 for at deltage

Undersøgelse	Ockene et al. 1999 (4)
Land	USA
Rekruttering og population	9.772 21-70 årige patienter screenedes for risikoforbrug af alkohol (>12/9 genstande pr. uge for mænd/kvinder) eller <i>binge-drinking</i> (5+/4+ genstande pr. gang mindst én gang i foregående måned). Screeningen foretoges af forskningsassistenter gennem telefon, postspørgeskema eller ved besøg i klinikken. 1.760 positivt screenede inviteredes til et 20-35 minutters livsstilsinterview med forsker. Efter dette interview var 703 personer egnede til at indgå i projektet, som angiveligt skulle handle om sundhedsvaner. 22% af disse havde ikke aftaler med lægen de næste 6 måneder og indgik derfor ikke i forsøget. N=530
Design og kvalitet	RCT (randomisering på praksisniveau). Blinding. ITT-analyse
Aktører	Praktiserende læge og praksissygeplejerske
Intervention	A: 5-10 minutters patientcentreret rådgivning med opfordring til opfølgende konsultation. B: Vanlig behandling + skriftligt materiale om generel sundhed
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret, suppleret med andres vurdering)
Follow-up	6 mdr. Rate: 91%
Resultater	Større forbrugsfald i A (5,8 genstande pr. uge) end i B (3,4 gns.). Gennemsnitsforbruget for gruppe A faldt 1,2 genstand pr. uge mere end i gruppe B Ingen forskel i <i>binge-drinking</i> -episoder
Bemærkninger	Interventionen foregik i forb.m. en almindelig konsultation (men patienten var screenet gennem aktiviteter uden for praksis)

Undersøgelse	Fleming et al. 2000 (Project TrEAT) (70)
Land	USA
Rekruttering og population	Som Fleming et al. 1997
Design og kvalitet	Som Fleming et al. 1997
Aktører	Som Fleming et al. 1997
Intervention	Som Fleming et al. 1997
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret, suppleret ved 12 mdr. med oplysninger fra familiemedlemmer) Skadestuebesøg Hospitalsindlæggelser Kriminalitet Trafikulykker
Follow-up	6 og 12 mdr. Rate: 93% ved 12 mdr.
Resultater	Forbrugsfald i gruppe A på 40% ved både 6 mdr. og 12 mdr., mod henholdsvis 21% og 18% i gruppe B. Et signifikant fald i antal episoder med <i>binge drinking</i> (>4-5 genstande pr. gang) i seneste 30 dage i begge grupper, men større i gruppe A (46% ved 12 mdr.) end i gruppe B (21%) Den kombinerede effekt på skadestuebesøg og hospitalsindlæggelse viste større fald i interventionsgruppen. Ingen forskelle i kriminalitet og trafikulykker
Bemærkninger	Undersøgelsen beregnede cost-effectiveness af alkoholrådgivning i almen praksis. Den beregnede effekten ved også at inkludere ikke-signifikante resultater og når derved til den konklusion, at kort intervention over for 'problem drinkers' kan generere positive nettogevinst for patienter, sundhedsvæsenet og samfundet

Undersøgelse	Aalto et al. 2000 (71)
Land	Finland
Rekruttering og population	Alle 20-60-årige kvinder, som kom til konsultation screenedes for alkoholstorforbrug (≥ 190 gram alkohol pr. uge el. 2+ CAGE) ved hjælp af spørgeskema uddelt og besvaret i venteværelset. Af 7.539 identificeredes 353 som storforbrugere og fik af lægen informationer om det risikable i deres drikke-mønster og blev tilbudt at indgå i et forsøg med kort intervention. 38,8% accepterede at deltage og gav en blodprøve. Skulle komme igen efter 1-3 uger til en feedback-konsultation med lægen. 118 (86%) kom N=118
Design og kvalitet	RCT. ITT-analyse
Aktører	Praktiserende læger og sygeplejersker
Intervention	A: Kort intervention (10-20 min.) ved baseline (+selvhjælpspjece) og ved 2, 6, 12, 18, 24 og 30 mdr. B: Kort intervention (10-20 min.) ved baseline (+selvhjælpspjece) og ved 12 og 24 mdr. C: Rådgivning ved baseline om reduktion af alkoholforbrug. Ellers vanlig behandling
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret) Selvvurderet mentalt helbred Levertal
Follow-up	36 mdr. Rate: 55% i A, 76% i B, 68% i C
Resultater	Ingen forskelle mellem grupperne. Dog et klinisk meningsfuldt fald i alkoholforbruget i alle grupper og et fald i MCV i alle grupper
Bemærkninger	

Undersøgelse	Manwell et al. 2000 (5)
Land	USA
Rekruttering og population	Samme som Fleming et al. 1997. Denne rapport fokuserer på 18-40-årige kvinder. Patienter screenedes for alkoholstorforbrug eller -problemer (forbrug på >132 g alkohol pr. uge, ≥ 2 positive svar på CAGE, ≥ 4 genstande pr. gang) gennem spørgeskema uddelt og udfyldt i venteværelset. 730 positivt screenede kontaktes efterfølgende telefonisk af forsker med invitation til kortlægningsinterview (30 min.), som 454 mødte op til N=205
Design og kvalitet	Samme som Fleming et al. 1997
Aktører	Samme som Fleming et al. 1997
Intervention	Samme som Fleming et al. 1997
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret, suppleret ved 12 mdr. af oplysninger fra familie) Brug af sundhedsvæsenet Sundhedsstatus
Follow-up	6, 12, 24, 36 og 48 mdr. Rate: 85% ved 48 mdr.
Resultater	Lavere ugentligt forbrug i interventionsgruppen kun ved 12 måneder, men en langtidseffekt målt via <i>repeated measures test</i> <i>Binge drinking</i> på noget tidspunkt sidste 30 dage sjældnere i int.gruppen ved 6, 12 og 24 mdr. Antal <i>binge drinking</i> -episoder sidste 30 dage mindre i int.gruppen kun ved 24 mdr., men en langtidseffekt målt via <i>repeated measures test</i> Antal personer med <i>excessive drinking</i> i sidste uge mindre i int.gruppen ved 24, 36 og 48 mdr. Ingen forskelle i brug af sundhedsvæsenet fra baseline til 48 mdr. Ingen forskelle i sundhedsstatus
Bemærkninger	

Undersøgelse	Aalto 2001 (72)
Land	Finland
Rekruttering og population	Alle 20-60-årige mænd, som kom til konsultation screenedes for alkoholstorforbrug (≥ 280 gram alkohol pr. uge el. 3+ CAGE) ved hjælp af spørgeskema uddelt og besvaret i venteværelset. 658 identificeredes som storforbrugere og fik af lægen informationer om det risikable i deres drikkemønster og blev tilbudt at indgå i et forsøg med kort intervention. 53% accepterede at deltage og gav en blodprøve. Skulle komme igen efter 1-3 uger til en feedback-konsultation med en læge. 296 (85%) kom
Design og kvalitet	RCT. ITT-analyse
Aktører	Praktiserende læger og sygeplejersker
Intervention	Samme som Aalto et al. 2000
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret) Selvvurderet helbred Levertal
Follow-up	36 mdr. Rate: 61% i A, 70% i B, 76% i C
Resultater	Ingen forskelle mellem grupperne i alkoholforbrug. Selvvurderet psykisk helbred ved 36 mdr. var signifikant dårligst i gruppe A
Bemærkninger	

Undersøgelse	Flemming et al. 2002 (Project TrEAT) (73)
Land	USA
Rekruttering og population	Samme som Fleming et al. 1997
Design og kvalitet	Samme som Fleming et al. 1997
Aktører	Samme som Fleming et al. 1997
Intervention	Samme som Fleming et al. 1997
Effekt-parameter	Alkoholforbrug (selvrapporteret, suppleret ved 12 mdr. med oplysninger fra familiemedlemmer); ulykker; kriminalitet; brug af sundhedsydelse; helbred. Desuden trafikulykker og dødelighed
Follow-up	6, 12, 24, 36 og 48 mdr. Rate: 93% ved 12 mdr., 89% ved 24 mdr., 87% ved 36 mdr.; 83% ved 48 mdr.
Resultater	Lavere alkoholforbrug pr. uge i interventionsgruppen ved alle follow-ups undtagen 48 mdr. Færre <i>binge-drinking</i> episoder sidste måned i interventionsgruppen ved alle follow-ups Forskel i antal forbrugere med forbrug $>20/13$ genstande pr. uge for mænd/kvinder signifikant ved alle follow-ups undtagen 48 mdr. Færre <i>binge-drinkers</i> i interventionsgruppen ved alle follow-ups Flere skadestuebesøg i kontrolgruppen i perioden baseline-48 mdr. Flere hospitalsdage i kontrolgruppen i perioden baseline-48 mdr. Ingen forskel i trafikulykker eller spritkørsel Flere overtrædelser af bestemmelserne om legale stoffer og alkohol i kontrolgruppen, men ikke i anden undersøgt kriminalitet Større fald i dødelighed i interventionsgruppen ved 36 mdr. men ikke længere signifikant ved 48 mdr.

Undersøgelse	Grossberg et al. 2004 (Project TrEAT) (74)
Land	USA
Rekruttering og population	Samme som Fleming et al. 1997. Denne rapportering fokuserer på de 18-30-årige forsøgspersoner fra det oprindelige projekt. 4861 i denne aldersgruppe screenedes for alkoholstorforbrug eller -problemer (forbrug på $>168/ >132$ g alkohol pr. uge for mænd/kvinder, ≥ 2 positive svar på CAGE, ≥ 5 genstande pr. uge 4 eller flere gange i seneste 3 måneder) gennem spørgeskema uddelt og udfyldt i venteværelset. 850 (17%) positivt screenede kontaktes efterfølgende telefonisk af forsker med invitation til kortlægningsinterview (30 min.), som 503 mødte op til. Af disse kunne 226 indgå i forsøget og randomiseredes til intervention og kontrol. N=226
Design og kvalitet	Samme som Fleming et al. 1997
Aktører	Samme som Fleming et al. 1997
Intervention	Samme som Fleming et al. 1997
Effekt-parameter	Selvrapporteret (suppleret med angivelser fra familie) alkoholforbrug; selvrapporteret sundhedsstatus; brug af sundhedsydelse, kriminalitet m.m.
Follow-up	6, 12, 24, 36 og 48 mdr. Rate: 97% ved 12 mdr., 93% ved 24 mdr., 93% ved 36 mdr.; 88% ved 48 mdr.
Resultater	Større fald i storforbrugere (≥ 3 genstande pr. dag i sidste uge) i interventionsgruppen ved alle follow-ups undtagen ved 48 mdr. Lavere ugentligt forbrug i interventionsgruppen ved alle follow-ups Antal <i>binge drinkers</i> lavest i interventionsgruppen ved 6, 12 og 48 mdr. Færrest <i>binge drinking</i> -episoder i interventionsgruppen ved 6, 12 og 24 mdr. Færre skadestuebesøg i interventionsgruppen fra baseline til 48 mdr. Ingen forskel i hospitalisering Færre overtrædelser af regler om legale rusmidler i interventionsgruppen fra baseline til 48 mdr. Ingen forskelle i (trafik)ulykker, spritkørsel eller andre undersøgte lovovertrædelser

Bilag C Kost

Undersøgelse	Cohen 1991 (16)
Land	USA
Rekruttering og population	Patienter mellem 20-75 år med diagnosen hypertension 140/90 og BMI $\geq 27,8$ for mænd og $\geq 27,3$ for kvinder. 67 opfyldte inklusionskriterierne, 31 valgte at deltage (46%), 1 udelukkede N=30
Design og kvalitet	RCT (randomisering på lægeniveau)
Aktører	Læger
Intervention	A: Vanlig behandling B: 1 konsultation hver måned: Vejning, kostrådgivning med henblik på at reducere kalorieindtaget. Der tages udgangspunkt i spørgeskema om patientens kostvaner
Effekt-parameter	Vægttab Blodtryk Nedsat medicinering af hypertension
Follow-up	6, 12 mdr. Rate: 100%
Resultater	Signifikant effekt ved 6 mdr. i vægttab og nedsat medicinering. Denne forskel forsvundet ved 12 mdr. Ingen effekt på blodtryk
Bemærkninger	Lægerne i kontrolgruppen var frit stillet om de ville rådgive patienterne om kost. De fik blot ikke undervisning som lægerne i interventionsgruppen

Undersøgelse	Roderick et al. 1997 (15)
Land	Storbritannien
Rekruttering og population	Alle patienter 35-59 år inviteredes ved besøg hos egen læge til at deltage i sundhedscheck. Ægtefæller i samme aldersgruppe opfordredes til at være til stede. Anslået afslagsrate: 25%. N=956
Design og kvalitet	Cluster-RCT. ITT-analyse
Aktører	Praksissygeplejerske
Intervention	A: Individuelt tilpasset kostvejledning+standardpjecer. Rådgivning og skræddersyet handleplan aftalt med patienten. Opfølgende konsultation ved 4-6 uger. Patienter med forhøjet kolesterol el. BMI $>27,5$ el. med 2+ andre risikofaktorer for hjertekarsygdomme skulle komme til opfølgning ved 3 og 6 mdr. B: Vanlig konsultation+standardpjecer
Effekt-parameter	Serum kolesterol BMI Blodtryk Selvrapporterede spisevaner
Follow-up	12 mdr. Rate: 80%
Resultater	Lavere serum kolesterol i gr. A og lavere vægt. ved 12 mdr. sammenlignet med B. Udlevering af standardpjecer (kontrolgruppen) havde ingen effekt på risikofaktorerne for hjertesygdom. Moderate (statistisk signifikante) tilsligtede ændringer i interventionsgruppens kost sammenlignet med kontrolgruppens
Bemærkninger	Rygere og manuelle arbejdere var overrepræsenteret i frafaldet Effekterne så små, at forfatterne skriver, at individuel kostrådgivning med alle patienter sandsynligvis er en ineffektiv anvendelse af ressourcer

Undersøgelse	Bakx et al. 1997 (17)
Land	Holland
Rekruttering og population	Alle besøgende patienter screenedes for forhøjet blodtryk eller familiær disposition for kardiovaskulær sygdom. 20% af patienterne med den højeste risiko for hjertekarsygdom inviteredes til at deltage i projektet og modtage kostrådgivning N=1337
Design og kvalitet	RCT (randomisering på praksisniveau)
Aktører	Praksissygeplejerske
Intervention	A: Sundhedsrådgivning af sygeplejerske hver 2. mdr. i et år B: Vanlig behandling af læge
Effekt-parameter	Blodtryk Serumkolesterol Fedtindtag (selvrapporteret) Energiindtag (selvrapporteret)
Follow-up	17 år. Rate: 35%
Resultater	1 år efter intervention blev der fundet signifikant nedsat kolesterol og blodtryk i gruppe A. Efter 5 år var denne forskel forsvundet. Efter 17 år ingen forskel mellem de to grupper i nogen af effekt-parametrene

Undersøgelse	Ockene et al. 1999 (11)
Land	USA
Rekruttering og population	Patienter 20-65 år med aftale om konsultationsbesøg blev via telefon inviteret af central sundhedsinstitution til at deltage i forsøget. Efter screening for kolesterol, blev patienter i den øverste 25%-percentil bedt om at komme igen til nye test og blodprøvetagning N=1162
Design og kvalitet	RCT (randomisering på praksisniveau)
Aktører	Læge
Intervention	A: Vanlig behandling B: Læger modtog træning i patientcenteret kostrådgivning med algoritmer for håndtering (opfølgende konsultation, henvisning m.v.) ved forskellige objektive mål. Patientrådgivningen varer max. 8-10 min. C: som B+systematisk support fra personalet (reminder, skriftlige materialer til uddeling samt kopi af rådgivningsalgoritmen m.v. vedlagt journalen)
Effekt-parameter	Indtag (selvrapporteret) af mættede fedtsyrer Vægt LDL-kolesterol
Follow-up	12 mdr. Rate: 80%
Resultater	Effekt sås mellem gruppe A og C med reduceret indtag af mættede fedtsyrer og vægttab i gruppe C. Ingen signifikant forskel i kolesterol
Bemærkninger	Undersøgelsen gik i sin helhed (WATCH studie) ud på at se om der er effekt ved undervisning af læger i patient-centreret rådgivning. Denne artikel fremlægger resultaterne for patienternes kost, vægt og kolesterol

Undersøgelse	Veen et al. 2002 (13)
Land	Holland
Rekruttering og population	40-70-årige patienter med diabetes eller hypertension og uden kardiovaskulære sygdomme og med kolesterol $\geq 239,4$ mg/dl, eller ukendt kolesterol; fedt udgør $\geq 37\%$ af daglige energi, eller mættet fedts andel af totalenergi $\geq 12\%$. Fastlagt gennem spørgeskema ved baseline N=143
Design og kvalitet	Cluster-RCT. ITT-analyse
Aktører	Egen læge
Intervention	A: Stages-of-Change baseret rådgivning (skræddersyet til patientens parathed til adfærdssændring, inkl. selektiv henvisning til diætist i forberedelses-/handlefasen). I alt 1-3 læge-konsultationer à 10 min, 2 ugers mellemrum Evt. 3 diætist-konsultationer à 10-40 minutter, 2 og 8 ugers mellemrum B: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Selvrapporteret kost BMI Taljemål m.v.
Follow-u	6 og 12 mdr. Rate: 96%, 91%
Resultater	Samlet fedtindtag og mættet fedts andel af samlet fedt faldt signifikant mere i gruppe A end gruppe B ved både 6 og 12 mdr. For totalt energiindtag, vægt og BMI kun signifikant forskel ved 6 mdr. Ikke forskel i talje- og hoftemål
Bemærkninger	73% af populationen var kvinder. 24% af kontrolgruppen talte om kost med deres læge, 57% læste pjecer om kost i forbindelse med kardiovaskulære problemer 60 ud af de 71 i interventionsgruppe A modtog rådgivning af diætist efter et eller to besøg ved egen læge

Undersøgelse	Woollard et al. 2003 (12)
Land	Australien
Rekruttering og population	Gennem læsning af journaler identificeredes 591 patienter mellem 20-75 år med enten hypertension, type-II diabetes eller kardiovaskulær sygdom. Alle inviteredes til et program for hjertekarsygdom. 212 patienter (35,9%) accepterede og kom til en første risikokortlægning og randomiseredes til intervention N=212
Design og kvalitet	RCT. Delvis blinding
Aktører	Praksissygeplejerske
Intervention	A: 1Xindividuel rådgivning i praksis efterfulgt af månedlig telefonkonsultationer à 10-15 min.) i et år+oplysningspjece tilpasset til patientens personlige viden B: Individuel rådgivning (à 60 min. max.) i praksis hver måned i et år+oplysningspjece tilpasset til patientens personlige viden C: Vanlig behandling af egen læge og tilbud om skriftlig information fra hjerteforening om sundhedsfremme
Effekt-parameter	Fedtindtag Serumkolesterol BMI
Follow-up	12 og 18 mdr. Rate: 71% og 77%
Resultater	Ingen forskel mellem de tre grupper hvad angår hverken energi- eller fedtindtag, serumkolesterol eller BMI. (Men der var inden for hver gruppe over tid forbedringer i kost og fedtindtag, mens BMI steg i alle grupper)
Bemærkninger	I diskussionen nævnes at ændringer skal være vedvarende i helt op til 10 år, før interventionen kan siges af være omkostningseffektiv Konklusionen er at der ikke er signifikant effekt ved at benytte rådgivning af sygeplejerske. Årsagen til dette i indværende studie er uklar

Undersøgelse	Little et al. 2004 (14)
Land	UK
Rekruttering og population	Patienter over 17 år med blodtryk mellem 160/90 og 200/210 og <i>ikke</i> i medicinsk behandling herfor kunne indgå i forsøget. 296 (92% af egnede) patienter accepterede deltagelse og randomisering. Patienterne fandtes i sygeplejerskeledede hypertensionsklinikker i almen praksis N=26
Design og kvalitet	RCT (factorial design)
Aktører	Sygeplejerske
Intervention	A-G: Intervention i 8 grupper bestemt af et 2X2X2 factorial design bestående af: ingen pjece eller pjece; ingen rådgivning eller råd om at bruge salt med lavt natrium indhold; ingen anbefalinger eller anbefalinger om sund livsstil. Konsultation ved baseline, og opfølgende ved 4 uger og 6 måneder Sygeplejerske anbefalede rygestop, moderat alkoholindtag, vægttab, jævnlig motion og undgåelse af salt mad. Patienter fik særligt salt med særligt lavt indhold af natrium med hjem, og der blev udleveret vejledning til indkøb og kostdagbog H: Kort rådgivning (og monitorering)
Effekt-parameter	Blodtryk Kost Vægt
Follow-up	4 uger, 6 mdr. Rate: 91%, 83%
Resultater	Ingen intervention ændrede blodtryk. Anbefalingerne om lav-natrium salt sænkede Na:K ratioen ved 1 måned; og anbefalingerne om sund livsstil medførte vægtreduktion ved 6 måneder
Bemærkninger	Interventionerne var givet i en <i>watchful waiting</i> -periode efter diagnosticering af hypertension og før evt. medikamentel behandling Kontrolgruppen modtog såvel rådgivning som monitorering, hvilket i sig selv kan have en effekt

Bilag D Motion

Undersøgelse	Bull et al. 1998 (24)
Land	Australien
Rekruttering og population	6775 patienter ≥ 18 år som besøgte praksis inviteredes til at udfylde et screeningsspørgeskema (general health questionnaire). 6351 udfyldte skemaet. 1028 (16%) identificeredes derigennem som fysisk inaktive (»sedentary«). 688 af disse identificeredes på interventions-dage og skulle ideelt set indgå i interventionsgruppe, men kun 416 (60%) indgik i interventionsgruppen – resten faldt ud fordi lægen glemte det, fordi de allerede var aktive, fordi motion var kontraindiceret, fordi der ikke var tid til det i konsultationen. 360 identificeredes som in-aktive på kontrol-dage N=416
Design og kvalitet	Kontrolleret forsøg med allokering til kontrol- eller interventionsgruppe afhængigt af ugedag. ITT-analyse
Aktører	Egen læge
Intervention	A: 2-3 minutters mundtlig rådgivning om motion+postsendt standardpjece eller postsendt skræddersyet pjece 1-2 dage senere B: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Fysisk aktivitet (selvrapporteret): 1) »Nu aktiv«, dvs. mindst én motionsaktivitet seneste 14 dage. 2) Antal motionsseancer seneste 14 dage. 3) Antal motionstimer seneste 14 dage
Follow-up	1, 6 og 12 mdr. Rate: henholdsvis 70%, 60%, 57%
Resultater	ad 1) Højere aktivitetsniveau i interventionsgruppen end i kontrolgruppen efter 1 og 6 mdr., men ikke efter 12 mdr. ad 2) Flere i interventionsgruppen havde gennemført de anbefalede mindst 10 motionsseancer ved 1 måneds follow-up, men ikke ved 6 og 12 mdr. ad 3) Ingen signifikante forskelle i antal motionstimer hverken ved 1, 6 eller 12 mdr.
Bemærkninger	Stort frafald: 43% ved 12 mdr.

Undersøgelse	Naylor et al. 1999 (25)
Land	UK
Rekruttering og population	Patienter som gennemgik et sundhedscheck hos egen læge, inviteredes til at indgå i projektet. 294 accepterede, gns. 42 år, 77% kvinder N=294
Design og kvalitet	Ikke-randomiseret studie, hvor forskeren tildelte de 4 deltagende praksis hver deres interventionsform under hensyntagen til deres interesse og forventninger. ITT uoplyst
Aktører	Sygeplejersker
Intervention	A: SoC-baseret skriftligt materiale+mundtlig rådgivning (ca. 5 minutter) B: SoC-baseret skriftligt materiale (ingen mundtlig rådgivning) C: Ikke-SoC-baseret mundtlig rådgivning (ca. 5 minutter) D: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Selvrapporteret fysisk aktivitet (og holdninger hertil)
Follow-up	8 og 24 uger. Rate: 61%, 44%
Resultater	Ingen effekt på fysisk aktivitet. Ingen forskelle mellem grupperne
Bemærkninger	Bortfald på 56%

Undersøgelse	Stephoe et al. 2000 (22)
Land	UK
Rekruttering og population	Flere rekrutteringsmetoder: opportunistisk (under en konsultation), via computer call-up, selvhenvendelse stimuleret af pjecer, direkte opfordring fra forskerteamet. 883 ikke-aktive ($<3 \times 20$ minutters motion pr. uge) personer med BMI 25-35 og andre modificerbare risikofaktorer for hjertekarsygdomme blev identificeret. Efter applicering af eksklusionskriterier indgik 699 personer i forsøget N=699
Design og kvalitet	RCT (randomisering på praksisniveau)
Aktører	Sygeplejersker
Intervention	A: Patienterne inviteredes til 3 sessioner Stages-of-change baseret motionsrådgivning à 20 minutter ved 2 risikofaktorer, 2 sessioner ved kun én risikofaktor. Dette suppleredes med at sygeplejersken kontaktede patienten telefonisk 1-2 gange mellem sessionerne. B: Vanlig påpegnings af fordelene ved motion samt opmuntring til at motionere
Effekt-parameter	Antal episoder af fysisk aktivitet (mindst 20 minutters varighed)(selvrapporteret)
Follow-up	4, 12 mdr. Rate: 72,2%, 59,8%
Resultater	Større fysisk aktivitet (antal motionsseancer inden for seneste 4 uger) i interventionsgruppen end i kontrolgruppen ved både 4 måneder (henholdsvis 7,6 og 3,8 seancer) og 12 måneder (henholdsvis 8,2 og 4,3)
Bemærkninger	Resultaterne bygger på <i>analysis by protocol</i> og ser således bort fra det store bortfald. Bortfaldet fandtes særligt blandt yngre og blandt rygere

Undersøgelse	Ortega-Sanchez 2004 (27)
Land	Spanien
Rekruttering og population	12-21-årige patienter inviteredes til at snakke om fysisk aktivitet (uden relation til henvendelsesårsag) N=448
Design og kvalitet	Kontrolleret forsøg (blokdesign: dagens første patient i aldersgruppen allokeredes til intervention; næste patient, som matchede den første på alder og køn kom i kontrolgruppen). ITT-analyse
Aktører	Egen praktiserende læge
Intervention	A: 5-10 minutters rådgivning tilpasset patientens fysiske aktivitetsniveau (aktiv, delvis aktiv, inaktiv). Nytilpasset rådgivning i forb.m. follow-up målingerne efter 6 mdr. B: Ingen intervention (kun målinger ved 0 og 6 mdr.)
Effekt-parameter	Fysisk aktivitet (varighed, frekvens, intensitet) pr. uge (selvrapporteret)
Follow-up	6, 12 mdr. Rate ved 12 mdr.: 70,6%
Resultater	Rådgivningen påvirkede fysisk aktivitet ved både 6 og 12 måneder: Flere aktive i interventionsgruppen end i kontrolgruppen; større hyppighed, varighed og intensitet i fysiske aktiviteter. Forskellene større efter 12 end efter 6 mdr.
Bemærkninger	4 af de 10 tilmeldte læger gennemførte ikke deltagelsen i forsøget

Undersøgelse	Marshall et al. 2004 (23)
Land	Australien
Rekruttering og population	2139 (heraf knap halvdelen med formodet hypertension) 40-70-årige patienter, som kom i praksis, blev ved hjælp af interviewskema screenet for »utilstrækkelig fysisk aktivitet« (<700 MET/uge). 780 (36,5%) ville ikke deltage, mens andre var tilstrækkeligt aktive, eller alligevel ikke havde hypertension N=767
Design og kvalitet	Cluster-RCT (randomisering på praksis-niveau). ITT. Cluster-justeret effekt-beregning Follow-up data indhentet af telefoninterviewere, som ikke kendte til deltagernes interventionsgruppe (blinding)
Aktører	Egen læge
Intervention	A: (HP – health promotion): Rådgivning om fysisk aktivitet+pjece+»Active Prescription«, hvor det anførtes, hvilken motion patienten ville dyrke, hvor ofte og hvor længe B: (HP) Vanlig behandling C: (RF – risk factor = hypertension): Rådgivning+pjece, begge relateret til hypertensionen—»Active Prescription«; D: (RF) Vanlig behandling
Effekt-parameter	Selvrapporteret fysisk aktivitet
Follow-up	2 og 6 mdr. Rate: 92%, 84%
Resultater	Ingen forskelle mellem de 4 grupper ved 2 mdr. for fysisk aktivitet målt via et index for minutter, intensitet, hyppighed. Ved 6 mdr. en forskel mellem A og B med flest fysiske aktive i A, men den tilskrives et lavt aktivitetsniveau i kontrolgruppe B. Ingen forskel mellem C og D Der var ingen effekt af rådgivning og pjecer uafhængigt af om rådgivningen var skræddersyet til håndtering af hypertension eller generel sundhedsfremme
Bemærkninger	Lægerne fik efteruddannelses-points for at deltage. Tolv af de 75 tilmeldte læger rekrutterede dog ingen patienter

Bilag E Rygning

Undersøgelse	Russell et al. 1979 (38)
Land	UK
Rekruttering og population	Alle patienter, som kom i praksis screenedes med spørgsmålet »Are you a cigaret smoker?« Ja-svarerne inviteredes til at deltage i projektet og randomiseredes til interventions- og kontrolgrupper 28 læger deltog i en uge N=2138
Design og kvalitet	RCT. Allokering til forsøgsgruppe efter ugedag
Aktører	Læge
Intervention	A: Vanlig konsultation B: Udfyldte blot spørgeskema C: Råd om at stoppe rygning (1-2 min. i lægens egen stil under rutinekonsultation) D: Som C+piece+varslet om follow-up
Effekt-parameter	Ønske om at stoppe med at ryge Forsøg på rygestop Rygestatus
Follow-up	1 og 12 mdr. Rate: 88% ved 1 mdr., 47% efter 1 år
Resultater	Ikke forskel i rygestop ved 1 mdr. follow-up Forskel i rygestop ved 1 års follow-up Succesrate for rygestop ved 1 mdr. og et år: 5% i gr. D Meget lille forskel i nedsættelse af forbrug for gruppe C og D
Bemærkninger	Der var udtalt variation i resultat mellem de forskellige læger (succesrate ml. 0% og 11%)

Undersøgelse	Page et al. 1986 (75)
Land	Canada
Rekruttering og population	806 patienter mellem 18-65 år udfyldte spørgeskema om sundhedsstatus bl.a. rygevaner. 312 identificerede sig selv som ryger, og 289 (93%) gav samtykke til at ville deltage i forsøget 5 læger deltog N=289
Design og kvalitet	RCT. Blinding. Allokering til forsøgsgruppe efter ugedag
Aktører	Læge
Intervention	A: Rådgivning B: Rådgivning+nikotin tyggegummi C: Vanlig behandling Rådgivningen blev givet i lægens egen personlige stil
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygestop Nedsættelse i antal cigaretter om dagen
Follow-up	1,3 og 6 mdr., Rate ved 6 mdr.: 79%
Resultater	Ingen signifikant forskel mellem grupperne over tid Signifikant forskel i rygestopforsøg mellem gruppe B og de andre to grupper, men forskellen mellem grupper forsvinder over tid
Bemærkninger	Intervention ringe beskrevet

Undersøgelse	Sanders et al. 1989 (45)
Land	Storbritannien
Rekruttering og population	14.830 patienter mellem 16-65 år blev af sekretæren bedt om at udfylde kortfattet spørgeskema om sundhedstilstand. Herudfra blev 4330 rygere identificeret og 4210 patienter randomiseret. Lægen bad patienterne i interventionsgruppen lave en aftale om sundhedscheck med sygeplejersken, hvoraf 751 lavede aftale. Kun 25,9% (751) af de 2900 patienter i interventionsgruppen lavede og holdt en sådan aftale 11 læger (praksis) deltog N=4210
Design og kvalitet	RCT. Allokering til forsøgsgruppe efter ugedag. ITT-analyse
Aktører	Sygeplejerske
Intervention	A: Tilbud om aftalt sundhedscheck med sygeplejerske (indbefattede vægt, kost, blodtryk etc.) A1: Rådgivning og samtale samt tilbud om follow-up aftale+piece A2: Som A1+kulitte-test B: Vanlig konsultation hos lægen
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygeophør
Follow-up	1 og 12 mdr. Rate: 59% ved både 1 og 12 mdr.
Resultater	Ingen signifikant effekt mellem grupperne i ophørsrate Korttidseffekt i forsøg på rygeophør, men denne forsvinder over tid
Bemærkninger	Ringe tilslutning fra rygenes side om aftale hos sygeplejersken Selvrapporteret rygeophør blev kontrolleret med urincotininen hos 45 deltagere. 25% havde fejlagtigt angivet rygeophør

Undersøgelse	Slama et al. 1990 (39)
Land	Australien
Rekruttering og population	1056 patienter blev spurgt i venteværelset om de var rygere, og i alt 311 18-64-årige patienter blev inkluderet, hvis de sagde »ja«. Patienterne udfyldte et kort spørgeskema før selve konsultationen 17 læger deltog N=311
Design og kvalitet	RCT
Aktører	Læge
Intervention	A: Struktureret adfærdssændringsprogram. Strategier og teknikker til at støtte ønske om rygeophør. Varighed: 9 minutter længere end vanlig konsultation i gr. C B: Sædvanlig rådgivning. Bestod af kort meddelelse og tre pjecer C: Kontrol. Ingen særlig rådgivning
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygestop, valideret med spytt-prøve for nikotin indhold
Follow-up	1, 6 og 12 mdr. Rate: 91%
Resultater	Signifikant forskel mellem A og C ved 1 mdr., men ikke efterfølgende Generel konklusion er at der ikke fandtes nogen forskel mellem de tre grupper, men at den strukturerede adfærdsrådgivning betød at flere forsøgte rygestop
Bemærkninger	Som en del af undersøgelsen blev patienterne spurgt om de mente deres læge kunne hjælpe dem med at holde op med at ryge. Hertil svarede halvdelen ja 43% af de deltagende læger mente at interventionen var for tidskrævende (knap 9 minutter)

Undersøgelse	Demers et al. 1990 (76)
Land	USA, Michigan
Rekruttering og population	Alle patienter ≥ 18 år besvarede spørgeskema i venteværelset. Identificerede rygere blev randomiseret til intervention eller kontrol. 2 praksis deltog N=519
Design og kvalitet	RCT
Aktører	Egen læge
Intervention	A: 3-5 minutters diskussion om rygeophør+skriftligt materiale B: Vanlig behandling
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygestatus (antal cigaretter pr. dag) Selvrapporteret rygestopperioder inden for seneste 6 mdr. Selvrapporteret rygestatus ved 12 mdr.
Follow-up	6 og 12 mdr. Rate: 80% og 61%
Resultater	Flere havde forsøgt rygestop i A (42%) end i B (23%) Flere havde været røgfri »for some duration« i A (35%) end i B (17%) Ingen signifikant forskel i vedvarende rygestop (punktprævalens) ved 6 eller 12 mdr.
Bemærkninger	Uselekeret patientmateriale

Undersøgelse	Wilson et al. 1990 (77)
Land	Australien
Rekruttering og population	Patienter i alderen 18-64 år, blev af sekretæren bedt om at udfylde spørgeskema inkl. spørgsmål om rygning. I alt 4006 kom i praksis, hvoraf 1238 var rygere. 37 afslog at udfylde yderligere spørgeskema og 87 gav ikke tilstrækkelig information. 67 læger blev spurgt om at være med, 47 læger deltog N=1109
Design og kvalitet	RCT. Randomisering på praksisniveau. Analyse på individniveau
Aktører	Egen læge
Intervention	A: Sædvanlig rådgivning B: 1 konsultation: Fast opfordring til at holde op+skriftligt materiale. Rygningen i videst muligt omfang relateret til patientens helbred. Ingen særlig rådgivningsteknik, men råd blev givet opportunistisk. Lægen havde ikke kendskab til patientens rygestatus før konsultationen
Effekt-parameter	Rygeophør (selvrapporteret). Rygeophør defineret som rygestop i mindst 6 måneder
Follow-up	1, 3, 6 og 12 mdr. Rate: 77%, 75%, 70% og 66%
Resultater	Efter 12 mdr. signifikant forskel mellem de to grupper A: 3,2%, B: 7,5% Rygestopforsøg: A: 13%, B: 17,2%
Bemærkninger	Lægerne ikke specielt uddannet til rådgivningen Selvrapporteret rygeophør kan overestimere effekten betydeligt. Ingen biokemisk kontrol blev foretaget

Undersøgelse	Segnan et al. 1991 (41)
Land	Italien
Rekruttering og population	20-60-årige rygere, som lægerne selv fandt frem til i egen praksis. Kort efter rekruttering blev alle patienterne ringet op og interviewet om deres rygevaner 9% ønskede ikke at deltage 44 ikke-rygende læger deltog N=932
Design og kvalitet	RCT
Aktører	Egen læge
Intervention	A: Kort minimal intervention samt kort pjeces om teknikker til rygestop B: Som A med gentagelse af rådgivningen efter 1, 3, 6 og 9 mdr. C: Som B samt brug af nikotintyggegummi D: Som C plus spirometer i særligt sundhedscenter Patienterne mindet om opfølgningssamtaler per telefon et par dage før
Effekt-parameter	Rygestop (varende mindst 3 mdr.). Biokemisk verifikation
Follow-up	6 og 12 mdr. Rate: 91%, 87%
Resultater	Ingen signifikant forskel mellem grupperne Antallet af selvrappede rygeophør var dobbelt så stort som det antal, der kunne verificeres biokemisk
Bemærkninger	Der var stor variation mellem det, lægerne sagde de havde gjort, og det patienterne oplyste. Patienterne i de respektive grupper modtog eller deltog ikke fuldt ud i de aktiviteter, de forskellige interventioner indeholdt; fx modtog kun 50% i gruppe D spirometerrundersøgelse Læger fik 2-3 timers undervisning gentaget efter 3 mdr. Rygeophør ved 6 mdr. follow-up større end ved 12 mdr. (ikke signifikant)

Undersøgelse	Ockene et al. 1991 (43)
Land	USA, Massachusetts
Rekruttering og population	Alle 12.368 patienter mellem 18 og 75 år screenedes for rygning. 4005 screenedes positive, 2059 ekskluderedes i henhold til forskningskriterierne. De øvrige 1946 rygere opfordredes til at indgå i forsøget; 469 (24%) nægtede. Af de resterende kunne lægerne ikke nå at gennemføre rådgivningen i forb.m. konsultation i 179 tilfælde, og 12 deltagere udfyldte ikke baseline-skemaet. 196 læger N=1286
Design og kvalitet	RCT. ITT-analyse
Aktører	Praktiserende læger og klinikassistent
Intervention	A: Kort rådgivning (3 sætninger), evt. supplerende relateret til patientens helbred. Evt. uddeling af liste over rygestopkurser B: Som A + mere omfattende patient-centreret drøftelse inkl. ideer til strategier (varighed 5-10 min.) + skriftligt materiale + aftale om nyt besøg + opfølgende brev 1 uge efter C: Som B + recept på nikotintyggegummi (gratis) + 3-5 minutters instruktion af klinikassistent Hver af disse grupper deltes igen op i to: ingen yderligere intervention; henholdsvis 3 opfølgende telefonopringninger fra sundhedsvejleder over de næste 6 mdr.
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygestatus (ikke røget sidste 7 dage før follow-up interview – punktprævalens)
Follow-up	6 mdr. Rate: 95%
Resultater	Signifikant forskel mellem grupperne: Rygeophør 9,1% i A; 11,9% i B; 17,4% i C. Opfølgende telefonkontakter fra sundhedsvejleder gjorde ingen forskel

Undersøgelse	Richmond et al. 1993 (36)
Land	Australien
Rekruttering og population	637 rygere mellem 16-65 år blev spurgt i lægepraksis om at deltage, 414 (65%) indvilgede. Yderligere 36 deltagere rekrutteret gennem avisannoncer 26 læger deltog N=450
Design og kvalitet	RCT. Allokering til forsøgsgruppe ud fra uge
Aktører	Læge
Intervention	A: Struktureret adfærdssændings model med nikotin tyggegummi. Ud over kortlægningssessionen follow-up besøg efter 1 og 3 uger og 3 og 6 mdr. Udfyldelse af dagbog, måling af bl.a. blodtryk, lungefunktion ved start og slut. Der blev udleveret selv-hjælps manualer B: Som i A uden nikotintyggegummi C: Rådgivning og opfordring til rygestop + nikotintyggegummi med 2 follow-up besøg ved 3 og 6 mdr. Fik målt bl.a. blodtryk og lungefunktion Konsultationslængde: Grupperne A og B tog i gennemsnit 25 min., gruppe C: 11 min. Antal konsultationer: Gruppe A og B: gns. 4 gange, gruppe C i gennemsnit 2 gange
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygestop verificeret biokemisk
Follow-up	12 mdr. Rate: 71%
Resultater	Ingen signifikant forskel mellem grupperne ved 12 mdr. Der var signifikant forskel i rygestop mellem de patienter, som deltog i hele interventionen, og de patienter der kun deltog delvist
Bemærkninger	Af de 450 patienter deltog kun 29% som planlagt og kom til alle aftaler

Undersøgelse	Butler et al. 1999 (37)
Land	UK
Rekruttering og population	Alle besøgende patienter (uden terminal sygdom), som røg, var egnede til at deltage i studiet uanset deres motivation til rygeophør 24 læger N=536
Design og kvalitet	RCT. ITT-analyse
Aktører	Læge
Intervention	A: Kort intervention (standardiseret opfordring til rygestop (4 sætninger)) B: Motivationssamtale med udgangspunkt i patientens indstilling og parathed
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygestop (i sidste måned, og sidste døgn) Rygevaner og forsøg på at holde op med at ryge, samt »Stage of Change«
Follow-up	6 mdr. rate: 78%
Resultater	Ikke signifikante forskelle i rygestop (af 1 måneds varighed): 2,2% i A, og 5,6% i B. Flere i B end A rapporterede: Røg ikke sidste døgn; udsætter dagens første cigaret mere end 5 minutter; forsøg af mindst én uges varighed på at holde op; mere motiveret for at ændre på rygningen
Bemærkninger	Lægen kendte ikke patientens rygestatus før selve interventionen

Undersøgelse	Lancaster et al. 1999 (40)
Land	UK
Rekruttering og population	Patienter over 18 år, som røg mindst én cigaret om dagen, rekrutteredes opportunistisk (i forb.m. en konsultation og uden at henvendelsesårsagen evt. var rygerelateret) eller ved direkte skriftlig henvendelse til patienter, der identificeredes som rygere via journaloplysningerne. (Ingen oplysninger om evt. nægtelse). Alle patienter fik ved konsultationen/i brevet en opfordring til at holde op med at ryge, og blev bedt om at udfylde et spørgeskema om deres rygevaner. De 497, som besvarede, indlemmedes i forsøget N=497
Design og kvalitet	RCT. ITT-analyse
Aktører	Læge og sygeplejerske
Intervention	A: Extended counselling: I forb.m. lægens opfordring til rygestop også en invitation til at kontakte praksissygeplejersken, som kunne give en individuelt tilpasset rådgivning. Varighed: 15 min plus tilbud efterfølgende follow-up af 10 min.+mulighed for yderligere 5 sessioner à 10 min. B: I forb.m. lægens opfordring til rygestop tilbud om at kontakte sygeplejersken ved evt. yderligere ønske om hjælp+udlevering af pjece
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygeophør, biokemisk verificeret Bevægelse i »Stage of Change«
Follow-up	3 og 12 mdr.. Rate: 81%, 75%
Resultater	Ingen signifikant forskel
Bemærkninger	30% af de patienter, der blev allokert til rådgivning, lavede en aftale. Af disse var 6 patienter holdt op med at ryge ved 12 mdr. follow-up

Undersøgelse	Pieterse et al. 2001 (44)
Land	Holland
Rekruttering og population	18-70-årige rygere rekrutteret dels ved plakater i venteværelset, dels kontaktede sekretæren patienter i venteværelset. Alle blev bedt om at deltage i et studie om rygeadfærd og udfyldte et spørgeskema 250 praksis blev spurgt om at deltage, 18 deltog N=530
Design og kvalitet	RCT, delvis blinding, ITT-analyse
Aktører	Læge
Intervention	A: Gennemsnitligt 10 minutters rådgivning (+evt. opfølgende konsultationer) skræddersyet til »Stage of Change«+udlevering af selvhjælpsmanual B: Vanlig konsultation
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygeophør: Punkt-prævalens for rygeophør; vedvarende rygeophør (ophør ved både 6 og 12 mdr.)
Follow-up	1, 6 og 12 mdr. Rate: 74%, 64%, 78%
Resultater	Positiv effekt – forskellen mellem de to grupper i rygestop (punktprævalens): Ved 1 mdr.: A: 18,6%, B: 3,8% Ved 6 mdr.: A: 11,9%, B: 3,8% Ved 12 mdr.: A: 13,4%, B: 7,3% Vedvarende rygeophør (ved både 6 og 12 mdr.): A: 8,2%, B: 3,1%
Bemærkninger	17% af deltagerne i kontrolgruppen havde fået rådgivning om rygning som del af almindelig behandling

Undersøgelse	Grandes et al. 2003 (35)
Land	Spanien
Rekruttering og population	Alle 15-70-årige rygere (uafhængigt af henvendelsesårsag og motivation til at ville holde op med at ryge) inviteredes til at deltage i forsøget. 4% afslog deltagelse. Ud af 6918 besøgende patienter i 7 praksis deltog 1203. Kontrolgruppen på 565 patienter blev identificeret i 3 andre praksis N=1768
Design og kvalitet	Kvasi-eksperimentel ikke-randomiseret forsøg. Randomisering på praksisniveau. Cluster-allokering indregnet i analysen. ITT-analyse
Aktører	Læge
Intervention	A: Kontrol. Intervention kun hvis sundhedsproblemer var relateret til rygning B: Rådgivning om rygestop og skriftligt materiale C: Som B samt follow-up aftaler D: Som C samt nikotinplaster OBS: Deltagerne valgte selv mellem B, C og D
Effekt-parameter	Selvrapporteret rygestop (vedvarende ophør ved 12 og 24 mdr.), biokemisk verificeret
Follow-up	12 og 24 mdr. Rate: 92% ved 24 mdr.
Resultater	Signifikant effekt i rygeophør i interventionsgruppen (B, C og D) på 7,3% sammenlignet med kontrolgruppen (A) 2,7% Rygeophørsraten i de enkelte grupper: B: 5%, C: 16%, D: 22%
Bemærkninger	82% af de rekrutterede patienter, der ønskede at stoppe med at ryge ville <i>ikke</i> deltage i den terapeutiske plan, som bestod af follow-up aftaler og selvhjælpsmateriale. De ønskede udelukkende kort rådgivning og skriftligt materiale. Kun 211 patienter valgte interventioner med follow-up aftaler (intervention C og D) I alt 88 patienter af de 1203 i interventionsgruppen opnåede vedvarende rygestop

Referencer

1

Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997; 277:1039-1045.

2

Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988 Sep 10; 297(6649):663-668.

3

Anderson P, Scott E. The effect of general practitioner's advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992 Jun; 87(6):891-900.

4

Ockene JK et al. Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Arch Intern Med* 1999 Oct 11; 159(18):2198-2205.

5

Manwell LB, Fleming MF, Mundt MP, Stauffacher EA, Barry KL. Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: Results of a brief intervention trial. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 2000; 24:1517-1524.

6

Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *CMAJ* 1995 Mar 15; 152(6):851-859.

7

Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 1997; 12:274-283.

8

Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999 May; 28(5):503-509.

9

Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;2005 May 9; 165(9):986-995.

10

Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327:536-542.

11

Ockene IS et al. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Intern Med* 1999 Apr 12; 159(7):725-731.

12

Woollard J, Burke V, Beilin LJ, Verheijden M, Bulsara MK. Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk. *J Cardiovasc Risk* 2003; 10:31-40.

13

van der Veen et al. Stage-matched nutrition guidance for patients at elevated risk for cardiovascular disease: a randomized intervention study in family practice. *J Fam Pract* 2002; 51:751-758.

14

Little P, Kelly J, Barnett J, Dorward M, Margetts B, Warm D. Randomised controlled factorial trial of dietary advice for patients with a single high blood pressure reading in primary care. *BMJ* 2004; 328:1054-1057.

15

Roderick P, Ruddock V, Hunt P, Miller G. A randomized trial to evaluate the effectiveness of dietary advice by practice nurses in lowering diet-related coronary heart disease risk. *Br J Gen Pract* 1997; 47:7-12.

16

Cohen MD, D'Amico FJ, Merenstein JH. Weight reduction in obese hypertensive patients. *Fam Med* 1991; 23:25-28.

17

Bakx JC, Stafleu A, van Staveren WA, van den Hoogen HJ, van Weel C. Long-term effect of nutritional counseling: a study in family medicine. *Am J Clin Nutr* 1997; 65:1946S-1950S.

18

Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 1997; 14:160-176.

19

van Sluijs EMF, van Poppel MNM, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care – Are they effective? *American Journal of Preventive Medicine* 2004; 26:330-343.

20

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviours. *American Psychologist* 1992; 47:1102-1114.

21

Willaing, I. Jørgensen T. Ladelund S. Simonsen T. Nielsen L. Olsen J. Sørensen J. Kostvejledning i almen praksis ved praktiserende læge eller diætist. 2003. Forskningscenter for forebyggelse og sundhed, Københavns Amt.

22

Stepptoe A, Rink E, Kerry S. Psychosocial predictors of changes in physical activity in overweight sedentary adults following counseling in primary care. *Prev Med* 2000; 31:183-194.

23

Alison L et al. Promoting physical activity in Australian general practices: a randomised trial of health promotion advice versus hypertension management. *Patient Education and Counseling* 2005; 56(3):283-290.

24

Bull FC, Jamrozik K. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. *Am J Prev Med* 1998; 15:85-94.

25

Naylor PJ, Simmonds G, Riddoch C, Velleman G, Turton P. Comparison of stage-matched and unmatched interventions to promote exercise behaviour in the primary care setting. *Health Educ Res* 1999; Oct;14(5):653-666.

26

Marshall A et al. Promoting physical activity in Australian general practices: a randomised trial of health promotion advice versus hypertension management. *Patient Education and Counseling* 2005; 56(3):283-290.

27

Ortega-Sanchez R, Jimenez-Mena C, Cordoba-Garcia R, Munoz-Lopez J, Garcia-Machado ML, Vilaseca-Canals J. The effect of office-based physician's advice on adolescent exercise behavior. *Prev Med* 2004; 38:219-226.

28

Eaton CB et al. A systematic review of physical activity promotion in primary care office settings. *Br J Sports Med* 1998 Mar; 32(1):11-16.

29

Simons-Morton et al. Effects of interventions in health care settings on physical activity or cardiorespiratory fitness. *Am J Prev Med* 1998 Nov; 15(4):413-430.

30

Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *J Fam Pract* 2000; 49:158-168.

31

Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* 2001; 23:219-226.

32

Eden KB et al. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 Aug 6; 137(3):208-215.

33

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2005 Jan 25; (1):CD003180.

34

Willemann M. Motion på recept – en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering. København: DSI Insitut for Sundhedsvæsen, 2004.

35

Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53:101-107.

36

Richmond RL, Makinson RJ, Kehoe LA, Giugni AA, Webster IW. One-year evaluation of three smoking cessation interventions administered by general practitioners. *Addict Behav* 1993; 18:187-199.

37

Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice* 1999; 49:611-616.

38

Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979; 231-235.

39

Slama K, Redman S, Perkins J, Reid ALA, Sansonfisher RW. The Effectiveness of 2 Smoking Cessation Programs for Use in General-Practice – A Randomized Clinical-Trial. *British Medical Journal* 1990; 300:1707-1709.

40

Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. *Br J Gen Pract* 1999; 49:191-194.

41

Segnan N, Ponti A, Battista RN, Senore C, Rosso S, Shapiro SH, Aimar D. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes Control* 1991; 2:239-246.

42

Slama K, Redman S, Perkins J, Reid AL, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *BMJ* 1990; 300:1707-1709.

43

Ockene JK et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991; 6:1-8.

44

Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 2001; 32:182-190.

45

Sanders D, Fowler G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marzillier J. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39:273-276.

46

Kottke TE et al. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988 May 20; 259(19):2883-2889.

47

Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995 Oct 9; 155(18):1933-1941 2005.

48

Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Article No.: CD000165.pub2.

49

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub2.

50

Heather N et al. Implementing routine screening and brief alcohol intervention in primary health care: A Delphi survey of expert opinion. *Journal of Substance Use* 2004; 9:68-85.

51

Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening og kort intervention for excessivt alkoholforbrug. *Ugeskrift for læger* 2003; 195(19):1985-1989.

52

Hansen L, Olivarius N, Beich A, Barfod S. Screening for storforbrugere af alkohol i almen praksis. *Ugeskrift for læger* 2001; 163:2358-2361.

53

Rambøll Management. Undersøgelse af forebyggelsesaktiviteter i almen praksis vedrørende overvægt og astma. Udkast til rapport, september 2004. Et uddrag heraf findes på: http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/folkesygdomme/undersoegelse_af_forebyggelsesaktiviteter_i_almen_praksis/undersoegelse_i_almen_praksis.pdf Rambøll Management for Sundhedsstyrelsen.

54

Jacobsen ET, Rasmussen SR, Christensen M, Engberg M, Lauritzen T. Perspectives on lifestyle intervention: the views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scand J Public Health* 2005; 33(1):4-10.

55

Engberg M, Christensen B, Karlsmose B, Lous J, Lauritzen T. Kan systematiske generelle helbredsundersøgelser og helbreds-samtaler forbedre den kardiovaskulære risikoprofil i befolkningen? *Ugeskrift for læger* 2002; 3354-3360.

56

PLS Rambøll. Monitorering af rygevaner. 2004. Undersøgelse gennemført af PLS Rambøll for Sundhedsstyrelsen, Hjerterfor-eningen, Lungeforeningen og Kræftens Bekæmpelse i november-december 2004. Frekvenstabeller.
http://www.hjerterforeningen.dk/graphics/Hjerterforeningen-dk/Kampagnesite/Tobak/monitorering_frekvstabeller.pdf

57

Stott NC, Pill RM. 'Advise yes, dictate no'. Patients' views on health promotion in the consultation. *Fam Pract* 1990; 7:125-131.

58

Butler CC, Pill R, Stott NCH. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998 Jun 20; 316(7148):1878-1881.

59

Rollnick S, Butler C, Hodgson R. Brief alcohol intervention in medical settings. *Addiction Research* 1997; 5:331-342.

60

DSAM. Den motiverende samtale. 1999. København: Dansk Selskab for Almen Medicin.

61

Rubak SLM. Motivational interviewing in intensive treatment of Type 2 diabetes detected by screening in general practice: Overall effect of a course in »Motivational interviewing«. 2005. Aarhus, Department and Research Unit of General Practice, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.

62

Heather N, Campion PD, Neville RG, Maccabe D. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *J R Coll Gen Pract* 1987 Aug; 37(301):358-363.

63

Scott E, Andersson P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review* 1990; 10:313-321.

64

Seppä K. Intervention in alcohol abuse among macrocytic patients in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1992 Sep; 10(3):217-222.

65

Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief interven-tion for excessive drinking. *Addiction* 1995; 90:119-132.

66

McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician* 1997 Nov; 43:1959-1962, 1965-1967.

67

Burge SK, Amodei N, Elkin B, Catala S, Andrew SR, Lane PA, Seale JP. An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients. *Addiction* 1997; 92(12):1705-1716.

68

Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O, Lopez V. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract* 1998; 15:562-568.

69

Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract* 1999 May; 48(5):378-384.

70

Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000 Jan; 38(1):7-18 2005.

71

Aalto M, Saksanen R, Laine P, Forsstrom R, Raikaa M, Kiviluoto M, Seppa K, Sillanaukee P. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24:1680-1686.

72

Aalto M, Seppa K, Mattila P, Mustonen H, Ruuth K, Hyvarinen H, Pulkkinen H, Alho H, Sillanaukee P. Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001; 36:224-230.

73

Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002 Jan; 26(1):36-43.

74

Grossberg PM, Brown DD, Fleming MF. Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Ann Fam Med* 2004 Sep-Oct; 2(5):474-80.

75

Page AR, Walters DJ, Schlegel RP, Best JA. Smoking cessation in family practice: the effects of advice and nicotine chewing gum prescription. *Addict Behav* 1986; 11:443-446.

76

Demers RY, Neale AV, Adams R, Trembath C, Herman SC. The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. *J Fam Pract* 1990; 31:625-629.

77

Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID, Rohrsheim RA, Esterman AJ, Graham NM. »Sick of Smoking«: evaluation of a targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Med J Aust* 1990; 152:518-521.