

● Alkohol og tobak i almen praksis

En patientcentreret tilgang

Af Anders Beich



Biografi

Anders Beich er praktiserende læge på Nørrebro i København, han har gennemført klinisk forskning om alkoholintervention i almen praksis og har mangeårig erfaring fra alkoholambulatoriearbejde. Underviser på specialeuddannelsen til almen medicin i sundhedsformidling og misbrug.

Forfatters adresse

Lægerne Ehrenreich & Beich, Borups Allé 1, 1. tv., 2200 København N.
beich@sund.ku.dk

De to mest anvendte stimulanser er tobak og alkohol, og mange af vore patienter benytter en eller begge i stor stil. Det anbefales, at vi finder patienter med risikoadfærd og monitorerer deres forbrug. Men gavner det nogen? Er vi patienternes eller samfundets advokat, når vi med statistik og pegefinger ansporer patienterne til at ændre livsstil? Ingen af delene, argumenterer forfatteren til denne grundige artikel. Det er nemlig aldrig vist at systematisk opsporing og gode råd hjælper – måske tværtimod. Det er lægens ansvar, at patienten ikke går fra konsultationen med et lavere selvværd og/eller et højere forbrug end han/hun mødte op med. Der gives baggrund for og forslag til hvordan stort alkohol- og tobaksforbrug bedst adresseres i mødet med patienten.

 MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

En 65-årig, velholdt og erhvervsaktiv kvinde kom for at få for nyet sin sovemedicin, som vi har haft flere snakke om nødvendigheden af. Hun er en lidt nervøs type, som også ryger lidt. Vi kom til at tale lidt om stress og søvn, og jeg kom til at spørge patienten, om hun dyrkede en eller anden form for motion. Hun svarede: »Nej, jeg er meget imod det«, hvilket fik mig til at smile bredt og klukke, men hun holdt masken og sagde: »Jeg bryder mig ikke om det undertrykkende element og tanken om, at nogen skal blande sig i mit og andres liv med et begreb som motion«. Jeg komplimenterede hendes ligefremhed og styrke til at komme med så politisk ukorrekte udmeldinger. »Jeg er buddhist«, sagde hun og oplyste mig om, at det blandt andet indebærer, at man opfordres til at ytre, hvad man mener, og opmuntres til at frigøre sig fra sit behov for at blande sig i andres anliggender«. »Kan man være buddhist uden at vide det?«- ville jeg vide, og så grinede vi lidt sammen.

Patienterne ryger og drikker for meget – hvad skal lægen gøre?

Jeg lærte meget af denne patient den dag. Hvis vi vidste mere om, hvad der foregår inden i patienterne, når vi stiller spørgsmål om livsførelse og giver dem vurderinger og råd, de slet ikke har bedt om, så er jeg sikker på, vi for alvor ville kunne raffinere en almen medicinsk tilgang til sundhedsformidling. En tilgang, der måske ville kunne tilgodese den del af befolkningen, som lider under den tiltagende skævvredne fordeling af sundheden, og som ikke har overskuddet til at få sundere levevaner i en kultur fyldt med paralyserende og vævsskadende fristelser og stimulanser.

To stimulanser, der kan skade helbredet

To meget gamle rusmidler, tobak og alkohol, har betydelig indflydelse på sundhedstilstanden blandt danskerne. Når det gælder alkohol, er der fortsat diskussion om, hvor meget der skal til, før der er tale om risiko for skadelige virkninger, mens tobaksrygning i dag anses for sundhedsskadelig selv i meget små mængder.

Når det gælder tobaksrygningen, argumenteres der faktisk for, at bare noget lugter af røg, kan det være farligt at være i nærheden af (tertiær eksponering), mens passiv rygning (sekundær eksponering) er dømt farligt, skønt evidensen herfor ikke er entydig (1).

At det kan bruges i kampen mod rygning (primær eksponering) er der ingen tvivl om, så her har vi nok besluttet, at målet helliger midlet, uden at det siges højt. Nogle eksrygere udtrykker da også taknemmelighed over, at rygning var blevet så vanskeligt, åbenbart også risikabelt for andre, og en så stigmatiseret adfærd, at det faktisk hjalp dem til at holde op. Man kunne så med rette spørge, om hele denne stigmatiseringsstrategi kunne have negative virkninger for de mange, som åbenbart ikke kan eller vil holde op, måske endda helbredsmæssige konsekvenser?

Samfundstiltag som afgifter, tilgængelighed og forbud mod brug visse steder er de interventioner, der har de største effekter på udbredelsen og brugen af alkohol og tobak og dermed selvfølgelig også i et vist omfang på skadevirkningernes hyppighed. Men nytten kan være skævt fordelt.

Alkoholindtagelse er tilsyneladende en mere kompleks sag end rygning. Observationsstudier på populationer påpeger j-formede kurver for sammenhæng mellem dagligt alkoholforbrug og forekomst af visse sygdomme, således at intet forbrug af alkohol er en risikomarkør i forhold til et dagligt forbrug på 1-3 genstande. Sundhedsstyrelsens seneste bud på grænser for potentielt sundhedsskadeligt alkoholforbrug er dog for nylig reduceret til en genstand om dagen for kvinder og to for mænd.

At tobak og alkohol koster sundhed for brugergruppen, er der imidlertid ikke grund til at diskutere. At begge rusmidler stadig er populære på trods af større og større viden om de mulige skadelige virkninger, er der heller ikke tvivl om.

Et centralt problem, formuleret af *Hume*, er problemet om at slutte fra et til bør. Mange filosoffer prøver at udlede normative udsagn om, hvad mennesket bør gøre, på baggrund af deskriptive udsagn om, hvordan verden rent faktisk ser ud. Men der er ingen logisk forbindelse mellem normative og deskriptive udsagn, hvorfor *Hume* mener, at denne type slutninger er ugyldige. Der er tale om en naturalistisk fejlslutning.

Ingen af de to nævnte fakta kan dog tages til indtægt for, om eller hvad der skal stilles op fra samfundets eller sundhedsvæsenets side i den anledning. Det er en normativ beslutning – en værdidom – der afgør, hvad vi beslutter – både om der skal gøres noget, og hvad der evt. skal gøres.

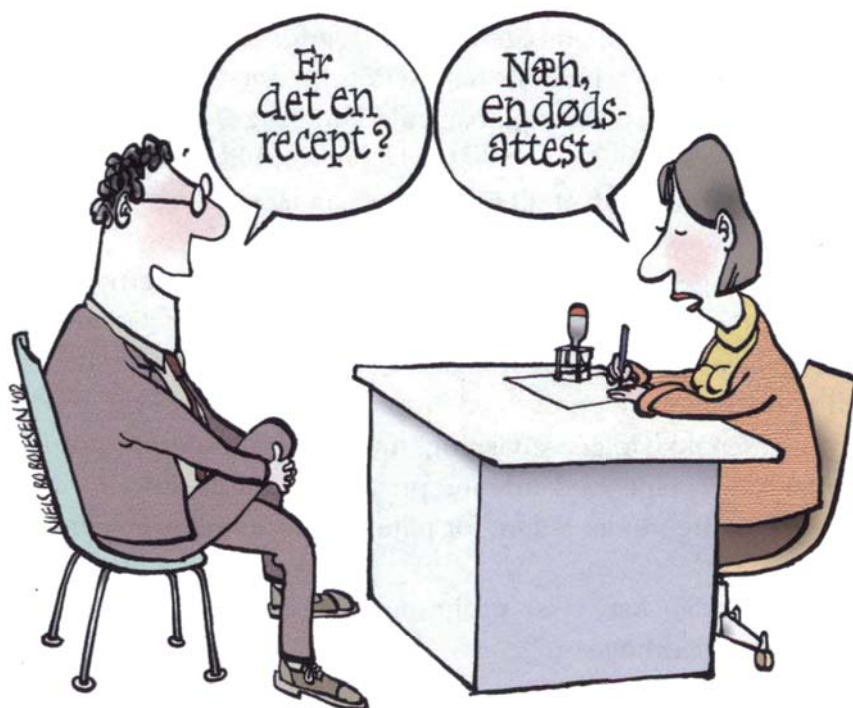
En naturalistisk kortslutning

Siden *Hume* i 1700-tallet formulerede »den naturalistiske fejlslutning«, har vi kendt til, at moralske bud ikke uden videre kan udledes af rent deskriptive udsagn [Boks 1]. *Henrik Wulff* mindede os om det i Rationel Klinik, første gang for 38 år siden (2). Når det gælder risikabel adfærd i forhold til sundhed, kan man ikke udlede, at fordi tobaksrygning og stort alkoholforbrug er risikofaktorer for sundheden, så skal vi som samfund gøre, hvad vi kan for at sætte en stopper for rygning og begrænse forbruget af alkohol. Det er og bliver en normativ/moralsk/politisk beslutning, hvilke risikofaktorer vi som samfund vil begrænse udbredelsen af (om nogen), og hvilke typer adfærd vi dermed ofte vælger at stigmatisere.

Meget ofte bliver dette argument imødegået med, at lige præcis tobaksrygning eller lige præcis stort alkoholforbrug udgør så stor en risiko og koster samfundet så dyrt, at her behøver man ikke diskutere, om der skal sættes ind. Men det jo ikke et argument som sådan, og hele estimeringen af størrelsen af problemet afhænger af alternativet. I USA fulgte »fedmeepidemien« i kølvandet på at »tobaksepidemien« fladede ud, og selv om det ikke er bevis for noget som helst, så ved vi, at substitution er et udbredt fænomen for mange rusmidler. Og mad er jo en svag stimulan.

Rygning og alkoholindtagelse er løsningen snarere end problemet for en del mennesker, og ingen ved, hvilke typer adfærd de ville sætte i stedet for rygning og alkoholindtagelse, hvis man forestiller sig, at man bare kunne fjerne alkohol og tobak.

Der argumenteres altså med, at noget skal gøres imod rygning og alkoholindtagelse, fordi det udgør en sundhedsrisiko. Men der argumenteres også for, at sundhedsvæsenet må påtage sig at gå forrest i kampen mod stort forbrug af alkohol og tobaksrygning. I sundhedsvæsenet præsenteres jo skader og sygdomme, der kan være udløst af tobak og alkohol, og svaret herpå udgøres af anbefalinger af risiko- og stofcenterede, systematiske, screeningslignende tilgange. Man kan her



nærmest tale om en *naturalistisk kortslutning* – nemlig direkte fra det som er, til hvordan en indsats skal udformes, og hvor den skal foregå.

Epidemegalomani

Årsagen til denne naturalistiske kortslutning er sandsynligvis blandt andet, at epidemiologien har fået storhedsvanvid. Denne hjælpedisciplin til videnskaberne er gennem de seneste årtier i stigende grad blevet ophøjet til en videnskab i sig selv.

Det er tydeligt, at den epidemiologiske viden om tobaks og alkohols sammenhænge med morbiditet og mortalitet har smittet grundigt af på tænkningen omkring afdækning og behandling af stort forbrug af alkohol og tobaksrygning i sundhedsvæsenet. Når man i epidemiologien hævder at have tal for, hvor stor en del af sygdomstilfældene der kan tilskrives de givne eksponeringer (de ætiologiske fraktioner), så er der jo en række hjælpehypoteser, forudsætninger og forbehold, der går upåagtet hen over hovedet på de fleste og faktisk nogle gange slet ikke er anført i de epidemiologiske afhandlinger. Man tager dermed i virkeligheden mennesket med alle dets eksistentielle, kulturelle og kontekstuelle særheder og karakteristika ud af ligningen. Man tager ofte også årsags-virknings-retninger for givet, skønt man sagtens kan fortolke dem som interaktioner og årsagsfaktorerne som intermediære.

Rusmidler og stimulanter som risikomarkører og løsninger

Ætiologiske fraktioner er baseret på, at de »eksponerede« – f.eks. »rygerne«, skulle kunne være nogle andre mennesker end dem, de nu

er, men det er de altså ikke og bliver det ikke, heller ikke nødvendigvis, hvis det lykkes dem at stoppe rygningen.

Vi ved godt, at det næppe er tilfældigt, hvem der ryger videre, og hvem der ikke gør det (3). Det er næppe heller tilfældigt, hvem der efter ungdommen fortsætter et stort forbrug af alkohol, og hvem der ikke gør det. Det beror ofte på menneskelige faktorer (udvikling, livshistorie, personlighed, genetik, ...), som epidemiologien skøjter hen over.

Det er muligt, at tobak og alkohol er risikofaktorer, men de er i høj grad også risikomarkører, og for rigtig mange mennesker altså umiddelbart en løsning.

Dogmer i forebyggelsen – opsporing, systematisering og mere af det samme

Den epidemiologiske tænkning, som jeg her kort har forsøgt at skruti-
nere, har haft en voldsom afsmittende effekt på de dogmer, der er opstået de seneste 20-30 år om sundhedsvæsenets rolle i forhold til risikofaktorer som tobaksrygning og stort alkoholforbrug. Og almen medicin er ikke gået ram forbi.

Sandsynligvis fordi epidemiologien fokuserer på de risici, der tilsyneladende lader sig måle, er der opstået en opsporingskultur i forebyggelsen. På individniveau i sundhedsvæsenet handler det om opsporing og kvantificering. Kost, rygning, alkohol og motionsvaner skal registreres og bogføres for hver enkelt, både på hospitalet (4) og i almen praksis (5).

Sundhedsprofessionelle er uddannet til at finde sygdomme og stadieinddele dem, så det forekommer os ikke mærkeligt, at det første, man gør, når man skal kortlægge sundhedsadfærd, er at estimere problemets omfang: hvor mange genstande, hvor mange cigaretter? Spørgsmålet er bare, om denne tilgang er rimelig og i øvrigt hensigtsmæssig, når det nu drejer sig om (privat) adfærd og altså ikke om sygdom.

Der er ikke evidens for, at systematisk opsporing og rådgivning hjælper patienterne

For både rygning og alkohol gælder det, at den evidens, der findes, ikke kan bruges til at argumentere for en mere systematisk opsporing af rygere eller patienter med stort alkoholforbrug. Jeg har arbejdet forskningsmæssigt med forebyggelse i forhold til stimulanser/rusmidler i 17 år, og jeg har stadig ikke set god dokumentation for påstandene om, at hvis bare vi var mere systematiske og huskede at give alle et råd med på vejen om at stoppe med rygning og begrænse alkoholforbruget (kort intervention), så ville vi hjælpe flere til rygestop og sunde alkoholvaner.

Den evidens, der rutinemæssigt henvises til, stammer fra kontrollerede forsøg, som sammenligner situationer, der er helt kunstige i forhold til hverdagens praksis. Ofte håndplukkes højt motiverede patienter, og så undlader man at give en kontrolgruppe råd, hvorefter



man, ikke overraskende, kan vise en begrænset forskel efter nogle måneder til fordel for en kort intervention (6). Samtidig er der store problemer med at få valide data om forbrug af alkohol og rygestop i sådanne studier.

Når det gælder Cochraneanalysen (7), der undersøger effekten af konsekvente korte råd om rygning i almen praksis, så kan ingen af de inkluderede studier, der objektivt validerer rygestop med spyt- eller blodprøver, demonstrere nogen som helst effekt af systematisk udspørgen og korte råd om at kvitte tobakken. Kun de studier, der bygger på patienternes egne oplysninger om rygestop kan vise effekt. I nogle af de inkluderede studier har man imidlertid kunnet vise, at op til 40% lyver om deres rygestop.

I Danmark har vi som nogen af de eneste i verden i et pragmatisk og praksisrelevant design afprøvet hypotesen om, hvorvidt kort, screeningsbaseret intervention over for patienter med stort alkoholforbrug i almen praksis skulle kunne hjælpe patienterne til fornuftige alkoholvaner. Vi fulgte alle internationale anbefalinger og implementerede dem i 40 beredvillige lægers praksis. Det kunne ikke påvises, at vi hjalp nogen til bedre alkoholvaner eller lavere forbrug (8), og lægernes oplevelser med systematisk opsporing var tilsvarende negative (9). Alligevel hedder det i en fælles klinisk vejledning fra DSAM og Sund-

hedsstyrelsen (10), at »en ideel forebyggende indsats vil involvere systematisk opsporing af alkoholforbrug ved alle konsultationer med henblik på information og evt. behandling«.

I DSAM og PLO's politikpapir om forebyggelse (5) anføres det om rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt, at »Alle praktiserende læger bør sammen med patienten udfylde et forebyggelsesskema, som indeholder oplysninger om alkoholvaner« (rygevaner, fysisk aktivitet, kost, vægt). »Skemaet opbevares i journalen med henblik på senere opfølgning«. Der lægges altså også her op til en systematisk opsporing med udspørgen af alle, journalføring af oplysningerne og opfølgning.

Vi skal fortsat være læge for den enkelte patient, også når det gælder forebyggelse

I en almenmedicinsk konsultation er det patienten og dennes dagsorden, der er udgangspunktet. Min påstand er, at langt de fleste konsultationer indebærer en klinisk relevant anledning og dermed mulighed for forebyggelse, som ikke behøver at kollidere med patientens dagsorden. Den største udfordring er, ud fra vores kendskab til patienten, at vælge de møder og anledninger, hvor det er muligt, at lægen kan bidrage til at styrke patientens positive kræfter og tendenser, at forløse det salutogenetiske potentiale, om man vil (11). Hvis man bringer emner som alkohol og tobak på bane, skulle det jo helst ske i en situation og på en måde, så patienten ikke blot føler sig klemmt yderligere.

Når det gælder alkoholindtagelse og tobaksrygning, er patienter jo ikke uvidende om det skadelige potentiale. Stort set hele befolkningen kender til, at der findes grænser for fornuftig omgang med alkohol (12), og det er svært at finde en patient, der, under tvangfri omstændigheder vel at mærke, vil hævde, at rygning ikke indebærer nogen helbredsrisiko.

Ambivalens omkring for stort alkoholforbrug og tobaksrygning er udbredt. Hvis man ikke iagttager denne ambivalens og blot afleverer de seneste anbefalinger og advarsler, så har man i øvrigt, ud over at have misbrugt en magtrelation og måske spoleret en læge-patient-relationen, også gjort patienten en bjørnetjeneste ift. overvejelse af ændringer (13).

Forslag til en almenmedicinsk tilgang til stort alkoholforbrug og tobaksrygning

1) *Jeg ved ikke, hvad der er bedst for netop denne patient – patienten ved det måske?*

Selvom vi ved, at indtagelse alkohol og rygning af tobak involverer betragtelige sundhedsrisici på populationsniveau, kan vi ikke vide, om den enkelte patient ville kunne få et bedre liv uden disse rusmidler. Vi ved ikke, om denne patient kan håndtere sit liv uden stimulanter, eller hvordan emotionelle udsving og belastninger vil blive håndteret.

Hvis du forsøger at overbevise dig selv om, at du umuligt kan vide,

om netop denne patient ville være bedre hjulpet/have et bedre liv med mindre alkohol eller uden tobak, har du en chance for at undgå, at patienten blot føler sig klempt yderligere, hvis emnerne kommer på banen i konsultationen. Du har en chance for at undgå, at patienten (helt uværdigt) skal til at forsvare sig, og du har en chance for at åbne for et salutogenetisk potentiale og måske en motivation, der måtte være til stede hos patienten for ændringer.

Denne tilgang, som kræver lidt øvelse, er i modsætning i Motivations samtalen (13) et forsøg på at være genuint ikke-styrende i forhold til målet for samtalen. Målet med samtalen er ikke, på en eller anden snedig måde, at få patienten til at stoppe med at ryge eller skære ned på alkoholforbruget. Målet er, at patienten skal vide, at han/hun kan tale med dig, også om det at bruge alkohol og tobak, på en tvangfri måde. På den måde kommer defensive tanker og negative følelser ikke i vejen for, at patienten måske under samtalen får fat i nye tanker og ideer til sit liv.

2) Tag udgangspunkt i de utallige henvendelsesårsager,

symptomer og fund, hvor tobak eller alkohol kan spille en rolle

Hvis det er dig, der bringer alkohol eller tobak på bane, så husk at argumentere for, hvorfor det netop i denne situation kan være lægeligt relevant at gøre det (anledningerne er utallige). Argumentationen kunne f.eks. lyde: »En af de ting, der kan betyde noget for forhøjet blodtryk, er alkoholforbruget – selv et mådeligt forbrug kan hos nogle bidrage til at blodtrykket ligger højere«.

3) Undervurder ikke, hvor stigmatiserende et stort

alkoholforbrug og tobaksrygning kan føles for patienten

Lad være med at spørge om, hvor meget patienten drikker eller ryger (i hvert fald ikke som det første). Kvantificering lægger op til bedømmelse og evaluering og skaber modstand (14). For det første er det nærmest umuligt at få valide svar alligevel (fortrængning, forglemmelse, benægtelse og umulige spørgsmål). For det andet er det ikke nødvendigt at spørge om forbrugets størrelse per tidsenhed for at kunne samtale om emnet, og man risikerer at blokere samtalen om de mulige konsekvenser, som er langt vigtigere (den individuelle følsomhed varierer jo voldsomt). Brug f.eks. åbninger som: »Fortæl mig noget om dine alkoholvaner«. Eller hvis man kan mærke, at patienten er klar til at forsvare sig, kan man navigere helt uden om forbruget ved at give et tip: »Du kan jo altid prøve at halvere forbruget og se, om det er godt for dit blodtryk«.

4) Få styr på din retterefleks

Råd, der gives på efterspørgsel, er dog så meget mere værd, end dem der gives, fordi lægen ikke kan styre sin retterefleks, sin ubændige trang til at skabe orden, hvor der før var uorden (13). Hvis du kan styre din trang, får patienten måske ligefrem lyst til at høre din mening om sagen, og



hvilken betydning du tror alkohol og tobak kan have for hans/hendes helbred eller sygdomme. Du får måske mulighed for at blive taget med på råd.

»Kommunikation om risiko og helbredsressourcer indebærer specielle udfordringer, fordi det er temaer, der hænger nøje sammen med magtforhold ... Samtalen kan føre til såvel undertrykkelse som *empowerment*« (15). *Empowerment* handler om at styrke patienten og at modvirke undertrykkende kræfter. Der er en åbenlys risiko for, at netop samtale om rusmidler som tobak og alkohol fører til et helt skævt og uværdigt magtforhold i konsultationsprocessen og dermed virker undertrykkende.

5) Tag ambivalens alvorligt

Ambivalens er en normaltilstand for stort set alle patienter, der ryger eller drikker for meget. Hvis man pirker til ambivalensen i en konsultation, kan det udløse en kognitiv dissonans hos patienten, en skurren i bevidstheden, om man vil, udløst af forskellen mellem patientens behov, ønsker, drømme og vilje på den ene side og så det patienten foretager sig på den anden side, ofte drevet af følelser og automatiske tankeprocesser.

Hvis patienten ikke kan se muligheder for at ændre på adfærden

og føler sig låst fast, kan næsten kun en nedjustering af forventningerne til sig selv, måske ligefrem en selvværdsdevaluering, få dissonansen til at ophøre. Alternativt kan man se patienter, der forsvare sig med argumenter, som de ikke mener inderst inde, eller at patienter blot øger deres brug af rusmidlet i håb om at dulme dissonansen. Det er lægens ansvar ikke at bringe patienten i en sådan situation. Det er lægens ansvar, at patienten ikke går fra konsultationen med et lavere selvværd eller et potentielt højere forbrug end han/hun mødte op med.

Det kan nogle gange hjælpe patienten, at lægen normaliserer ambivalens og fortæller,, hvor udbredt fænomenet er, når det gælder menneskelig adfærd.

Hvis patienten forsøger at udtrykke sin ambivalens, så kan det være til hjælp for patienten, at lægen hjælper med at afklare og forstå ambivalensen. Man kan f.eks. bruge spørgsmål om to dimensioner af motivation, som kan være til hjælp:

- a) »Hvor vigtigt er det for dig at ændre ...?« Skalasvar fra 0% (slet ikke vigtigt) til 100% (meget vigtigt)
- b) »Hvor meget tror du på at du kan ændre...?« Svar fra 0% (ikke muligt) til 100% (problemfrit)

– og tag gerne fat i det, som er (potentialerne i stedet for manglerne), også selv om svaret måske er 20% vigtigt/muligt (»Hvorfor 20% og ikke 0?«). Det styrer bort fra mangler og hjælpeløshed. Spørgsmålene stammer fra Motivationssamtalen (13), men de får en ny betydning, hvis spørgeren ikke i det skjulte styrer mod adfærdsændring og altså ikke ved bedre end patienten.

6) Pres aldrig patienten – heller ikke på den tolerante måde

Det enorme pres, for at vi skal være systematiske og proaktive i vores opsporing af risiko, gør at vi meget nemt kommer til at forsøge at forcere en ændringsproces, som allerede er i gang hos patienten. Vi presser dem med statistisk risiko, hvis vi er vilde med epidemiologi og med kognitiv dissonans, hvis vi er mere orienteret mod det psykologiske.

Hvis man bliver bevidst om aldrig at forsøge at presse patienten, primært ved at lytte langt mere og rådgive langt mindre, så kan der godt blive rum til gode samtaler om følsomme emner som alkoholforbrug og tobaksrygning. Det kan endda ende med, at patienten efterspørger rådgivning eller behandling, og så må vi selvfølgelig være forberedte på enten at påtage os den opgave, eller at viderehenvise patienten til et tilbud, vi er fortrolige med.

CAVE: kompliceret afhængighed – det er rusmidler vi taler om

Denne artikel handler primært om »ukomplicerede« tilfælde af tobaksrygning og for stort alkoholforbrug.

Svær afhængighed optræder ofte i samspil med psykiske symp-

tomdiagnoser og personlighedsproblemer, som kan forstyrre billedet betragteligt. Det kan også vise sig, at patienten er så afhængig og stigmatiseret, at det er vigtigt at komme i et seriøst behandlingsforløb, men muligheden for at hjælpe patienten til at se et sådant behov afhænger under alle omstændigheder af, om patienten føler sig hørt og forstået. Min erfaring er, at den her skitserede ikkestyrende tilgang også til afhængige patienter er god til at skabe tillid og fælles bølgelængde, som er forudsætningen for henvisning til/gennemførelse af en mere målstyret afvænnings og behandling.

Når det gælder afhængighed af både alkohol og tobaksrygning, lader tilbuddene om egentlig behandling meget tilbage at ønske. Vi må ofte tage vare på patienter, som ikke får den nødvendige afrusning, afvænnings eller behandling andetsteds. Det er også lægearbejde at påpege sådanne behov for udbygning og opkvalificering af behandlingssteder for både alkoholafhængige og afhængige storrygere.

Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet.

Litteratur

1. Molimard R, The European Report "Lifting the SmokeScreen": Epidemiological study or manipulation? *Rev Epidemiol Santé Publique* 2008;56:286-90.
2. Henrik Wulff, Rationel klinik. Grundlaget for diagnostiske og terapeutiske beslutninger (1. udg.) København: Munksgaard, 1973.
3. John U, Meyer C, Rumpf HJ et al. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity - a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend* 2004;76:287-95.
4. Systematisk forebyggelse til patienter. Evaluering af pilotprojekt på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital og Psykiatrien i Region Nordjylland. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
5. Rettidig omhu eller utidig indblanding - Politik for forebyggelse i almen praksis. København: Praktiserende Lægers Organisation og Dansk selskab for almen medicins politikpapir for forebyggelse, 2005.
6. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;327:536-42.
7. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000165.
8. Beich A, Gannik D, Saelan H et al. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice - a pragmatic controlled trial. *Alcohol* 2007;42:593-603.
9. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325:870-2.
10. Spørg til alkoholvaner - diagnostik og behandling af alkoholproblemer. Klinisk vejledning. København: Sundhedsstyrelsen og DSAM, 2010.
11. Hollnagel H, Malterud K. Sundhedsbrøken der blev væk. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1995;73:693-701.
12. Grønbæk M, Strøger U, Strunge H et al. Betydningen af ti års landsdækkende alkoholkampagne i Danmark for kendskabet til de anbefalede genstandsgrænser. *Ugeskr Læger* 2002;164: 5782-6.
13. Miller WR, Rollnick S. Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag, 2004.
14. Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: the keys to the CAGE. *Am J Med* 1993;94:520-3.
15. Hollnagel H, Malterud K. Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002;164:5225.