

Att samtala om alkohol

»En praktika om samtalskonst på spirituellt nivå«



SVEN WÄHLIN, husläkare, Bålsta vårdcentral, projektledare i Riskbruksprojektet,

Statens folkhälsoinstitut
sven.wahlin@fhi.se

Cirka 15 procent av befolkningen har ett riskbruk av alkohol – ett bruk som hotar att orsaka medicinska skador eller sociala konsekvenser om det fortsätter [1]. Alkohol är en bidragande orsak till en lång rad symtom och sjukdomar. Detta uppmärksammas dock sällan inom hälso- och sjukvården [2]. Att föra patientsamtal om alkohol upplevs ofta svårt och känsligt. Syftet med denna artikel är att presentera några olika samtalsmetoder och ge praktiska tips som kan användas i olika kliniska situationer. Det finns stark evidens för att kort rådgivning om alkohol är bland det mest effektiva vi kan göra för en förbättrad folkhälsa [3, 4]. Detta är därför läkekonst på högsta nivå.

Patientens hälsoproblem som utgångspunkt

I den normala konsultationen utgår vi från de problem patienten söker för. Vi identifierar de tankar och föreställningar som patienten har kring sina besvär och de förväntningar patienten har på besöket. Detta kallas en patientcentrerad anamnes då patientens upplevelse av problemet är central och utgångspunkten för vår fördjupade anamnes, vårt status och den information vi ger [5, 6]. Detta arbets sätt erbjuder flera naturliga tillfällen att närma sig alkoholfrågan, vilket exemplifieras nedan.

1. Har patienten märkt samband mellan besvär och alkohol? Det är inte ovanligt att patientens själv funderat på samband, i så fall är detta en utmärkt utgångspunkt för att ta upp frågan om alkohol. Detta måste i regel efterfrågas aktivt: »Har du märkt om besvären förvärras/förbättras om du någon gång dricker alkohol?» eller: »Har du någon gång funderat på om ditt besvär förvärras av alkohol?» eller: »Tror du själv att det kan finnas samband mellan dina alkoholvanor och dina besvär?»

Även om patienten inte funderat på det tidigare kan det väckas en tanke hos många. Frågan om samband kan fördjupas på olika sätt: »Hur är det när du har alkohol i kroppen?» (naturligt vid till exempel utredning av familjär tremor, ångest, med mera) eller: »Hur var det med magbesvären under semestern, då du drack mer/mindre?» Alkohol torde inte vara

den enda faktorn, utan en av flera, där vi utforskar samband. Patientens reaktion på frågorna ger oss också information och avgör hur vi ska gå vidare.

2. Ge information om samband. När man väl kommit fram till en diagnos och ska informera om tillståndet har man ytterligare ett gyl-

lene tillfälle att diskutera alkohol på ett naturligt och patientcentrerat sätt. Det är ofta lämpligt att först utröna vad patienten själv vet om sin sjukdom: »Vad vet du själv om...?» Därefter erbjuder man information: »Så bra, du vet ju redan en del. Vill du

att jag ska berätta mer om...?» Det vill patienten naturligtvis, och dörren är öppen för information om olika faktorer där alkohol troligtvis bara är en av många. Därefter vill du veta hur patienten tog emot det du sagt: »Vad tänker du om det jag sagt?» eller: »Är det något av detta som du tror har betydelse för dig/som du tror du kan ändra?» Här har vi tydligt bjudit in patienten att diskutera alkohol. Även då man inte lyckas med ett öppet samtal har man säkerligen väckt tankar i de fall det är befogat. Ibland kan ett kort påstående om samband vävas in i annan information. »Gikt beror på ärftlig förhöjning av urinsyrehalten i blodet. Övervikt och alkohol bidrar till ytterligare höjning.« Bra förklaringsmodeller är viktiga för trovärdigheten.

3. Ge information om behandling. Med liknande samtalsmetodik kan man introducera alkohol i ett samtal om behandling, i de situationer där alkohol och levnadsvanor har betydelse för sjukdomen. Detta är kanske det allra bästa tillfället, då många patienter känner motstånd mot medicinering. Att ändra sina vanor vad gäller fysisk aktivitet och kost är svårt. Att varaktigt ändra alkoholvanor vid alkoholberoende kan också vara svårt. Däremot är det lättare att ändra alkoholvanor vid ett riskbruk av alkohol då beroende inte har utvecklats. Många har slentrianmässiga alkoholvanor, och blir man medveten om hälsosackdelar är det lätt att ändra beteendet. Ett riskbruk av alkohol kan orsaka eller försämra många av våra vanligaste livsstilsrelaterade sjukdomar.

Samtalsmetodiken är som ovan. Helst bör man inleda med en fråga om vad patienten vet om behandling, erbjud sedan mer information om olika behandlingsalternativ. I exemplet med gikt ovan kan samtalet fortsätta: »Behandling av gikt kan bestå av... (vikt nedgång, kost, minska alkohol, byta provocerande läkemedel, NSAID, allopurinol) ...«, varefter man förutsättningslöst efterfrågar patientens tankar: »Vad tänker du nu om behandlingen?» eller: »Tabletter kan ju hjälpa, men finns det något annat du vill göra för att slippa tabletter?» eller: »Ja, din vikt är ju jättebra, vad tror du själv om alkohol i ditt fall?» Är du det minsta osäker om patienten är



Illustration: Sven Wahlin



Det finns många tåtar och taljor att dra i under samtalet kring alkohol.

SAMMANFATTAT

Riskbruk av alkohol förekommer hos cirka 15 procent av befolkningen, alkoholberoende hos 5 procent av männen och 3 procent av kvinnorna.
Alkohol diskuteras endast i 17 procent av läkarbesöken.

Alkohol är ett »tabuämne« som många upplever som svårt att prata om.
Patientcentrerad är viktigt i patientsamtalen; det vill säga att utgå från patientens besöksorsak och tankar.

»Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja där.

»För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än hon gör, men först och främst förstå det hon förstår.«

»Om jag inte kan det, hjälper det inte att jag kan och vet mer.«

Søren Kierkegaard



mottaglig så fråga: »Räcker det nu, eller vill du veta mer?« eller: »Vill du att jag berättar varför blodtrycket kan påverkas av alkohol?«.

4. Resonera om individuell känslighet. För läkemedel är det självklart att det finns biverkningar som drabbar en del individer, men inte andra, och att olika individer kan få vitt skilda biverkningar av samma läkemedel. Orsaken kan vara genetisk disposition, eller vara okänd, såsom vid idiosynkrasi. I detta sammanhang kan alkohol mycket väl jämföras med andra biokemiskt aktiva substanser. Det kan ibland vara mycket pedagogiskt att resonera med sin patient utifrån att han »tycks ha en extra känslig lever/blodtryck/magsäck/etc«. Fördelen är att patienten befrias från skuld: Han eller hon är ingen dålig människa som dricker för mycket. Tvärtom är patienten drabbad av att vara extra känslig. Patienten slipper också granskning av sin konsumtion, och doktorn slipper gissa om patientens alkoholuppgifter är sanna. Självklart ska denna pedagogik användas med omdöme. Det finns inget säkert bevis för att verifiera den ökade känsligheten. Däremot finns ett test som kan göra det troligt.

5. Att testa om samband finns. De patienter som märker samband mellan besvär och alkoholvana ändrar ofta sin vana spontant och utan svårighet, såvida de inte har ett beroende. Om patienten inte märkt samband, eller är osäker, kan man föreslå ett test eller ett gemensamt experiment. Testet innebär att minska alkoholförbrukningen under ett antal veckor, åtminstone två, gärna fyra. Minskningen kan bestå av halverad konsumtion eller helnykterhet beroende på situation och motivation. Därefter bokas återbesök för att utvärdera om besväret/blodtrycket/leverprov/etc förbättrats. Det pedagogiska värdet är massivt om det skett en förbättring, men stort även om så inte är fallet [7]. Den individuella variationen är ju stor, och poängen att alkohol kan påverka besväret torde inte missas. Fördelen med detta förfarande är också att patienten involveras, tar ansvar för sin egen behandling.

6. Patologiska prov. GT, ALAT, MCV och triglycerider är vanliga prov som påverkas av alkohol, men som kan beställas av många olika orsaker. Alkoholspecifika prov är CDT och några nyare: B-PEth, U-EtS och U-EtG. Sensitivitet och specificitet för alkohol är mycket hög för dessa nyare prov, men de har ännu inte funnit sin roll i allmän praxis. Samtalet har betydligt högre sensitivitet och specificitet än till exempel leverprov. Patologiska prov kan dock väcka vår uppmärksamhet och erbjuda en naturlig utgångspunkt för ett alkoholsamtal. Det blir naturligt att diskutera möjliga orsaker till förhöjningen. Man kan erbjuda testet där patienten halverar sin konsumtion under tre-fyra veckor och ta sedan om provet. Då vet man (det vill säga patienten i första hand) om alkohol bidragit till förhöjningen eller inte. Blodproven får ett pedagogiskt värde som återkoppling till patienten. Den individuella variationen för alkoholens påver-

kan på proven kan vara stor, varför mer exakt mängdanamnes inte behöver vara relevant. Att doktorn påstår att »din lever tycks vara lite extra känslig!« kan förhindra en känsla av missstroende i de fall patienten själv inte tror sig vara högkonsument. Målsättningen här är inte att doktorn ska få reda på sanna förhållanden, utan att få till stånd en beteendeförändring hos patienter med riskabelt eller skadligt alkoholbruk.

Skam – en vanlig fallgrop. Det finns stark evidens för att kort rådgivning om alkohol har mycket god effekt. Skuldbeläggning är emellertid en vanlig fallgrop, då det medför försvar, förnekande och slut på diskussionen. Alkohol är ett känsligt ämne för många, varför minsta antydning om missbruk eller alkoholproblem kan medföra försvarsattityd. Termen riskbruk är mindre laddad än missbruk och alkoholism. Man kan också betona problemets multifaktoriella genes, där alkohol är en av många bidragande orsaker. Man kan även generalisera, det vill säga prata om hur ofta alkohol är bidragande faktor, hur det varit för andra patienter eller presentera en teori – ett möjligt samband. Faller detta i god jord kan man fortsätta: »Tror du själv det kan finnas ett samband mellan dina alkoholvanor och dina besvär?« Då är vi vid gränslandet mellan anamnes och att använda motiverande samtal (MI) för att skapa en förändring.

Observera att i inget av ovanstående exempel har läkaren frågat hur mycket patienten dricker. Detta kan ibland uppfattas kritiskt granskande och medföra försvarsbeteende, felaktig uppgift och slut på diskussionen. Det finns dock situationer då det kan vara motiverat. Detta diskuteras nedan.

Den alkoholinriktade anamnesen

En alkoholinriktad anamnes kan bli aktuell för patienter som söker för alkoholproblem, och ibland som en del av en grundligare kartläggning av livssituation och livsstil. När man träffar en patient (kanske för första gången) som man förväntas ha långvarig kontakt med är det vanligt med en mer fullständig anamnes om livssituationen, inklusive sociala förhållanden, tidigare sjukdomar och levnadsvanor. Levnadsvanor eller livsstil handlar om bland annat fysisk aktivitet, tobak, läkemedel, kost, naturmediciner och alkohol. Alkohol blir då avdramatiserad och bara en faktor tillsammans med kost, läkemedel och naturmediciner.

Alkoholanamnesen syftar oftast till att belysa konsumtionen, det vill säga alkoholmängder och dryckesmönster. Även konsekvenser av drickandet kan vara väl så viktigt, och avgörande om vi vill ställa diagnos. En första fråga kan då helt enkelt lyda: »Använder du alkohol?« Beroende på svaret kompletterar man med fördjupande frågor: »Hur ofta dricker du någon form av alkohol? Vad dricker du då? Hur mycket?« eller: »Dricker du alkohol? Hur många dagar dricker du alkohol en normal vecka? Hur mycket dricker du då?« Även i ett sammanhang av levnadsvanor upplever många patienter frågorna som personliga och känsliga. Detta bör vi respektera och inte bekymra oss däröver i de flesta konsultationer. Oavsett korrektheten i patientens svar har frågan om alkohol lyfts, alkohol är viktigt och här är det tillåtet att prata om alkohol.

När patienten söker för alkoholproblem krävs en mer omfattande alkoholanamnes som också inkluderar historik, sociala och medicinska konsekvenser, diagnostik, motivation och tidigare behandlingar.

»Det viktiga är inte att doktorn vet, utan att patienten själv blir medveten om sin alkoholkonsumtion.«

För att få en mer precis bild av dryckesmönster är tekniken time-line-follow-back användbar [8]. Den innebär 2–4 veckors retrospektiv konsumtionsinriktad kartläggning enligt: »När drack du någon alkohol senast? Vad drack du då? Hur mycket?« Därefter upprepas frågan »Och gången innan detta, när vad det? Vad drack du? Hur mycket?« Detta förfarande ger en mycket bra bild i en trygg situation. Man går således igenom almanackan baklänges och påminner sig dryckestillfällena med hjälp av vad man gjorde. Ett annat sätt är en prospektiv kartläggning med alkoholdagbok, »alkonacka« eller dryckesdagbok (Figur 1), där patienten för sig själv registrerar all konsumtion och översätter de olika dryckesslagen till exempel vis standardglas eller cl starksprit. Patienten ska sedan själv kunna värdera sin konsumtion med riskgränser. Dryckesdagboken kan med fördel användas extensivt. Vid tidsbrist eller motstånd mot alkoholsamtal kan man snabbt avsluta samtalet med att dela ut dryckesdagboken och erbjuda patienten att räkna ut sin konsumtion hemma. Det viktiga är inte att doktorn vet, utan att patienten själv blir medveten om sin alkoholkonsumtion.

En probleminriktad alkoholanamnes belyser inte bara konsumtion utan även konsekvenser av drickandet. Här finns validerade standardiserade frågeinstrument som många känner sig bekväma med att använda. De kan användas mer rutinmässigt eller i vissa situationer när vi vill fördjupa och objektivt på ett liknande sätt som ett MADRS-formulär kan vara ett verktyg för att följa en depression, eller mini-mental-testet vid demens.

AUDIT-formuläret (the alcohol use disorders identification test) är det vanligaste och består av 10 enkla frågor [9]. Det identifierar alkoholproblematik med hög specificitet och sensitivitet [10]. AUDIT ger en information om allvarlighetsgrad och indikerar om det rör sig om riskbruk, missbruk eller beroende. Tredje frågan i AUDIT handlar om hur ofta man berusningsdricker. Detta är den enstaka fråga som visat sig ha bäst sensitivitet för riskabel alkoholkonsumtion, och den används ibland som enda alkoholfråga i till exempel livsstilstest.

CAGE-formuläret består av fyra frågor som är lätta att komma ihåg då CAGE är en akronym (cut down, annoyed, guilt, eye

»Det kan vara betydligt mindre känsligt att efterfråga patientens åsikt, än att »förhöra« angående konsumtionen.«

opener) (Fakta 1) [11]. Man kan använda en eller flera av frågorna invända i en anamnes och omformulera efter situationen. Efter att alkohol kommit på tal kan man till exempel fråga: »Har du själv tyckt att du dricker för mycket ibland?« eller »Är du orolig över dina alkoholvanor?« Det kan vara betydligt mindre känsligt att efterfråga patientens åsikt, än att »förhöra« angående konsumtionen. Efter denna typ av frågor är det också lättare att gå över till ett behandlingsinriktat samtal. Detta kan inledas med att utvärdera motivationsgrad med utforskande frågor av typen: »Hur skulle du själv vilja dricka?«, »Har du funderat hur du ska nå dit?« och så vidare.

Screening

Screening betyder gallring/sällning och innebär att alla patienter, alla med viss diagnos, ålder etc genomgår gallrande undersökning. För alkoholscreening används ofta AUDIT, eventuellt i kombination med CDT-prov. Det finns stark evidens för att AUDIT-screening effektivt identifierar patienter med alkoholproblem. Det är därför ett kraftfullt redskap. Då arbetssättet är utpräglat sjukdomsorienterat kan det uppfattas vara motsatt det patientcenterade arbetssättet. Att patientens bekymmer är i centrum och att hennes agenda får gälla är ofta en förutsättning för framgångsrik konsultation, det finns stark evidens även för detta [5]. Implementering av screening i reguljärt mottagningsarbete har därför varit kontroversiell och hittills inte vunnit större framgång [12]. Det är viktigt att implementering sker med eftertanke, inte kolliderar med ett patientcenterat arbetssätt, och att man begränsar användningen till de situationer som kan vinna acceptans för att metoden inte ska hamna i vanrykte [13].

Andra former av screening är okontroversiella, till exempel i barnhälsovård, olika hälsokontroller, mammografi, så även alkoholscreening borde kunna finna sin plats. Det har redan

Din veckokonsumtion

Beräkna din veckokonsumtion genom att räkna standardglas.
Ett standardglas motsvarar:



En folköl (50 cl)



En starköl/starkö-cider/alkoläsk (33 cl)



Ett litet glas vin (12 cl)



Starkvin 15-22% (8cl)



4 cl sprit

En burk starköl (50 cl) 5% är 1,5 standardglas.
En burk starköl (50 cl) 7-8% är 2 standardglas.
En burk starköl (50 cl) 9-10% är 3 standardglas.

Notera antalet standardglas alkohol som du dricker under en vecka. Summera sedan antalet glas.

Vecka	mån	tis	ons	tor	fre	lör	sön	totalt

Dricker du på en riskfylld nivå?
Jämför med tabellen på baksidan. →

www.alkoholprofilen.se

Du har en riskfylld alkoholkonsumtion om du dricker nedanstående mängd eller mer

	kvinnor	män
Standardglas per vecka	10	15
Standardglas per tillfälle	4	5

Tabellen avser risknivåer för friska vuxna. Även mindre mängd alkohol kan medföra risker hos ungdomar, gravida och personer med sjukdomar såsom hjärtsjukdomar, lever-sjukdomar eller psykisk ohälsa

Det är viktigt att du uppmärksammar både **din totala veckokonsumtion** och mängden alkohol du dricker **per tillfälle**.

Dryckesdagbok

Av Sveriges vuxna befolkning har två av tio en riskfylld alkoholkonsumtion.

Riskfylld alkoholkonsumtion innebär att du dricker så mycket alkohol att ditt liv eller din hälsa påverkas negativt. En riskfylld alkoholkonsumtion kan bland annat medföra:

- magproblem
- sömnproblem
- nedstämdhet
- ökad risk för att skada sig i en olycka
- ångest
- sociala problem

Ta hjälp av denna dryckesdagbok för att se om du har en riskfylld konsumtion.

● **Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer**

Figur 1. Med hjälp av en alkoholdagbok eller dryckesdagbok kan patienten själv registrera all konsumtion och översätta de olika dryckesslagen till standardglas eller antal cl starksprit. (Från Statens Folkhälsoinstitut.)

FAKTA 1

CAGE-formuläret. CAGE är en engelsk akronym för fyra frågor om alkoholvanor: cut down, annoyed, guilty och eye opener. Två positiva svar ger stark misstanke om beroende/missbruk.

- Har du någon gång känt att du borde minska din alkoholkonsumtion?
- Har du känt dig irriterad av att andra har kritiserat dina alkoholvanor?
- Har du ofta haft skuld känslor på grund av din alkoholkonsumtion?
- Har du någon gång haft behov av återställare på morgonen för att lugna nerverna och bota baksmälla?

FAKTA 2

Några exempel på riskbruk.

- Hög konsumtion: ≥ 15 glas/vecka för män, ≥ 10 glas/vecka för kvinnor
- Berusningsdrickande: ≥ 5 glas/tillfälle för män, ≥ 4

- glas/tillfälle för kvinnor
- Individuellt öka känslighet i något organsystem
- All alkoholanvändning vid bilkörning, i arbetslivet och under graviditet

accepterats bra i primärvården vid tillfälliga kampanjer, så kallade alkoholveckor, för att lyfta alkoholfrågan, i samband med planerad inskrivning på sjukhus [14], inom företagshälsovården och inom psykiatrin. I primärvården har man även börjat erbjuda patienter att fylla i ett livsstilsformulär om levnadsvanor inför besök. Etiska aspekter och risk för störning av patientcentering måste beaktas, men erfarenheter börjar samlas för hur det bör implementeras.

Att värdera alkoholkonsumtionen

Det är ofta mindre viktigt att vi som behandlare får reda på exakt förbrukning än att patienten själv börjar reflektera över sitt drickande. Det är också mycket individuellt vilken mängd som är riskabel. Men kommer frågan »Hur mycket kan man dricka?» kan följande gränser nämnas: Totalkonsumtion an-

»Att utveckla samtalskonsten ... ger djupare kontakt med våra patienter och större förmåga att möta deras behov.

ses riskabel vid 15 standardglas/vecka för män och 10 standardglas/vecka för kvinnor [15]. Ett standardglas innehåller 12 g alkohol, till exempel ett litet glas vin eller 4 cl starksprit. Ett annat riskabelt konsumtionsmönster är berusningsdrickandet, det vill säga mycket på en gång. Fem eller fler standardglas för män respektive fyra för kvinnor vid varje dryckestillfälle anses riskabelt [15]. Vissa individer har en betydligt större känslighet. Ibland är all alkoholanvändning riskabel, till exempel vid bilkörning, i arbetslivet, under graviditet (även innan graviditeten konstaterats, vilket är en försummad kunskap) och naturligtvis även för en »nykter alkoholist«. Positiva hälsoeffekter (hjärta och kärl) kan finnas för äldre människor redan vid 0,5–1 glas vin/dag (men inte därutöver) men har inte vistas för personer under 40 år.

Sammanfattning

De flesta patienter som söker oss är fyllda av funderingar och oro för sina besvär. Frågor om alkohol riskerar då att upplevas irrelevanta och ibland ifrågasättande. Att få frågan om alkohol att framstå som naturlig och motiverad i denna situation är skön samtalskonst. Vårt främsta verktyg som läkare är samtalet. Att utveckla samtalskonsten (som till stor del är en lyssnar-konst), ger djupare kontakt med våra patienter och större förmåga att möta deras behov. Det ger även doktorn en bot mot besvärliga och tärande möten. Att träna samtalskonst är professionell utveckling när den är som bäst. Ett bra samtal är situationsbetingat, individanpassat och utgår från patientens verklighet. Det är den arena där vi tillämpar vår medicinska faktakunskap. Njut din samtalskonst på »spirituell nivå«!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

- Boman U, Hradilovan Selin K, Ramstedt M, Svensson J. Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006. Stockholm: SoRAD; 2007. Forskningsrapport nr 48.
- Bendtsen P, Holmqvist M. Allmänläkarnas kunskaper, erfarenheter och attityder till att uppmärksamma riskfylld alkoholkonsumtion i det vardagliga patientarbetet i primärvården – En nationell kartläggning. Linköping: Linköpings universitet; 2006. Rapport.
- Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunskapsmanställning. Stockholm: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001. Rapport 156.
- Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Flemming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005;165:986-95.
- Patient-läkarrelation – Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1999. Rapport 144.
- Hedberg C. Riskbruk och allmänmedicinens kliniska metod. Allmänmedicin. 1995;16:290-2.
- Hedberg C, Hallberg H, Urwitz V. Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. Läkartidningen. 2000;97:48-50.
- Sobell M, Sobell L, Klajner F, Pavan D, Basian E. The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: Utility for alcohol research. Addict Behav. 1986;11:149-61.
- Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Second edition. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
- Allen J, Liddle R, Fertig J, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res. 1997;21(4):613-9.
- Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical population: a diagnostic meta-analysis. J Clin Epidemiol. 2004;57:30-9.
- 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.
- Sigurdsson J, Getz L, Hetlevik I. Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. Läkartidningen. 2004;101:1412-5.
- Forsberg L. Hazardous or harmful alcohol use in emergency care – early detection, motivation to change, and brief intervention [dissertation]. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; 2003.
- Andréasson S, Allebeck P, redaktörer. Alkohol och hälsa – En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2005.