



Experimentell utvärdering av rådgivningen vid den svenska nationella Alkohollinjen

2015-2017

Maria Rosaria Galanti

INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP,
KAROLINSKA INSTITUTET



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
Sammanfattning	2
Bakgrund.....	3
Syfte	4
Metod	4
Resultat.....	5
Diskussion.....	8
Slutsats	9
Lästips/kontakt.....	9
Referenser	10

Sammanfattning

Vid riskbruk av alkohol är telefonrådgivning en tilltalande behandlingsmetod för att kunna nå fler individer med sådant problembeteende. Vilken typ av telefonrådgivning som är mest effektiv och mest kostnadseffektiv är däremot inte känt. Det här projektets huvudsyfte har därför varit att jämföra två rådgivningsmodeller vid Sveriges nationella Alkohollinje (AL) där telefonstöd ges till personer som vill ändra sina alkoholvanor. Ett sekundärt syfte var att jämföra beteendeförändringar i riskbruk av alkohol hos AL-klienter med den spontana förändring i problemdrickande som sker på befolkningsnivå. I projektet genomfördes två studier:

1. En randomiserad kontrollerad studie (RCT) där frivilligt deltagande AL-klienter slumpmässigt placerades i två olika behandlingsgrupper. Den ena gruppen behandlades med självhjälpsmaterial följt av ett proaktivt stödsamtal. Den andra gruppen fick rådgivning enligt en mer vanlig modell med ett eller flera klientcentrerade samtal. Totalt deltog 185 personer i studien som pågick under två år. Samtliga deltagare följdes upp efter sex månader och det primära resultatet visade ett minskat riskbruk av alkohol. Minskningen var 69 procent bland de som behandlades med självhjälpsmaterial och 58 procent bland de som fick den vanliga rådgivningen. Procentskillnaden är så pass marginell att den kan förklaras av slumpen.
2. En långtidsuppföljning av cirka niotusen personer som rapporterat riskbruk av alkohol i Folkhälsokohorten i Stockholm. Ungefär en tredjedel av deltagarna rapporterade ett långvarigt avstånd eller en långvarig minskning av alkoholkonsumtion vid uppföljningen.

Sammanfattningsvis har båda rådgivningsmodellerna vid AL visat sig användbara då båda ledde till en väsentlig beteendeförändring hos en majoritet av deltagarna. Skillnaden i utfall var så pass marginell att en modell inte kan anses betydligt bättre än den andra. Resultaten från studien indikerar att högmotiverade personer som ringer AL har stor förändringspotential även med minimal hjälp. Huruvida denna förändring överträffar den man ser ske spontant bland riskbrukare av alkohol i befolkningen går inte att säga med ett så litet urval och efter så kort tid.

Summary

Alcohol telephone helplines available to the general population can extend the reach of brief interventions while preserving in-person counselling. Which approach to telephone counselling is most effective and cost effective has not been previously investigated. The primary objective of this project was to compare two counselling models for problematic alcohol use delivered at the Swedish National Alcohol Helpline (SAH). A secondary objective was to relate the behavioral changes among risk drinkers receiving help at the SAH to those of risk drinkers in a population sample. The project included two studies:

1. A randomized controlled trial (RCT) with two parallel groups: a. brief, structured intervention, including self-help material and one proactive call, b. usual care, i.e. multiple-session client-driven counselling. In total 185 callers of the SAH joined the study during two years and were available at 6-month follow-up. The primary outcome was a downward change in risk drinking. Among participants 69 percent in the alternative intervention and to 58 percent in the usual care group changed their behavior to a lower risk, but this difference is still compatible with chance.
2. The second study was a long-term follow-up of a cohort of 8946 risky drinkers participating in the Stockholm Public Health Cohort. It was estimated that about one third of these risky drinkers changed their behavior to a long-lasting lower- or no- drinking level.

In summary, both counselling methods at the Swedish National Alcohol Helpline were followed by a short-term consistent decrease of problematic drinking among participants, without clear advantages of either counselling model. Highly motivated drinkers may benefit of even minimal support to achieve a substantial behavioral change. Whether this change may be sustained over time is to be clarified.

Bakgrund

- *Alkoholbruk* är en viktig och förebyggbar orsak till sjukdom och för tidig död. Globalt innebar alkoholkonsumtion 4,2 procent av förlorade levnadsår i god hälsa (DALY) år 2016. Alkoholkonsumtion klassades dessutom som den sjunde vanligaste orsaken till sjukdomsburda i alla åldrar och som första orsak i åldersspannet 15 till 49. Dessutom har DALY orsakad av alkoholbruk ökat med 25 procent sedan 90-talet¹.
- I Sverige är trenderna annorlunda. Sjukdomsburdan orsakad av alkohol (DALY) minskade mellan 1990 och 2013² till följd av en minskning i den genomsnittliga konsumtionen (8 procent). Trots detta kunde man 2016 skatta att prevalensen av *problemiskt alkoholdrickande* var 17 procent i åldersgruppen 16 till 84 år³. Potentialen att förebygga alkoholbruk är därefter fortfarande stor.
- Internationellt finns ingen överenskommelse kring vad som utgör "problemiskt drickande". Utifrån en klinisk synpunkt kan man använda diagnostiska kriterier, exempelvis enligt de internationella klassifikationssystem ICD 10 eller DSM V.
- Enligt svensk norm omfattar ett standardglas 12 cl ren alkohol, och för populationsstudier sätts ofta gränsen för genomsnittlig *veckovis alkoholkonsumtion* vid 9 standardglas för kvinnor och 14 standardglas för män⁴. Ett annat beteende som brukar studeras är det som kallas för *hög tillfällig konsumtion*, som motsvarar mer än 5 standardglas vid ett och samma tillfälle⁵.
- En *spontan förändring av problemdrickande* är vanlig, men omfattningen varierar mellan studier⁶. En färsk studie från Sverige beskrev en spontan förbättring från beroende till icke beroende bland 50 procent av deltagarna efter ett år.⁷ Andra studier visar att tre av fyra med riskdrickande övergår till lågrisk utan att söka behandling^{8,9}. Frågan huruvida hälso- och sjukvårdsbaserade interventioner kan tillföra ytterligare eller mer långvariga beteendeförändringar är därmed befogad.
- *Kort rådgivning inom primärvård* har visat sig effektiv och kostnadseffektiv för att minska riskbruk av alkohol bland vuxna, men många nås inte av denna åtgärd eftersom den inte används systematiskt^{10,11}.
- *Rådgivning via telefon* har visat sig vara en kostnadseffektiv rådgivningsmodell med personlig kontakt för situationer såsom mental ohälsa och rökning. Hög tillgänglighet och stor möjlighet för klienten att förbli anonym är påtagliga fördelar med telefonrådgivning, som därmed kan anses särskilt lämpad för problematiskt alkoholbruk. Telefonlinjer som tillhandahåller rådgivning för alkohol till hela befolkningen förekommer sällan, och dess effekter är ännu inte utvärderade.
- Den svenska nationella *Alkohollinjen (AL)* etablerades 2007 med syfte att nå personer med riskabelt och skadligt alkoholbruk. En tidigare studie baserad på uppföljningen av ett urval AL-klienter visade påtagliga beteendeförändringar efter ett år¹².
- Alkohollinjen är väletablerad, men det saknas fortfarande kunskap om *vilken rådgivningsmodell* som bör tillämpas för att tjänsten ska bli *mer effektiv* och *mer kostnadseffektiv*. Vissa studier indikerar att längre duration av en rådgivning inte har mätbara fördelar¹³. Andra studier tyder på att självhjälp-material kan vara ett lovande verktyg i kombination med rådgivning.

Syfte

Syfte med projektet var att besvara två huvudsakliga frågeställningar:

1. Är en kort intervention baserad på självhjälp-material samt ett stödsamtal lika, eller mer, effektiv än den sedvanliga rådgivningen vid AL som baseras på multipla motiverande samtal?
2. Är de positiva beteendeförändringar, vad gäller alkoholdrickande, som sker bland klienter hos AL mer omfattande än de spontana förändringar som sker inom samma målgrupp på befolkningsnivå?

Metod

Två vetenskapliga studier genomfördes för att besvara frågorna ovan.

Studie 1. Experimentell studie (RCT, Randomiserad kontrollerad studie) 2014-2017 (etikillstånd EPN Stockholm Dnr: 2014/1732-31/5)

I denna studie jämfördes två olika behandlingsmodeller vid telefonrådgivning hos AL. Den ena en kort strukturerad intervention baserad på självhjälp-material följt av ett proaktivt samtal med en rådgivare hos AL. Och den andra en mer sedvanlig rådgivning hos AL bestående av ett eller flera samtal med motiverande samtalsmetodik (MI) som initieras av klienten eller av en rådgivare i samråd med klienten.

Kort strukturerad intervention: Den interventionsmodell som prövades i denna studie omfattade en introduktion av ett självhjälp-material framtaget av *Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa*, en enhet inom Beroendecentrum Stockholm. Materialet skickades hem till deltagarna. Efter cirka två veckor, i ett uppföljande samtal med en av rådgivarna, fick klienten möjlighet att diskutera hur hen hade använt självhjälp-materialet och till vilken nytta. Dessutom erbjöds ytterligare stöd från rådgivaren för att kunna fatta beslut om mål och strategier för klientens behandling.

Vanlig rådgivning hos AL: Den rådgivning som Alkoholnlinjen traditionellt erbjuder är tänkt att vara ett alternativ för personer som inte har alltför omfattande alkoholproblem men önskar stöd för att förändra sina alkoholvanor. Syftet med samtalsmetoden som används – Motiverande samtal (MI) med inslag av Kognitiv beteendeterapi (KBT) – är att öka personens egen motivation och förmåga att förändra sina alkoholvanor. Rådgivningen anpassas efter hur allvarliga alkoholproblemen är och efter vilka förändringar personen är beredd att genomföra. I slutet av varje samtal kommer man överens om eventuell fortsatt kontakt och om det är klienten själv som ska ringa upp (reaktivitet) eller om hen ska bli uppringd av en rådgivare (proaktivitet). Det innebär att interventionen för en enskild individ kan bestå av ett varierande antal samtal och en varierande kombination av reaktivitet och proaktivitet.

Studiens upplägg: En mer utförlig beskrivning av studien finns publicerad i *European Journal of Public Health* 2017, 1–6. Här följer en kortfattad version: Under studieperioden, maj 2015 till maj 2017, blev klienter som ringde AL för första gången tillfrågade att delta i undersökningen. De som gav sitt medgivande blev slumpmässigt tilldelade en av de ovan nämnda rådgivningsmodellerna. Därefter gjordes en omfattande baslinjemätning av alkoholvanor och riskprofilsbedömning – dels vid rekryteringen, dels under uppföljningssamtalen sex och tolv månader senare. Mätningarna genomfördes med instrumentet Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), som är ett validerat frågeformulär avsett att beräkna hur pass riskabelt en persons bruk av alkohol är¹⁴. Utifrån resultaten placerades klientens alkoholbruk i en av följande riskkategorier: låg risk; riskbruk; skadligt bruk; sannolikt beroende. Bakgrundvariabler såsom ålder, kön och utbildning undersöktes också.

Dataanalys: I studien jämfördes resultaten hos AL-klienter som genomgick behandling enligt respektive rådgivningsmodell. Primärt jämfördes andelen som ändrade sin riskprofil till en lägre AUDIT-kategori enligt bruksskalan ovan. Exempelvis de som övergick från skadligt bruk till riskabelt bruk eller lägre. Ett annat utfall som jämfördes var konsumtion av ren alkohol.

Studie 2. Observationsstudie baserad på data från Stockholms läns Folkhälsokohorten (etik tillstånd EPN Stockholm DNR 2016/749-2).

I denna studie beskrevs en enkätbaserad långtidsuppföljning av cirka 9000 individer i länets befolkning som rapporterade ett riskbruk av alkohol när de ingick i kohorten. En subgrupp följdes upp mellan 2002 och 2014, en annan subgrupp mellan 2010 och 2014. Utfall som studerades var andelen individer som hade upphört med sitt riskbruk av alkohol när uppföljningen gjordes. I det här fallet definierades och mättes riskbruk på olika sätt i de två subgrupperna: en veckokonsumtion högre än 9 standardglas för kvinnor och 14 standardglas för män i den första gruppen; högkonsumtion (fem standardglas eller mer) av alkohol vid ett eller flera tillfällen per månad, i den andra gruppen.

Resultat

Studie 1. Sammanlagt 1326 klienter som vände sig till Alkohollinjen mellan maj 2015 och maj 2017 granskades för eventuellt deltagande. Bland dessa uppfyllde 315 personer kriterierna för att bli inkluderade i studien, varav 261 gav sitt medgivande att delta, och tilldelades antingen den nya korta självhjälpsbaserade rådgivningen eller den sedvanliga MI-rådgivningen på AL. Efter sex månader kunde 185 deltagare (70,9 procent) följas upp och intervjuas. Av dem hade 90 personer fått den korta rådgivningen och 95 stycken den mer traditionella. Samtliga analyser i studien är baserade på uppgifter från dessa 185 deltagare. Bortfallet och bakgrundsfaktorerna skilde inte sig mellan de två grupperna. Av deltagarna var 28 procent kvinnor, 70 procent arbetade och mer än 50 procent hade utbildning högre än gymnasienivå. Cirka 14 procent hade under de senaste tolv månaderna sökt stöd från hälso- och sjukvård för att ändra sina alkoholvanor.

Alkoholriskprofilen av deltagarna vid baslinjemätningen visas i tabellen nedan för varje grupp:

	Kort rådgivning med självhjälp	Sedvanlig rådgivning	Total
AUDIT-poäng, medelvärde och standardavvikelse	19.6±5.4	19.0±5.9	19.3±5.7
AUDIT-risknivå, n (%)			
Riskbruk	16 (17.8)	22 (22.7)	38 (20.3)
Skadligt bruk	30 (33.4)	30 (30.9)	60 (32.1)
Sannolikt beroende	44 (48.9)	45 (46.4)	89 (47.6)

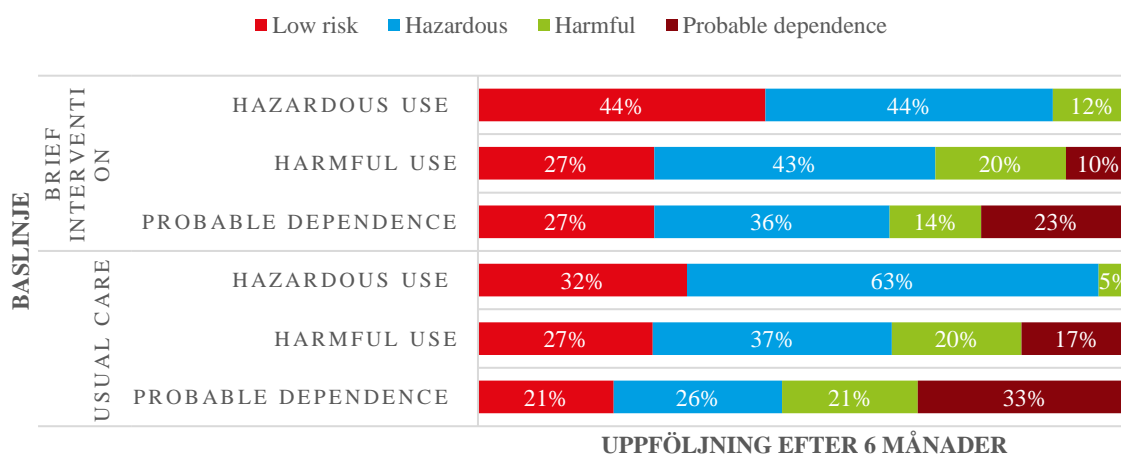
Tabellen visar att bara en av fem individer hade ett ”riskbruk”. De flesta hade redan övergått till nivån för skadligt bruk eller till ett sannolikt alkoholberoende.

Vid uppföljningen efter sex månader hade 69 procent av deltagarna som tilldelades den korta självhjälpsinterventionen minskat sitt riskbeteende, medan motsvarande andel i gruppen som genomgick

den traditionella rådgivningen var 58 procent. Skillnaden var inte formellt statistiskt signifikant. Likaså hittades ingen formellt signifikant skillnad i AUDIT:s medelpoäng mellan de två grupperna.

Figuren nedan visar övergången mellan riskbruksnivåer före och sex månader efter respektive interventionsmodell. Enligt AUDIT hade ingen av deltagarna ett låg-risk-drickande vid studiens start. Av de som hade ett riskbruk (hazardous use) och fick den korta rådgivningen med självhjälp-material, hade 44 procent kommit till lågrisknivå (röd stapel) efter sex månader. Motsvarande andel i den traditionella rådgivningsgruppen var 32 procent. I båda grupperna var andelen som minskade sitt problemdrickande stor, även bland dem som vid start visade tecken på alkoholberoende (probable dependence).

FÖRÄNDRING I AUDIT RISKNIVÅ



Uppgifterna som lagrades i Alkohollinjens dokumentationssystem visade att båda rådgivningsmodellerna hade hög följsamhet, och att tidsåtgången för kontakttillfällena blev som förväntat.

Gruppen som tilldelades den korta interventionen med självhjälp-material hade i genomsnitt 2,0 kontakter med Alkohollinjen där den genomsnittliga samtalsdurationen var 44 minuter per tillfälle. Gruppen som tilldelades den traditionella MI-baserade rådgivningen hade i genomsnitt 3,6 kontakttillfällen med 94 minuters samtalslängd.

Studie 2. I denna studie analyserades beteendeförändringar hos 8946 deltagare i Stockholms läns Folkhälsoenkät som rapporterade om ett riskbruk av alkohol. Av dessa deltog 3856 personer för första gången i folkhälsoenkäten år 2002, och 5090 personer år 2010. Båda grupperna följdes upp under 2014 – efter tolv respektive fyra år. Den första gruppen deltog även i en uppföljning 2010.

I tabellen nedan presenteras andelen deltagare, efter ålder och kön, som vid uppföljningen 2014 genomgick en positiv beteendeförändring i sitt riskbruk av alkohol. För gruppen som deltagit i enkäten sedan 2002 beräknades också andelen som visade en bestående förändring. Det vill säga beteendeförändring som upprätthållits vid två uppföljningstillfällen.

I båda grupperna hade ungefär en tredjedel förändrat sitt alkoholdrickande från risk- till icke-riskbruk. Vanligast var den positiva beteendeförändringen bland kvinnor och yngre personer. Ytterligare analyser visade även på ett samband mellan förändring i riskbruk av alkohol och andra hälsosamma levnadsvanor, såsom förbättrad kosthållning, ökad fysisk aktivitet och minskat tobaksbruk.

Grupp 1: 2002 (hög veckokonsumtion)				
	Oförändrat (%)	Bestående förändring (%)	Total n (%)	p-värde
	2764 (71.7)	1092 (28.3)	3856	
Ålder, m (sd)	49.0 (12.8)	43.8 (15.4)	47.5 (13.8)	<0.01
Kön				
Kvinna	70.3	29.7	2140 (55.5)	<0.05
Man	73.4	26.6	1716 (44.5)	

Grupp 2: 2010 (frekventa tillfälle av högkonsumtion)				
	Oförändrat %	Förändrat %	Total n (%)	p-värde
	3261 (64.1)	1829 (35.9)	5090	
Age, m (sd)	48.1 (15.7)	46.6 (16.8)	47.5 (16.1)	<0.01
Kön				
Kvinna	55.2	44.8	2021 (39.7)	<0.001
Man	69.9	30.1	3069 (60.3)	

Diskussion

I sin helhet har projektet samlat viktig kunskap som direkt kan tillämpas i framtida praktiskt arbete med telefonstöd vid förändring av alkoholvanor. Projektet utgör även ett viktigt bidrag till forskningen inom samma ämne. Den experimentella studien som bedrevs på Alkohollinjen är en av två, i dag kända, internationella studier rörande telefontjänster riktade till problematisk drickande inom den generella befolkningen. Likaså är studien som undersökte långvarig beteendeförändring inom ett urval av befolkningen ny i Sverige, och en av få internationellt publicerade.

Telefonrådgivning för personer med problematiskt alkoholbruk

Alkoholrickande är ett socialt accepterat beteende i vårt samhälle¹⁵. Följaktligen uppstår probleminsikt sent även hos individer med alkoholvanor som kan klassas riskabla eller direkt skadliga. Detta visades även bland deltagare i interventionsstudien. Där hade majoriteten redan passerat gränsen för de yttersta riskkategorierna, och nästan hälften var sannolikt redan beroende av alkohol, när de sökte hjälp hos Alkohollinjen. Man kan dock anta att när en individ väl tar ställning och inser behovet av en levnadsvaneförändring är sannolikheten att lyckas hög, och motivationsarbete inte längre lika nödvändigt som i början av reflektionsprocessen. Detta kan förklara den höga andelen som på kort tid åstadkommer en väsentlig förändring i sitt drickande. Och det kan även förklara varför ingen av de två metoderna som jämfördes i studien visade sig klart överlägsen den andra. Den nya metoden som användes på AL (med självhjälpsmaterial och färre stödsamtal) är inte en ny insats i sig. Den har visat sig effektiv redan i tidigare studier, men i det här projektet testades den för första gången i ett telefonrådgivningssammanhang. Resultat från denna studie tyder på att båda rådgivningsmodellerna som undersöktes är acceptabla och tillämpbara för Alkohollinjens telefonstöd. Rent praktiskt innebär det att de båda kan erbjudas till klienterna, och därmed utökas och effektiviseras tjänstens utbud. Resultaten är också i linje med andra experimentella studier där webbaserad rådgivning använts¹⁶.

Ökar telefonrådgivning sannolikheten av en beteendeförändring?

Frågan kan inte besvaras eftersom den kräver att Alkohollinjens rådgivning jämförs med rådgivningsinstanser utanför deras verksamhet – vilket av etiska skäl uteslöts i det här projektet. Däremot användes en extern referensgrupp i befolkningen med liknande karaktäristiska drag som studiegruppen, i detta fall alkoholbruk på risknivå eller högre. Uppskattningsvis kunde cirka en tredjedel av personerna i referensgruppen ändra sitt beteende med långvarigt resultat. Bland deltagarna i studien var andelen något högre; ungefär två tredjedelar uppvisade efter sex månader en ihållande beteendeförändring.

Man kan dock inte dra slutsatsen att Alkohollinjens rådgivning fördubblar chansen att modifiera sitt alkoholbruk. Dels för att AL-klienter per definition är mer motiverade till förändring än ett urval av samma målgrupp i befolkningen. Dels för att uppföljningstiden på sex månader är väldigt kort och senare återfall kan inträffa.

Styrkor och svagheter

Studierna som bedrevs i projektet är originella och av hög kvalitet. I synnerhet är det experimentella upplägget sällsynt i sammanhang som rör telefonrådgivning. Mer än 70 procent av deltagarna kunde följas upp – ett mycket bra utfall för den här målgruppen. Grupperna som jämfördes var väldigt lika i de flesta avseenden, vilket styrker resultaten eftersom det utesluter att de påverkats av andra faktorer.

Det finns även några påtagliga svagheter med studierna. Först och främst kunde färre deltagare än planerat ansluta sig till interventionsstudien, och därmed blir det svårt att säkerställa resultaten om den statistiska signifikansen används som kriterium. Mellan maj och november 2017 rekryterades ytterligare några deltagare som nu följs upp, men det är osannolikt att dessa kommer påverka resultaten. I planerna finns

också att göra en längre uppföljning, tolv månader efter rådgivningen, som genomförs utanför ramarna för detta projekt.

I populationsstudien var bortfallet vid långtidsuppföljning ganska stor och kan begränsade möjligheten att dra alltför generella slutsatser.

En sista svaghet är att alkoholdrickande bara kan självrapporteras. Det väcker naturligtvis frågan om hur pass pålitligt den rapporterade förändringen är. Man kan dock känna sig förhållandevis trygg vad gäller den experimentella studien i och med att samtliga deltagare fick någon form av stöd, vilket bör förebygga att de felrapporterar sitt beteende.

Hur kan resultaten användas i praktiken?

Alkohollinjen kan utöka sitt utbud av stöd till klienter genom att erbjuda den nya strukturerade och kortare rådgivningen vid sidan om den mer traditionella MI-baserade varianten. Idealt kan klienterna själva välja och växla mellan olika metoder för att anpassa behandlingen efter sina individuella behov. Den nya rådgivningen är dessutom mindre resurskrävande, vilket på sikt kan resultera i en effektiviserad tjänst.

Slutsats

För individer som önskar ändra sina alkoholvanor är telefonrådgivning bestående av självhjälp-material samt ett stödsamtal likvärdig med en modell baserad på motiverande samtalsmetodik (MI) och i stället innefattar ett eller flera samtal. Detta förutsatt att den som söker stöd är tillräckligt motiverad till en förändring, vilket de flesta klienter på Alkohollinjen är. Båda typer av rådgivning är tillämpbara inom telefontjänsten och resulterar på kort sikt i positiva beteendeförändringar hos cirka sex av tio klienter. På populationsnivå man kan skatta att ungefär en tredjedel av individer med problematiska alkoholvanor under några år åstadkommer en långvarig eller bestående beteendeförändring.

Lästips/kontakt

Annan publicerad litteratur i projektet

1. Säfsten E, Forsell Y, Ramstedt M, Galanti MR. Comparing counselling models for the hazardous use of alcohol at the Swedish National Alcohol Helpline: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017 Jun 6;18(1):257.
2. Säfsten E, Forsell Y, Ramstedt M, Galanti MR. Health behaviours as a predictor of quitting hazardous alcohol use in the Stockholm Public Health Cohort. *Eur J Public Health*. 2017 Nov 17.

Kontakt – hur får man veta mer?

För ytterligare information, kontakta Eleonor Säfsten (eleonor.safsten@ki.se). Eleonor försvarade sin avhandling för en licentiatexamen som baseras på detta projekt den 4 maj 2018.

Referenser

1. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990&2013;2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 390(10100):1345-422.
2. Agardh EE, Danielsson A-K, Ramstedt M, Ledgaard Holm A, Diderichsen F, Juel K, et al. Alcohol-attributed disease burden in four Nordic countries: a comparison using the Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors 2013 study. *Addiction*. 2016;111(10):1806-13.
3. FOHM. Alcohol: The Public Health Agency of Sweden 2017 [updated 11 january 2017; cited 2017 26 September]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/alcohol-narcotics-doping-tobacco-and-gambling/alcohol/>
4. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017.
5. Kalinowski A, Humphreys K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*. 2016;111(7):1293-8.
6. Fleury MJ, Djouini A, Huynh C, Tremblay J, Ferland F, Ménard JM, et al. Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2016;168:293-306.
7. Sundin E, Landberg J, Raninen J, Ramstedt M. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige.: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2015. Report No. 149.
8. Dawson DA, Goldstein RB, Ruan WJ, Grant BF. Correlates of Recovery from Alcohol Dependence: A Prospective Study Over a 3-Year Follow-Up Interval. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2012;36(7):1268-77.
9. Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *Am J Public Health*. 1996;86(7):966-72.
10. Angus C, Latimer N, Preston L, Li J, Purshouse R. What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5(114).
11. Nilsen P KE, Babor TF. Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*. 2008;6(25):453-67.
12. Heinemans N, Toftgard M, Damstrom-Thakker K, Galanti MR. An evaluation of long-term changes in alcohol use and alcohol problems among clients of the Swedish National Alcohol Helpline. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2014;9:22.
13. Nilsen P, McCambridge J, Karlsson N, Bendtsen P. Brief interventions in routine health care: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. *Addiction*. 2011;106(10):1748-56.
14. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*. 1993;88:791–804.

15. Merrill JE, Rosen RK, Walker SB, Carey KB. A Qualitative Examination of Contextual Influences on Negative Alcohol Consequence Evaluations Among Young Adult Drinkers. *Psychol Addict Behav.* 2018 Feb;32(1):29-39.
16. Sinadinovic K, Wennberg P, Johansson M, Berman AH. Targeting Individuals with Problematic Alcohol Use via Web-Based Cognitive-Behavioral Self-Help Modules, Personalized Screening Feedback or Assessment Only: A Randomized Controlled Trial. *Eur Addict Res.* 2014;20(6):305-18.