



Av: Silje C. Wangberg, KoRus – Nord

Alkohol er det stoffet vi vet om som er mest skadelig for fosteret. Til tross for mange holdningskampanjer finnes det fortsatt gravide som drikker, ikke minst før de vet at de er gravide. Andre både vet om at de er gravide og hvor skadelig alkohol er, men sliter med å holde seg unna. Mini-intervensjoner (brief interventions) har vist seg å være et effektivt tiltak for å redusere alkoholbruk i mange ulike grupper og situasjoner. Likevel har de ikke i tilstrekkelig grad blitt tatt i bruk hos norske fastleger. Men hva med jordmødrene? Denne studien har spurt kommunalt ansatte jordmødre i helseregionene Nord, Sør og Vest om deres tidlig-intervensjonspraksis ved alkoholbruk hos gravide.

Jordmødres bruk av mini-intervensjoner ved alkoholbruk hos gravide

BAKGRUNN OG KUNNSKAPSSTATUS

Mini-intervensjon ved alkoholbruk hos gravide

Alkohol er et av de stoffene vi vet om som har størst negativ effekt på et voksende foster. Et høyt alkoholinntak under svangerskapet kan gi opphav til avvik i flere ulike organer hos barnet, noe som til sammen utgjør et føtalt alkoholsyndrom (Sokol, Delaney-Black, & Nordstrom, 2003). Men også lavere alkoholforbruk i svangerskap blir knyttet til en rekke negative konsekvenser som økt spedbarnsdødelighet (O'Leary, Jacoby, Bartu, D'Antoine, & Bower, 2013), ADHD og lærevansker (Huizink & Mulder, 2006).

Bruk av screeningverktøy med en oppfølgingssamtale innenfor rammene for en vanlig helsekonsultasjon på mellom 5 til 60 minutter, har på norsk blitt kalt en mini-intervensjon. Litteraturgjennomganger viser generelt at mini-intervensjoner ved alkoholbruk har effekt (Jonas et al., 2012; Kaner et al., 2007). Å spørre bidrar i seg selv til reduksjon i alkoholkonsumet, også hos gravide (Mengel, Searight, & Cook, 2006). Å følge opp screeningen med motiverende intervju (Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006) øker effekten ytterligere (Mengel, Searight, & Cook, 2006).

Bruken av mini-intervensjoner i primærhelsetjenesten

Til tross for store mengder forskningslitteratur om behovet for mini-intervensjoner og effekten av den, er ikke metoden tatt i bruk i ønsket omfang. Dette har generert en god del forskning på implementering av metoden (Mengel et al., 2006; Wilson et al., 2011), også i Norge: Nygaard og kolleger (Nygaard & Aasland, 2011; Nygaard, Paschall, Aasland, & Lund, 2010) har studert norske fastlegers bruk av mini-intervensjoner ved alkoholbruk. Av 2000 tilfeldig utvalgte fastleger, svarte 45 % av disse. Av de 901 legene som svarte på undersøkelsen rapporterte 8 % at de hadde benyttet AUDIT, mens 75 % ikke brukte noe screeningsinstrument ved alkoholbruk. Flesteparten av legene (ca. 85 %) hadde fra «forholdsvis ofte» til «alltid» diskutert alkoholvaner og gitt informasjon om helserisikoen forbundet med høyt inntak når pasienter viste tegn til alkoholproblemer. Men det ser altså ikke ut til at de kobler sammen systematisk screening og intervensjon.

De viktigste barrierene som ble funnet av Nygaard og kolleger (Nygaard & Aasland, 2011; Nygaard et al., 2010) var:

- » Mangel på organisatorisk støtte, strukturer og ressurser
- » For høyt arbeidspress
- » Utrygghet i forhold til å diskutere alkoholbruk både individuelt og i forhold til rollen/omgivelsene
- » Holdninger til alkoholmisbruk
- » Manglende både reell og opplevd kompetanse
- » Uenighet i nasjonal alkoholpolitikk
- » Når en mener det er relevant å spørre om alkohol eller ei

- » Manglende intervensjonsverktøy
- » Redsel for at det å spørre om alkoholbruk vil føre til motstand, ubehag og mulig bytte av fastlege
- » Andre helseproblemer er viktigere
- » Synes ikke drikking er et stort problem
- » Opplevelse av at det ikke finnes effektiv behandling
- » Temaet er ikke dekket i grunnutdanningen

Også i Sverige har manglende kunnskap om tidlig identifikasjon og intervensjon blitt funnet å være en viktig barriere blant leger og sykepleiere (Geirsson, Bendtsen, & Spak, 2005).

Problemstillinger

Mens nåværende tidlig-intervensjonspraksis blant fastlegene, og barrierer for slik praksis er grundig kartlagt forholdsvis nylig, så vet vi mindre om dette blant jordmødre, en sentral gruppe for gravide. Vi ønsket derfor å finne ut hvor stor andel av norske jordmødre som systematisk a) kartlegger alkoholbruk hos gravide og b) følger opp risikobruk av alkohol ved hjelp av motiverende intervju. Dette vil også gi oss et utgangspunkt for gjentatte kartlegginger av praksis som vi kan sammenholde over tid med dokumentasjonen av implementeringen av programmet Tidlig Inn.

Vårt andre hovedforskningsspørsmål var hvilke barrierer som er de viktigste når det gjelder å a) bruke systematiske kartleggingsverktøy for alkoholbruk og b) følge opp med systematisk samtalemotodikk som motiverende intervju. Og sist men ikke minst lurte vi på om vi ville se noen forskjell i praksis mellom jordmødre i kommuner som har fullført opplæringsprogrammet Tidlig Inn sammenlignet

med jordmødrene i kommuner som foreløpig ikke har vært gjennom Tidlig Inn. Disse problemstillingene ville vi undersøke gjennom å sende en spørreundersøkelse til samtlige jordmødre i Norge. Dette er vi ikke helt ferdig med enda. I denne artikkelen presenteres samlede resultater fra jordmødre i helseregionene Nord, Vest og Sør, noe vi tror vil gi god en pekepinn på hvordan de samlede nasjonale resultatene vil se ut.

Metode

Lenke til et elektronisk spørreskjema ble sendt pr. e-post til alle de 200 kommunalt ansatte jordmødrene i helseregionene Nord, Vest og Sør. De som ikke svarte etter to e-postpurringer ble oppringt og intervjuet over telefon av IPSOS MMI. Oppdatert kontaktinformasjon ble i forkant samlet inn av de respektive KoRus-ene, som også i samme slengen kunne forberede kontaktpersonene på undersøkelsen og forankre denne.

Av de 200 kontaktede jordmødrene var det 103 som svarte på undersøkelsen. Det viste seg å være et større problem å komme i kontakt med jordmødrene enn å få dem til å delta i undersøkelsen. Bortimot halvparten av e-postlenkene ble aldri klikket på, og nær halvparten av telefonoppringningene ble aldri besvart. Svært få ga aktivt uttrykk for at de ikke ønsket å delta i undersøkelsen, mens noen flere hoppet av underveis.

Spørreskjemaet var basert på det som ble brukt i undersøkelsen av norske fastleger (Nygaard & Aasland, 2011; Nygaard et

al., 2010) og stilte spørsmål om hvorvidt jordmødrene pleide å spørre gravide om alkoholbruk, hvorvidt de pleide å bruke kartleggingsinstrumenter og hvordan de eventuelt fulgte opp avdekket alkoholbruk. Videre spurte vi om holdninger til og opplevde barrierer i forhold til denne typen praksis.

Det viste seg å være et større problem å komme i kontakt med jordmødrene enn å få dem til å delta i undersøkelsen.

KoRus-ene leverte lister over hvilke kommuner som hadde fullført de to første opplæringsdagene i

Tidlig Inn-opplæringsprogrammet. Disse to dagene av Tidlig Inn søker å øke kunnskapen om konsekvenser og omfang av alkoholbruk i svangerskap, mini-intervensjoner og praktiske samtaleferdigheter i kartlegging og oppfølging ved hjelp av motiverende intervju (for mer informasjon se tidligintervensjon.no). De 25 (24 % av totalutvalget) jordmødrene i kommuner som hadde fullført Tidlig Inn ble sammenlignet med jordmødre fra de resterende kommunene.

For å måle opplevd BI-kompetanse ble jordmødrene bedt om å ta stilling til utsagnet: «Jeg mangler kompetanse til å gjennomføre intervensjoner ovenfor foreldre med alkoholrelaterte problemer» på en fem-punkts skala fra «helt uenig» til «helt enig». Før analysen ble denne variabelen rekodet til dikotom ved at de to uenig-reponsalternativene ble kodet som høy opplevd kompetanse, og de to enig-alternativene ble kodet som lav.

Gruppeforskjeller ble statistisk signifikantstestet ved hjelp av kji-kvadrat. For å finne prediktorer for BI-praksis ble det utført en logistisk regresjon med 13 ut-

sagn om holdninger, opplevd kompetanse og andre barrierer. Den baklengs stegvise prosedyren Wald ble brukt for å finne fram til den endelige modellen.

Resultater

Nesten alle jordmødrene (97 %) svarte at de "for det meste" eller "alltid" spør gravide kvinner om deres alkoholbruk.

Det var imidlertid langt mindre vanlig å bruke et kartleggingsverktøy for alkoholbruk. 48 % av jordmødrene i en Tidlig Inn-kommune og 40 % blant resten rapporterte bruk av et slikt verktøy ($2 = 0,53$, $P = ,492$). På spørsmål om hvilket kartleggingsinstrument de brukte oppga 16 (16 %) AUDIT eller TWEAK.

64 % av Tidlig Inn-jordmødrene og 50 % av resten svarte at de foretok en intervensjon selv hvis alkoholbruk ble avdekket ($2 = 0,32$, $P = ,645$). Flere av jordmødrene som ikke har gjennomgått Tidlig Inn (74 %) oppgir at de bruker motiverende intervju og de som har gjennomgått Tidlig Inn (60 %; $2 = 1,89$; $P = ,208$).

Så hvis det å delta i et opplæringsprogram ikke utgjør noen forskjell når det gjelder bruk av BI, hvilke faktorer spiller da en rolle? Resultatet av de to logistiske regresjonene kan sees i henholdsvis Tabell 1 og Tabell 2. Her ser en først at variablene vi har presentert der kan redegjøre for henholdsvis 12-16 % og 19-26 % av variansen i bruk av kartleggingsverktøy, og å gjennomføre en intervensjon i forhold til alkoholbruk. For å bruke kartleggingsverktøy er ingen av prediktorene statistisk signifikante. For å gjennomføre en intervensjon ved alkoholbruk vil både manglende opplevd kompetanse, og at en finner det vanskelig å ta opp alko-

holbruk med en forelder med en annen etnisitet enn norsk, redusere sannsynligheten for at jordmor intervensjoner.

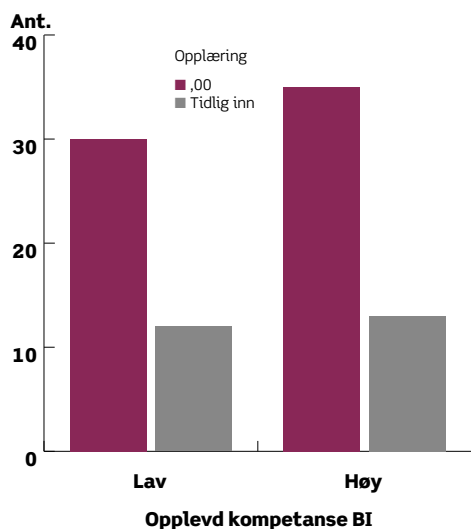
Tabell 1. Prediktorer for å bruke et kartleggingsverktøy

Model fit: $\chi^2 = 9,61$; $P = ,008$; Pseudo-R ² = ,12-,16.	Odds Ratio (95% K.I.)	P
Manglende opplevd kompetanse i BI	0.69 (0.47-1.00)	.053
Vi har god tilgang til spesialisthelsetjenester i min region	1.56 (0.98-2.49)	.063

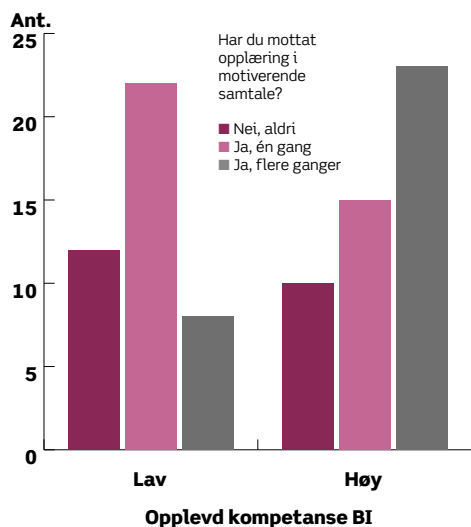
Tabell 2. Prediktorer for selv å gjennomføre en intervensjon i forhold til alkoholbruk

Model fit: $\chi^2 = 15,65$; $P < ,001$; Pseudo-R ² = ,19-,26.	Odds Ratio (95% K.I.)	P
Manglende opplevd kompetanse i BI	0.50 (0.33-0.77)	.002
Jeg synes det er vanskelig å ta opp alkoholbruk med foreldre som har en annen etnisitet enn norsk	0.71 (0.47-1.05)	.020

Hvis vi ser på den opplevde BI-kompetansen i forhold til opplæring, så ser vi i Figur 1 at å ha gjennomgått Tidlig Inn eller ei ikke spiller noen rolle ($\chi^2 = ,025$, $P = ,875$). I Figur 2 ser vi at å ha fått opplæring i MI én gang henger sammen med lavere opplevd kompetanse, mens å ha fått MI-opplæring flere enn én gang henger sammen med større opplevd kompetanse ($\chi^2 = 8,40$, $P = ,015$).



Figur 1. Oppløvd BI-kompetanse i forhold til gjennomføring av Tidlig Inn (n = 90)



Figur 2. Oppløvd BI-kompetanse i forhold til MI-opplæring (n = 90)

67 jordmødre ga kvalitative tilbakemeldinger om opplevde barrierer for å ta i bruk mini-intervensjon. Eksempler kan sees under. De vanligste var: 1) proble-

mer relatert til språk og etnisitet/kultur og 2) tidspress.

Tidsfaktoren, trenger mer tid på aktuelle konsultasjoner enn det som er idag. (ID11) annet morsmål, arbeidsbelastning - tidkrevende er den største utfordringen, har ikke kapasitet til å bruke alle skjemaene, derfor finner det ofte bedre å invitere til samtale - og utifra det kartlegge, dep, alkohol og vold. (ID129).

Det er bedre å se foreldrene inn i øynene og ta opp spørsmålene gjennom en naturlig samtale, enn å be de om å skulle svare på et skjema. Da favner man også foreldre med en annen etnisitet enn norsk! (ID137)

Diskusjon

Den nokså lave responsraten setter begrensninger for hva vi kan trekke av konklusjoner fra denne undersøkelsen, men respondentene oppgir at de nesten alltid spør gravide om deres alkoholbruk. Systematiske kartleggingsverktøy som AUDIT blir derimot ikke så ofte brukt, og avdekket alkoholbruk blir ikke alltid fulgt opp med en egen intervensjon.

Å spørre i det hele tatt er det viktigste, og norske jordmødre har dette som standard prosedyre i form av et punkt om alkohol på helsekortet. Men det er noen ekstra effekter av å spørre ved hjelp av AUDIT-C. Nilsen og kolleger (Nilsen, Holmqvist, Bendtsen, Hultgren, & Cedergren, 2010) sammenlignet standard svensk prosedyre med bruk av AUDIT-C i konsultering av gravide, og fant at det var flere kvinner som svarte på AUDIT-C, og at de i større grad oppfattet budskapet om totalavhold og syntes de fikk tilstrekkelige og forståelige råd fra jordmor.

I Sverige har man i større grad studert jordmødrenes rolle ved alkoholbruk i graviditet. I 2006, i forbindelse med Riskbruksprosjektet, ble 2106 svenske jordmødre spurt om sin bruk av kartleggingsverktøy for alkoholbruk hos gravide (Holmqvist & Nilsen, 2010). Svarprosenten var 55 %, og noen av respondentene ble ekskludert siden de jobbet i stillinger som ikke var relevante, slik at utvalget ble på 974. 47 % av de svenske jordmødrene oppga at de ikke brukte et kartleggingsinstrument, mens 35 % oppga at de brukte et slikt verktøy. 77 % av disse brukte AUDIT. Hvorvidt de svenske jordmødrene brukte et kartleggingsinstrument eller ikke var relatert til om de hadde gjennomført opplæring i tre dager eller mer. Det samme funnet ble gjort for intervensjon. Av oppgitte fascillitatorer for BI blant de svenske jordmødrene var over 60 % svært enige i disse faktorene: 1) bedre lokale retningslinjer, 2) tydeligere nasjonale retningslinjer, 3) tydeligere prioritering fra ledere, 4) mer kunnskap om samtaleteknikker ved risikobruk av alkohol (Holmqvist & Nilsen, 2010).

Både i den svenske jordmorstudien (Holmqvist & Nilsen, 2010) og i studien av norske fastleger (Nygaard & Aasland, 2011; Nygaard et al., 2010), ser det ikke ut som respondentene kobler sammen det å avdekke ved hjelp av et kartleggingsinstrument og det å intervensjonere. Spørreskjemaet sees ikke på som utgangspunkt for samtale. Dette reflekteres også i enkelte av de kvalitative svarene i denne undersøkelsen; mange av de norske jordmødrene foretrekker å samtale *istedenfor* å kartlegge.

I Sverige fant man at tre eller flere opplæringsdager var nødvendig for å gjøre en forskjell i bruk av BI.

Opplevd kompetanse i forhold til å gjennomføre en mini-intervensjon er en viktig prediktor for faktisk å gjøre det. Den opplevde kompetansen ser derimot ikke ut til å bli påvirket av å jobbe i en kommune som har fått opplæring i mini-intervensjoner. Opplæringen i programmet for mini-intervensjon ved alkoholbruk i svangerskap er på én og en halv dag; én halv dag om empatisk kommunikasjon, én halv dag om alkohol i svangerskap og kartlegging med TWEAK og AUDIT-C, og én halv dag med MI. I

Sverige fant man at tre eller flere opplæringsdager var nødvendig for å gjøre en forskjell i bruk av BI (Holmqvist & Nilsen, 2010). Man kan lære en god del MI gjennom et typisk to-dagers kurs som mange av KoRus-ene tilbyr (Söderlund, Madson, Rubak, & Nilsen, 2011), men man blir typisk enda bedre av 1) å få litt mer tid på seg til å lære MI stegvis med holdningssettet før teknikker, 2) å få systematisk feedback på sine samtaler og 3) veiledning (Madson, Loignon, & Lane, 2009).

Andre faktorer å ta i betraktning når en skal fremme bruk av mini-intervensjoner blant norske jordmødre er språkbarrierer og etnisitet/kulturforskjeller, organisatoriske faktorer som støtte fra leder, tidspres og tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester som man kan viderehenvise de gravide til ved behov for ytterligere hjelp.

Svakheter ved studien og forslag til videre forskning

Først og fremst er det viktig å poengtere at dette ikke er en effektstudie, og dermed ikke kan si noe om hvorvidt Tidlig

Inn som program virker eller ikke. En slik studie ville ideelt sett ha tilfeldig fordelt de kommunene som skulle gjennomgå Tidlig Inn eller ikke. Deretter ville en sett etter endringer i harde utfallsmål som prevalens av FAS og lærevansker i disse kommunene over tid, samt hvorvidt disse samvarierte med mini-intervensjonspraksis. Derimot vil denne studien kunne fungere som en førkartlegging for å studere eventuelle endringer i praksis over tid.

En slik studie ville ideelt sett ha tilfeldig fordelt de kommunene som skulle gjennomgå Tidlig Inn eller ikke.

Tidlig Inn er et mangfoldig program som i tillegg til relativt standardiserte opplæringskomponenter også inneholder veiledning og arbeid med rutiner og samhandling i den enkelte kommunen. Derfor vil kommunene være på ganske ulike steder i en utviklingsprosess, og kunne få ulikt utbytte av programmet på sikt. Videre forskning trengs for å kartlegge mer av denne utviklingsprosessen. Spesifikt så bør innholdet, deltagelse i, og utbytte av veiledningen undersøkes. Like viktig er det også å kartlegge eventuelle organisatoriske endringer i kommunene og i deres interaksjoner med spesialisthelsetjenesten. Siden så mye av programmet adresserer systemnivå, blir det også problematisk å studere atferdsendring på individnivå. I denne studien vet vi for eksempel ikke i hvilken grad hver enkelt jordmor har vært deltager i Tidlig Inn, selv om kommunen hun jobber i har vært det. Videre forskning kan med fordel kartlegge i hvilken grad den enkelte jordmor har mottatt feedback og veiledning på mini-intervensjonsferdigheter.

En annen svakhet ved studien er den nok så lave responsraten. En potensiell grunn til dette kan være at undersøkelsen ble gjennomført av IPSOS MMI. Noen sletter konsekvent e-poster derfra, og har lagt inn telefonnumrene på avvisningsliste. Vi forsøkte å motvirke dette ved å forankre undersøkelsen på forhånd; altså å gi

informasjon om at det var KoRus-ene som sto bak, selv om IPSOS gjennomførte undersøkelsen, samt at vi hadde underskrevet følgeteksten i e-posten. Vi vet ikke hvor mange som åpnet

e-posten uten å klikke på lenken kontra de som ikke åpnet e-posten i det hele tatt, og det er derfor litt vanskelig å si om det var mange som tenkte at undersøkelsen ikke var relevant for dem. Det var på den andre siden få som aktivt takket nei etter å ha åpnet lenken eller fått forespørsel pr. telefon. Samlet sett tror vi derfor at vi har en større usystematisk slagside i forhold til å ikke ha fått tak i folk enn en systematisk i forhold til underrepresentasjon av dem med minst BI-erfaring.

Anerkjennelser

Denne artikkelen er basert på den engelske originalartikkelen:

Wangberg, S. C. (2015). Norwegian midwives' use of screening for and brief interventions on alcohol use in pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare*. doi:10.1016/j.srhc.2015.03.001

Undersøkelsen ble gjennomført og finansiert separat i de ulike regionene av de respektive KoRus-ene.

Forfatter(ne) ønsker å takke alle kollegaene ved KoRus og andre kompetansesentre, og ikke minst deltagerne i opplæringsprogrammet Tidlig Inn som har bidratt til å utvikle spørreskjemaet. Videre ønsker vi å takke de ansatte ved KoRus Nord, Vest og Sør som har gjort en stor innsats i forhold til å skaffe kontaktinformasjon til alle respondentene. Og til slutt takk til MMI IPSOS for et hyggelig samarbeid og god gjennomføring av undersøkelsen.

Potensielle interessekonflikter

Førsteforfatter har tidligere ledet implementeringen av opplæringsprogrammet Tidlig Inn i region Nord.

Om forfatteren:

Silje Wangberg er professor i folkehelse ved Universitetet i Tromsø og seniorrådgiver ved KoRus – Nord. Silje er psykolog og spesielt interessert i hvordan man støtter folk i å endre og å opprettholde helseatferd.

Referanser:

Geirsson, M., Bendtsen, P., & Spak, F. (2005). Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 40, 388-393. doi: 10.1093/alcalc/agh185

Holmqvist, M., & Nilsen, P. (2010). Approaches to assessment of alcohol intake during pregnancy in Swedish maternity care—a national-based investigation into midwives' alcohol-related education, knowledge and practice. *Midwifery*, 26(4), 430-434. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.009>

Huizink, A. C., & Mulder, E. J. H. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 30, 24-41. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.04.005

Jonas, D. E., Garbutt, J. C., Amick, H. R., Brown, J. M., Brownley, K. A., Council, C. L., . . . Harris, R. P. (2012). Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 157, 645-654. doi: 10.7326/0003-4819-157-9-201211060-00544

Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., . . . Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.

Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 36(1), 101-109.

Mengel, M. B., Searight, H. R., & Cook, K. (2006). Preventing alcohol-exposed pregnancies. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 19, 494-505. doi: 10.3122/jabfm.19.5.494

Nilsen, P., Holmqvist, M., Bendtsen, P., Hultgren, E., & Cedergren, M. (2010). Is questionnaire-based alcohol counseling more effective for pregnant women than standard maternity care? *Journal of women's health*, 19(1), 161-167.

Nygaard, P., & Aasland, O. G. (2011). Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol and alcoholism*, 46(1), 52-60.

Nygaard, P., Paschall, M. J., Aasland, O. G., & Lund, K. E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol and alcoholism*, 45(2), 207-212.

O'Leary, C. M., Jacoby, P. J., Bartu, A., D'Antoine, H., & Bower, C. (2013). Maternal alcohol use and sudden infant death syndrome and infant mortality excluding SIDS. *Pediatrics*, 131, e770-778. doi: 10.1542/peds.2012-1907

Sokol, R. J., Delaney-Black, V., & Nordstrom, B. (2003). Fetal alcohol spectrum disorder. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 290, 2996-2999. doi: 10.1001/jama.290.22.2996

Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient education and counseling*, 84(1), 16-26.

Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 41, 328-335. doi: 10.1093/alcalc/agl016

Wilson, G. B., Lock, C. A., Heather, N., Cassidy, P., Christie, M. M., & Kaner, E. F. S. (2011). Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 46, 570-577. doi: 10.1093/alcalc/agr067

