

AUDIT & DUDIT

*Identifiera problem med
alkohol och droger*

**Anne H Berman
Peter Wennberg
Håkan Källmén**

Innehåll

Förord	7
1. Om screening och diagnostik	10
Allmänna definitioner	10
Att definiera alkohol- och drogproblem	12
Att screena och vidareutreda alkohol- och drogproblem	14
Att diagnostisera alkohol- och drogproblem	16
Vårdgivares ansvar för att identifiera alkohol- och drogproblem	18
2. AUDIT och DUDIT	20
Frågeformulären	20
Att tänka på när AUDIT och DUDIT används	20
Att använda AUDIT och DUDIT	22
Poängsättning	24
Tolkning	24
AUDIT-C	26
DUDIT-C	27
Vad ska man göra vid positivt utfall på AUDIT och DUDIT?	27
Återkoppling	28
Biologiska markörer för alkohol- och drogproblem	31
3. Vidare utredning, diagnostik och behandling	32
Vidare utredning med Alcohol-E eller AVI-R2	32
Vidare utredning med DUDIT-E	33
Vidare utredning med ASI och MAPS	34
<i>ASI</i>	34
<i>MAPS</i>	35
Diagnos av alkohol- och drogproblem	36
Meny-agenda	37
Kort intervention och längre behandlingar	38

4. Uppföljning	39
Att använda AUDIT och DUDIT för uppföljning	39
Timeline Follow-back, TLFB	40
Att använda ASI för uppföljning	41
Självuppföljning och annan e-hjälp	41
Statistik i verksamheten	41
Kvalitetsregister	42
 5. Vetenskapen bakom AUDIT och DUDIT	43
Hur AUDIT och DUDIT utvecklats	43
Psykometri och tillförlitlig screening	44
<i>Reliabilitet</i>	44
<i>Validitet</i>	45
<i>Sensitivitet och specificitet</i>	46
Historiken bakom AUDIT	47
Internationella AUDIT-studier	48
Svenska AUDIT-studier	51
Delskalor, domäner och faktorer	52
Studier med datoriserat AUDIT-formulär	53
Befolkningsstudier med AUDIT	55
AUDIT-C	56
<i>AUDIT-C i svenska befolkningen</i>	56
Historiken bakom DUDIT	57
Internationella DUDIT-studier	59
Svenska DUDIT-studier	60
Studier med datoriserade DUDIT-formulär	61
Befolkningsstudier med DUDIT	62
DUDIT-C	62
 Bilaga 1	63
 Bilaga 2	64
 Bilaga 3	66
 Bilaga 4	69
 Referenser	73



Förord

Överkonsumtion av alkohol och droger leder till nedsatt hälsa och ökad dödlighet, såväl i Sverige som i övriga världen (Norström & Ramstedt, 2005; WHO, 2009). Alkohol- och drogkonsumtionen går upp och ner och varierar något utifrån olika undersökningar. Till exempel visar Folkhälsoinstitutets allmänna hälsoundersökning att ungefär 18 procent av männen och 10 procent av kvinnorna i Sverige har ett riskbruk av alkohol (Clevenpalm & Karlsson, 2009). En undersökning från 2009 med pappersbaserade AUDIT-formulär visar att 15 procent av såväl kvinnor som män i Sverige har ett riskbruk av alkohol (Källmén m.fl., 2011). En senare webbaserad undersökning visar 18,5 procents riskbruk av alkohol för både män och kvinnor medan 2 procent av befolkningen har ett riskbruk av droger och 2,8 procent ett skadligt bruk (Sinadinovic, Wennberg & Berman, 2011).

Trots att en relativt stor del av svenska befolkningen har problematisk alkohol- och droganvändning så vet vi i dag att merparten av dem inte söker behandling (Blomqvist m.fl., 2007). Samtidigt verkar enbart besvarande av enkla frågeformulär som AUDIT och DUDIT leda till lägre riskkonsumtion (Kypri m.fl., 2007; McCambridge & Day, 2008).

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) och DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) är lättillgängliga verktyg som ger ett underlag för dialog mellan klient och behandlare och utgör ett redskap för statistik över riskkonsumtion, både i enskilda verksamheter och på befolkningsnivå. Formulären kan också ingå i webbaserad självhjälp direkt till riskkonsumenten. Syftet med denna bok är att erbjuda behandlare och rådgivare i en rad olika verksamheter ett stöd i användandet av AUDIT- och DUDIT-formulären och i samtalet med klienten om dessa. Observera att denna andra upplaga av boken innehåller uppdateringar om ny utveckling, framförallt avseende DSM-5 diagnoskriterierna och Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer från 2015.

Bokens första kapitel ger en bakgrund till screening och diagnostik i allmänhet, förtydligar olika sätt att definiera alkohol- och drogproblem, beskriver processen med att screena och vidareutreda alkohol- och drog-

problem samt tar upp diagnostikkriterier och vårdgivarens ansvar för att identifiera alkohol- och drogproblem. I kapitel 2 sker en noggrann genomgång av AUDIT- och DUDIT-formulären, inklusive tips vid användning, poängsättning och tolkning samt olika alternativ för att gå vidare när utfallet är positivt. Kapitel 3 erbjuder fördjupning i utredningsprocessen för såväl alkohol (Alcohol-E eller AVI-R2) som droger (DUDIT-E), betydelsen av en diagnos samt vägledning med hjälp av MI-verktyget *meny-agenda* i samtalet med klienter som har många samtidiga problem. Olika behandlingsalternativ diskuteras också kort.

Fokus i kapitel 4 är uppföljning, med såväl AUDIT och DUDIT som med Timeline Follow-back (TLFB), ASI och självhjälp. Dessutom kommenteras behovet av statistik i en verksamhet och den roll som kvalitetsregister kan spela för utredning och vård. Kapitel 5 innehåller en redogörelse för den vetenskapliga utvecklingen bakom AUDIT respektive DUDIT. Detta kapitel är skrivet för den som vill veta mer om instrumenten, utöver själva användningen i vardagen. Bokens bilagor innehåller formulären AUDIT och DUDIT samt normdata från 2011. I en webbilaga som finns att ladda ner på www.gothiafortbildning.se under Bilagor presenteras några alternativa screeninginstrument som kan vara intressanta att känna till i mötet med forskare och praktiker från andra länder.

Om du använder AUDIT och DUDIT i din verksamhet inom socialtjänsten eller under Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i primärvård, psykiatri eller somatisk sjukhusvård kommer du att vara en av dem som implementerar Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen, 2007, 2015), där AUDIT och DUDIT rekommenderas som förstahandsvalet för screening (identifiering) av problematiskt alkohol- och drogbruk. Dessutom följer du andemeningen i Sveriges kommuner och landstings (SKL:s) ambitiösa projekt *Kunskap till praktik*, som syftade till att avsevärt öka andelen verksamheter i landet som följer Socialstyrelsens riktlinjer, inklusive användningen av AUDIT och DUDIT (SKL, 2009).

Om du har klienter eller patienter (i boken används båda benämningarna omväxlande) som vill följa sig själva före, under och efter en behandlingsprocess kan du rekommendera att de använder sig av eScreen.se, en web-baserad tjänst där vem som helst kan följa sitt alkohol- och drogbruk över tid med AUDIT och DUDIT. I eScreen.se ingår också de kompletterande fördjupade frågeformulären Alcohol-E och DUDIT-E, som erbjuder kartläggning av vilka typer av alkohol/droger klienten använder, vad klienten upplever är positivt respektive negativt med dem och vad hen har för tankar om förändring av sina vanor. Om din klient i rådgivnings- eller behandlingsverksamhet har fyllt i DUDIT-E eller Alcohol-E, finns boken

DUDIT-E och Alcohol-E – Samtala konstruktivt om droger och alkohol som vägledning i samtalet (Berman & Brisendal, 2011).

Med hjälp av AUDIT och DUDIT kan personer med problematiskt alkohol- eller drogbruk ta steget mot att förbättra sin hälsa och minska lidandet för sig själva och andra. Det är vår förhoppning att denna bok bidrar till att öka antalet personer som får den hjälpen. Från april 2022 är boken fritt tillgänglig.

Stockholm i november 2016 och april 2022

Anne H. Berman, leg. psykolog, professor i psykologi, Uppsala universitet

Peter Wennberg, professor i folkhälsovetenskap, Stockholms universitet

Håkan Källmén, docent och forskare, Karolinska Institutet

1. Om screening och diagnostik

Allmänna definitioner

För att identifiera olika sjukdomstillstånd behövs enkla verktyg som snabbt visar på sjukdomstecken. Sådana verktyg kan generellt bestå av frågor till patienten/klienten eller av biomedicinsk provtagning. Ibland kan visuell observation eller palpering också bidra till att identifiera sjukdomen. När man ställer frågor om sjukdomstillstånd sker det via intervjufrågor eller med hjälp av frågeformulär som patienten fyller i. Ibland kan närstående också svara på frågor om tillståndet. Provtagning innebär biomedicinsk analys av kroppsvätskor eller celler. När det gäller alkohol och droger är det vanligast förekommande med mätning av utandningsluft, blod, urin eller hår. Tecken kan också observeras bland annat i ögonen, på hudfärgen eller genom stickmärken och ändrad gång. Mer om provtagning kan läsas i Druid & Berman (2010). I denna bok ligger fokus på frågor som klienten själv besvarar.

Screening i hälso- och sjukvården och andra verksamheter innebär att testa om man har ett problem eller inte. Ordet "screen" betyder egentligen "skärm", det vill säga att man skärmar av ett område från ett annat. I detta fall skärmar man av det område där problemet finns från det område där det inte uppträder. Screening är något helt annat än diagnostik. Ursprungsbetydelsen av ordet *diagnostik* är att lära känna väl (*gnosis*) en företeelse som skiljer sig från det vanliga (*dia*), något som förklarar den ingående karaktären hos diagnostiska utredningar, där flera olika typer av frågor ställs och olika tester görs. För att ställa diagnos krävs en hög säkerhetsgrad som bygger på gedigen utredning.

Screening å andra sidan är ett snabbt, relativt trubbigt sätt att få en idé om huruvida det kan finnas ett tillstånd som behöver förändras eller behandlas för att uppnå bättre hälsa och undvika insjuknande i allvarigare sjukdomstillstånd. I screeningbegreppet ingår att en del personer som identifieras i gruppen *med* problemet sedermera visar sig *inte* ha problemet, så kallade falskt positiva fall. Likaså kommer en del personer som faktiskt har problemet att befinna sig i gruppen som *inte* identifieras med screening,

så kallade falskt negativa fall. Ett godtagbart och tillförlitligt screening-instrument har en hög andel sanna positiva fall (personer som identifierats med problemet och som faktiskt har det) och sanna negativa fall (personer som inte identifierats och som faktiskt inte heller har problemet).

Såväl AUDIT som DUDIT är screeninginstrument som har utvecklats noggrant i *psykometrisk*¹ testning och visat sig vara sådana screeninginstrument som med hög grad av sannolikhet predicerar vem som senare diagnostiseras med missbruk eller beroende av alkohol eller droger. Det betyder att de kan användas för att snabbt få en uppfattning om behovet av vidare utredning och kanske behandling. Vidare utredning kan sedan visa hur allvarliga de problem är som uppstått till följd av överkonsumtion av alkohol eller droger.

Vilka behandlingsåtgärder som eventuellt kan behövas för att eliminera eller lindra problemen framgår i dialog med patienten (utom vid akuta tvångsåtgärder). Ju allvarligare problemen är, desto större beteendeförändring krävs av patienten. Det är alltid patientens sak att avgöra om hen vill reducera konsumtionen av alkohol eller droger, eller sluta helt. De beteendeförändringar som krävs kan många genomföra på egen hand, medan andra behöver stöd från andra människor – professionella behandlare, medmänniskor i självhjälpgrupper eller närstående.

Diagnostikens funktion blir dels att ingående utreda hur problemen ser ut utifrån patientens beskrivning, dels att fastställa allvarsgraden i en sammanfattande beteckning, till exempel "skadligt bruk" eller "beroende" (enligt ICD-10) eller "substansbrukssyndrom" (enligt DSM-5). Ibland tjänar diagnosen som ett slags väckarklocka för den patient som inte insett hur hen skadar sig genom att överkonsumera alkohol eller narkotika. Diagnosen kan också tjäna som vägledning för hur patienten behöver ändra sitt beteende för att uppleva bättre hälsa.

Diagnosen blir ofta ett *verktyg* för behandlaren och den behandlande verksamheten, där det blir tydligt vilka resurser som kan behöva tas i anspråk för att hjälpa patienten i fråga. Diagnosen kan också vara en förutsättning för att vissa lagfästa åtgärder ska kunna vidtas, som till exempel rätten till personligt stöd enligt LSS eller att skriva vårdintyg enligt LPT. Syftet med diagnosen är *inte* att sätta etikett på en person eller att stämpla den som "alkoholist" eller "narkoman". Snarare är diagnosen ett verktyg för att behandlaren ska kunna fatta beslut om vad patienten behöver för att snabbare och kanske lättare ändra det beteende som vållar skadorna som ligger till grund för diagnosen.

¹ Psykometri är läran om mätning av psykologiska fenomen, särskilt kvalitetsgranskning av psykologiska test.

Screening utgör första steget i utredningsprocessen, fördjupad screening utgör andra steget och diagnos med allmän personbedömning utgör tredje steget. Fjärde steget i en långsiktig utredningsprocess består av uppföljning efter eventuella behandlingsåtgärder. Innan utredningsprocessen beskrivs i detalj ges en kort översikt över hur alkohol- och drogproblem kan definieras.

Att definiera alkohol- och drogproblem

Hur vet man om någon har ett alkohol- eller drogproblem? När det gäller narkotika är det enklare, eftersom vi i Sverige har en kultur som helt avvisar narkotikaanvändning. All användning av narkotika är i sig ett problem. När det gäller alkohol är det en mycket större utmaning att definiera vad som utgör problem, eftersom alkohol ingår som ett naturligt inslag i den sociala samvaron och matkulturen i Sverige. Det sunda förnuftet säger att alkoholen blir till ett problem när konsumtionen är förknippad med negativa konsekvenser. Utmaningen blir att definiera *hur mycket* konsumtion som är *för mycket* och denna definition varierar från land till land.

Det som forskningen har kunnat visa är att det är dels *volymen* alkohol som ger negativa konsekvenser, dels *mönstret* för hur man dricker. För att på samhällsnivå se hur stor volym alkohol som konsumeras, utgår man från uppskattningar av mängden alkohol per person och år (i liter eller gram). Denna uppskattning bygger på självrapporterade uppgifter om konsumtion samt jämförelser med försäljningssiffrorna för alkohol och andelen alkohol som förs in via privat import. Självrapporterade uppgifter bygger på uppgifter om antalet "standardglas" som individen dricker, där följande mängder i Sverige brukar definieras som ett standardglas: 4 cl starksprit, 8 cl starkvin, 12 cl bordsvin, 33 cl starköl och 50 cl folköl.² Det är ungefär 12 gram ren alkohol i dessa mängder. Antalet gram som räknas till ett standardglas varierar som sagt från land till land. Exempelvis innehåller ett standardglas i Storbritannien 8 gram ren alkohol, i Australien 10 gram och i USA 14 gram ren alkohol. I Danmark gäller 12 gram, precis som i Sverige (Espman & Allebeck, 2011).

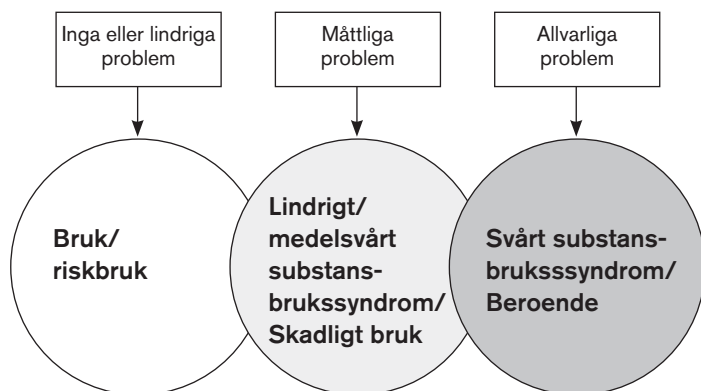
När det gäller mönstret för drickande är det särskilt skadligt att koncentrera drickandet till enstaka tillfällen, jämfört med att sprida ut konsumtionen på flera tillfällen. Det koncentrerade drickandet definieras vanligen som minst 4–6 "standardglas" vid ett enda tillfälle, så kallat *binge* drickande (benämns också *intensiv konsumtion* eller *högt episodiskt drickande*) (Holmqvist, 2009), men ibland så många som 10 "standardglas" vid ett enda tillfälle (Espman & Allebeck, 2011). Hur ofta binge drickande ska ske för att räknas som skadligt varierar också från land till land (och även inom landet) och antalet glas som utgör binge drickande varierar också.

² Tolv gram alkohol motsvarar även 66 cl lättöl (två flaskor).

Generellt hög konsumtion över längre tid kan också definieras utifrån antalet "tillåtna" glas per dag eller vecka. Här tas alltid hänsyn till kön, men antalet "tillåtna" glas varierar också mellan olika länder. Till exempel kan män i Sverige dricka upp till 14 glas per vecka utan att riskera sin hälsa, medan män i Danmark kan dricka upp till 21 glas per vecka. I båda länderna räknas 5 eller fler glas vid ett enda tillfälle som intensiv konsumtion. Kvinnor i Sverige kan dricka upp till 9 standardglas per vecka utan att räknas som riskkonsumenter, medan de i Danmark och Australien kan dricka upp till 14 glas, i Storbritannien upp till 21 glas i veckan men i USA enbart upp till 7 standardglas i veckan (kom dock ihåg att standardglaset i USA har 14 gram alkohol, inte 12 som i Sverige).

Uppenbarligen är det inte så lätt att definiera vad som utgör alkoholproblem, medan det är lättare att definiera vad som utgör narkotikaproblem, i varje fall i Sverige där vi har en nollgräns för narkotikakonsumtion. Trots detta finns en generell konsensus om att graden av allvar i överkonsumtionen av såväl alkohol som narkotika kan delas upp i grova kategorier. Hur dessa kategorier benämns och hur många kategorier som finns kan variera beroende på den kliniska yrkestillhörigheten eller den akademiska forskningstillhörigheten. Generellt kan man säga att personer som dricker eller drogar för mycket kan delas in i tre kategorier: de med "inga problem" eller "riskbrukare" med lindriga problem, de som utvecklat måttliga problem och kanske skulle falla in i diagnostiska kategorierna "lindrigt" eller "medelsvårt" substansbrukssyndrom (DSM-5) eller "skadligt bruk" (ICD-10) samt de som utvecklat problem och som sannolikt skulle få diagnosen "beroende" (ICD-10) eller "svårt substansbrukssyndrom" (DSM-5). Screeningformulär som AUDIT och DUDIT kan användas för att identifiera vilka personer som sannolikt faller in i någon av kategorierna. Detta kan ske på en övergripande nivå, i statistiskt syfte eller på individnivå, antingen för att väcka intresse för förändring på egen hand eller för att initiera en behandlingsprocess.

Generellt befinner sig största andelen av befolkningen i gruppen "inga problem" när det gäller såväl alkohol som narkotika. Det kan låta underligt att en person kan finnas i "inga problem"-gruppen trots ett narkotikabruk. Det kan förekomma bruk eller riskbruk av såväl alkohol som narkotika utan att det nödvändigtvis leder till en diagnos utifrån medicinska diagnostiska kriterier. Om man har fått tecken på skador som lett till "måttliga" problem till följd av bruket, kan en diagnos sättas till *missbruk* eller *skadligt bruk*. Personer som fått allvarliga problem kan uppfylla diagnoskriterierna för *beroende* av alkohol eller droger, se figur 1. Mer om diagnostik följer i avsnittet nedan, "Att diagnostisera alkohol- och drogproblem".



FIGUR 1. UPPDELNINGEN I PROBLEMTYNGD UTIFRÅN DIAGNOSGRUPP ENLIGT DSM-5 OCH ICD-10.

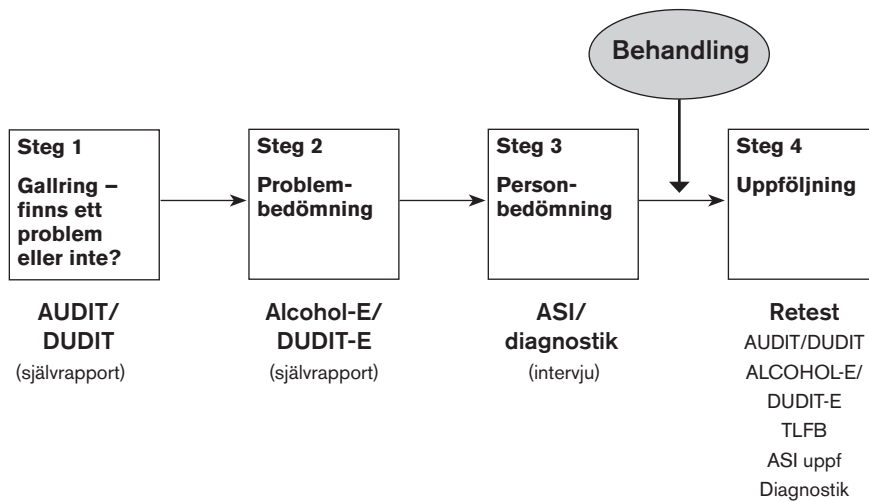
Att screena och vidareutreda alkohol- och drogproblem

Låt oss anta att vi har identifierat en person med alkohol- eller narkotika-problem. Vad händer sedan? I vissa fall sker bara ett motiverande samtal med personen med AUDIT och/eller DUDIT som underlag. Personen ändrar då sitt beteende och kommer inte tillbaka till vårdgivaren, i alla fall inte av samma anledning. Men när en person kommit så långt att hen blivit patient hos en vårdgivare som använder AUDIT och DUDIT är det mer sannolikt att positiva poäng på AUDIT och DUDIT leder till ytterligare utredning.

Screening³ hör enbart till *första* steget i en utredningsprocess som har fyra steg (se figur 2). I detta första steg identifieras de personer som har det problem som institutionen eller behandlaren vill uppmärksamma, behandla eller eventuellt remittera vidare för behandling hos annan specialiserad vårdgivare. Här är AUDIT eller DUDIT av värde för att identifiera de personer som verkar ha ett problem med drogmissbruk eller beroende och utesluta dem som inte har sådana problem.

³ Screening kan också kallas för gallring, sällning eller urskiljande.

Utredningsmodell



FIGUR 2. UTREDNING AV DROGPROBLEM I FYRA STEG MED EXEMPEL PÅ LÄMPLIGA INSTRUMENT (BERMAN & BRISENDAL, 2011; BERMAN, 2012A).

Det andra steget i modellen – problembedömning – innebär en fördjupad analys av problemets omfattning och karaktär. Här kan Alcohol-E eller DUDIT-E (Berman & Brisendal, 2011) eller AVI-R2 (Bergman m.fl., 2005) vara av värde för att ge både klient och behandlare en idé om de alkohol- respektive drogrelaterade frågor som kan bli aktuella i en eventuell behandling. I både det första och det andra steget i utredningen kan biologiska markörer eller farmakologiska tester av drogs substanser i urin, blod eller hår komplettera uppgifter som lämnas via självrapporter.

I steg tre vidgas utredningen till att omfatta andra områden i livet än alkohol- och drogbruket. Här kan intervjuformuläret Addiction Severity Index (ASI) användas för att belysa problemtyngd och hjälpbehov inom sju relevanta områden. Med hjälp av AFF (ASI Feedback Formulär) kan patienten/klienten och behandlaren få större klarhet i vilka områden som är mest angelägna att förändra. Motivationen till att förändra beteendet i olika delar av livet kan undersökas med hjälp av motiverande samtal (MI, Motivational Interviewing) (Holm Ivarsson, 2016a, 2016b). Eventuellt kan även instrumentet MAPS, som utgör en intervju med fokus på motivationen utifrån den så kallade transteoretiska modellen med förändringsstadier, ytterligare tydliggöra i vilken mån motivation till förändring finns (Öberg, 2004).

I steg fyra följs utredningsprocessen upp efter en viss tid med ny testning av behandlingsresultatet eller genom kontakt med remissinstansen (se kapitel 4).

Att diagnostisera alkohol- och drogproblem

Formulären AUDIT och DUDIT är alltså screeninginstrument. De ger ingen diagnos men de *predicerar* sannolikheten för att en person skulle få en diagnos om utredningsprocessen gick så långt. Styrkan med bra screeninginstrument är att de på mycket kort tid och till mycket ringa kostnad ger en uppskattning av huruvida en person troligen kommer att få en diagnos senare. Proceduren för att ställa diagnos är mycket mer tidsödande då den kräver personlig intervju av en legitimerad behandlare med högspecialiserad kompetens som läkare eller psykolog, faktorer som avsevärt ökar kostnaden för diagnosställande. Det är bra att känna till kriterierna för diagnos även om man arbetar enbart med screening, bland annat därför att det är viktigt att vara klar över vad screening *inte* ger.

När denna text skrivs finns två väletablerade system för att diagnostisera alkohol- respektive drogproblem – DSM-5 och ICD-10. DSM står för *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* och är utvecklad av American Psychiatric Association. ICD står för *International Classification of Diseases* och har utvecklats av Världshälsoorganisationen, WHO. DSM avser enbart psykisk ohälsa men ICD omfattar såväl somatik som psykiatri. Revidering av ICD-10 till ICD-11 väntas 2018 (<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>).

När det gäller alkohol- och drogproblem delades DSM-diagnosen tidigare upp i två delar (missbruk respektive beroende) men är idag enbart ett diagnostillstånd i DSM-5 – substansbrukssyndrom – med specificering av substanstyp, från alkohol till olika droger inklusive läkemedel och tobak. För att få denna diagnos behöver minst två av elva kriterier vara uppfyllda, där två-tre uppfyllda kriterier innebär en *lindrig* störning, fyra eller fem uppfyllda kriterier innebär ett *medelsvårt* syndrom och sex eller fler uppfyllda kriterier innebär ett *svårt* substansbrukssyndrom. Förändringen hanterar de tidigare svårigheterna med diagnosen missbruk, som varit svårt att fastställa med någon säkerhet och därför har utgått till förmån för en mer flytande uppdelning på en enda, enhetlig skala för substansrelaterade störningar. Angående ICD-11 är inget definitivt känt i dag om den kommande definitionen av skadligt bruk och beroende. Eftersom det kommer att dröja ett antal år innan ICD-11 slår igenom i vårdpraxis, beskrivs kriterierna för diagnos enligt DSM-5 och ICD-10 nedan.

Både DSM-5 och ICD-10 föreskriver ett antal kriterier som måste uppfyllas för att en substansdiagnos ska anses föreligga. Enligt båda systemen

kan det också förekomma bruk som inte leder till så pass negativa följder att det når upp till en diagnos (se figur 1). Ofta kan det vara svårt att skilja mellan de olika kriterierna och dessutom kan olika grader av problem vara förknippade med olika droger. Enligt tidigare DSM-IV kunde man generellt säga att missbruksdiagnosen var förknippad med händelser *utanför* den egna personen, det vill säga beteendet kunde märkas utåt av andra personer (t.ex. rättsliga följder, fortsatt substansintag trots rättsliga eller sociala skador, oförmåga att fullgöra plikter samt upprepat riskfyllt beteende). Däremot kännetecknades beroendediagnosen i större utsträckning av händelser som äger rum *inom* personen och som var mindre synliga för andra i omgivningen men där *konsekvenserna* däremot kunde vara väl synliga (t.ex. kontrollförlust, toleransutveckling m.m.).

De två diagnostiska systemen innehåller lite olika kriterier som behöver vara uppfyllda för att diagnos ska föreligga. Substansbrukssyndrom enligt DSM-5 föreligger om substansbruket (alkohol eller droger) har uppfyllt följande kriterier under en 12-månadersperiod:

1. kontrollförlust – överkonsumtion vid enstaka tillfällen
2. kontrollförlust – oförmåga att sluta
3. tidsåtgång på grund av substansen
4. sug efter substansen
5. oförmåga att fullgöra plikter
6. fortsatt substansintag trots relationella följder
7. fortsatt substansintag trots problem i yrkesliv eller fritidsaktiviteter
8. upprepat riskfyllt beteende
9. fortsatt substansintag trots fysisk eller psykisk skada
10. toleransutveckling
11. substansintag för att hindra eller lindra abstinenssymptom

Diagnos om lindrigt substansbrukssyndrom föreligger om 2–3 av ovanstående kriterier uppfyllts, medelsvårt syndrom motsvaras av 4–5 kriterier och svårt substansbrukssyndrom föreligger om 6 eller fler kriterier uppfyllts.

Diagnosen **skadligt bruk enligt ICD-10** föreligger om alkohol- eller drogbruket har pågått under minst en månad *och* en psykisk *eller* fysisk skada har inträffat. Den allvarigare diagnosen **beroendesyndrom enligt ICD-10** föreligger om alkohol- eller drogbruket har pågått under minst en månad *och* minst tre av följande sex tecken uppträtt *samtidigt*:

1. begär, ”drogsug”
2. kontrollförlust
3. oförmåga att fullgöra plikter, prioritering av drogen och tidsåtgång på grund av drogen

4. toleransutveckling
5. fortsatt drogintag trots fysisk eller psykisk skada
6. abstinenssymtom och drogintag för att hindra eller lindra abstinenssymtom.

En person kan använda flera droger och befinna sig i olika diagnostiska kategorier för varje drog. Här kommer ett exempel från DSM-IV och ICD-10 diagnossystemen, där motsvarande förhållanden torde gälla även för DSM-5 och lindrigt, medelsvårt och svårt substansbrukssyndrom. En 28-årig man var beroende av cannabis, sömntabletter, kokain och hallucinogener enligt DSM-IV. Han hade amfetaminmissbruk enligt DSM-IV men använde opiater utan att uppfylla kriterierna för missbruk eller beroende. Enligt ICD-10 var samma man beroende av cannabis, sömntabletter, kokain och hallucinogener, men varken bruket av amfetamin eller opiater uppfyllde kriterierna för skadligt bruk eller beroendesyndrom (Berman m.fl., 2005).

En fullständig diagnos av alkohol- eller drogproblem kan göras genom en intervju. Intervjun kan lämpligen ske under steg tre av utredningsprocessen. Bra intervjuformulär är SCID (First m.fl., 1997) eller kapitel 11 (alkohol) och 12 (narkotika) av SCAN (Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (WHO, 1999), som båda finns översatta till svenska.

Vårdgivares ansvar för att identifiera substansproblem

Det finns olika sätt på vilka en person med alkohol- eller drogproblem kan komma i kontakt med hjälpinstanser: hen kan själv söka hjälp, hen kan vara på en arbetsplats där andra uppmärksammar problemet och kräver att någon åtgärd vidtas, eller kan hen gå till vården för ett annat besvär men där alkohol- eller drogproblem identifieras. Den som själv söker hjälp kan göra det via självhjälpsinstanser som biblioterapi⁴, internet och telefoni (Carlbring m.fl., 2010) eller organisationer som AA eller Länkarna. Den som befinner sig på en arbetsplats kan söka företagshälsovård, som då har ansvar för att se till att personen tar tag i problemet. Störst utmaning är det för vårdgivare som möter patienter som söker för andra besvär men visar sig ha alkohol- eller drogproblem. Denna situation är väldigt vanlig i primärvården, men också i den somatiska sjukhusvården, psykiatrin, socialtjänsten, skolan och andra sammanhang. Hur kan man underlätta för sådana vårdgivare, med annat på dagordningen, att även ägna uppmärksamhet åt alkohol- och drogproblem samt livsstilsproblem generellt?

⁴ Med biblioterapi menas riktad läsning av skönlitterära eller självhjälpsböcker för att avhjälpa problemet, ofta följt av samtal eller skriftlig dialog kring bokens innehåll.

Det finns en hel del evidens för att screening och kort rådgivning (på engelska *screening and brief intervention*, SBI) ger effekt i primärvårdssammanhang (SBU, 2001). Men implementering av SBI i primärvården möter svårigheter. I samband med Folkhälsoinstitutets Riskbruksprojekt som omfattade utbildningsinsatser i hela landet inom primärvården, företagshälsovården och mödravården, genomfördes forskning kring implementeringsfrågor (Holmqvist, 2009). Viktiga hinder för implementering av behandlings- och preventiva åtgärder mot alkoholproblem inom primär- och företagshälsovården var till exempel brist på tid, skepticism angående hur effektivt det kunde bli med en kort intervention samt rädsla för patienters eventuella negativa reaktioner. Dessutom fanns osäkerhet kring hur man skulle fråga om alkohol, hur man ger råd och vart man kan remittera patienter med problem. Minskande av denna osäkerhet var föremålet för Riskbruksprojektets omfattande utbildningsinsats. Men i en enkät från 2009 var andelen läkare och distriktssköterskor som regelbundet frågade sina patienter om alkohol fortfarande lägre än för andra livsstilsområden som stress, fysisk aktivitet och rökning (Holmqvist & Nilsen, 2010).

En kunskapsöversikt om implementering av SBI i primärvården visade att patienterna tillfrågas i lägre grad än vad personalen uppger och att detta kan bero dels på otillräcklig utbildning och handledning, dels på personalens arbetsorganisation som inte förstärker ett förändrat arbetssätt. Ett viktigt resultat var att en central koordinator med avsatt tid för att samordna implementeringen krävs för att öka SBI-tillgängligheten. Slutsatsen var att personalen bör utbildas i screening av riskkonsumenter med AUDIT-formuläret. Dessutom bör all personal ha tillgång till en manual, som denna bok, och rutiner om tillvägagångssättet vid identifiering av alkohol- eller drogproblem bör utvecklas lokalt. Även personliga incitament i form av belöningar från arbetsgivaren kan bidra till att öka tillgängligheten (Källmén, 2007).

Ett sätt att i framtiden öka SBI-tillgängligheten för alkohol- och drogproblem för såväl patient som vårdgivare kan bli e-hälsointerventioner via internet och appar, något som för närvarande utvecklas och undersöks inom primärvården och psykiatrin, bland annat med stöd av Vetenskapsrådet (Berman, 2012b).

2. AUDIT och DUDIT

Screening med hjälp av AUDIT eller DUDIT kan utföras i olika miljöer av personer med olika typer av träning eller professionell bakgrund, till exempel personal inom primärvård, skolhälsovård, socialtjänst eller kriminalvård med goda kunskaper om problematiskt alkohol- och drogbruk. AUDIT och DUDIT är självskattningsinstrument i pappersform men kan också ges som en kort strukturerad intervju som lätt kan tas med vid nybesök eller de första återbesöken i olika sammanhang. När instrumenten presenteras av en intresserad och kunnig behandlare har erfarenheten visat att få patienter känner sig störda av frågorna (Leifman & Ramstedt, 2009).

Frågeformulären

Både AUDIT och DUDIT är korta frågeformulär med tio respektive elva frågor. AUDIT utvecklades av WHO i sex länder i slutet av 1980-talet för användning i primärvården (Babor m.fl., 2001). DUDIT utvecklades som ett parallellinstrument vid Karolinska Institutet i början av 2000-talet med initiativ och stöd från Kriminalvården (Berman & Bergman, 2000, 2001, 2002). Beräkningen av svarspoängen för båda formulären går till på ett liknande sätt. Svarspoängen presenteras i tabell 1 och figur 3 nedan.

Att tänka på när AUDIT och DUDIT används

Det kan hända att patienter är ovilliga att uppge såväl sina alkohol- eller drogvanor som information om att de drabbats av skador till följd av sin konsumtion. En sådan ovillighet kan uppstå när en person känner sig hotad av att avslöja denna information. Ytterligare tillstånd som kan försvåra öppet samtal om alkohol eller droger är berusning vid samtalstillfället eller psykiatriska diagnoser som psykos eller personlighetsstörning, som kan medföra oriktiga svar. Klienter tenderar att besvara frågorna bäst när:

- behandlaren är vänlig och uppträder empatiskt (MI-förenligt)
- syftet med frågorna är klart relaterade till deras hälso- eller livssituation

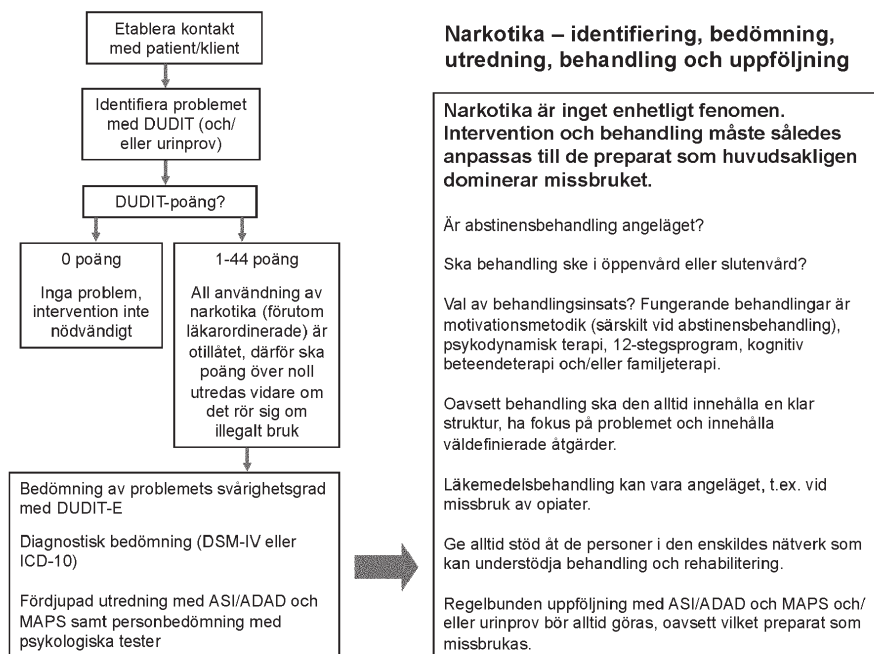
TABELL 1. TOLKNING AV AUDIT-POÄNG. AUDIT-FORMULÄRET FINNS I BILAGA 1.

Riskenivå	AUDIT-poäng	Tolkning	Intervention
Zon I	Män 0–7; Kvinnor 0–5	Ej riskabla alkoholvanor	Gruppen har inte utvecklat problem, primärprevention
Zon II	Män 8–15; Kvinnor 6–13	Riskabla alkoholvanor men inte nödvändigtvis ett missbruk/beroende	Kort intervention (rådgivning, självhjälp), fortsatt uppsikt över konsumtionen
Zon III	Män 16–19; Kvinnor 14–17	Problematiske alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos	Vidareutredning, kort intervention eller eventuell behandling inom specialistvården
Zon IV	Män 20+; Kvinnor 18+	Mycket problematiske alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos	Vidareutredning och remiss till behandling inom specialistvården

- klienten är alkohol- och drogfri vid tidpunkten för utredningen
- klienten förstår att informationen är konfidentiell
- frågorna är lätta att förstå
- klienten inte har en uppenbar fördel av att framställa sig själv på något visst sätt (till exempel vid körkortsärenden).

Behandlaren bör försöka att se till att dessa villkor är uppfyllda när AUDIT/DUDIT ges. När dessa villkor inte är uppfyllda kan man i stället använda AUDIT/DUDIT som vägledning i en intervju med en nära vän eller anhörig till klienten/patienten eller kombinera formulären med någon av de biologiska markörer som finns för alkohol- eller drogkonsumtion.

I en del miljöer (till exempel i väntrum) kan AUDIT och DUDIT med fördel ges som ett självskattningsinstrument innan klienten träffar behandlaren. Därefter kan klienten få diskutera igenom resultaten tillsammans med behandlaren.



Sammanfattning från Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007) av Claudia Fahle

FIGUR 3. UTREDNING AV NARKOTIKAPROBLEM (BERMAN, 2012A). DUDIT-FORMULÄRET FINNS I BILAGA 2.

Att använda AUDIT och DUDIT

Följande principer är viktiga att tänka på då man som behandlare använder AUDIT och DUDIT.

1. Försök att låta patienten svara på frågorna under **bästa möjliga omständigheter**. För personer som behöver akutvård eller mår mycket dåligt i något avseende är det bättre att vänta tills deras tillstånd har stabiliserats och de har vant sig vid miljön där frågorna ska besvaras.
2. Se noga efter tecken på **alkohol- eller drogberusning**. Klienter som har alkohol i blodet, är berusade eller drogpåverkade kan ge oriktiga svar. Överväg då att utföra undersökningen vid en senare tidpunkt. Om det inte går, notera åtminstone dessa observationer på klientens frågeformulär eller i journalen.

3. Om AUDIT och DUDIT ingår i en större hälsoundersökning eller psykosocial utredning kan man behöva någon övergångsfras när frågorna kommer. Det bästa sättet att introducera AUDIT- eller DUDIT-frågorna är att ge patienten/klienten en allmän uppfattning om innehållet i frågorna, syftet med att ställa dem och behovet av att ge noggranna svar. Här är ett exempel:

Nu skulle jag vilja ställa några frågor till dig om dina alkohol- och drogvanor under det senaste året. Eftersom alkohol, lugnande och smärtstillande läkemedel eller droger kan påverka många aspekter av hälsan (och kan också störa vissa typer av medicinering), är det viktigt att gå igenom dessa saker. Det blir bäst om du är så ärlig och noggrann som möjligt.

4. Det är bra om du ger exempel på alkohol- eller drogsorter som kan vara aktuella för patienten/klienten i fråga, till exempel:

Med alkohol menar vi till exempel vin, öl, vodka, sherry och så vidare. Med droger menas till exempel hasch, amfetamin, rökheroin och lugnande eller smärtstillande tabletter som du använt utöver det som en läkare har skrivit ut åt dig.

Om det behövs, nämn drycker som ofta inte uppfattas som alkoholhaltiga, som cider, folköl och så vidare.

5. Det är ibland bra för både behandlaren och patienten att räkna "standarddrinkar" eller antal droger. Alkoholinnehållet i ett typiskt glas öl, vin eller sprit brukar vara ganska likt. AUDIT-blanketten visar ett svenskt "standardglas" som innehåller 12 gram ren alkohol. DUDIT-blanketten visar olika drogkategorier på baksidan. Då mängden droger inte är enhetlig, räknas en för patienten typisk "dos" för varje drogkategori vid svar på DUDIT-frågorna.
6. Om AUDIT eller DUDIT ges i intervjuform är det viktigt att läsa frågorna i den ordning de förekommer i formulären. Läser du upp den exakta ordalydelsen når du en bättre överensstämmelse mellan dina egna resultat och andras. De flesta av frågorna uttrycks i termer av hur ofta olika beteenden förekommer. När du använder formulären som intervju är det bra att se till att patienten förstår svarskategorierna, till exempel aldrig, flera gånger i månaden, dagligen. Eventuellt kan du använda ett förtryckt kort med svarskategorierna till hjälp. Om du är osäker om patienten har uppfattat frågorna kan det vara bra att ställa följdfrågor.
7. Ibland kan svaren vara svåra att definiera eftersom klienten inte dricker eller tar droger på ett regelbundet sätt. Klienten kan till

exempel ha druckit intensivt månaden innan undersökningen men inte innan dess. Då kommer det att vara svårt att bestämma hur det typiska drickandet ser ut. Då är det bäst att använda mängden och beteendena för den tyngsta konsumtionsperioden under det senaste året och notera att detta kan vara atypiskt för individen. Det går också att specificera användningen mer på formulären Alcohol-E och DUDIT-E, där det finns en tabell med olika alkohol- eller drogsorter och där det går att ange om konsumtionsfrekvensen gäller enbart vid återfall.

Poängsättning

Svaren på frågorna ett till åtta på AUDIT ger 0, 1, 2, 3 eller 4 poäng. Frågorna nio och tio ger 0, 2 eller 4 poäng. Poängen för de tio frågorna summeras sedan till en totalpoäng mellan 0 och 40. Se figur 4 för ett exempel på poängsättning för en fiktiv AUDIT-klient.

Svaren på frågorna ett till nio på DUDIT ger 0, 1, 2, 3 eller 4 poäng. Frågorna tio och elva ger 0, 2 eller 4 poäng. Poängen för de elva frågorna summeras till en totalpoäng mellan 0 och 44. Poängsättningen sker som för AUDIT-exemplet. Båda formulären finns att ladda ner från Gothia Fortbildnings hemsida, www.gothiafortbildning.se under Bilagor eller från www.beroendecentrum.com under *För vårdgivare och samarbetspartners*.

Tolkning

Olika poänggränser har föreslagits för AUDIT och DUDIT som tar hänsyn till en samlad bild från tidigare undersökningar. Tolkning av poänggränser för både AUDIT och DUDIT kan variera beroende på vilken grupp individen som svarar på formulären hör till. Samtidigt finns generella riktlinjer som anges nedan och som kan följas än så länge av behandlare i olika verksamheter.

För AUDIT ger en totalpoäng om 8 poäng eller högre för män och 6 poäng eller högre för kvinnor i allmänhet god chans att identifiera riskabelt drickande (Bergman & Källmén, 2002). Det bör påpekas att den lägre poänggränsen för kvinnor är omtvistad och i den engelskspråkiga manualen (Babor m.fl., 2001) finns ingen åtskillnad mellan gränsvärdena för män och kvinnor.

Det finns dock en risk med denna poänggräns (8 respektive 6 poäng); att vissa personer utan alkoholproblem identifieras som riskbrukare. För att vara säkrare på att personen i fråga verkligen har ett uttalat alkoholproblem kan en högre gräns sättas. Vid en totalpoäng på 20 poäng eller mer för män och 18 poäng eller mer för kvinnor föreligger ofta ett uttalat alkoholproblem där personen troligen har utvecklat ett fysiskt beroende av

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? år		Man ☐		Kvinna ☐					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig ☐	1 gång i månaden eller mer sällan ☐	2-4 gånger i månaden ☒	2-3 gånger i veckan ☐	4 gånger/vecka eller mer ☐	2 poäng			
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?	1 - 2 ☐	3 - 4 ☐	5 - 6 ☐	7 - 9 ☒	10 eller fler ☐	3 poäng			
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig ☒	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	0 poäng			
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☒	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	1 poäng			
5. Hur ofta under det senaste året har Du lättit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☒	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	1 poäng			
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☒	4 poäng			
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuldånsor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig ☒	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	0 poäng			
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☒	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	2 poäng			
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej ☒	Ja, men inte under det senaste året ☐	Ja, under det senaste året ☐			0 poäng			
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej ☐	Ja, men inte under det senaste året ☐	Ja, under det senaste året ☒			4 poäng			

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

Summa 17 poäng

FIGUR 4. FIKTIVA SVAR PÅ AUDIT.

alkohol. Det är värt att notera att de poänggränser som beskrivs i tabell 1 är ungefärliga och tjänar som riktmärken på problemets svårighetsgrad och riktlinjer för eventuellt lämplig åtgärd.

För DUDIT pekar en totalpoäng om 1 eller högre för såväl män som kvinnor på att ett problematiskt bruk kan föreligga eller tidigare har förelagat. Denna låga poänggräns beror på att samhällssynen i Sverige föreskriver nolltolerans mot narkotika. Man kan också använda poänggränser från en befolkningsundersökning av DUDIT, där dessa gränser bygger på genomsnittsförekomsten av drogproblem i befolkningen. Då kan man identifiera män med drogrelaterade problem som de som har 6 poäng eller fler på DUDIT. När det gäller kvinnor är det 2 poäng som gäller.

Vid 25 poäng eller fler förekommer med all sannolikhet en beroendediagnos för en eller fler drogtyper. Bland patienter som har genomgått rättspsykiatrisk utredning predicerar 12 poäng på DUDIT en beroendediagnos (Durbiej m.fl., 2010). I andra länder kan andra poänggränser förekomma, till exempel 8 poäng i USA för problematiskt bruk (Voluse m.fl., 2012).⁵

Alla klienter med 1 poäng eller mer på DUDIT bör utredas för att avgöra huruvida det rör sig om ett pågående illegalt bruk. Har en man 6 poäng eller fler har han sannolikt drogrelaterade problem – antingen *missbruk/skadligt bruk* eller *beroende*. En kvinnlig klient med 2 poäng eller fler kan ha drogrelaterade problem. Har klienten 25 poäng eller mer är han eller hon med stor sannolikhet *beroende av* en eller flera droger.

Det är viktigt att komma ihåg att varken AUDIT eller DUDIT är diagnostiska instrument som till exempel en SCID- eller SCAN-intervju angående alkohol eller droger.

AUDIT-C

I vissa sammanhang kan man använda de tre första frågorna i AUDIT-formuläret isolerat, som en beskrivning av den aktuella alkoholkonsumtionen. Det benämns då AUDIT-C (där c-et syftar på engelskans "consumption"). Det bör påpekas att användningen av AUDIT-C är förknippad med vissa metodproblem. Bland annat täcker dessa tre konsumtionsfrågor en persons konsumtion betydligt sämre än vissa andra konsumtionsmått, som till exempel specifika frågor om kvantitet och frekvens för vissa typer av

⁵ Personer som genomgått rättspsykiatrisk utredning visades här ha en lägre poänggräns för sannolikt beroende (Durbiej m.fl., 2010) jämfört med klienter från kriminalvården (Berman m.fl., 2005). En anledning varför poänggränserna varierar kan vara att andelen med drogberoende i gruppen som genomgått rättspsykiatrisk utredning var lägre än bland kriminalvårdsklienter, och att medelvärdet för både AUDIT och DUDIT var allmänt lägre för de utredda individerna. Poänggränser kan variera i olika grupper, därför att beroende förekommer i olika prevalenser i olika grupper och viktningen av sensitiviteten och specificiteten kan också skilja sig åt i olika verksamheter. För mer om detta se kapitel 5.

alkoholdrycker, så kallade QF-skalar, eller så kallad Timeline Follow-back (närmare beskrivet i kapitel 4).

Ett annat problem med AUDIT-C är att det inte finns en väletablerad gräns för vad som anses problematiskt. Vanligen används ändå en gräns på 5 poäng eller mer för män och 4 poäng eller mer för kvinnor som ett mått på riskabel konsumtion (se kapitel 5 för en fördjupad diskussion).

I vissa sammanhang kan det vara aktuellt att rycka ut en enda fråga ur AUDIT som en indikator på problem och då är fråga tre (som berör binge drickande eller högt episodiskt drickande) den fråga som bäst korrelerar mot totalpoängen.

DUDIT-C

De fyra första frågorna i DUDIT avser konsumtion (DUDIT-C). Det kan tänkas att DUDIT-C frågorna kan användas i klientuppföljning eller för snabb återkoppling om konsumtionsnivån. Preliminära data om DUDIT-C finns från studier av den webbaserade interventionen eScreen, men instrumentet är inte tillräckligt välstuderat för att poänggränser ska kunna fastställas (Sinadinovic m.fl., 2014b). Däremot går det att konstatera att 1 poäng eller fler indikerar möjligt problematiskt drogbruk, precis som för DUDIT.

Vad ska man göra vid positivt utfall på AUDIT och DUDIT?

Att tala med en klient eller patient om att hen eventuellt eller sannolikt har alkohol- eller drogproblem är ingen lätt uppgift. Känslor hos behandlaren och klienten kan göra det ännu svårare, särskilt om klienten sökt behandling för en annan åkomma än alkohol- eller drogproblem, till exempel inom primärvården, företagshälsovården, psykiatri, somatisk sjukhusvård, socialtjänst eller skola/universitet. Behandlaren kan känna sig osäker på hur informationen kommer att tas emot och vara rädd att tappa den arbetsallians som hittills fått klienten att komma till mötet. Behandlaren kan också vara orolig att samtalet om alkohol- eller drogproblemen kommer att äventyra hela vårdkontakten och leda till att en klient som kommit för ett helt annat besvär kommer att sluta och antingen stå utan vård – för såväl besväret som föranlett besöket som för alkohol- och drogproblemen – eller vända sig någon annanstans, något som blir tidsödande och frustrerande för såväl vårdgivaren som för klienten.

Klientens känslor kan variera mellan ilska, skam, skuld, förvåning, chock och irritation över att behandlaren för in ett nytt problem som klienten inte sökt för. Sådana känslor kan uppstå trots att majoriteten av primärvårdspatienter enligt en studie från 2002 generellt har visat sig tycka att alkoholvanor är viktiga för hälsan. Samtidigt visade studien att enbart

20 procent av patienterna ville tala om sina alkoholvanor med en läkare (Andréasson & Graffman, 2002), något som kanske beror på att de känslor som förknippas med samtalet om alkohol- och drogproblem generellt är negativa.

Återkoppling

Ett evidensbaserat och praktiskt verktyg för att möta utmaningen med samtalet om alkohol- och drogproblem är motiverande samtal (på engelska *Motivational Interviewing*, förkortas MI), en metod som används för att stimulera en person att förändra sitt beteende. MI-samtalet anpassas av behandlaren utifrån klientens motivationsgrad. Grundprinciperna i MI bygger på ett *empatiskt* förhållningssätt och att *samarbeta* med klienten där hen befinner sig i motivationsprocessen (så kallad MI-anda). I samtalen använder behandlaren specifika samtalstekniker som *bekräftelser*, *öppna frågor*, *reflektioner* och *sammanfattningar* (förkortat BÖRS).

- Bekräftelser är uttryck för positiv uppskattning av patientens tankar och ageranden i riktning mot förändring av ett riskfyllt beteende.
- Öppna frågor börjar med "vad" eller "hur", och kan inte besvaras med "ja" eller "nej".
- Reflektioner är behandlaren utvalda speglingar av patientens uttalanden.
- Sammanfattningar placeras strategiskt i samtalet för att markera att ett visst tema diskuterats eller för att underlätta skiften i samtalets fokus.

Utifrån grundprinciperna och med hjälp av samtalsteknikerna förhåller sig behandlaren till patientens motstånd mot förändring – som kan bero på negativa känslor kring själva riskbeteendet eller kring samtalet om beteendet – på ett effektivt sätt som benämns *rulla med motstånd* (Ortiz, 2009). Med hjälp av framförallt bekräftelser och reflektioner (i stället för övertalning) förmedlar behandlaren sin tro på att patienten kan klara av att genomföra förändringen. En sista mycket viktig nyckelprincip i MI är att framkalla *förändringsprat*. Det kan vara uttalanden hos patienten som tyder på en riktning mot förändring samt steg som patienten faktiskt tagit mot förändring. Förändringspratets motsats är *vidmakthållande prat*, där patienten talar om fördelarna med att ha kvar beteendet som det är, och svårigheterna med att förändra.

Mer om MI kan läsas i flera svenskspråkiga böcker (Barth & Näsholm, 2006; Farbring, 2010; Holm Ivarsson, 2016a, 2016b). För att utveckla och vidmakthålla MI-färdigheter rekommenderar vi varmt utbildning med fortsatt kollegial eller annan handledning. Ett enkelt sätt att lära sig mer

om MI är att gå in på www.folkhalsomyndigheten.se/somra/ där en web-baserad "kurs" finns med videoexempel och korta förklarande texter.

För såväl den MI-utbildade behandlaren som för den som inte har sådan utbildning beskrivs här den särskilda MI-tekniken F-G-F (framkalla–ge information–framkalla⁶, på engelska E-P-E, elicit–provide–elicit) för återkoppling av resultat från screeninginstrument (eller laboratorieprover) till patienter eller klienter. Tanken med denna teknik är att hela tiden föra en aktiv dialog, så att informationen om det problematiska alkohol- eller drogbruket överförs på ett sådant sätt att klienten verkligen tar den till sig. F-G-F-samtalet sker efter att klienten besvarat formuläret och inleds med att behandlaren ber om lov att få tala om ämnet, varefter de tre F-G-F-stegen följer:

1. *Be om lov att tala om ämnet:* Nämn att klienten har fyllt i formuläret och fråga om det är ok att ni talar om det. De flesta uppskattar att bli tillfrågade och svarar ja. Och om det inte är acceptabelt för klienten att tala om det så utgör detta ett tillfälle att förstå personen bättre. Kanske passar det bättre att föra samtalet vid ett senare tillfälle eller under andra omständigheter?
2. *Framkalla:* Börja med att fråga vad klienten redan vet om de problem som kan uppstå i samband med bruk av alkohol eller droger. På så sätt "kallar man fram" befintlig kunskap och aktiverar klientens aktuella tankar kring beteendet.
3. *Ge information:* Om klienten visar intresse för att veta mer, komplettera det klienten har sagt med saklig information som är anpassad utifrån honom/henne. Om man som behandlare upplever att man saknar kunskap om vilka problem som kan uppstå i samband med alkohol- eller drogbruk (detta kan vara fallet när man är nybörjare eller om man har bytt funktion i sitt arbete), kan man tillsammans med klienten gå in på en lämplig webbplats, till exempel www.drogportalen.se under *Droger*, och tillsammans identifiera symtom eller problem som klienten känner igen. Eller så väljer man en webbplats som klienten har hört talas om och är intresserad av. Informationsdelen kan bli relativt kort då det ofta är så att något som man tillsammans kommenterar anknyter till en fråga i AUDIT eller DUDIT som klienten besvarat och som leder till ett sakligt samtal om enskilda svar på frågor i formulären och betydelsen av totalsumman. Fråga gärna flera gånger hur klienten uppfattar det ni nyss pratat om (steg 4 i figuren nedan) eller be om lov att fortsätta samtalet för att försäkra dig om att klienten är med och får tillfälle att ställa

6 Tidigare översättning till svenska var U-E-U, *utforska, erbjuda information, utforska*.

frågor och uttrycka eventuell förvirring eller oklarhet kring detaljer. Då samtalet om alkohol eller droger ofta väcker ångest, kan klientens vanliga mottaglighet för information vara nedsatt. Ändå vill de flesta personer gärna veta mer om sig själva och sina vanor och det föranleder fortsatt samtal i mån av tid, alternativt bokning av ny tid för fortsatt samtal.

4. *Framkalla*: Fråga vad information som erbjudits kan innebära för klienten personligen (man "kallar fram" den personliga innebörden). Därefter följer en fortsatt kort dialog om vad nästa steg kan bli.

En vägledande guide till samtalet utifrån "F-G-F" visas i figur 5.

1. Öppna samtalet/be om lov	1. Du har fått fylla i ett frågeformulär om alkohol/droger, är det ok att vi pratar om det en stund?
2. Ta reda på vad klienten redan vet (Framkalla – F)	2. Vad vet du om alkoholens (drogers) effekter?
3. Ge information (G)	3. Dina poäng visar att du ... Jämfört med andra är du ... Man brukar rekommendera att ...
4. Ta reda på klientens uppfattning om det du sagt (Framkalla – F)	4. Hur ser du på det jag berättat? Vad vill du veta mer om?

FIGUR 5. FYRA STEG I ÅTERKOPPLINGSSAMTALET OM PROBLEMATISKT ALKOHOL- OCH/ELLER DROGBRUK (BERMAN, 2012A).

I en del fall identifieras problem med alkohol eller droger i en tidig fas genom screening på primärvård eller företagshälsovård. I dessa fall kan det räcka med en mycket kort intervention som består av ett personligt möte för genomgång av utredningsresultaten utifrån ett MI-baserat perspektiv. Forskning pekar på att en kort intervention kan leda till beteendeförändringar även hos personer som har ett tyngre riskbruk, det vill säga i senare faser av alkohol- eller drogproblematiken.

Vid behov kan samtalsprocessen kring problematiken fortsätta enbart utifrån AUDIT och DUDIT. När det uppstår ett intresse hos behandlare

och/eller klient att fördjupa förståelsen för problematiken, kan utredningen fortsätta med fördjupningsformulären Alcohol-E eller AVI-R2 för alkohol, eller DUDIT-E för droger (se även Berman & Brisendal, 2011) samt så småningom eventuell fördjupad personutredning i form av diagnostik och/eller ASI-intervju (se kapitel 3).

Biologiska markörer för alkohol- och drogproblem

I många fall utgör AUDIT och DUDIT enklare och billigare alternativ till biologiska markörer samt erbjuder underlag för samtal utifrån patientens eget beteende. Samtidigt finns det situationer då självskattningsmetoder inte kan rekommenderas. Framförallt handlar det om situationer då klienten har ett intresse av att inte svara sanningsenligt, eller har svårt att förstå frågorna och därför inte kan besvara frågorna sanningsenligt.

AUDIT kan i sådana lägen kombineras med biologiska markörer för alkoholkonsumtion/-problem (till exempel CDT, ALAT, ASAT, Druid & Berman, 2010; eller PEth, Aradottir, Asanovska, Gjerss, Hansson & Alling, 2006). Om AUDIT kombineras med en biologisk markör är det viktigt att komma ihåg att dessa täcker av olika aspekter av och tidsperioder i en persons alkoholvanor. Annars kan resultaten av screening med AUDIT respektive test med biologiska markörer förefalla inkonsekventa. Framtagandet och testningen av biologiska markörer är ett område i utveckling och en genomgång av rekommenderade metoder finns i Socialstyrelsens riktlinjer för beroende- och missbruksvården (Socialstyrelsen, 2007; 2015). När DUDIT kombineras med biologiska markörer är det likaså viktigt att tänka på att olika sorters droger kan ha använts och behöver testas för (se vidare Druid & Berman, 2010).

3. Vidare utredning, diagnostik och behandling

När det väl konstaterats att alkohol- eller drogproblem föreligger blir det viktigt att bestämma om problemets svårighetsgrad föranleder ett kort motiverande samtal eller om vidare åtgärder behövs. Flera bredspektrum-instrument som täcker olika aspekter av det problematiska alkohol- eller drogbruket finns tillgängliga och beskrivs kort nedan.

Vidare utredning med Alcohol-E eller AVI-R2

Alcohol-E är ett fördjupat frågeformulär med fyra delar. Första delen är en kartläggning av olika alkoholsorter och hur ofta de används, därefter följer en lista med 17 påståenden om positiva aspekter av alkoholbruket, en lista med 17 påståenden om negativa aspekter som följer av alkoholbruket och slutligen 10 frågor om eventuella tankar om förändring av alkoholbruket. Svaren kan lätt omräknas till ett motivationsindex som speglar klientens motivation att förändra sitt alkoholrelaterade beteende.

Alcohol-E bygger på frågeformuläret DUDIT-E (för droger) som utvecklades före Alcohol-E, och det poängsätts på samma sätt. Detaljerade anvisningar finns i boken *DUDIT-E och Alcohol-E – Samtala konstruktivt om droger och alkohol* (Berman & Brisendal, 2011) som utgör en pendang till denna bok.

Alcohol-E kan laddas ner på www.beroendecentrum.com under Vårdgivare och samarbetspartners eller från www.gothiafortbildning.se under Bilagor. Alcohol-E finns också tillgänglig på www.escreen.se för självhjälp eller som komplement till pågående utredning eller behandling.

Ett alternativ till Alcohol-E är Alkoholvaneinventoriet (AVI), som är en självskattningsskala som ursprungligen bygger på en amerikansk skala (Alcohol Use Inventory, AUI). Efter flera revideringar av skalan har den svenska versionen fått namnet AVI-R2 (Alkoholvaneinventoriet – Reviderad 2). Skalan omfattar 81 frågor som delas in i 16 primära dimensioner. Dessa struktureras i sin tur i fyra mer generella dimensioner. Den första generella

dimensionen är *alkoholberoende* som innehåller primärdimensionerna kontrollförlust, abstinenssymtom, sociala komplikationer, hallucinos, tidigare behandling, dagligt drickande och högkonsumtion. Den andra generella dimensionen är *psykologiska vinster på grund av drickandet* och innehåller primärdimensionerna minskad depression och spänning, förbättrad kontaktförmåga och förbättrad tankeförmåga. Den tredje generella dimensionen är *relationskomplikationer* som innehåller skamkänslor och aggressivitet. Den fjärde och slutliga dimensionen är *multipelberoende* som innehåller narkotikabruk, bruk av sedativa och nikotinanvändning. Kodning av de olika skalorna samt jämförelsevärden för en typisk population av alkoholberoende patienter finns att tillgå i manualen till AVI-R2.⁷

AVI-R2-profilen ger således en differentierad bild av vilka områden som är mest problematiska för klienten och ger information om klientens behandlingsmotivation. AVI-R2-profilen utgör också ett underlag till val av behandlingsform för klienten och till jämförelser mellan olika grupper inom alkoholistpopulationen. Extrema poäng i enskilda primära skalor kan vara intressanta för vidare analyser och bör särskilt uppmärksammas.

Vidare utredning med DUDIT-E

DUDIT-E är liksom Alcohol-E ett fördjupat frågeformulär med fyra delar. Första delen är en kartläggning av olika drogsorter och hur ofta de används. Drogkategorierna är desamma som de på droglistan på baksidan av DUDIT-formuläret. Därefter följer en lista med 17 påståenden om positiva aspekter av drogbruket, en lista med 17 påståenden om negativa aspekter som följer av drogbruk och slutligen 10 frågor om eventuella tankar om förändring av droganvändningen. Svaren kan lätt omräknas till ett motivationsindex som speglar klientens motivation till att förändra sitt drogrelaterade beteende. DUDIT-E för droger utvecklades som ovan nämnts före Alcohol-E och båda formulären poängsätts på samma sätt. DUDIT-E kan laddas ner på www.beroendecentrum.com under *Vårdgivare och samarbetspartners* eller på www.gothiafortbildning.se under *Bilagor*. Tillsammans med Alcohol-E finns DUDIT-E också tillgänglig på www.escreen.se för självhjälp eller som komplement till pågående utredning eller behandling.

Detaljerade anvisningar finns i boken *DUDIT-E och Alcohol-E – Samtala konstruktivt om droger och alkohol* (Berman & Brisendal, 2011) som utgör en pendang till denna bok. Bokens fokus är, som titeln antyder, det fördjupade samtalet om droger och/eller alkohol utifrån de två fördjupningsformulären. Bland annat kommenteras möjliga tillvägagångssätt när det uppstår

⁷ Se <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/avir2> för mer information

frågor i samtalet kring självmordstankar, kognitiva eller emotionella brister hos klienten och livsstilsproblem som sömn eller smärta (ibid., s. 24). Boken innehåller också ett kapitel med exempel på återkopplingssamtal med verkliga klienter. I bokens bilagor finns praktiska mallar för att identifiera kategorier med positiva respektive negativa aspekter av alkohol- eller drogbruket. Andra mallar underlättar för att beräkna beredskap till förändring samt mätning av motivationen med motivationsindexet. Ett formulär för att identifiera olika aspekter av förändringsbenägenheten finns också med.

Vidare utredning med ASI och MAPS

Alcohol-E, AVI-R2 och DUDIT-E är alla självskattningsformulär med fokus på alkohol- eller drogproblemets art, omfattning och betydelse. ASI och MAPS utgör bredare instrument som syftar till att kartlägga klientens livssituation i stort, utöver alkohol- och drogproblemen. På så sätt ingår ASI och MAPS i tredje steget i utredningsmodellen (se figur 2) under rubriken Personbedömning.

ASI

ASI (Addiction Severity Index; Nyström, Zingmark, & Jäderland, 2009) ges i form av en intervju som tar mellan 45 och 180 minuter, beroende på problemets omfattning och patientens person, och leder till en skattning av problem och hjälpbehov i sju dimensioner. Med 180 frågor undersöks:

- fysisk hälsa
- arbete och försörjning
- alkoholanvändning
- narkotikaanvändning
- rättsliga problem
- familj och umgänge
- psykisk hälsa.

Dessutom ingår ett avsnitt om missbruk och psykiska problem i släkten. ASI finns också i en uppföljningsversion som är något kortare.

ASI är en metod för att bedöma klienters problematik. Samtidigt bidrar den till möjligheten för behandlare från olika verksamheter att samarbeta utifrån de i ASI beskrivna problemområdena. En av fördelarna med ASI-metoden är att såväl klienterna själva som intervjuarna skattar problemtyngd och behovet av hjälp inom de sju områdena. ASI-intervjun mynnar också ut i matematiska "belastningsindex" som bygger på de mest "objektiva" frågorna inom respektive område. Dessutom ges klientbedömningar av hur mycket oro eller besvär som orsakats av problemen inom respektive

område de senaste 30 dagarna.

Utifrån intervjuarens och klientens skattningar i ASI-dimensionerna gör slutligen intervjuaren en bedömning av tillförlitligheten hos klientens svar inom vart och ett av de sju områdena. ASI utgör alltså ett verktyg för att beskriva klienters problemområden på ett sammantaget sätt (Andrén m.fl., 2001; Nyström, 2010). Användningen av ASI är mycket spridd inom socialtjänst och kriminalvård. Inom såväl forskning som vård av personer med alkohol- och narkotikaproblem utgör ASI en de facto-standard. I Sverige är det Socialstyrelsen som förvaltar ASI som instrument och för att ASI-intervjuer ska bli tillförlitliga krävs att intervjuaren har genomgått en ASI-utbildning. Det är värt att notera att ASI finns i flera versioner och att den version som är vanligast i verksamheter i Sverige bygger på ASI i version 5 medan den senaste versionen (ASI-6) ännu inte hunnit få spridning utanför forskningsmiljöer (Durbeej m.fl., 2010, använder ASI-6).

Ytterligare ett intervjuinstrument som liksom ASI är ett bredspektrum-instrument för att göra en mer omfattande personbedömning är DOK, som utvecklats av svenska forskare (Jenner & Segreus, 2005). Både ASI och DOK är reliabla och valida men ASI är högre prioriterat i Socialstyrelsens riktlinjer (2015). Mer information om DOK kan fås på www.stat-inst.se/forskning-och-utveckling/dok/.

MAPS

MAPS (Monitoring Area and Phase System) är en metod för att fastställa förändringsfas enligt den så kallade transteoretiska modellen, TTM (Prochaska & DiClemente, 1986). Förändringsfasen avser individens beredskap till att förändra problembeteenden. Instrumentet används med fördel i anslutning till ASI, då ASI fastställer problemtyngd medan MAPS berör klientens inställning till problemen inom de olika livsområdena som kartläggs i ASI-intervjun.

MAPS består av fyra moduler (Öberg, 2004):

- Vid klientens inskrivning i en verksamhet (öppen- eller slutenvård) används ett inskrivningsformulär (MAPS-in), som kartlägger förändringsfas inom alla ASI-livsområden. I dialog med klienten fastställs behandlingsmål utifrån klientens egna resurser, problemtyngd, förändringsfas enligt MAPS och TTM-modellen samt den tilltänkta längden på vårdtiden.
- Vid klientens utskrivning används ett utskrivningsformulär (MAPS-ut), som beskriver erhållna insatser, klientens livssituation vid tiden för utskrivning samt förändringsfas i de olika ASI-områdena vid avslutad behandling. Eventuella förändringar i förändringsfas utgör aspekter av behandlingens utfallsmått.

- Någon tid efter utskrivningen sker en uppföljning med hjälp av uppföljningsformuläret (MAPS-upp), som kompletterar ASI-uppföljningen med erhållna insatser efter utskrivning samt mått på förändringsfas vid uppföljningstillfället.

Inskrivningsintervjun tar cirka 20–60 minuter, utskrivningsintervjun 25–40 minuter och uppföljningsintervjun cirka 30 minuter.

Utöver de MAPS-formulär som används med klienter finns ett formulär för att beskriva enheter (MAPS-enhet), som för en specifik enhet analyserar förutsättningarna att bedriva vård. Resultatet visar för vilka ASI-områden vården bedrivs och dessutom för vilka klienter vården kan passa, utifrån var i förändringscykeln klienten befinner sig. Enheternas resurser beskrivs således i samma dimensioner som klienternas problem. Mer information om MAPS kan erhållas genom www.mapsfoundation.org.

Diagnos av alkohol- och drogproblem

När alkohol- eller drogproblem har identifierats hos en klient eller patient och en vidare utredning har skett kring konsumtionen, problem, för- och nackdelar av att använda alkohol eller droger samt även den övriga livssituationen, kan det vara dags att ställa diagnos. Det är alltså först när en utredning genomförts med självskattningsformulär och intervjuer – något som kan genomföras av annan personal än läkare eller psykologer – som det kan vara dags för dessa yrkesgrupper att träda in och genomföra en diagnostisk utredning.

I kapitel 1 beskrivs diagnostik för alkohol- och drogproblem med de kriterier som gäller enligt de diagnostiska systemen: skadligt bruk och beroende enligt ICD-10 respektive substansbrukssyndrom enligt DSM-5. I samband med diagnosställande för alkohol- och drogproblem bör också övrig samsjuklighet (komorbiditet) diagnostiseras, till exempel tecken på psykisk ohälsa som depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), neuropsykiatriska tillstånd, kognitiva funktionsnedsättningar, personlighetsstörningar och eventuell psykossjukdom.

När diagnos om alkohol- och/eller drogproblem samt övriga diagnoser ställts, kan en vårdplan skrivas i samråd med patienten/klienten och eventuella andra intressenter eller huvudmän. Det är viktigt i detta skede att avgöra vilka problem som kan behandlas parallellt respektive sekventiellt, samt vilken prioritetsgrad som gäller för de olika problemen. Verktöget ”meny-agenda” från motiverande samtal kan vara till hjälp i denna process.

Meny-agenda

När en patient eller klient har problem inom flera livsområden kan det vara väldigt svårt att avgöra var man ska börja. Är det behandlaren som ska bestämma, eller patienten/klienten? Eller kanske någon mer utomstående part som socialtjänsten eller den ansvariga läkaren? Hur ska man kommunicera konstruktivt om det som kanske för första – eller tionde – gången i klientens liv sätts "under lupp"?

Några ledtrådar kan komma från ASI-intervjun, om en sådan gjorts. Där ska såväl klient som behandlare skatta hur allvarligt problemet är och i vilken utsträckning hjälpbehov föreligger. Livsområdena kan ställas upp i "profiler" som åskådliggör vilka problemområden som finns (se s. 128 i Nyström, 2010). Ändå visar inte dessa profiler hur motiverad en individ är att påbörja en förändringsprocess inom ett visst område. Här kan MI-verktyget "meny-agenda" vara till hjälp (Barth & Näsholm, 2006).

Meny-agenda innebär i korthet att ställa upp problemområdena på ett A4-blad, ett blädderblock eller en whiteboardtavla, så att både klient och behandlare tydligt ser vilka problem som framkommit i utredningen respektive i samtalet. Syftet med meny-agenda är att underlätta för klienten att välja vilket problem hen vill börja prata om.

Ett sätt att hjälpa klienten att välja är att hen för varje problemområde (eller så många som hinns med under det aktuella samtalet) skattar hur nära förestående en förändring är. Om klienten till exempel har problem med alkohol, den psykiska hälsan (ångest), kroppslig smärta, det äldsta barnet och arbetssituationen, kan det vara så att det mest allvarliga problemet är alkoholen eftersom klienten med detta medel försöker lindra ångesten, minska smärtan och glömma problemen med barnet och arbetet. Men det kan också vara så att det är smärtan som har förvärrat de övriga problemen. Kanske kommer smärtan från en olycka några år tidigare. Smärtan har påverkat hela livet, och arbetssituationen blev komplicerad i och med rehabiliteringstiden. Alkoholen blev då en till synes enkel – om än tillfällig – lösning på flera av problemen. I samtalet visar det sig kanske att klienten påbörjat sjukgymnastisk behandling för smärtan, men när den avslutades efter viss förbättring har ingen vidare fysisk träning skett och läkaren har skrivit ut smärtstillande tabletter men varnat för beroende. Meny-agenda kan leda till att behandlare och klient reflekterar kring alkoholens roll i klientens liv men fokuserar på smärtan som ett område som skulle kunna förändras till det bättre med hjälp av ett kompetent smärtteam. Klienten känner kanske lite större hopp till sin situation vid tanken på att få hjälp (till självhjälp) med smärtan via till exempel *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Robinson, Wicksell & Olsson, 2004) som ett komplement till sjukgymnastisk behandling.

Att behandlaren engagerar sig i att se till att klienten får rätt hjälp förstärker positiva processer som ger hopp om att förändring kan ske inom flera områden framöver, inklusive alkoholen. Med meny-agenda får behandlare och klient hjälp att börja nysta i *en* tråd i "problemgarnet" för att sätta igång en positiv förändringsprocess som löser upp det ena efter det andra problemet, utifrån klientens egna förutsättningar.

Kort intervention och längre behandlingar

Det är svårt att veta vilken typ av intervention eller behandling som en viss person med alkohol- eller drogproblem behöver. Till exempel visar aktuell forskning att även personer med ganska komplex problematik i vissa fall kan vara hjälpta av korta interventioner (McQueen m.fl., 2009). Eftersom detta forskningsfält är något förvirrande vill vi här ge en kort vägledning kring behandling.

En enkel tumregel är att en person som har en riskfylld alkoholkonsumtion utan några uppenbara tecken på samsjuklighet oftast kan få hjälp genom ett kort samtal på mellan 5 och 60 minuter och/eller självhjälp. Ju mer komplicerad problematiken är, desto mer talar för en längre behandling med inslag av flera olika typer av åtgärder och behandlare.

Ett praktiskt sätt att hantera detta är att använda en trappstegsmodell (på engelska *stepped care*), där man först provar att vänta och se om någon förändring inträffar efter själva identifieringen av problemet (Levin & Lillis, 2011). För vissa personer kan nämligen insikten om att de faktiskt har ett problem räcka för att stimulera till beteendeförändring. Om personen vid till exempel återbesök inte förändrat något, kan ett motiverande samtal vara nästa steg. Vidare kan en serie motiverande samtal vara påkallad. Inom ramen för motiverande samtal kan insatser som farmakologiskt stöd med till exempel preparaten *disulfiram*, *acamprosate* eller *naltrexone* vid behov diskuteras och testas (Franck, 2010), eller psykologiska behandlingsinsatser som psykoedukation, återfallsprevention, grupp-, familj- eller individualpsykoterapi övervägas. I akuta faser kan inläggning på avgiftningsavdelning behövas för att stabilisera personens tillstånd. Mer detaljerad och aktuell vägledning finns i boken *Missbrukspsykologi* (Fahlke, 2012).

4. Uppföljning

Uppföljning efter behandling är ett område som alltför ofta försummas. Ibland tror man att behandlingsuppföljningar görs huvudsakligen för klientens skull, men de är lika viktiga för att utveckla och förstärka behandlaren. Precis som i många andra verksamheter är det viktigt att få känna stolthet och tillfredsställelse vid goda utfall och se om det finns något att lära sig av de fall där man inte nått upp till det man föresatt sig. Uppföljningen bör inte vara alltför tidskrävande och dessutom väl integrerad i verksamheten, annars är risken stor att den aldrig blir av.

Att använda AUDIT och DUDIT för uppföljning

Såväl AUDIT som DUDIT kan användas som uppföljningsinstrument, men med vissa förbehåll. Frågor i instrumenten som handlar om alkohol- eller drogrelaterade problem under det senaste året kan vara mindre lämpliga vid uppföljningar där det är kortare än ett år mellan förmätning och uppföljning. Vid uppföljningar av kortare behandlingar bör därför större vikt läggas vid konsumtionsfrågorna som är känsligare för förändringar, det vill säga de första tre frågorna i AUDIT eller AUDIT-C och de första fyra frågorna i DUDIT eller DUDIT-C.

Samtidigt kan det vara så att förändringar enbart visar sig i problemfrågorna (som syftar på senaste året), som i en nyligen genomförd studie om självhjälp för drogproblem via eScreen.se (Sinadinovic m.fl., 2014b). Det kan vara så att klienter som svarar på AUDIT och DUDIT inte lägger så stor vikt vid tidsspecifikationen "senaste året" utan tänker mer på "senaste tiden" eller tillståndet "just nu" när de svarar.

Vid längre behandlingar där det är mer än ett år mellan den första mätningen med AUDIT och/eller DUDIT och uppföljning lämpar sig totalpoängen i testen bra, men även här bör man inte enbart fokusera på totalpoängen utan även gå in på detaljer i vad som förändrats sett till de enskilda frågorna.

Timeline Follow-back, TLFB

Metoden *Timeline Follow-back*, TLFB (Sobell & Sobell, 1992), går ut på att den undersökta personen får berätta hur mycket alkohol hen druckit bakåt i tiden. Vanligtvis underlättas detta om undersökningspersonen tar hjälp av en egen almanacka. Vid uppföljningar av personer som varit nyktra under längre tid kan detta ibland göras flera månader bakåt i tiden. Bland personer med regelbundet drickande är det dock olämpligt med så långa "timelines", eftersom människor tenderar att glömma konsumtion som ligger långt bakåt i tiden. En undersökning av normalkonsumenter visade exempelvis att de rapporterade alkoholnivåerna sjunker ganska mycket vid skattningar som går mer än två veckor tillbaka i tiden (Wennberg & Bohman, 1998).

TLFB-metoden kan användas både som intervju och som en enkät. Fördelen med att använda TLFB som intervju är att det ger möjlighet att ställa följdfrågor då det behövs. Efter att data om konsumtionen samlats in räknas resultaten oftast om till enheten "gram absolut alkohol" för att kunna användas som ett generellt mått på hur mycket alkohol personen i fråga konsumerar. Nedan följer en ungefärlig omräkningstabell för hur man omvandlar öl, vin och starksprit till gram absolut alkohol. Några saker är värda att notera i denna tabell, exempelvis att tre till fyra starköl ungefär motsvarar en flaska vin och att tre flaskor vin nästan motsvarar en flaska starksprit.

TABELL 2. UNGEFÄRLIG OMRÄKNINGSTABELL TILL ABSOLUT ALKOHOL.

	Gram absolut alkohol
Folköl 33 cl (flaska)	9
Folköl 50 cl (burk)	14
Mellanöl 33 cl (flaska)	12
Mellanöl 50 cl (burk)	18
Starköl 5,6 % 33 cl (flaska)	15
Starköl 5,6 % 50 cl (burk)	22
Vin 12 % 10 cl (litet glas)	9
Vin 12 % 75 cl (flaska)	70
Sprit 40 % 6 cl (nubbe)	19
Sprit 40 % 35 cl (halvflaska)	112
Sprit 40 % 70 cl (helflaska)	224

TLFB kan även användas för droger, men då är omräkningen till gram per dag inte alltid möjlig av praktiska skäl. I stället kan intervjun då fokusera på vilka droger klienten tagit på respektive dag bakåt i tiden (se till exempel Fals-Stewart m.fl., 2000).

Att använda ASI för uppföljning

En uppföljning med ASI kan göras sex månader efter den senaste ASI-intervjun (se kapitel 3). Uppföljning med ASI är en lätt kortad ASI-intervju men är ändå relativt tidskrävande. Erfarenheter visar att uppföljningar med ASI lätt faller bort och att få verksamheter lyckas integrera dem i sina rutiner (Nyström, 2010). För verksamheter som har svårt att integrera ASI-uppföljningar i sina verksamheter rekommenderas enklare uppföljningsmätt såsom AUDIT, DUDIT eller Timeline Follow-back (TLFB).

Självuppföljning och annan e-hjälp

Vid vissa behandlingsformer som bygger på självmonitorering är självuppföljningen en integrerad del av behandlingen (till exempel eScreen.se, alkoholhjalpen.se och automatiserat telefonstöd, TeleCoach™). I dessa fall kan man få uppföljning "på köpet". Det gäller även när denna typ av verktyg används som eftervård efter en avslutad behandling i vårdsammanhang.

Vid denna boks utgivning är de flesta självhjälpssajter som finns inte anpassade för integrerat samarbete med en behandlare. Om vårdgivaren ska kunna ta del av klientens resultat måste klienten själv skriva ut resultaten och ta dem med sig till besöket, eller komma åt sitt konto via en klientdator på kontoret. Framöver kommer sannolikt gränssnitt utvecklas som underlättar kontakt och samarbete med en behandlare, till exempel genom att klienten skriver in behandlarens e-postadress, varpå en utskrivbar eller sparbar fil skickas i krypterad form till behandlaren (Carlbring m.fl., 2010). Digital behandling för problematiskt alkohol- eller drogbruk finns idag tillgänglig via forskningsstudier och arbete pågår med att göra sådan behandling tillgänglig framöver via nationella stöd- och behandlingsplattformen (skl.se/halsasjukvard/ehalsa/internetbaseratstodochbehandling.internetbaseratstodochbehandling.html).

Statistik i verksamheten

På senare tid har behovet av verksamhetsuppföljning ökat inom vården. Det finns en ökad efterfrågan på statistik för att utvärdera och styra verksamheter. Rätt använd kan denna typ av statistik tillföra viktiga kunskaper om verksamheten. Nedan följer några nyckelpunkter att tänka på kring användning av statistik:

- De uppgifter som ligger till grund för statistiken får inte vara för tidskrävande att samla in eftersom de då stjäl tid från den primära verksamheten.
- Statistiken som samlas in bör ha fokus både på beskrivande av patient-/klientgrupper och på uppföljningsdata kring utfallet i vården.

- Tiden mellan insamling av data och sammanställd statistik får inte bli för lång. Relevant statistik är färskvara.
- Verksamheter bör ha bestämda kvalitetsindikatorer (enkla mått på hur bra verksamheten är, till exempel andel patienter som förbättrats eller överlevt) samt målnivåer⁸ för dessa. Antalet kvalitetsindikatorer får inte vara för många.

Mycket av den statistik som samlas in i olika vårdrelaterade verksamheter har inte kvalitetsutveckling av vården som primärt syfte, utan är i stället tänkt för forskning eller som underlag för beställare av vård. Problemet med att använda denna typ av statistik för förbättringsarbete som direkt avser klienterna är att det oftast går för lång tid mellan insamling och databearbetning. Ytterligare ett problem är att statistiken inte alltid innehåller relevanta mått på kvalitet. Detta kan till exempel vara fallet när statistik samlas in om antalet patientbesök men inte om utfallet av dessa besök och inte heller om innehållet i den erbjudna vården.

Kvalitetsregister

Kvalitetsregister är en form av patientdatabaser där data samlas in före, under och efter behandlingar för att ge möjlighet till löpande förbättringar av vården. Dessa register är nationella för att möjliggöra jämförelser över landet. De finansieras av Sveriges kommuner och landsting (SKL) samt av verksamheterna själva. Ansvaret för att föra in data i kvalitetsregistren ligger hos de behandlande professionerna som möter patienten, inte hos beställare eller någon annan myndighet. Ansvaret för specifika kvalitetsregister ligger hos enskilda landsting som är huvudmän för vissa register.

För närvarande finns två nationella kvalitetsregister om beroendevård i Sverige. Det ena, Svenskt Beroenderegister (SBR), riktar sig mot alla beroendepatienter i landet och har Stockholms läns landsting som huvudman. Det andra, Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO), är till för opiatberoende patienter i substitutionsbehandling i hela landet och hålls av landstingen i Örebro och Uppsala län. En särskild poäng med att använda kvalitetsregister är att det på sikt tvingar fram väl fungerande uppföljningsrutiner inom en verksamhet. Inom såväl SBR som LARO ingår både AUDIT och DUDIT som mått på svårighetsgrad vid behandlingsstart samt vid uppföljningar.

Mer information om kvalitetsregister inom beroendeområdet och andra psykiatriska kvalitetsregister (till exempel RIKSÄT, Bipolär, PsykosR, BUSA med flera) finns på www.psykiatriregister.se.

⁸ En målnivå är ett uttryck för en vision kring en framtida förbättring, som till exempel att andelen överlevande patienter ökar från 92 till 95 procent.

5. Vetenskapen bakom AUDIT och DUDIT

Människor som söker vård för olika hälsoproblem är i Sverige och andra länder främst hänvisade till primärvården. Huvudkomponenterna i primärvårdens arbete är tidig upptäckt av symtom på sjukdomar och tidiga åtgärder för att förebygga en negativ utveckling. Tidig upptäckt och tidiga åtgärder kallas generellt för tidig eller kort intervention (på engelska *early/brief intervention*). På alkoholområdet var från början ett huvudsyfte med tidig intervention att förhindra hjärt- och kärlproblem (Kristenson m.fl., 1983). Så småningom har det blivit allt mer accepterat att fråga primärvårdspatienter om deras alkoholkonsumtion (Holmqvist & Nilsen, 2010). Och på senare år har det blivit allt mer aktuellt att även drogproblem kan och bör upptäckas och åtgärdas inom primärvården (Madras m.fl., 2009; Smith m.fl., 2010).

Syftet med att upptäcka alkohol- och drogkonsumtion över en viss given nivå och sätta in tidiga åtgärder är att förhindra skador på grund av konsumtionen samt utveckling av substansberoende. Detta kallas *sekundärprevention* och är riktat mot enskilda individer eller grupper, till skillnad från *primärprevention* som är generell och innebär att motverka att individer börjar dricka alkohol överhuvudtaget.

Hur AUDIT och DUDIT utvecklats

Att skapa frågeformulär för att identifiera överkonsumtion av alkohol och droger är en relativt omständlig process som innefattar flera steg. Först kan en genomgång av befintliga frågeformulär ske, med sammanställning av de unika frågor som ingår. Därefter skapas testversioner, ofta genom expertgrupper, som provas med ett antal olika tänkbara användargrupper. Ett slutgiltigt formulär bestäms utifrån psykometriska egenskaper (se nedan) och utifrån expertgruppens omdöme efter testningen. Därefter brukar en eller flera större studier genomföras och resultaten publiceras i vetenskapliga artiklar.

Formuläret kan vara fritt för användning (så kallad *public domain*) eller

belagd med en kostnad och/eller begränsad till vissa yrkesutövare, oftast legitimerade psykologer eller läkare. AUDIT har utvecklats på uppdrag av Världshälsoorganisationen (WHO; Saunders & Aasland, 1987) och DUDIT har utvecklats vid Karolinska Institutet på uppdrag av Kriminalvårdsstyrelsen (Berman m.fl., 2005). Både AUDIT och DUDIT är fria för användning och kan användas av behandlare i olika verksamheter under förutsättning att instruktionerna i denna bok följs, och efter en kort utbildning. Båda formulären finns också tillgängliga för alla genom www.escreen.se.

I nedanstående avsnitt förklaras de begrepp som tas upp i kapitlet och det ges en sammanfattning av några nyckelbegrepp inom psykometrin, varefter historik och det aktuella vetenskapliga läget för AUDIT respektive DUDIT beskrivs.

Psykometri och tillförlitlig screening

Psykometri, som egentligen betyder mätning (*-metri*) av psykologiska skeenden (*psyko-*) används inom psykologiområdet för att beskriva statistisk kvalitetsgranskning av psykologiska test som utger sig för att mäta psykologiska skeenden. Viktiga begrepp inom psykometrin är *reliabilitet*, *validitet*, *sensitivitet* och *specificitet* samt *cut off-poäng*.

Reliabilitet

Reliabilitet betyder egentligen tillförlitlighet, det vill säga i vilken utsträckning man kan lita på att de olika frågorna i en skala mäter samma sak (inre konsistens), samt att skalan mäter samma sak vid upprepade mätningar (test-retest). Med en skala menar vi ett antal frågor som mäter ett och samma begrepp. Reliabiliteten mäts genom statistiska procedurer som tar hänsyn till samband mellan svaren på de olika frågorna. Om till exempel svaren på en av frågorna avviker väldigt mycket från de andra, finns det anledning att närmare granska den frågan och överväga att utesluta den ur skalan. Ett typiskt sätt att mäta reliabilitet är genom att beräkna Cronbachs α (uttalas alfa), som sammanfattar alla korrelationer mellan de olika frågorna i skalan. Cronbachs α uttrycks som ett mått mellan 0 och 1. Värden över 0,70 anses adekvata och värden över 0,80 goda till utmärkta (Nunnally, 1978).

Ibland mäter frågeformulär olika aspekter av samma företeelse, så kallade *domäner*, där reliabiliteten mäts separat för varje domän eller faktor, som till exempel för de olika delarna i DUDIT-E (Berman & Brisendal, 2011). Man kan identifiera olika fasetter i ett frågeformulär genom att genomföra en *faktoranalys*, som genererar kategorier av frågor som hänger ihop med varandra innehållsmässigt och därmed korrelerar med varandra. Varje faktor eller domän innebär en sammanfattning av ett tema som binder ihop

närliggande begrepp (fackuttrycket är *konstrukt*). Faktorstrukturen i ett formulär kan variera beroende på vilken grupp som besvarat frågorna. Till exempel har AUDIT-formuläret visat sig fördela sig i två faktorer bland normalpopulationen och i en faktor i en grupp högkonsumerter (Bergman, Källmén & Hermansson, 2002; Bergman m.fl., 1998).

Validitet

Validitet betyder *mätnoggrannhet*, det vill säga i vilken utsträckning det man mäter verkligen stämmer med det man avser att mäta. Om man till exempel vill mäta alkoholberoende genom ett frågeformulär, behöver man se till att mäta alkoholberoende på något annat välkänt och accepterat sätt och sedan undersöka om frågeformuläret har en hög korrelation med det vedertagna måttet av alkoholberoende. Denna typ av testning kallas för *kriterievaliditet* eftersom man mäter frågeformuläret mot ett annat, externt, kriterium.

Om frågeformuläret besvaras samtidigt som en diagnos enligt ett vedertaget diagnostiskt system sätts handlar det om *samtidig* validitet. Om frågeformuläret besvaras vid ett tillfälle, till exempel vid inskrivning i en behandlingsverksamhet, och resultaten används för att bestämma vem som senare ska genomgå en djupare utredning där diagnos ingår, handlar det om *prediktiv* validitet. Ytterligare ett slags validitetsmått är *inhållsvaliditet*, som avser hur väl de frågor som ställs täcker ämnet. Genomgången av befintliga frågeformulär vid utveckling av nya sådana (se ovan) avser till exempel att identifiera de frågor som allra bäst täcker av området.

TABELL 3. DEFINITIONER AV SPECIFIKA PSYKOMETRISKA TERMER.

Termen	Definitionen
Sensitivitet	Andelen patienter med alkoholdiagnos som har ett positivt AUDIT-resultat (över cut off-nivån)
Specificitet	Andelen patienter utan alkoholdiagnos som har ett negativt AUDIT-resultat (under cut off-nivån)
Positivt prediktionsvärde	Andelen av dem som AUDIT-testet identifierat som positiva och som har en alkoholdiagnos
Negativt prediktionsvärde	Andelen av dem som har ett negativt resultat på AUDIT-testet och som saknar en alkoholdiagnos
Receiver Operating Curves (ROC)	Funktion av sensitivitet/(1-specificitet) för skattning av den optimala skärningspoängen
Likelihood Ratio	Sannolikheten för att en person som identifierats med tillståndet i fråga faktiskt har det

Sensitivitet och specificitet

Validiteten i frågeformulär som används för screening uttrycks oftast mer specifikt i termer av *sensitivitet*, *specificitet*, *positivt prediktionsvärde*, *negativt prediktionsvärde*, *Receiver Operating Curves (ROC)* och *likelihood ratios*. Termerna definieras i tabell 3.

Även om dessa parametrar beräknas matematiskt kan de ofta ifrågasättas. För att accepteras som riktiga förutsätts att det finns en entydig "gold standard" som utgör det kriterium som man testar frågeformuläret mot (se ovan, kriterievaliditet). En "gold standard" är ett sant mått på ett kriterium, i detta fall skadlig alkoholkonsumtion eller alkoholberoende, och oftast används någon form av diagnos enligt DSM eller ICD. En konsekvens av detta är att validitetsberäkningar ofta görs i kliniska grupper där man har valideringskriterier lätt tillgängliga. Om man har en sådan "gold standard" så kan man beräkna olika validitetsmått för ett frågeformulär i ett visst urval. Skattningar av validitetsparametrarna görs då enklast genom att ställa upp en fyrfältstabell enligt tabell 4.

TABELL 4. FYRFÄLTSTABELL FÖR SKATTNING AV VALIDITETSPARAMETRAR I AUDIT ELLER DUDIT.

Alkohol- eller drogdiagnos	Ja	Nej
Positivt resultat på AUDIT /DUDIT	Sanna positiva (A)	Falska positiva (B)
Negativt resultat på AUDIT/DUDIT	Falska negativa (C)	Sanna negativa (D)

Sensitiviteten = $A/(A+C)$

Specificiteten = $D/(B+D)$

Sanna positiva prediktionsvärdet är $A/(A+B)$

Sanna negativa prediktionsvärdet är $D/(C+D)$

Om frekvensen observationer skrivs in i respektive ruta (A, B, C och D) kan validitetsskattningarna lätt göras enligt algoritmer, där exemplet nedan avser AUDIT-mätningar i förhållande till ställd alkoholdiagnos enligt DSM eller ICD (Ludvigsson & Ekbom, 2012).

1. *Sensitiviteten* är andelen patienter med alkoholdiagnos som har ett positivt AUDIT-resultat.
2. *Specificiteten* är andelen patienter utan alkoholdiagnos som har ett negativt AUDIT resultat.
3. Det *positiva prediktionsvärdet* är andelen av dem som AUDIT-testet identifierat och som har en alkoholdiagnos.
4. Det *negativa prediktionsvärdet* är andelen av dem som har ett negativt resultat på AUDIT-testet och som saknar en alkoholdiagnos.

Historiken bakom AUDIT

1982 bad Världshälsoorganisationen (WHO) en grupp kliniska alkoholforskare från ett antal länder att utveckla ett screeninginstrument inom alkoholområdet. Syftet var att skapa en praktisk och generell metod för att identifiera personer med tidiga alkoholproblem. Metoden skulle vara lämplig att använda inom hälso- och sjukvården både i industriländer och i utvecklingsländer. Forskargruppen gick igenom en mångfald av olika självskattnings-, laboratorie- och kliniska undersökningsmetoder som tidigare använts för detta syfte. Sedan initierades en tvärkulturell studie för att utnyttja de bästa egenskaperna hos de olika nationella metoderna för screening. Denna jämförande fältstudie utfördes i sex länder – Norge, Australien, Kenya, Bulgarien, Mexiko och USA (Aasland m.fl., 1990; Barry & Flemming, 1993; Claussen & Aasland, 1993; Saunders m.fl., 1993).

Metodikerna vid konstruerandet av AUDIT innebar att alkoholforskarna valde ut frågor som var vanligt förekommande, korrelerade med alkoholkonsumtion som mättes på annat sätt och visade uppenbar relevans och förmåga att differentiera mellan lågkonsumenter och konsumenter med en skadlig konsumtionsnivå. Till skillnad från tidigare screeningtest, till exempel *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST; Selzer, 1971), var det nya instrumentet avsett för tidig identifiering av skadligt drickande snarare än alkoholberoende ("alkoholism"). AUDIT kan emellertid också identifiera alkoholberoende med en hög grad av noggrannhet. Dessutom avser AUDIT nutid (frågorna 1–3), senaste året (frågorna 4–10) och tidigare i livet (frågorna 9–10), medan MAST avser livslånga problem.

Forskargruppen kom fram till att det inte fanns någon enstaka specifik metod eller ett innehållsområde som var universellt användbart för tidig identifiering av skadlig alkoholkonsumtion i alla olika länder. Genom att jämföra den relativa användbarheten hos olika metoder utvecklades två enkla screeninginstrument som tillfredsställer behoven för tidig identifiering av individer i riskzonen, ett frågeformulär (AUDIT) och en screeningprocedur som omfattade det biokemiska testet Gamma-GT.

För AUDIT valde forskargruppen bara ut frågor som specifikt rör alkohol: tre frågor om mängd och frekvens av drickande, tre frågor om alkoholberoende och fyra om problem eller skador orsakade av alkoholen, inklusive negativa psykologiska reaktioner. Alla dessa områden visar en hög inre konsistens för alla länderna och korrelerade starkt med alkoholkonsumtionsnivån parallellt kartlagd med hjälp av andra frågor.

Som den första screeningmetoden som särskilt konstruerats för att kunna användas i primärvårdsmiljöer har AUDIT följande fördelar:

- Standardisering över olika länder: AUDIT validerades med primärvårds-patienter i sex länder. Ytterligare utvärdering inom respektive land rekommenderas. AUDIT är för närvarande det enda screeningtestet som specifikt konstruerats för internationellt bruk.
- Identifiering av skadlig och riskfylld alkoholkonsumtion.
- Kort, snabb och flexibel metod.

AUDIT konstruerades för screening inom primärvården och överensstämmer med definitionerna av alkoholberoende och skadlig alkoholkonsumtion i ICD och DSM. Dessutom fokuserar AUDIT på aktuella alkoholvanor med en möjlighet att beräkna kvantitet och frekvensmått.

Nedan sammanfattas vetenskapliga studier om AUDIT. Först internationella, med redogörelse för vissa reliabilitetsmått, validitetsresultat samt sensitiviteten och specificiteten vid olika cut off-poäng. Därefter beskrivs svenska AUDIT-studier och sedan följer ett avsnitt om AUDIT-C, som avser de första tre konsumtionsfrågorna i AUDIT. Vid revidering av denna upplaga konstaterades att studier som rapporterat data från DSM-5 är få. Därför redovisas studier om DSM-IV och ICD-10.

Internationella AUDIT-studier

Flera forskningsöversikter har gjorts om validiteten och reliabiliteten i AUDIT (Allen m.fl., 1997; Reinert & Allen, 2002; Reinert & Allen, 2007). Den interna konsistensen har rapporterats vara mellan 0,75 och 0,97 i olika urval (Reinert & Allen, 2007). Ett annat mått på mätnoggrannheten är test-retest-reliabiliteten som visar hur bra överensstämmelsen är mellan två på varandra följande testningar. Detta mäts sällan, men för den svenska versionen av AUDIT var test-retest-reliabiliteten efter tre veckor 0,93 för hela formuläret (Bergman & Källmén, 2002).

En viktig fråga är var man ska sätta *cut off-gränsen*, det vill säga vilken poängnivå som visar att en person har ett alkoholproblem. Studier i grupper där alkoholproblem förekommer i olika grad visar olika svar, beroende på vilken grupp som undersökts och i vilket land. I tabell 5 visas en förteckning över studier med AUDIT som fått fram olika värden på sensitiviteten och specificiteten vid olika cut off-poäng i olika undersökningsgrupper.

TABELL 5. REDOVISNING AV SENSITIVITETS- OCH SPECIFICITETSVÄRDEN SOM RAPPORTERATS I OLIKA STUDIER.

Studie	Cut off-poäng	Sensitivitet	Specificitet
Guerje m.fl. (1992)	1	.32	.93
Barry & Fleming (1993)	2	.75	.25
Barry & Fleming (1993)	3	.74	.38
Schmidt m.fl. (1995)	3	1.0	.66
Barry & Fleming (1993)	4	.72	.51
Rumpf m.fl. (2002)	4	.95	.63
Barry & Fleming (1993)	5	.64	.62
Guerje m.fl. (1992)	5	.18	.99
Rumpf m.fl. (2002)	5	.77	.80
Barry & Fleming (1993)	6	.56	.71
Rumpf m.fl. (2002)	6	.54	.89
Barry & Fleming (1993)	7	.53	.85
Fleming m.fl.(1991)	7	.94	.29
Rumpf m.fl. (2002)	7	.41	.93
Bergman m.fl. (1998)	8	.97	.69
Barry & Fleming (1993)	8	.46	.9
Fleming m.fl. (1991)	8	.94	.66
Saunders & Asland (1987)	8	.87 – .96	.81 – .98
Schmidt m.fl. (1995)	8	.38	.95
Cherpitel (1995)	8	.85	.88
Rumpf m.fl.(2002)	8	.33	.95
Bergman m.fl. (1998)	9	.97	.69
Barry & Fleming (1993)	9	.44	.93
Fleming m.fl. (1991)	9	.92	.42
Bergman m.fl. (1998)	10	.97	.75
Barry & Fleming (1993)	10	.35	.96
Fleming m.fl. (1991)	10	.88	.50
Saunders & Asland (1987)	10	.67 – .91	.95 – 1.0
Bergman m.fl. (1998)	11	.97	.81
Barry & Fleming (1993)	11	.3	.96
Fleming m.fl. (1991)	11	.84	.71
Bergman m.fl. (1998)	12	.97	.81
Barry & Fleming (1993)	12	.21	.97
Fleming m.fl. (1991)	12	.77	.69

Bergman m.fl. (1998)	13	.97	.88
Bergman m.fl. (1998)	14	.94	.88
Fleming m.fl. (1991)	14	.61	.86
Bergman m.fl. (1998)	15	.94	.94
Fleming m.fl. (1991)	15	.49	.91
Bergman m.fl. (1998)	16	.91	.94
Bergman m.fl. (1998)	17	.91	.94
Bergman m.fl. (1998)	18	.88	.94
Bergman m.fl. (1998)	19	.77	.94

När det gäller validitetsmått som ligger till grund för beräkning av cut off-gränser, är det viktigt att komma ihåg att diagnosförfarandet varierar mellan olika studier och att kvaliteten i bedömningen om en testperson har en alkoholdiagnos enligt diagnoskriterierna kan vara låg. Det är en utmaning att genomföra goda studier där både screening och tillförlitlig diagnostik ingår och antalet deltagande är stort nog för att kunna dra slutsatser. I epidemiologiska studier till exempel, där det ofta ingår många deltagare, är det ofta förenat med alltför stora kostnader att först ställa en diagnos på respondenterna enligt DSM-IV eller ICD-10 och sedan be dem att fylla i ett screeninginstrument. I en tysk studie, vars syfte var att utvärdera validiteten i bland annat AUDIT i den tyska befolkningen i Lübeck med omgivning, gjordes emellertid en sådan diagnosticering (Rumpf m.fl., 2002). De 3 551 respondenterna var mellan 22 och 68 år gamla. Diagnoser ställdes enligt DSM-IV utifrån intervjuer efter en tysk version av *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Intervjuerna lät respondenterna därefter fylla i ett batteri med screeningtest, bland annat AUDIT. Intervjuerna visade på väldigt låg frekvens av alkoholberoende (1,4 procent) respektive alkoholmissbruk (1,2 procent). I tabell 5 visas olika sensitivitets- och specificitetsvärden för AUDIT från denna studie. En senare studie med öppenvårdspatienter i Frankrike och Schweiz visade ungefär lika god validitet för AUDIT vid de olika cut off-gränserna i de tidigare studierna, som visas i tabell 5. En hög intern reliabilitet och korrelation mellan de olika frågorna visade att personerna var konsekventa vid besvarandet av frågorna (Gache m.fl., 2005).

När det gäller köns- och åldersaspekter, har forskningen visat att AUDIT är mer tillförlitligt för kvinnor och yngre tonåringar om en lägre cut off-gräns än 8 poäng används, förslagsvis 5 eller 6 poäng för kvinnor. För unga

tonåringar har en skärningspunkt på 2 poäng föreslagits. För gruppen 18–20 år har däremot en högre cut off-gräns på 10 poäng föreslagits. AUDIT verkar däremot fungera mindre bra för personer som är äldre än 60 år på grund av ökad tolerans hos högkonsumenter, och därför rekommenderas screening med mer än en metod i denna grupp (Reinert & Allen, 2007).

Svenska AUDIT-studier

Den svenska versionen av AUDIT utvecklades av professor Hans Bergman och hans kollegor genom en studie på psykiatriska akutmottagningen vid Karolinska Sjukhuset (Bergman m.fl., 1998). I denna studie bestämdes validiteten i termer av sensitivitet och specificitet och dessutom reliabilitet i form av Cronbachs α . I studien deltog 100 patienter som alla fyllde i AUDIT. Av olika anledningar kunde bara 82 diagnoser identifieras. Denna patientgrupp ligger till grund för validitetsbestämningen för AUDIT i Sverige.

Den interna reliabiliteten i AUDIT uppmättes till 0,95 vilket är i god överensstämmelse med tidigare publicerade studier. Män och kvinnor svarade lika konsistent på AUDIT. De tre domänerna – konsumtion, skador och beroende – visade lägre men ändå goda reliabilitetssiffror. Beroende ($\alpha = 0,93$) visade något högre konsistens än konsumtionsdomänen ($\alpha = 0,88$) och domänen alkoholrelaterade skador ($\alpha = 0,85$).

Den samtidiga validiteten, som uttrycktes i form av en korrelation på 0,71 mellan den totala AUDIT-poängen och alkoholdiagnos enligt systemet DSM-III-R, var god och visade att AUDIT predicerade en stor andel läkardiagnoser. Av det totala antalet patienter hade 64 procent (47 män och 17 kvinnor) 8 poäng eller mer på AUDIT. Om cut off-gränsen i stället satts till 13 poäng hade 51 procent av patienterna (42 män och 9 kvinnor) kategoriserats som personer med riskfylld eller skadlig konsumtion. Förutsett att urvalet var representativt betyder detta att bland dessa patienter med psykiatriska problem finns en hög prevalens av problematisk alkoholkonsumtion. Den optimala cut off-gränsen för män i just detta högprevalenta material var 15 poäng. Om det i stället anses viktigast att maximera sensitiviteten (det vill säga identifiera ett maximalt antal med alkoholproblem) kan en lägre cut off-gräns på 13 poäng användas. Då är sensitiviteten maximerad till 0,97. Det är viktigt att inte ha för låg cut off-gräns heller, för då minskar specificiteten (förmågan att utesluta personer som felaktigt identifieras med alkoholproblem). Vid en cut off-gräns på 8 poäng är specificiteten till exempel 0,69 medan den ökar till 0,88 vid en cut off-gräns på 13 poäng. Det betyder att en behandlare får en mer homogen grupp personer som faktiskt har alkoholproblem om cut off-gränsen sätts vid 13 poäng i stället för vid 8. Samtidigt är risken att en del personer som har alkoholproblem då missas. Om verksamheten har resurser för att ge tid åt

personer som är "falska positiva fall", är det alltid bättre att sätta en lägre cut off-gräns, för då fångas så många med problemet upp som möjligt. Ur ett behandlingsperspektiv är detta alltid att föredra.⁹

En nyligen genomförd svensk studie med patienter intagna för rättspsykiatrisk undersökning som besvarade AUDIT visade en sensitivitet på 0,83 och en specificitet på 0,78 vid cut off-gränsen 13 poäng i förhållande till alkoholberoende enligt ett diagnosschema baserat på ASI-6 och ytterligare kompletterande diagnosfrågor (Durbeej m.fl., 2010).

I tabell 6 ges en översikt av olika cut off-gränser i olika studier. Ur tabellen kan utläsas att av de två cut off-gränserna, 8 och 13 poäng, som prövats var 13 den optimala för just denna specifika patientgrupp med psykiatriska problem. Ytterligare information finns i tabellen i bilaga 3, där läsaren kan se percentiler för män och kvinnor i fem åldersgrupper, något som ger en mer differentierad bild av möjliga poänggränser.

Delskalor, domäner och faktorer

En fråga som uppstår kring korta screeninginstrument generellt är om de mäter en domän av ett problemområde eller flera. Till exempel skulle man kunna tänka sig utifrån AUDIT-instrumentets konstruktion att *tre* domäner skulle finnas: konsumtion (frågorna 1–3), beroende (frågorna 4–6) och skador (frågorna 7–10). Men på grund av att sambanden mellan frågorna kan variera i olika grupper är det inte självklart att psykometriska analyser för att undersöka testets struktur resulterar i denna uppdelning.

Genom en faktoranalys av materialet från den första svenska AUDIT-studien (Bergman m.fl., 1998) undersöktes dimensionaliteten genom en så kallad principal komponentanalys med varimax rotering. Denna visade att AUDIT innehöll endast *en* domän i detta högprevalenta material som förklarade 70 procent av variationen i svaren (Källmén, opublicerat manuskript). Däremot visade en faktoranalys av data från en svensk befolkningsstudie (Bergman & Källmén, 2002) att AUDIT innehöll två domäner, *konsumtion* (frågorna 1–3) och *alkoholrelaterade problem* (frågorna 4–10). Trots att det alltså finns tre teoretiskt separata domäner tyder analyser av AUDIT-data från normalbefolkningen på att två av dessa domäner är högt korrelerade, nämligen domänerna "beroende" och "alkoholrelaterade skador". Detta innebär att de två domänerna psykometriskt resulterar i *en* delskala, *alkoholproblem*, som tillsammans med konsumtionsskalan utgör de två delskalorna i AUDIT. Hos högkonsumenter har det visats att alla tre domänerna

⁹ Om skärningspunkten hade satts till 8 hade 99 procent av personerna med alkoholdiagnos en AUDIT-poäng som överskrider detta poängtal, medan om cut off-gränsen höjdes till 13 så hade fortfarande 98 procent av dem med alkoholdiagnoser en poäng över skärningspunkten.

samvarierar starkt så att resultatet från psykometrisk synpunkt blir en enda skala (Bergman m.fl., 1998).

I vissa sjukvårdsmiljöer och för patientgrupper som kanske inte vill samarbeta eller vill dölja sitt missbruk kan en annan, mer medicinskt inriktad screeningprocedur vara användbar. Forskargruppen som utvecklade AUDIT valde även ut en annan metod, ett biologiskt screeninginstrument med självskattningsfrågor. Metoden består av två frågor om skador, fem frågor att besvara vid en klinisk undersökning och ett biokemiskt blodtest av alkoholmarkörtyp kallat gammaglutamyltransferas (Gamma-GT). Frågorna i detta kliniska screeningsinstrument refererar inte direkt till problem med alkoholen utan till somatiska komplikationer. Det är särskilt relevant för de situationer där man inte kan ställa alkoholspecifika frågor och vara någorlunda säker på att man får direkta svar. Detta instrument behandlas emellertid inte närmare i denna bok. För en aktuell översikt av biologiska markörer för alkoholproblem hänvisar vi till annan litteratur (Druid & Berman, 2010; Hermansson, 2002).

För kvinnor kan det, som tidigare nämnts, finnas anledning att överväga lägre cut off-gränser, sannolikt därför att kvinnor uppnår en högre blodalkoholkoncentration än män efter att ha druckit samma mängd alkohol. Detta sker även per kilogram kroppsvikt, delvis beroende på en högre andel fett i kroppen. I experimentella studier som ingick i en av författarnas doktorsavhandling (Källmén, 1995) fick en grupp försökspersoner dricka en drink innehållande 1 ml ren hundra procentig alkohol per kg kroppsvikt och då observerades att kvinnor fick 25 procent högre blodalkoholhalt än män vid konsumtion av en lika stor mängd alkohol, vilket föranledde en rekommendation att sänka cut off-gränsen för kvinnor i Sverige med 25 procent, från 8 till 6 poäng.

Studier med datoriserat AUDIT-formulär

AUDIT utvecklades från början som ett pappersformulär som gavs till klienten i behandlingsrummet, och det har också använts som intervju. I takt med samhällets datorisering har olika frågeformulär om hälsa lagts upp online och antalet studier om datoriserade versioner av AUDIT och andra instrument ökar snabbt. Här följer en kort sammanfattning av några viktiga studier.

En webbaserad elektronisk variant av AUDIT, där de tio frågorna gällde de tre senaste månaderna i stället för det senaste året som i originalet, presenterades för unga personer mellan 16 och 24 år (McCambridge & Thomas, 2009). Syftet var att undersöka vilka individuella frågor som hade högt samband med resultatet på hela AUDIT med tio frågor. Resultatet visade att konsumtionsskalan (fråga 1–3) förklarade endast 64 procent av

variansen i hela AUDIT bland dessa unga personer, medan en kombination av fråga 3, 7 och 8 förklarade hela 82,7 procent av den totala variansen i AUDIT i detta åldersintervall.

I en studie med universitetsstudenter där syftet var att screena för riskkonsumtion med ett webbaserat AUDIT-formulär erbjöds en tio minuters webbaserad rådgivning till riskkonsumenter. Det visades att 33 procent av de 17–24-åringar som svarade på AUDIT hade 8 poäng eller mer med ett genomsnitt på 14,2 (SD 5,1). Studien visade att genom screening och en kort rådgivning kunde andelen riskkonsumenter reduceras (Kypri m.fl., 2009). En annan studie av effekten av screening och kort rådgivning bland studenter på fyra engelska universitet omfattade 1 112 studenter på i genomsnitt 21,3 år. Hela 73 procent var kvinnor och de rapporterade i genomsnitt en veckokonsumtion på 23 standardglas alkohol. Det visades att 57 procent av deltagarna nådde en totalpoäng på 8 eller mer på AUDIT. Även i denna studie visades att en kort intervention tillsammans med screening har reducerande effekter på alkoholkonsumtionen (Bewick m.fl., 2010).

En svensk webbaserad tjänst, eScreen.se, erbjuder självskattning och uppföljning av egen alkohol- och drogkonsumtion (Sinadinovic m.fl., 2010). Tjänsten innehåller ett webbaserat AUDIT-formulär som de som besöker webbplatsen kan svara på. Data kommer från 2 361 personer som svarat på AUDIT under 20 månader (februari 2007 till oktober 2008). Respondenterna rekryterades i många fall via ett samarbete med den ideella brukarorganisationen UngaKRIS och var i genomsnitt 23 år gamla, två faktorer som kan förklara den höga AUDIT-poängen. Det visade sig att 65,7 procent av männen hade 8 eller fler poäng och 68,9 procent av kvinnorna hade 6 eller fler poäng och var riskkonsumenter. Författarna menar att webbaserade screeninginstrument kan fungera som en hjälp att följa sin konsumtion eller som komplement till annan behandling. I en spansk studie med webbaserad screening och kort rådgivning till allmänheten visades att av 12 138 besök på websidan var det 724 som fyllde i AUDIT. De var i genomsnitt 27,4 år och 84 procent av dessa hade 5 eller fler poäng. De som hade sökt rådgivning tyckte att hjälpen kunde användas för att minska konsumtionen (Rodriguez-Martos & Castellano, 2009).

Med syftet att mäta reliabiliteten i självrapporterad alkoholkonsumtion när människor är berusade genomfördes en studie där 170 berusade personer utanför barer tillfrågades att fylla i ett pappersbaserat testpaket bestående av bland annat AUDIT (Celio m.fl., 2011). De 170 personerna hade mellan 2 och 28 AUDIT-poäng och 80 procent hade 8 eller fler poäng. Två dagar efteråt besvarade 89 av dessa 170 ett webbaserat AUDIT-formulär och resultatet var att 75 procent hade 8 eller fler poäng med en spridning mellan 3 och 28 poäng. Intraklasskorrelationen var mycket hög (0,86),

vilket indikerar att överensstämmelsen var bra mellan självrapporterade alkoholvanor i berusat och nyktert tillstånd.

En svensk randomiserad populationsstudie genomfördes där svaren på AUDIT i form av en pappersenkät jämfördes med svaren på en webbaserad version (Källmén m.fl., 2011). Syftet var att jämföra svarsfrekvens, datakvalitet och totalpoäng. Urvalet bestod av 2 500 slumpmässigt utvalda individer där hälften erbjöds att besvara pappersversionen och hälften webbversionen. Resultatet var att svarsfrekvensen för webbversionen var betydligt lägre (26,2 procent jämfört med 53,6 procent för pappersversionen) och totalpoängen något högre än för pappersversionen. En annan svensk studie genomfördes i syfte att undersöka datakvaliteten, svarsfrekvensen och prevalensen av problem som resulterar från en webbaserad respektive automatisk telefonibaserad AUDIT (Sinadinovic m.fl., 2011). Frågorna besvarades av 1 861 slumpvis utvalda personer mellan 16 och 80 år ur svenska befolkningen (37,8 procent av ett urval på 5 000 personer). Resultatet visade att svarsfrekvensen för den grupp som hade möjlighet att välja mellan webb- respektive telefonibaserad AUDIT var högre (upp till 46,6 procent) än för dem som tilldelades ett sätt att svara på. Datakvaliteten rapporterades vara hög (Cronbachs $\alpha = 0,80$). Prevalensen riskfylld eller problematisk alkoholkonsumtion mättes för alla grupperna till 21,1 procent. Slutsatsen var att genom att ge människor frihet att välja på vilket sätt de ska svara kan man höja svarsfrekvensen i populationsbaserade enkätundersökningar och att resultaten är lika oavsett svarssätt.

Befolkningsstudier med AUDIT

Internationellt finns en större studie där AUDIT-svar från populationsundersökningar i nio olika europeiska länder jämfördes (Knibbe m.fl., 2006). De rapporterade konsekvenserna av alkoholkonsumtion var ungefär lika mellan länderna och den vanligaste konsekvensen för både män och kvinnor var minnesluckor (blackout). Den största skillnaden mellan könen var att män oftare tar återställare på morgonen. Kvinnor uttryckte även mer skuldkänslor efter alkoholkonsumtion än män. Det visades även att i sprit- och öldominerade länder som Finland och Tjeckien rapporterades fler konsekvenser av alkoholkonsumtion än i vindominerade länder som Schweiz, Spanien och Ungern.

I Sverige har AUDIT använts i upprepade undersökningar för att studera förändringarna av alkoholvanorna i den svenska befolkningen under perioden 1997–2009 (Bergman & Källmén, 2000; Bergman & Källmén, 2003; Källmén m.fl., 2007; Källmén m.fl., 2011). Resultaten visade att den totala AUDIT-poängen bland män var ganska stabil under perioden men med en svag tendens till minskad poäng sedan 2001. Det totala medelvärdet för

AUDIT varierade mellan 4,73 och 5,17 under dessa år. För kvinnor varierade medelvärdena mellan 2,71 och 3,38, vilket även detta är en relativt liten och troligen slumpmässig variation.

Om man bryter ner resultaten i åldersintervall kan man se en ökning bland kvinnor i åldrarna 28–60 år, men endast mellan 1997 och 2001. Poäng över 7 bland män och över 5 bland kvinnor indikerar i Sverige en riskfylld alkoholkonsumtion. En beräkning av andelen med en riskfylld alkoholkonsumtion vid de olika mätningarna under perioden visade att kvinnors och mäns riskkonsumtion har konvergerat och är ungefär 15 procent för båda könen år 2009. Det fanns också en interaktion mellan kön och mätningår mellan 2005 och 2009 så att andelen manliga riskkonsumenter i åldersgruppen 28–60 år minskade från 14,0 procent till 10,5 procent, medan andelen kvinnliga riskkonsumenter ökade från 8,7 procent till 11,4 procent.

AUDIT-C

AUDIT-C är en av flera förkortade versioner av AUDIT. AUDIT-C består av de tre konsumtionsfrågorna (fråga 1–3) och har visats fungera bra för att identifiera aktuell högkonsumtion (Bush m.fl., 1998). Nackdelen med AUDIT-C är dock att den inte ger någon fingervisning om problemen till följd av alkohol. AUDIT-C kan således med fördel användas i situationer där tio frågor inte behöver ställas, antingen för att spara tid eller för uppföljning av enbart alkoholkonsumtion. Bush m.fl. (1998) visade genom analys av ROC-kurvor (Receiver Operating Characteristic) framtagna från ett urval på 9 513 manliga amerikanska primärvårdspatienter att AUDIT-C är ungefär lika bra som AUDIT när det gäller att differentiera mellan hög- och lågkonsumenter vid olika cut off-gränser. Däremot saknas information om konsekvenserna av alkoholkonsumtionen när enbart AUDIT-C används. Bush m.fl. visade även att cut off-gränsen 5 poäng eller mer var bäst för att spåra personer med kriterierna högkonsumenter, aktivt alkoholmissbruk eller beroende. En annan amerikansk studie (Dawson, Grant & Stinson, 2005) med ett nationellt urval från år 2001–2002 av 10 380 personer som haft en emotionell- eller personlighetsstörning visade att den optimala cut off-gränsen var 5 poäng eller mer för personer med ångest eller depressiva symtom och 4 poäng eller mer för personer med personlighetsstörningar.

AUDIT-C i svenska befolkningen

Från ovannämnda studier av svenska befolkningen kan man härleda förändringar även i AUDIT-C genom att bryta ut de tre konsumtionsfrågorna ur hela AUDIT-skalan. Genomsnittspoängen har från 2005 till 2009 minskat, både för män (3,54 till 3,16) och för kvinnor (2,54 till 2,42). Män 2009

hade lägre genomsnittspoäng för AUDIT-C i alla åldersgrupper medan kvinnor över 60 hade högre poäng 2009 än 2005 (Källmén m.fl., 2011). Dessa trender liknar vad som visades med hela AUDIT.

Historiken bakom DUDIT

Initiativet till utvecklingen av DUDIT kom från Kriminalvården i slutet av 1990-talet, då Frans Schlyter från Kriminalvårdsstyrelsen testade en blandning av AUDIT och det framtida DUDIT under namnet AUDRUG (Berman & Bergman, 2000). Kriminalvårdens forskningskommitté finansierade utvecklingen av DUDIT under professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet, och arbetet ingick i Anne H. Bermans doktorsavhandling (Berman, 2004).

Utvecklingsarbetet innefattade en noggrann genomgång av 34 befintliga frågeformulär och intervjuformulär om droger. Då frågorna delvis upprepas i de olika formulären, sammanställdes 201 unika frågor och dessa reducerades i sin tur till 77 frågor i 5 kategorier: drogbruk (7 frågor), symtom på missbruk/skadligt bruk enligt diagnossystemen DSM-IV och ICD-10 (12 frågor), symtom på drogberoende enligt DSM-IV och ICD-10 (8 frågor), beredskap att förändras (15 frågor) och anledningar till att använda droger (37 frågor). Dessa 77 frågor reducerades i sin tur till tre olika testversioner av två instrument, DUDIT och DUDIT-E (Berman & Bergman, 2001).

Testversionerna granskades i så kallat "tänka högt"-förfarande med 21 drogbrukare, såväl ungdomar som vuxna, från fängelser, beroendevården och LVM-hem (Berman & Bergman, 2002). "Tänka högt"-proceduren innebär att respondenten svarar på frågeformuläret och uttalar vad hen tänker under tiden. Tankarna kategoriserades till exempel som att respondenten bad om förtydligande, var missnöjd med svarsalternativen eller formulerade om frågan. Antalet negativa reaktioner till frågorna sammanställdes och en slutversion av DUDIT respektive fördjupningsformuläret DUDIT-E framställdes genom diskussioner bland upphovspersonerna Anne H. Berman, Tom Palmstierna, Frans Schlyter och Hans Bergman (Berman & Bergman, 2001).¹⁰ Slutversionerna av DUDIT och DUDIT-E testades för tillförlitlighet (reliabilitet) och mätnoggrannhet (validitet) i en grupp med 154 drogberoende personer från beroende- och kriminalvården. Dessutom genomfördes en befolkningsstudie bland 1500 slumpmässigt utvalda personer i Sverige (Berman m.fl., 2005).

DUDIT har blivit en direkt motsvarighet till AUDIT med huvudsakligen identiska frågor och de båda formulären kan med fördel användas

¹⁰ För mer bakgrund om utvecklingen av DUDIT-E, se Berman & Brisendal, 2011.

parallellt för att spåra personer med alkohol- eller drogproblem. DUDIT visades ha god begreppsvaliditet, i termer av sensitivitet och specificitet, och god reliabilitet. Sedan 2002 har DUDIT spridits i såväl Sverige som Norden och andra länder (se www.emcdda.europa.eu/eib, sök på DUDIT). Sedan 2007 rekommenderas instrumentet av Socialstyrelsen för screening och uppföljning (Socialstyrelsen, 2007; 2015). Motsvarande rekommendationer finns också från det norska Helsedirektoratet.

Frågor förekommer ofta bland praktiker kring poänggränserna för DUDIT, som bygger på vår undersökning 2002 av drogbruk enligt DUDIT bland den allmänna befolkningen. Socialstyrelsen har rekommenderat att poäng över 0 på DUDIT indikerar riskfylld drogkonsumtion, men i vår studie visades att kvinnor använde droger i lägre utsträckning än män, och att en mycket liten andel i befolkningen, som kunde anses ha riskbruk eller mer allvarligt bruk, kunde identifieras med minst 2 poäng för kvinnor och minst 6 poäng för män på DUDIT. Därför används dessa värden ibland som ett sätt att skilja personer som har en mycket liten konsumtion av droger (1 poäng för kvinnor eller 1–5 poäng för män) – som rent medicinskt inte skulle ge en diagnos – från dem som sannolikt har ett riskbruk eller allvarligare bruk av droger och har högre poäng än 2 respektive 6.

DUDIT utvecklades med tanken att instrumentet skulle användas i skolor, primärvård, företagshälsovård, socialtjänst och andra miljöer. I dessa grupper har dock DUDIT ännu inte validerats, det vill säga vi vet inte vilken poänggräns man kan använda för att med hög säkerhet (sensitivitet och specificitet) förutsäga drogbruk eller drogberoende. Dessutom kan poänggränserna skilja sig med avseende på ålder och på huvuddrog, där vi ännu inte har tillräckligt omfattande data för tillförlitlig beräkning av poänggräns. Därför är de poänggränser (cut off-poäng) som vi här rekommenderar preliminära. Av tabellen i bilaga 4 framgår percentiler för män och kvinnor i fem åldersgrupper, vilket ger en mer differentierad bild av möjliga poänggränser.

I den högprevalenta grupp som vi undersökte 2005 gick poänggränserna vid 25 poäng¹¹ på DUDIT om man vill predicera en *beroendediagnos* med en sensitivitet på 90 procent för både DSM-IV och ICD-10 och en specificitet på 78 procent för DSM-IV och 88 procent för ICD-10 (se avsnittet i början av detta kapitel). Senare studier har visat något varierande poänggränser.

11 Våra resultat från den högprevalenta gruppen pekar på att poänggränserna eventuellt kan vara anorlunda för personer som är beroende av olika huvuddroger (till exempel cannabis, amfetamin respektive opiater).

Internationella DUDIT-studier

DUDIT utvecklades i Sverige, som beskrivits ovan, och en engelskspråkig vetenskaplig artikel publicerades 2005. Detta har lett till en stor spridning och forskningsaktivitet även i andra länder. Här redogör vi för några av de studier som hittills publicerats. En översiktsartikel har ännu inte kommit, men vore mycket värdefull.¹²

I USA har de psykometriska egenskaperna hos DUDIT utvärderats bland personer med problematiskt alkohol- och drogbruk, dels klienter i ett öppenvårdsprogram för droger, dels klienter från ett drogprogram på ett behandlingshem (Voluse m.fl., 2012). Som kontrollgrupp användes klienter med enbart alkoholproblem från båda programmen. DUDIT visades signifikant skilja mellan personer med drog- respektive alkoholproblem (uppfylla kriterierna för diskriminantvaliditet) och visa konvergentvaliditet genom korrelation med en annan skala, Drug Abuse Screening Test (DAST) (Skinner, 1982). DAST användes i stor utsträckning innan DUDIT utvecklades, framförallt internationellt men också i Sverige, men har vissa nackdelar som till exempel att frågorna besvaras med ja- eller nej svar i stället för de beteendefrekvenser som anges i DUDIT. En faktoranalys visade att DUDIT hade enbart en domän i ett urval av substansmissbrukare. DUDIT visades i 95 procent av fallen kunna identifiera personer med drogproblem vid en cut off på 8 poäng.

I en norsk studie av patienter i slutenvård analyserades nivån på den psykiska ohälsan vid inskrivning (Hoxmark, Nivison & Wynn, 2010). Det visade sig att patienter generellt hade låg psykisk hälsa (*mental distress*) vid inskrivningen och att kvinnor, personer med tidigare erfarenhet av psykiatrisk vård, personer med höga AUDIT- och DUDIT-poäng samt personer som använde multipla substanser alla hade en högre nivå av psykisk ohälsa. Slutsatsen är att eftersom alkohol- och drogproblem är förknippade med psykiska problem så kan en uppskattning av alkohol- och drogproblemen även ge en indikation på graden av psykisk ohälsa förutom på substansbruk.

En norsk studie om fängelseintagna visade att 53 procent hade ett sannolikt beroende av droger, 33,5 procent hade ett skadligt bruk och 13,5 procent hade ett tillfälligt bruk, allt innan intagning i fängelse och enligt poänggränserna som fastställdes i Berman m.fl. (2005) och som uppges i denna bok (Lobmeier m.fl., 2012). Ju mer allvarligt drogbruket var, desto mer problematiskt alkoholbruk visade de intagna (70 procent av dem med beroende, 56 procent av dem med skadligt bruk och 27 procent av dem med

¹² Flera studier kan hittas genom sökning på Google Scholar efter "Drug Use Disorders Identification Test" inom citattecken. Du kan också skriva till en av författarna (Berman) för en aktuell publikationslista.

tillfälligt bruk hade 8 poäng eller mer på AUDIT). Slutsatsen är att bruk av droger är förenligt med riskabla alkoholvanor. De intagna med sannolikt beroende av droger använde enligt DUDIT-E (drogtabellen) cannabis, läkemedel och "hårda" droger som heroin, amfetamin och kokain i större utsträckning än de intagna med mindre allvarligt drogbruk. Det var cirka sju gånger mer sannolikt att falla inom kategorin sannolikt beroende för dem som använde "hårda" droger och fem gånger mer sannolikt att falla i denna kategori för dem som missbrukade läkemedel. Däremot predicerade inte cannabisbruk allvarsgraden i DUDIT-poäng.

En kanadensisk studie med flyktingar från Mellanöstern visade att andelen med drogbruk var låg (3,1 procent för män, 2,8 procent för kvinnor) och att enbart män hade ett problematiskt alkoholbruk (15,6 procent). Bland både män och kvinnor var andelen med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) cirka 22 procent. Flyktingar från Irak som var muslimer, hade gått på universitet eller hade barn hade högre grad av stress (Miremadi, Ganesan & McKenna, 2011). Denna studie utgör ett exempel på hur DUDIT används för att uppskatta samsjuklighet (komorbiditet) i olika grupper, något som förekommer i flera studier som inte redovisas här.

Svenska DUDIT-studier

I den första svenska DUDIT-studien undersöktes 154 personer som var patienter i beroendevården eller kriminalvårdsintagna (Berman m.fl., 2005). Reliabiliteten var 0,80 enligt Cronbachs α och sensitiviteten var vid 25 poäng 90 procent för drogberoendediagnos enligt såväl DSM-IV som ICD-10, specificiteten var 78 procent respektive 88 procent. Medelvärde bland beroendepatienterna var 33,2 (standardavvikelse, SA, 8,0) och signifikant lägre för fängelseintagna med 30,2 (SA 8,9). Merparten av studiedeltagarna var beroende av droger (95 procent enligt ICD-10 och 94 procent enligt DSM-IV) och de var beroende av olika antal droger: 25 procent av enbart en drog, 60 procent av 2–3 droger och 8 procent av 4–6 droger. Diagnoser på skadligt bruk enligt ICD-10 fanns för 16 procent av deltagarna och på missbruk enligt DSM-IV för 42 procent av deltagarna (dessa diagnoser avsåg sekundärt bruk utöver beroende av en eller flera andra droger). En faktoranalys gav tre faktorer: beroende (frågorna 1 och 4–7), drogrelaterade problem (frågorna 2 samt 10–11) och bruksintensitet (frågorna 3 och 9 med negativ laddning för fråga 9). En negativ laddning betyder att högre poäng på fråga 9 var korrelerad med mindre bruksintensitet.

En studie bland 241 patienter på en psykosavdelning visade att 11 procent hade någon form av problematiskt bruk, något högre andel bland kvinnorna (14 procent) än bland männen (9 procent) (Cruce, Nordström & Öjehagen, 2007). Patienter med drogrelaterade problem (≥ 2 poäng för kvinnor

respektive ≥ 6 poäng för män) rökte tobak i högre grad än de som hade tillfälligt drogbruk eller inget drogbruk alls. Bland patienter med problematiskt alkoholbruk hade 30 procent också problematiskt drogbruk. En uppföljning efter 18 månader visade att andelen patienter med problematiskt alkoholbruk var stabil (beroende på att ungefär lika många minskade sitt bruk som ökade bruket) och samma fenomen uppträdde bland tobaksrökarna. Däremot hade 75 procent av patienterna eliminerat sitt problematiska drogbruk, det vill säga blev drogfria. Totalt minskade andelen med problematiskt drogbruk till 5 procent, mest bland äldre kvinnor (Cruce, 2008; Cruce & Öjehagen, 2007).

Även bland klienter som genomgått rättspsykiatrisk undersökning har DUDIT visats ha mycket god reliabilitet och validitet (Durbeej m.fl., 2010). DUDIT visades ha en god giltighet för screening av problematisk drogkonsumtion vid cut off-gränsen 12 poäng, då både specificitet och sensitiviteten visades vara 0,85, vilket innebär att 85 procent av dem som hade drogproblem identifierades med DUDIT samt att en lika stor andel av dem som inte hade drogproblem klassificerades som personer utan drogproblem.

Studier med datoriserade DUDIT-formulär

En svensk webbaserad tjänst för egenkontroll av alkohol- och drogvänor, eScreen.se, ger den svarande automatisk feedback om eventuella risker med den egna konsumtionen. Under eScreens första 20 månader gjordes 2 361 giltiga egenkontroller av alkohol- och drogvänor av både män och kvinnor mellan 15 och 88 år, med en medelålder på 23 år (Sinadinovic m.fl., 2010). Varje person kunde svara flera gånger. Eftersom urvalsramen inte var specificerad kan inte svarsfrekvensen beräknas, men det visades att över 65 procent av både manliga och kvinnliga respondenter hade en riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion och nästan hälften hade ett problematiskt drogbruk, definierat som ≥ 1 poäng på DUDIT. Att även personer som inte hade riskfylld konsumtion av droger eller alkohol använde sidan kan bero på att en del testat sig själva för att se huruvida deras bruk var problematiskt. Datakvaliteten i termer av reliabilitet visades vara mycket hög med Cronbachs α på 0,97 för de 1 211 som svarade på DUDIT vid det första tillfället och 0,96 för de 97 personer som svarade på DUDIT en andra gång.

En randomiserad kontrollerad studie med eScreen.se visade en signifikant nedgång i poäng på DUDIT-C efter tre månader, både för eScreen-användare som svarade på DUDIT och fick personlig feedback och för kontrollgruppen som enbart fyllde i DUDIT vid två tillfällen. När hela DUDIT togs med i beräkningen¹³, visades en större nedgång i poäng för

¹³ Enligt tre av fyra beräkningsmodeller.

eScreen-gruppen än för kontrollgruppen, något som kan tyda på att de drogrelaterade problemen minskat mer för eScreen-användare, även om konsumtionen enligt DUDIT-C gått ner lika mycket i båda grupperna. Även effekter på alkohol, mätta med AUDIT-C och AUDIT, visades vid uppföljning efter sex månader för eScreen-gruppen (som gick ner) men inte för kontrollgruppen.¹⁴ Webb sajter som eScreen.se, som erbjuder själv-screening och personligt anpassad feedback, tycks kunna bidra till minskat drogbruk, i alla fall under upp till sex månader så som hittills undersökts (Sinadinovic m.fl., 2014b). En kommande studie kommer även att visa resultat upp till 12 månader (Sinadinovic, personlig kommunikation).

Befolkningsstudier med DUDIT

I den första engelskspråkiga vetenskapliga artikeln om DUDIT redovisades en befolkningsstudie med 1 500 deltagare (Berman m.fl., 2005). I studien visade det sig att 3,1 procent hade någon form av problematiskt drogbruk, med en högre andel bland män (4,8 procent jämfört med 1,6 procent bland kvinnorna) och bland yngre, 16–25 år gamla (6,2 procent). I studien skickades ett initialt brev och två påminnelser. Andelen med drogproblem ökade för varje påminnelse, från 2 procent efter första brevet till 5,1 procent efter första påminnelsen och 9,1 procent efter andra påminnelsen.

En ny prevalensstudie genomfördes 2008–2009 med AUDIT och DUDIT för att mäta förekomst av problematiskt alkohol- och drogbruk bland 5 000 slumpmässigt valda personer ur svenska allmänna befolkningen. Tekniken som användes var internet och automatiserad telefoni (IVR, *Interactive Voice Response*). Såväl AUDIT som DUDIT visade hög reliabilitet i både internet- och IVR-versionerna. Prevalensen av problematiskt alkoholbruk var 21,1 procent bland alla respondenter och 49,1 procent bland unga vuxna 18–24 år. Motsvarande siffror för problematiskt drogbruk var 2,8 procent bland respondenterna totalt och 7,3 procent bland unga vuxna 18–24 år (Sinadinovic m.fl., 2011). I samma studie jämfördes även en internetbaserad DUDIT med en telefonadministrerad, och ingen skillnad förekom i prevalensskattning mellan administrationssätten, datakvaliteten uttryckt i termer av konsekvens i svaren var hög för båda versionerna: Cronbach $\alpha = 0,86$ (webb) och Cronbach $\alpha = 0,85$ (telefon).

DUDIT-C

Hittills har enbart en studie förekommit där data publicerats för DUDIT-C, där enbart de första fyra DUDIT-frågorna ingår. Resultaten redovisas ovan under svenska DUDIT-studier (Sinadinovic m.fl., 2014b).

¹⁴ Enligt två av fyra beräkningsmodeller.

Bilaga 1

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? år		Man ☐		Kvinna ☐					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig ☐	1 gång i månaden eller mer sällan ☐	2-4 gånger i månaden ☐	2-3 gånger i veckan ☐	4 gånger/vecka eller mer ☐				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?	1 - 2 ☐	3 - 4 ☐	5 - 6 ☐	7 - 9 ☐	10 eller fler ☐				
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller <i>mer</i> vid samma tillfälle?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvets- förebräelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej ☐	Ja, men inte under det senaste året ☐		Ja, under det senaste året ☐					
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej ☐	Ja, men inte under det senaste året ☐		Ja, under det senaste året ☐					

Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

Bilaga 2

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Här är ett antal frågor om droger. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

	☐ Man ☐ Kvinna	Alder				
1. Hur ofta använder du andra droger än alkohol? (Se droglistan på baksidan.)	Aldrig ☐	1 gång i månaden eller mer sällan ☐	2-4 gånger i månaden ☐	2-3 gånger i veckan ☐	4 gånger/vecka eller mer ☐	
2. Använder du fler än en drog vid ett och samma tillfälle?	Aldrig ☐	1 gång i månaden eller mer sällan ☐	2-4 gånger i månaden ☐	2-3 gånger i veckan ☐	4 gånger/vecka eller mer ☐	
3. Hur många gånger tar du droger under en typisk dag då du använder droger?	0 ☐	1 - 2 ☐	3 - 4 ☐	5 - 6 ☐	7 eller fler ☐	
4. Hur ofta blir du kraftigt påverkad av droger?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	
5. Har du under senaste året upplevt att din längtan efter droger varit så stark att du inte kunnat stå emot?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	
6. Har det hänt att du under senaste året inte kunnat sluta ta droger sedan du börjat?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	
7. Hur ofta under senaste året har du tagit droger och sedan låtit bli att göra något som du borde ha gjort?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	
8. Hur ofta under senaste året har du behövt ta någon drog på morgonen efter stort drogintag dagen innan?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	
9. Hur ofta under senaste året har du haft skuld känslor eller dåligt samvete på grund av att du använt droger?	Aldrig ☐	Mer sällan än en gång i månaden ☐	Varje månad ☐	Varje vecka ☐	Dagligen eller nästan varje dag ☐	
10. Har du eller någon annan blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) på grund av att du använt droger?	Nej ☐	Ja, men inte under det senaste året ☐		Ja, under det senaste året ☐		
11. Har en släkting eller vän, en läkare eller sjuksköterska, eller någon annan oroat sig över att du använder droger eller sagt till dig att du bör sluta med droger?	Nej ☐	Ja, men inte under det senaste året ☐		Ja, under det senaste året ☐		

© 2002 Anne H. Bergman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter, version 2.1
Karolinska Institutet. Frågor: anne.h.bergman@ki.se

Vänd för att se listan över droger 

DROGLISTA

(OBS! EJ ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Lösningsmedel	GHB och övriga
Marijuana	Metamfetamin	Crack	Rökheroïn	Ecstasy	Thinner	GHB
Hasch	Fenmetralin	Freebase	Heroin	LSD	Triklöretylen	Anabola steroider
Haschojja	Khat	Kokablad	Opium	Meskalin	Bensin	Lustgas
	Betelnöt			Peyote	Gas	Amylnitrat (poppers)
	Ritalina			PCP	Solution	Antikolinergika
				Psilocybin	Lim	
				DMT		

TABLETTER – LÄKEMEDEL

Tabletter räknas som droger när du tar

- läkemedel mer eller oftare än läkaren sagt att du ska göra det
- tabletter för att du vill ha kul, må bra, bli "hög", eller undrar vad du får för effekt av dem
- tabletter som du fått av en släkting eller vän
- tabletter som du köpt "svart" eller stulit

SÖMNMEDEL/LUGNANDE MEDEL

Alprazolam	Halcion	Sobril
Apodorm	Heminevrin	Sonata
Apozepam	Iktorivil	Stesolid
Diazepam	Imovane	Stilnoct
Dormicum	Mogadon	Temesta
Fenemal	Nitrazepam	Triazolam
Flunitrazepam	Oxascand	Xanor
Fluscand	Rohypnol	Zopiklon

SMÄRTSTILLANDE

Actiq	Durogesic	OxyNorm
Cocillana-Etyfin	Fentanyl	Panocod
Citodon	Ketodur	Panocod forte
Citodon forte	Ketogan	Paraflex comp
Dexodon	Kodein	Somadril
Depolan	Maxidon	Spasmofen
Dexofen	Metadon	Subutex
Dilaudid	Morfin	Temgesic
Distalgesic	Nobligan	Tiparol
Dolcontin	Norflex	Tradolan
Doleron	Norgesic	Tramadol
Dolotard	Opidol	Treo comp
Doloxene	OxyContin	

Tabletter räknas INTE som droger när du fått dem utskrivna av läkare och du tar dem i rätt mängd.

Bilaga 3

På följande sidor visas percentiler för AUDIT-poäng insamlade från ett urval av 5 000 män och kvinnor i den svenska befolkningen (Sinadinovic, opublicerade data). Personerna svarade antingen via internet eller via automatiserad telefoni (IVR). Percentiler ska tolkas som att vid 10:e percentilen anges det värde som 10 procent av svaren understiger och vid percentil 90 anges det värde som 10 procent av svaren överstiger.

Uppgifterna i bilagan kommer från en studie av alkohol och drogvanor bland Sveriges befolkning (Sinadinovic m.fl., 2011).

Denna studie visade högre prevalenser än tidigare studier om pappersversionen av AUDIT: 20 procent av kvinnorna oavsett ålder hade ≥ 6 poäng medan 20 procent av männen hade ≥ 8 poäng (Sinadinovic, personlig kommunikation 2012). Uppdelat på ålder visades att bland kvinnor mellan 16 och 24 år hade 50 procent ≥ 6 poäng på AUDIT medan den andelen sjönk till 20 procent i intervallet 25 till 34 år och till 10 procent i åldrarna mellan 35 och 64 år. Äldre kvinnor hade i mindre utsträckning 6 eller fler poäng.

Bland manliga respondenter hade 24 procent av individerna mellan 16 och 17 år över 8 poäng på AUDIT medan den andelen ökade till 40 procent i åldrarna 18–24 år. I intervallet 25–34 år var andelen med 8 eller fler poäng 26 procent och 19 procent i åldersintervallet mellan 35 och 64 år. Endast 4,5 procent hade 8 eller fler poäng i åldersintervallet över 65 år.

Kvinna	Åldersintervall	Percentiler	AUDIT-poäng
	16–17	10	0
		20	1
		30	2
		40	4
		50	6
		60	7
		70	9
		80	10
		90	15
	18–24	10	1
		20	2
		30	4
		40	5
		50	6
		60	7
		70	8
		80	9
		90	13
	25–34	10	1
		20	1
		30	2
		40	3
		50	3
		60	4
		70	5
		80	6
		90	8
	35–64	10	1
		20	1
		30	2
		40	2
		50	2
		60	3
		70	4
		80	4
		90	6
	65–80	10	0
		20	1
		30	1
		40	2
		50	2
		60	2
		70	3
		80	3
		90	5

Man	Åldersintervall	Percentiler	AUDIT-poäng
	16–17	10	0
		20	0
		30	0
		40	0
		50	1
		60	5
		70	7
		80	11
		90	16
	18–24	10	0
		20	2
		30	4
		40	6
		50	7
		60	8
		70	10
		80	12
		90	15
	25–34	10	1
		20	3
		30	4
		40	4
		50	5
		60	6
		70	7
		80	9
		90	11
	35–64	10	1
		20	2
		30	3
		40	4
		50	4
		60	5
		70	6
		80	7
		90	10
	65–80	10	1
		20	2
		30	2
		40	3
		50	3
		60	3
		70	4
		80	5
		90	7

Bilaga 4

På följande sidor visas percentiler för DUDIT-poäng insamlade från ett urval av 5 000 män och kvinnor i den svenska befolkningen (Sinadinovic, opublicerade data). Personerna svarade antingen via internet eller via automatiserad telefoni (IVR). Percentilerna ska tolkas som den andel i procent som har en poäng mindre än eller lika med percentilen.

Percentiler visas enbart mellan 90 och 99 för totalpoäng på DUDIT för män och kvinnor i olika åldersintervall, eftersom percentiler från 0 till 90 alla hade 0 i DUDIT-poäng.

Uppgifterna i bilagan kommer från en studie av alkohol och drogvanor bland Sveriges befolkning (Sinadinovic m.fl., 2011).

Utifrån Socialstyrelsens rekommendationer om en nolltolerans för droger visades att 10 procent av flickorna och 7 procent av pojkarna mellan 16 och 17 år hade någon form av drogbruk medan 9 procent av kvinnorna och 12 procent av männen mellan 18 och 24 år hade ett drogbruk med poäng över 0 på DUDIT. Bland männen i åldern 25–34 år var det 10 procent som hade ett drogbruk medan 3 procent av männen i åldersintervallet 35 till 64 år hade någon form av drogbruk. Ett fåtal äldre män var riskkonsumenter. Tre procent av kvinnorna i åldrarna 25–64 år och 4 procent bland de äldre kvinnorna hade ett drogbruk.

Tabellen visar att användningen av narkotika är vanligast i åldern 18–24 för både män och kvinnor. I det åldersintervallet ligger 5 procent av männen över 9 poäng och bland kvinnor ligger 5 procent över 5 poäng.

Not: I åldersintervallet 16–17 hade 26 kvinnor 0 poäng medan två kvinnor hade 1 och 5 poäng. Bland 24 män hade 23 stycken 0 poäng medan en man hade 9 poäng, vilket förklarar den sneda percentilfördelningen för den åldersgruppen.

Åldersintervall	Kön	Percentiler	DUDIT-poäng (avrundade)
16–17	Kvinnor	90	0
		91	0
		92	0
		93	1
		94	2
		95	3
		96	4
		97	–
		98	–
		99	–
	Män	90	0
		91	0
		92	0
		93	2
		94	4
		95	7
		96	–
		97	–
		98	–
		99	–
18–24	Kvinnor	90	0
		91	0
		92	2
		93	3
		94	4
		95	5
		96	6
		97	9
		98	12
		99	16
	Män	90	3
		91	3
		92	4
		93	6
		94	8
		95	9
		96	10
		97	11
		98	14
		99	21

Åldersintervall	Kön	Percentiler	DUDIT-poäng (avrundade)
25–34	Kvinnor	90	0
		91	0
		92	0
		93	0
		94	0
		95	0
		96	0
		97	2
		98	4
		99	6
	Män	90	2
		91	2
		92	3
		93	3
		94	3
		95	4
		96	4
		97	8
		98	9
		99	14
35–64	Kvinnor	90	0
		91	0
		92	0
		93	0
		94	0
		95	0
		96	0
		97	2
		98	4
		99	5
	Män	90	0
		91	0
		92	0
		93	0
		94	0
		95	0
		96	0
		97	2
		98	3
		99	5

Åldersintervall	Kön	Percentiler	DUDIT-poäng (avrundade)
65–80	Kvinnor	90	0
		91	0
		92	0
		93	0
		94	0
		95	0
		96	1
		97	1
		98	3
		99	5
	Män	90	0
		91	0
		92	0
		93	0
		94	0
		95	0
		96	0
		97	0
		98	0
		99	1

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Association Publishing.
- Aasland, O. G., Amundsen, A., Bovim, G., Fauske, S. & Mörlund, J. (1990) Identifiering av pasienter med risiko for alkoholskader. *Tidskrift för Norsk Läkarforening*, 110(12), 1523–1527.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(4), 613–619.
- Andréasson, S. & Graffman, K. (2002) Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen*, 43, 4252–4255.
- Andrén, A., Bergman, H., Schlyter, F. & Laurell, H. (2001) Psykosocial kartläggning av rattfyllerister med hjälp av ASI-metoden: Ny intervjumetod lämplig för att para ihop rätt behandling med rätt klient. *Läkartidningen*, 98, 3426–3432.
- Aradottir, S., Asanovska, G., Gjerss, S., Hansson, P. & Alling, C. (2006) Phosphatidylethanol (PEth) Concentrations in Blood are Correlated to Reported Alcohol Intake in Alcohol-dependent Patients. *Alcohol and Alcoholism*, 41(4), 431–437.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001) *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (2 ed.). Geneva: World Health Organization.
- Barry, K. & Flemming, M. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: Predictive Validity in a rural primary care sample *Alcohol and Alcoholism*, 28(1), 33–42.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006) *Motiverande samtal – M1. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergman, H. & Källmén, H. (2000) Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. *Läkartidningen*, 97(17), 2078–2084.
- Bergman, H. & Källmén, H. (2002) Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 245–251.

- Bergman, H. & Källmén, H. (2003) Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor åren 1997-2001. *Läkartidningen*, 100, 1028-1035.
- Bergman, H., Källmén, H. & Hermansson, U. (2002) The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT: Manual. Stockholm: Karolinska sjukhuset, Magnus Huss-kliniken.
- Bergman, H., Källmén, H., Rydberg, U. & Sandahl, C. (1998) Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem. Psykometrisk utprövning på en psykiatrisk akutmottagning. *Läkartidningen*, 95, 4731-4735.
- Bergman, H., Wennberg, P., Hammarberg, A., Hubicka, B. & Berglund, M. (2005) AVI-R-2. *Alkoholvaneinventoriet – reviderad version – 2. Ett frågeformulär för bedömning vid alkoholproblem*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Berman, A. H. (2004) *Enhancing Health Among Drug Users in Prison*. Doktorsavhandling. Stockholms universitet, Stockholm. Hämtat från <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:196569>
- Berman, A. H. (2012a) Uppmärksamma, utreda och bedöma alkohol- och narkotikaproblem. I: C. Fahlke (red.), *Missbrukspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Berman, A. H. (2012b) E-hälsointerventioner för problematiskt alkohol- och drogbruk i psykiatri och primärvård. Hämtat från <http://vrproj.vr.se/detail.asp?arendeid=85081>
- Berman, A. H. & Bergman, H. (2000) *AUDRUG-projektet: Delrapport 1. Utveckling och kvalitetssäkring av ett test för identifikation av personer med drogproblem*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Berman, A. H. & Bergman, H. (2001) *DUDIT-projektet: Delrapport 2. Utveckling och kvalitetssäkring av ett test för identifikation av personer med drogproblem – fas 2*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Berman, A. H. & Bergman, H. (2002) *DUDIT-projektet: Delrapport 3. Utveckling och kvalitetssäkring av ett test för identifikation av personer med drogproblem – fas 3*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2005) Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11, 22-31.
- Berman, A. H. & Brisendal, C. (2011) *DUDIT-E och Alcohol-E: Samtala konstruktivt om droger och alkohol*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Bewick, B. M., West, R., Gill, J., O'May, F., Mulhem, B., Barkham, M. & Hill A. J. (2010) Providing web-based feedback and social norms information to reduce student alcohol intake: a multisite investigation. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), e59.

- Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L. & Collin, L. (2007) *Att förbättra sina dryckesvanor – om olika mönster för förändring och om vad vården betyder*. Stockholm: SoRAD.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonnell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Projekt (ACQUIP). *Archives of Internal Medicine*, 158 (16), 1789–1795.
- Carlbring, P., Andersson, G., Andersson, C. & Berman, A. H. (2010). Datorstyrda behandlingar: Internet och telefoni. I: Berman, A. H. & Farbring, C-Å. (red.), *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk* (s. 703–730). Lund: Studentlitteratur.
- Celio, M. A., Vetter O'Hagen, C. S., Lisan, S. A., Johansen, G. E. & Spear, L. P. (2011) Integrating field methodology and web-based data collection to assess the reliability of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 142–144.
- Claussen, B. & Aasland, O. G. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88, 363–368.
- Clevenpalm, J. & Karlsson, A-S. (2009) *Hälsa på lika villkor – Resultat från Nationella folkhälsoenkäten 2009*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Cruce, G. (2008) *Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom: Förekomst och återhämtning*. Lund: Doktorsavhandling, Lunds universitet.
- Cruce, G., Nordström, L. & Öjehagen, A. (2007) Risky use and misuse of alcohol, drugs and cigarettes detected by screening questionnaires in a clinical psychosis unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(2), 92–99.
- Cruce, G. & Öjehagen, A. (2007) Risky use of alcohol, drugs and cigarettes in a psychosis unit: a 1 1/2 year follow-up of stability and changes after initial screening. *BMC Psychiatry*, Jul(6), 7–31.
- Dawson, D. A., Grant, B. F. & Stinson, F. S. (2005) The AUDIT-C: Screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 405–416.
- Druid, H. & Berman, A. H. (2010) Problematiskt alkohol- och drogbruk: Psykosocial och farmakologisk utredning. I: Berman, A. H. & Farbring, C-Å. (red.), *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk* (s. 75–98). Lund: Studentlitteratur.
- Durbeej, N., Berman, A. H., Gumpert, C. H., Palmstierna, T., Kristiansson, M. & Alm, C. (2010) Validation of the AUDIT and the DUDIT in a Swedish sample of suspected offenders with signs of a mental

- disorder: Results from the MSAC-study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 364–377.
- Espman, E. & Allebeck, P. (2011) *Riskbruk – definitioner, gränsvärden, mätmetoder, opublicerat manuskript*. Karolinska Institutet: Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för socialmedicin.
- Fahlke, C. (red.) (2012) *Missbrukspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Freitas, T. T., McFarlin, S. K. & Rutiliano, P. (2000) The timeline followback reports of psychoactive substance use by drug-abusing patients: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 134–144.
- Farbring, C.-Å. (2010) *Handbok i motiverande samtal – MI*. Stockholm: Natur och Kultur.
- First, M. B., Williams, J. B., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). User's Guide for the SCID-5-PD Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders: Also Contains Instructions for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Screening Personality Questionnaire. American Psychiatric Association Publishing.
- Franck, J. (2010) Läkemedelsbehandling vid alkoholproblem. I: Berman, A. H. & Farbring, C.-Å. (red.), *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk* (s. 369–376). Lund: Studentlitteratur.
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O. & Daeppen, J. B. (2005) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 29(11), 2001–2007.
- Hermansson, U. (2002) *Risky alcohol consumption in the workplace – the feasibility of early detection and brief intervention as a part of routine health examinations*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Holm Ivarsson, B. (2016a) *MI – Motiverande samtal. Praktisk handbok för socialt arbete*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Holm Ivarsson, B. (2016b) *MI – Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Holmqvist, M. (2009) *Addressing Alcohol Prevention in Swedish Primary and Maternity Health Care and Occupational Health Services*. Doktorsavhandling. Linköping University, Linköping.
- Holmqvist, M. & Nilsen, P. (2010) *Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård: Riskbruksprojektet – bakgrund, strategi och resultat*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Hoxmark, E., Nivison, M. & Wynn, R. (2010). Predictors of mental distress among substance abusers receiving inpatient treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(1), 15.

- Jenner, H. & Segreus, V. (2005) The Swedish DOC system – an attempt to combine documentation and self-evaluation. *European Addiction Research*, 11, 186–192.
- Knibbe, R. A., Derickx, M., Kuntsche, S., Grittner, U. & Bloomfield, K. (2006) A comparison of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol & Alcoholism*, 41(supplement 1), i19–i25.
- Kristenson, H., Öhlin, H., Hultén-Nosslin, M. B., Trell, E. & Hood, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24–60 months of long term study with randomised controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 7(2), 203–209.
- Kypri, K., Hallet, J., Howat, P., NcManus, A., Maycock, B., Bowe, S. & Horton, N. J. (2009) Randomized controlled trial of proactive webbased alcohol screening and brief intervention for university students. *Archives of Internal Medicine* 169(16), 1508–1514.
- Kypri, K., Langley, J. D., Saunders, J. B. & Cashell-Smith, M. L. (2007) Assessment may conceal therapeutic benefit: findings from a randomized controlled trial for hazardous drinking. *Addiction*, 102(1), 62–70. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01632.x
- Källmén, H. (2007) *Studier av implementering av screening och korta interventioner i primärvården – En kunskapsöversikt*. Stockholm: Karolinska Institutet, Centrum för psykiatriforskning, STAD-sektionen.
- Källmén, H. (1995) *Alcohol and disinhibition. A psychoanalytical interpretation*. Doktorsavhandling. Uppsala universitet, Uppsala.
- Källmén, H., Sinadinovic, K., Berman, A. H. & Wennberg, P. (2011) Risky drinking of alcohol in Sweden: A randomized population survey comparing web- and paper based self-reports. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2, 123–130.
- Källmén, H., Wennberg, P., Berman, A. H. & Bergman, H. (2007) Alcohol habits in Sweden during 1997 – measured with the AUDIT. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 466–470.
- Källmén, H., Wennberg, P., Leifman, H., Bergman, H. & Berman, A. H. (2011) Alcohol habits in Sweden during 1997–2009 with particular focus on 2005 and 2009, assessed with the AUDIT: A Repeated Cross-Sectional Study. *European Addiction Research*, 17(2), 90–96.
- Leifman, H. & Ramstedt, M. (2009) Svenska folkets alkoholvanor under senare år med fokus på 2004–2009. Preliminär version 2009-11-13. [http://stad.org/upload/Rapporter mm/STAD_SoRAD_rapport.pdf](http://stad.org/upload/Rapporter/mm/STAD_SoRAD_rapport.pdf).
- Levin, M. E. & Lillis, J. (2011) Substance Abuse. I: O'Donohue, W. T. & Draper, C. (red.), *Stepped Care and e-Health: Practical Applications to Behavioral Disorders* (pp. 115–136). New York: Springer.

- Lobmaier, P. P. K., Berman, A. H., Gossop, M. & Ravndal, E. (2012) Substance use and problem awareness among drug-involved prisoners in Norway. *Journal of Substance Use*, 0(0), 1–10. doi: doi:10.3109/14659891.2012.661022
- Ludvigsson, J. F. & Ekbom, A. (2012) Medicinsk statistik – diagnostiska tester. Hämtat från http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=3282
- Madras, B. K., Compton, W. M., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J. B. & Clark, H. W. (2009) Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1–3), 280–295. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.08.003
- McCambridge, J. & Day, M. (2008) Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction*, 103(2), 241–248. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02080.x
- McCambridge, J. & Thomas, B. A. (2009) Short forms of the AUDIT in a web-based study of young drinkers. *Drug and Alcohol Review*, 28(1), 18–24.
- McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L. & Mains, D. (2009) Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jul 8(3), CD005191.
- Miremadi, S., Ganesan, S. & McKenna, M. (2011) Pilot study of the prevalence of alcohol, substance use and mental disorders in a cohort of Iraqi, Afghani, and Iranian refugees in Vancouver. *Asia-Pacific Psychiatry*, 3(3), 137–144. doi: 10.1111/j.1758-5872.2011.00136.x
- Norström, T. & Ramstedt, M. (2005) Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug and Alcohol Review*, 24, 537–547.
- Nunnally, J. C. (1978) *Psychometric theory*, (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nyström, S. (2010) Utredning med ASI-intervjun – överblick och pregnant. I: Berman, A. H. & Farbring, C.-Å. (red.), *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk* (s. 119–142). Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, S., Zingmark, D. & Jäderland, A. (2009) *ASI-manualen – anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning*. Västerås: Socialstyrelsen/IMS.
- Ortiz, L. (2009) *När förändring är svårt: att hantera motstånd med motiverande samtal*. Stockholm: Natur och kultur.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1986) Toward a Comprehensive Model of Change. I: Miller, W. R. & Heather, N. (red.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp. 3–28). New York: Plenum Press.
- Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2002) The Alcohol Use Disorders Identifica-

- tion Test (AUDIT): A review of recent research *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272–279.
- Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2007) The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185–199.
- Robinson, P., Wicksell, R. K. & Olsson, G. (2004) ACT with chronic pain patients. I: Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (red.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 315–345). New York, NY: Springer.
- Rodriguez-Martos, A. & Castellano, Y. (2009) Web-based screening and advice for hazardous drinkers: Use of a Spanish site. *Drug and Alcohol Review*, 28(1), 54–59. doi: 10.1111/j.1465-3362.2008.00005.x
- Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2002) Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 261–268.
- Saunders, J. B. & Aasland, O. G. (1987) WHO collaborative project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on phase. I: *Development of a screening test*. Geneva: World Health Organisation.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. & Grant, M. (1993) Development of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction*, 88, 791–804.
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapssammanställning*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Selzer, M. (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658.
- Sinadinovic, K., Berman, A. H., Hasson, D. & Wennberg, P. (2010) Internet-based Assessment and Self-Monitoring of Problematic Alcohol and Drug Use. *Addictive Behaviors*, 35, 464–470.
- Sinadinovic, K., Wennberg, P. & Berman, A. H. (2011) Population screening of risky alcohol and drug use via Internet and Interactive Voice Response (IVR): A feasibility and psychometric study in a random sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 55–60.
- Sinadinovic, K., Wennberg, P., Johansson, M. & Berman, A. H. (2014a). Targeting individuals with problematic alcohol use via web-based cognitive-behavioral self-help modules, personalized screening feedback or assessment only: A randomized controlled trial *European Addiction Research*, 20, 305–318. doi: 10.1159/000362406.
- Sinadinovic, K., Wennberg, P., & Berman, A. H. (2014b). Internet-based

- Screening and Brief Intervention for Illicit Drug Users: A Randomized Controlled Trial with 12-month Follow-Up. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75 (2), 313–318.
- Skinner, H. A. (1982) The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363–371.
- SKL (2009). Nationell baskurs – Ett arbetsmaterial för att komma vidare, http://kunskaptillpraktik.skl.se/kunskap_till_praktik_fortbildningar_1/arbetsmaterial_for_nationella_baskursen_1/arbetsmaterial Kunskap till praktik (Ed.)
- Smith, P. C., Schmidt, S. M., Allensworth-Davies, D. & Saitz, R. (2010) A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, 170(13), 1155–1160. doi: 10.1001/archinternmed.2010.140
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1992) Timeline Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption. I: Litten, R. & Allen, J. (red.), *Measuring Alcohol Consumption*. Totowa, NJ: The Humana Press, Inc.
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: Stöd för styrning och ledning*. Nedladdningsbart med flera underlag från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer> 2015/2015-4-2 per 2016-10-19.
- Voluse, A. C., Gioia, C. J., Sobell, L. C., Dum, M., Sobell, M. B. & Simco, E. R. (2012) Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) With Substance Abusers in Outpatient and Residential Treatment. *Addictive Behaviors*, 37(36–41). doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.030
- Wennberg, P. & Bohman, M. (1998) The Timeline Follow Back Technique: Psychometric properties of a 28-day Timeline for measuring alcohol consumption. *German Journal of Psychiatry*, 2, 62–68.
- WHO (1999) *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Version 2.1: Interview, Glossary and Code Book*. Geneva: WHO, Division of Mental Health, Assessment, Classification and Epidemiology.
- WHO (2009) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- Öberg, D. (2004) MAPS: En metodik för att göra dokumentation användbar i behandling. *SiS följer upp och utvecklar*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.