

DUDIT-E och Alcohol-E

- *Samtala konstruktivt om droger och alkohol*

Innehåll

Förord	7
Bokens upplägg	8
1. DUDIT-E och personer med problematiskt drogbruk	11
Skillnaden mellan DUDIT-E och andra diagnosinstrument	11
Motiverande samtal	12
Användningsområden	13
Formuläret DUDIT-E	13
Utredning av alkohol- och drogproblem i fyra steg	14
Alcohol-E – en alkoholversion av DUDIT-E	15
Förvaring av ifyllda formulär	16
2. DUDIT-E i mötet med klienten	17
Fylla i formuläret	18
Återkopplingssamtal och dialog om frågeformuläret	18
Vidare personutredning i samband med drogproblematik	24
3. Poängberäkning	27
DUDIT-Ed	28
DUDIT-Ep	29
DUDIT-En	31
DUDIT-Et	33
Motivationsindex	35
Olika motivationsgrunder – DARN-C	39
4. Exempel på återkopplingssamtal	41
Inledning och genomgång av drogdelen	41
Positiva aspekter	43
Negativa aspekter	46
Avsluta samtalet	48
Övningsamtal på nätet	49

5. Vetenskapen bakom DUDIT-E och Alcohol-E	51
DUDIT och DUDIT-E 2002	51
DUDIT 2002–2010	52
DUDIT-E 2007–2010	53
Den norska pilotstudien om DUDIT-E 2010	55
Ytterligare forskning om DUDIT-E och Alcohol-E	55
 Bilaga 1	
Formuläret DUDIT-E	57
 Bilaga 2	
Formuläret Alcohol-E	59
 Bilaga 3	
Snabbguide till uträkning av poäng för DUDIT och DUDIT-E	61
DUDIT	61
DUDIT-E	61
 Bilaga 4	
Faktorer i DUDIT-Ep	65
 Bilaga 5	
Faktorer i DUDIT-En	67
 Bilaga 6	
Faktorer i DUDIT-Et	69
 Bilaga 7	
Formler för DUDIT-Et och motivationsindex	71
 Bilaga 8	
Motivation – DARN-C	73
 Referenser	75

Förord

Minst 4,8 procent av den vuxna befolkningen i Sverige använder droger på något sätt, enligt en nyligen genomförd befolkningsstudie [1]. Eftersom vårt samhälle officiellt fördömer drogbruk är det svårt att samtala om vad som är positivt med droger. Ändå är det just det positiva med drogerna som gör att man blir fast i att bruka dem.

Att i sin profession möta personer som använder alkohol och droger kan vara väldigt frustrerande. De ska upphöra, för sin egen och omgivningens skull, men som behandlare kan man känna att man inte kommer någon vart i arbetet. Själv arbetade jag på 90-talet med frivårdsklienter inom kriminalvården. Även om jag visste att en klient använde droger kunde det ta lång tid, upp till flera månader, innan det blev klart för mig att han eller hon använde flera substanser samtidigt eller omväxlande. Att förstå vad klienten upplevde sig få ut av substanserna var även det svårt. Jag saknade ett strukturerat stöd för att arbeta konstruktivt med drogfrågan. Så småningom fick jag möjlighet att själv utveckla ett formulär som kartlägger vilka substanser som används, vad som är positivt med dem, vad som är negativt, och vad klienten har för tankar om förändring av sitt beteende och en eventuell behandling. Det är detta formulär som blivit DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test – Extended) [2].

Den här boken är en manual för dig som använder formuläret DUDIT-E eller dess komplement för alkohol, Alcohol-E. Bokens fokus är själva formulären och samtalet mellan behandlare och klient kring klientens svar på formulären.

För att använda DUDIT-E eller Alcohol-E bör du ha erfarenhet av behandlingssamtal om missbruk och beroende, samt utbildning och erfarenhet av motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI). I boken förutsätts viss kunskap om MI, en samtalsmetod som syftar till att mobilisera människors egna krafter för förändring av ohälsosamma beteenden. För dig som behöver en introduktion i MI finns en praktisk internetsajt, www.somra.se, som lär ut metoden. Det finns även lättillgängliga böcker om MI för socialtjänsten och beroendevården [3, 4].

Om du saknar erfarenhet av samtal om missbruk eller MI rekommenderas som minimum särskild utbildning i återkopplingssamtalet kring DUDIT-E eller Alcohol-E (för information kring detta, kontakta författarna).

DUDIT-E har nu använts i några år av behandlare inom kriminalvården, socialtjänsten, psykiatri och beroendevården. Under åren har det uppstått en hel del frågor om användning av formuläret. Denna bok är ett försök att besvara en del av frågorna och att stimulera utvecklingsarbetet kring samtal om att lämna drogbruk.

Bokens upplägg

Kapitel 1 beskriver en modell för utredning av problem med droger och alkohol i fyra steg. Det första steget innebär att identifiera de personer som har problem med droger eller alkohol, till skillnad från dem som inte har det. Det är i första steget av utredningsmodellen som det korta DUDIT passar bra att använda för drogscreening, och det välkända AUDIT för screening av alkoholproblem. När det (genom DUDIT eller annan metodik, till exempel biologiska prover) har konstaterats att det kan finnas drogrelaterade problem så kan dessa problem utforskas närmare med DUDIT-E. På samma sätt kan konstaterade alkoholproblem vidare utforskas med Alcohol-E. Allt som sägs i denna bok kring samtalet vid DUDIT-E gäller även samtalet kring Alcohol-E.

I kapitel 2 diskuteras det kliniska samtalet utifrån ett ifyllt formulär. Här finns även en kort sammanfattning av hur vidare personutredning kan gå till enligt steg 3 i utredningsmodellen.

Kapitel 3 beskriver det specifika innehållet i frågorna i DUDIT-E, hur man räknar ut poängen och hur svaren ska bedömas. Här beskrivs även hur man kan räkna ut ett motivationsindex som ger en fingervisning om klientens motivationsnivå. Dessutom beskrivs hur frågorna i formuläret kan kategoriseras i "faktorer" som sammanfattar vilken betydelse drogerna har för klienten, vilka de negativa aspekterna är och hur klienten förhåller sig till behandling.

Kapitel 4 innehåller exempel på samtal utifrån fyra olika perspektiv: inledning och genomgång av drogdelen, positiva aspekter, negativa aspekter samt att avsluta samtalet.

För att skona den kliniskt inriktade läsaren från alltför många siffror och vetenskapliga resonemang har dessa samlats i kapitel 5. Här finns den vetenskapliga bakgrunden till utvecklingen av DUDIT-E och Alcohol-E för den särskilt intresserade läsaren.

Denna bok innehåller åtta bilagor. Ytterligare två finns enbart på webben. I bilaga 1 finns formuläret DUDIT-E och i bilaga 2 formuläret Alcohol-E.

I bilaga 3 finns en snabbguide för uträkning av poäng på DUDIT och DUDIT-E. I bilagorna 4 till 6 finns mallar för att beräkna positiva faktorer i drogbruket (bilaga 4), negativa faktorer (bilaga 5) och behandlingsfaktorer (bilaga 6). Slutligen finns en mall för beräkning av behandlingssumman och motivationsindexet (bilaga 7), samt ett nytt frågeformulär om beredskap till förändring (DARN-C [16]; bilaga 8).

På webben (www.gothiafortbildning.se) finns dels ovanstående bilagor för nedladdning och utskrift, dels samtalsutdrag från de personer som ingått i pilotstudien som beskrivs i kapitel 5 (bilaga 9) samt ett exempel på ett helt återkopplingssamtal (bilaga 10).

Vi hoppas att du genom denna bok får idéer om hur du på ett fruktbart sätt kan utveckla ditt samtalsarbete med personer som har problem med droger och alkohol. Du är alltid välkommen att kontakta oss med frågor eller kommentarer kring DUDIT-E eller Alcohol-E.

Lycka till!

För författarna

Anne H. Berman

Uppdateringar av uppgifter nedan gjordes i september 2025.

Anne H. Berman är professor i psykologi vid Uppsala universitet, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi och tidigare MINT-medlem. Hon är verksam som professor vid Uppsala universitet samt anknuten som forskare till Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Centrum för psykiatriforskning. Hon har tidigare varit verksam som klinisk psykolog vid Beroendecentrum Stockholm, www.beroendecentrum.com. anne.h.berman@psyk.uu.se, <https://tinyurl.com/profberman>

Claes Brisendal är psykologspecialist och specialist i klinisk psykologi. Han är verksam som privatpraktiserande klinisk psykolog i Levanger, Norge och var tidigare verksam vid Avdelning för Rusrelaterat Psykiatri, Psykiatrisk klinikk HNT i Norge.

Bokens utveckling finansierades av Beroendecentrum Stockholm, Psykiatrisk klinikk HNT och Kompetansesenter rus – region øst. Projektledare: fil. dr Anne Landheim, anne.landheim@sykehuset-innlandet.no. Boken fick sin aktuella form tack vare stor hjälp från Ingrid Sundqvist och Nina Västerbro på dåvarande Gothia Fortbildning (nu Gothia kompetens).

DUDIT-E OCH ALCOHOL-E

Tillgång till formulären DUDIT-E och Alcohol-E

Om du vill använda DUDIT-E eller Alcohol-E i din verksamhet så kan du ladda ner formulären på svenska från Socialstyrelsen, se https://bit.ly/DUDIT-E_SocSt eller https://bit.ly/Alcohol-E_SocSt. Du hittar DUDIT-E på andra språk under https://bit.ly/DUDIT-E_EMCDDE.

Klienter som vill testa och följa sig själva med AUDIT, DUDIT, Alcohol-E och DUDIT-E kan göra det på www.escreen.se där formulären i skrivande stund finns på svenska. Den som fyller i formulären på eScreen får individuellt anpassad återkoppling och rekommendationer.

Vid pappersanvändning bör formulären DUDIT-E och Alcohol-E skrivas ut så att de skuggade områdena som skiljer frågorna åt syns ordentligt (det är inte alltid som vanliga kopieringsapparater visar skuggningarna tydligt). En dubbelsidig utskrift rekommenderas också för att spara papper.

1. DUDIT-E och personer med problematiskt drogbruk

DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test – Extended) utgör ett fördjupningsformulär för personer där ett drogproblem redan tidigare identifierats, till exempel med hjälp av DUDIT¹ eller biologiska prover. DUDIT-E erbjuder kartläggning av specifikt drogbruk, utforskning av positiva och negativa aspekter av drogbruket med tillhörande ambivalens, samt utforskning av motivation för förändring och för eventuell behandling.

Formuläret DUDIT-E erbjuder både individen som använder droger och behandlaren en möjlighet att snabbt, enkelt och översiktligt få en strukturerad bild av drog beteendet. Formuläret ger ett bra underlag för det professionella behandlarsamtalet utifrån klientens egna uppgifter och uppfattning om sitt liv och beteende. Det ger också dig som behandlare ett stöd i samtalet. Det parallella formuläret Alcohol-E fungerar på motsvarande sätt när det gäller klienter som överkonsumerar alkohol.

Skillnaden mellan DUDIT-E och andra diagnosinstrument

DUDIT-E och Alcohol-E är korta formulär med 54 frågor var, som syftar till att underlätta ett fördjupat och meningsfullt samtal om problematiskt alkohol- respektive drogbruk. Formulären är *inte* diagnosinstrument utan snarare fördjupade screeningformulär som ringar in problemet och avslöjar nyanser i klientens förhållningssätt till alkohol eller droger utifrån ett förändringsinriktat perspektiv. Diagnosinstrument som SCID och SCAN syftar till att fastställa en diagnos, det vill säga en bedömning av sjukdomstillstånd som underlättar för behandlaren/vårdgivaren att uppskatta vårdbehovet.

¹ DUDIT, Drug Use Disorders Identification Test, är ett frågeformulär med 11 frågor som rekommenderas av Socialstyrelsen för att kort utreda (screena för) drogproblem. Formuläret kan laddas ner på www.beroendecentrum.com under Testformulär. Manualen kan beställas från anne.h.berman@ki.se.

DUDIT-E och Alcohol-E tar cirka 15–20 minuter för klienten att fylla i själv, och återkopplingssamtalet med behandlaren knyter an klientens egna svar till möjliga förändringssteg. Diagnosinstrument som SCID och SCAN kan däremot kräva intervjuer från 60–90 minuter upp till flera timmar. Återkopplingen från SCID eller SCAN innebär att klienten får en diagnos på sina alkohol- eller drogproblem. Medicinska diagnoser på alkohol- eller drogbruk visar hur skadligt bruket är för hälsan. Diagnosen kanske inte känns igen av klienten, som ibland inte har någon upplevelse av sjukdom trots mycket omfattande alkohol- eller drogbruk. Medan en diagnos ställs utifrån behandlarens perspektiv, erbjuder DUDIT-E och Alcohol-E i stället snarare ett förtydligande av klientens subjektiva upplevelser av alkohol eller droger, från individens eget perspektiv. Diagnosen kan tjäna till att visa hur stora behandlings- och resursinsatser som kan behövas för att personen ska ändra sitt beteende i en hälsosam riktning. DUDIT-E och Alcohol-E lyfter däremot fram individens egen vilja att förändras och även vilka personliga hinder som kan finnas i vägen, till exempel när alkohol eller droger ger många positiva effekter. Samtalet utifrån DUDIT-E och Alcohol-E ger därmed möjlighet för klienten att benämna och värdera de positiva effekterna och utforska vad som skulle behövas för att uppnå liknande effekter utan droger, alternativt uppnå andra positiva effekter av att inte använda alkohol och droger.

Motiverande samtal

Utgångspunkten för samtalet är motiverande samtal, *Motivational Interviewing*, förkortat MI, en metod som spridit sig som en löpeld i behandlarvärlden under de senaste 20–25 åren. Utifrån MI-tanken spelar det ingen roll hur mycket samhället, arbetsgivaren, vänner eller familj vill att en person ska sluta dricka eller droga – ingenting kommer att hända förrän personen fattar ett *eget* beslut att förändra sina vanor. Många beslut som är svåra att fatta föregås av *ambivalens*. Man vill fortsätta att dra nytta av ett beteende, samtidigt som det får negativa konsekvenser. Olika dagar vill man olika saker, men inget konkret, långsiktigt förändringsbeslut blir till.

Är det väldigt mycket som är positivt med droger och lite som är negativt kommer beslutet att minska eller upphöra med drogandet sannolikt att dröja eller utebli. Att veta detta i början av ett samtal med en person som använder droger hjälper dig som behandlare att styra ditt förhållningssätt. Om det verkar osannolikt att personen vill förändra sitt beteende kan du som behandlare mest bidra med information och omsorg. Å andra sidan, om mycket är negativt och lite är positivt, kan behandlaren bidra till snar förändring och konkreta planer. När det är ungefär lika balanserat mellan det positiva och det negativa (ambivalens) finns en chans att fördjupa

sig i det motiverande samtalet och samarbeta kring en förändringsprocess. DUDIT-E ger därmed dig som behandlare ett underlag för konstruktiv dialog med din klient².

Användningsområden

DUDIT-E kan användas i början av en kontakt som en del av utredningen om drogproblematik, som behandlingsinslag under en samtalsserie eller som en hjälp att utvärdera vad som ändrats efter en förändringsperiod. DUDIT-E kan alltså användas flera gånger med samma klient under en sammanhängande behandlingsperiod.

Observera att DUDIT-E inte bör användas som enda underlag för att avgöra en persons motivation för behandling. Det är i stället din samlade bedömning som behandlare – utifrån dialog med klienten – som är det primära underlaget för att avgöra till exempel placeringar på institutioner eller avdelningar med olika inriktningar eller hänvisning till öppenvårdsbehandling.

Poängberäkningen enligt DUDIT-E ger således en konkret (men föränderlig) bedömning som du kan använda som ett underlag för samtal med klienten. För klinisk statistik och i forskningsstudier tjänar poängberäkningen som sammanfattande dokumentation. Mer om värdering av poängen i kapitel 3 och 4.

DUDIT-E har sedan dess konstruktion 2002 spridits i verksamheter i Sverige, Norge, Danmark och andra länder. DUDIT-E används i dag inom beroendevården, socialtjänsten, psykiatri och kriminalvården och användningsområdena ökar ständigt. I skrivande stund planeras en endagsutbildning i poängberäkning, återkopplingsamtal utifrån ett MI-perspektiv samt utforskning av behandlarens värdegrund.

Formuläret DUDIT-E

DUDIT-E (se bilaga 1) är ett enkelt och närmast självinstruerande frågeformulär. Inför skrivandet av denna bok har vi genomfört en pilotstudie där vi låtit erfarna behandlare använda DUDIT-E utan någon tidigare utbildning. Behandlarna är tre psykologer, en socionom och en mentalskötare, alla med minst tio års erfarenhet av missbruks- och beroendevård. Behandlarna har på egen hand satt sig in i frågeformuläret och med utgångspunkt i sina tidigare erfarenheter från behandling av drogproblem har de utan svårigheter kunnat använda det. Kapitel 4 innehåller utdrag från dessa behandlares samtal. Se även kapitel 5 för en kort beskrivning av pilotstudien.

² DUDIT-E används i många sammanhang och vi väljer att låta ordet "klient" omfatta brukare, patienter, elever, studenter, konfidenter, gäster, sökare och så vidare.

Tanken med DUDIT-E är att behandlaren snabbt ska kunna bilda sig en uppfattning om hur utbrett och frekvent drogbruket är, vad klienten får ut av drogbruket, vilka problem han eller hon drabbas av på grund av drogbruket samt i vilken mån klienten är motiverad att förändra sitt drogbruk och även att ta emot behandlingshjälp. Vår erfarenhet är att det är relativt lätt för klienter att svara på formuläret och att det tar 15–20 minuter.

Uppbyggnaden av frågeformuläret följer i stort sett tankegångarna kring utforskning av för- och nackdelar med ett hälsovådligt beteende – ambivalensutforskning – enligt samtalsmetoden MI [12]. Det är därför naturligt att kombinera användningen av formuläret med principerna för MI, såväl i samband med själva ifyllandet som vid återkopplingssamtalet.

Utredning av alkohol- och drogproblem i fyra steg

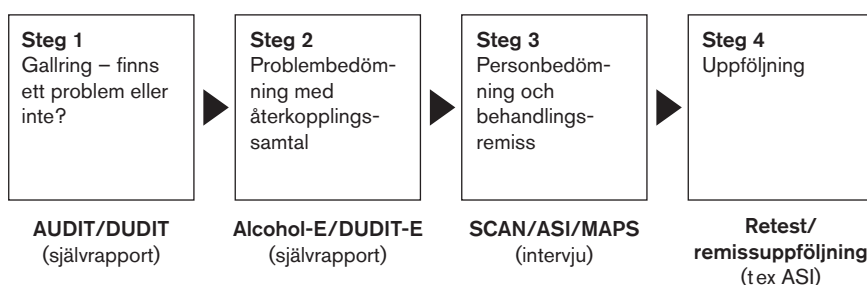


BILD 1: Utredning Av Alkohol- och Drogproblem I fyra Steg med Exempel på I ämpl IgA InsTr UmEn T.

Alkohol- och drogproblem kan utredas i fyra steg enligt modellen i bild 1, som ursprungligen föreslogs 1990 av National Institute of Medicine i USA [5]. För varje steg i modellen ökar kostnaden för de utredningsresurser som krävs, såväl i tid som i pengar.

I första steget sker en snabb och billig gallring för att fastställa om ett problem finns eller inte, så att behandlaren kan uppskatta behovet av vidare resurser. Här kan AUDIT³ [6] och DUDIT [7] användas för att identifiera de personer som ser ut att ha problem med drogmisbruk eller beroende och för att utesluta dem som inte har sådana problem. Båda formulären rekommenderas sedan 2007 av Socialstyrelsen [8].

Syftet med formulären AUDIT och DUDIT är alltså att klargöra om det finns ett alkohol- eller drogproblem eller inte. När klienten redan är känd som en person som har problematiskt bruk av alkohol eller droger kan det te sig onödigt ur klinisk synpunkt att använda tid och energi för AUDIT

³ AUDIT står för Alcohol Use Disorders Identification Test.

och DUDIT. Samtidigt kan det ha ett värde för verksamheten i stort att göra någon form av uppföljning beträffande nivån på alkohol- och drogproblematiken hos klienterna. Av denna anledning kan det vara klokt att ha som rutin att låta alla klienter fylla i AUDIT och/eller DUDIT, men inte att ägna tid åt dessa frågeformulär i återkopplingssamtalet. Vilka rutiner som lokalt utvecklas i denna fråga beror på verksamhetens behov och resurser.

I utredningsmodellens andra steg sker en fördjupad problembedömning och det är här som Alcohol-E och DUDIT-E är värdefulla. Både i steg 1 och steg 2 kan biologiska tester av alkohol eller drogs substanser i urin eller blod komplettera uppgifter som lämnas i AUDIT/Alcohol-E och DUDIT/DUDIT-E [9].

I steg 3 vidgas utredningen till att omfatta andra områden i livet än drogbruket. Här kan Addiction Severity Index, ASI, [10, 11] eller andra diagnostiska intervjuer tjäna till att belysa problemtyngd och hjälpbehov. I det här steget krävs personliga intervjuer som kan ta två till tre timmar eller ännu längre tid.

I steg 4 följs utredningsprocessen upp efter en viss tid med ny testning.

Alcohol-E – en alkoholversion av DUDIT-E

Alcohol-E⁴ (se bilaga 2) har skapats genom att anpassa DUDIT-E för alkohol. Formuläret passar bra för ett fördjupat samtal om alkohol efter att problematiskt alkoholbruk konstaterats genom AUDIT, CAGE och/eller biologiska prover. Alcohol-E kan användas med klienter som överkonsumerar enbart alkohol, eller med klienter som använder även andra droger. Just bland personer som använder droger finns ofta en parallell användning av alkohol, som dock inte uppmärksammas då fokus hamnar på de illegala drogerna.

Hos patienter på en avgiftningsavdelning för narkotika har det till exempel visat sig att fyra av fem förutom droger också använder alkohol, och att två av fem har ett riskbruk av alkohol [13]. Bland opiatberoende patienter som börjar med läkemedelsassisterad behandling uppstår ofta ökat risk- eller missbruk av alkohol [14]. Således uppstår ett behov av att utforska användningen av alkohol på liknande sätt som droger.

Initiativet till formuläret Alcohol-E kom från rättspsykiatri [15], men formuläret har nu spridits till verksamheter inom socialtjänsten, landstingen och kriminalvården. Alcohol-E kan användas med alla personer som

4 Många som kommit i kontakt med Alcohol-E vill gärna kalla formuläret för AUDIT-E. Dock har vi som utvecklat Alcohol-E gjort det helt fristående från AUDIT-formuläret, som ju utvecklats av Världshälsoorganisationen, WHO. Därför har vi kallat formuläret för Alcohol-E och ber att du håller dig till den benämningen.

har ett konstaterat riskbruk/missbruk eller beroende av alkohol, men någon fördjupad vetenskaplig studie om det har i skrivande stund inte gjorts (se dock kapitel 5 för en kort redovisning av data från internetversionen av Alcohol-E på www.escreen.se).

Man använder Alcohol-E precis som DUDIT-E. Det enda som skiljer formulären åt är att Alcohol-E handlar om olika sorters alkohol i stället för olika typer av droger. Du räknar fram poängen på samma sätt och samtalet förs också på ett liknande sätt. Du kan således tillämpa allt innehåll i denna bok också i samtal med personer som fyllt i formuläret Alcohol-E.

Förvaring av ifyllda formulär

Vad du gör med de ifyllda formulären är en viktig fråga som behöver dryftas på varje arbetsplats och man bör fatta ett gemensamt beslut utifrån en lokal konsekvensanalys. Möjliga alternativ är att:

- ge klienten frågeformuläret att ta hem och fundera över
- spara hela formuläret som bilaga till journalen
- föra in poängantalet i journalen och makulera formuläret
- göra något av ovanstående och/eller lämna över originalet eller en kopia av formuläret till en person som håller reda på resultaten över tid som verksamhetsstatistik.

Det finns för- och nackdelar med alla dessa förfaringssätt och de bör diskuteras lokalt. Säkert finns ännu fler sätt att hantera ifyllda formulär. Rutinerna bör utformas utifrån vilka behov verksamheten respektive klienten har samt vilka journalföringsföreskrifter som behöver uppfyllas.

Det är viktigt att hålla i minnet att DUDIT och DUDIT-E samt AUDIT och Alcohol-E är tänkta som hjälpmedel för att klienter ska kunna ändra beteenden som är skadliga för dem själva och/eller för omgivningen. Syftet är inte att klienten på grund av ett ifyllt frågeformulär ska lida men som till exempel förlust av arbete, försörjningsstöd, utbildningsplats eller framtida försäkringsersättningar – beslut av detta slag måste grundas på mycket mer omfattande utredningar som dessutom åtföljts av seriösa behandlings-/rehabiliteringsansatser.

2. DUDIT-E i mötet med klienten

DUDIT-E är ett hjälpmedel som underlättar för behandlare och klient att tala öppet om vilka för- och nackdelar som klienten upplever med sitt drogbruk. Poängantalen som kan beräknas utifrån DUDIT-E är värdefulla som vägledning under samtalet, samt naturligtvis för uppföljande statistik och forskning/utvärdering. I verksamheter där man behöver uppskatta problemnivån hos klienterna är det dock viktigt att man alltid utgår från behandlarens bedömning utifrån dialogen med klienten och inte låter verksamhetens behov av siffror och konkret underlag för beslut ta över det mänskliga mötet och konstruktiva samtalet.

De påståenden och frågor som finns samlade i DUDIT-E bygger på mångårig tidigare forskning och klinisk praxis. Metaforiskt kan DUDIT-E ses som skålen där man blandar ingredienserna till kakan, men skålen kan aldrig ersätta mjölet och sockret: dialogen mellan klient och behandlare. Det är således behandlarens bedömning tillsammans med klienten som utgör underlag för vidare steg, inte poängantal från DUDIT-E.

När det gäller språkbruket i återkopplingssamtalet bör det generellt följa det språkbruk som är förenligt med "MI-andan" (MI spirit), det vill säga en icke-dömande, empatisk, bekräftande och förändringsförstärkande inställning. Att MI är *icke-dömande* handlar om att behandlaren förmedlar respekt för klientens egna val i livet – även om dessa innebär överkonsumtion av alkohol och/eller droger. Det icke-dömande förhållningssättet har i forskningsstudier jämförts med en konfrontativ ansats och visat sig i större utsträckning leda till ökade hälsofrämjande beteenden. Att MI är en *empatisk* samtalsmetod innebär att klienten behöver känna sig förstådd av behandlaren för att kunna ta tag i sina problem och börja förändra sitt beteende. Empatin är en grundläggande förutsättning för att etablera en hållbar, tillitsfull terapeutisk relation, som fungerar som ett stöd för att möjliggöra klientens beteendeförändring. Inom MI är det också viktigt att behandlaren *bekräftat* klienten, genom att på ett äkta sätt uppmärksamma positiva drag och förändringar hos klienten. Bekräftelserna är en del av behandlarens MI-repertoar för att *förstärka förändringar* i det hälsoväldiga

beteendet. I denna repertoar ingår även bland annat reflektioner, öppna frågor, sammanfattningar och att ”rulla med motstånd”. Att föra ett fullgott MI-samtal kräver utbildning och upprepad övning med handledarstöd under minst ett halvår [3–4, 12, 17–18].

Fylla i formuläret

DUDIT-E kan administreras på många sätt. Som standard rekommenderar vi att frågeformuläret fylls i av klienten som ett självrapporteringsformulär, något som tar cirka 15–20 minuter. Det är lämpligt att detta sker i början av konsultationen, med behandlaren närvarande för att kunna besvara eventuella frågor från klienten. Under tiden som klienten fyller i formuläret kan behandlaren till exempel syssla med annat vid skrivbordet.

Ett annat alternativ är att låta klienten fylla i formuläret före samtalet, till exempel i väntrummet eller hemma, och ta med sig det in till samtalsrummet. Ett tredje alternativ är att behandlaren får det ifyllda formuläret i förväg och hinner räkna ut poäng och faktorer enligt bilagor 4–7 innan klienten kommit. De senare förfaringssätten är kanske mer aktuella när DUDIT-E används flera gånger med samma klient.

Återkopplingssamtal och dialog om frågeformuläret

Uträkningen av poängen på formuläret samt det efterföljande samtalet med klienten tar i allmänhet upp till 45 minuter, men dialogen kan också leda till så många intressanta utvecklingar hos klienten att samtalet varar betydligt längre. Om samtalet då ska förlängas utöver den avsatta tiden eller om du hellre bör dela upp samtalet i flera omgångar måste avgöras för varje tillfälle i sig.

Om samtalet delas upp är det viktigt att du ser till att inte avsluta med en dialog kring de positiva aspekterna av alkohol- eller drogbruket. Hos en klient som befinner sig i början av förändringsprocessen eller i ett övervägande stadium, kan fokus på det positiva i slutet av samtalet väcka impulser att återfalla i drogen. Om klienten däremot har lagt drogbruket bakom sig kan ett samtal kring hur man åstadkommer de tidigare positiva aspekterna på andra, mer hälsofrämjande sätt, vara lämpligt som ett led i ett större förändringsarbete som redan inletts. Se vidare under rubriken *Senare i behandlingskontakten* längre fram i detta kapitel.

Sammanfattningar

Formuläret DUDIT-E är uppdelat i fyra delar. DUDIT-Ed innehåller uppgifter om vilka droger som används och i vilken frekvens. DUDIT-Ep handlar om de positiva aspekterna av drogbruket, DUDIT-En om de negativa aspekterna och DUDIT-Et om beredskap för behandling (t står för treatment).

Ett av flera lämpliga tillvägagångssätt vid samtal kring formuläret kan vara att gå igenom svaren från början till slut. Det faller sig då naturligt med en kort sammanfattning eller summering efter varje del. Sammanfattningar är ett specifikt MI-verktyg som kan ha olika funktioner i samtalet, till exempel som en inledning till ett samtal där sammanfattningen beskriver tidigare samtal, som en övergång till ett nytt tema i samtalet eller som en hållpunkt där behandlaren sammanfattar vad som har framkommit i samtalet, förmedlar empati och förstärker förändringsbenägenhet [12]. Hur mycket tid eller energi som ska läggas ner på de fyra olika delarna måste värderas för varje enskild klient. Ibland har varken behandlaren eller klienten särskilt mycket att säga vid sammanfattningen. Men det kan också vara så att behandlaren gör viktiga iakttagelser och klienten har behov av att tillföra information i samband med varje sammanfattning.

Vid sammanfattningen av DUDIT-En, om de negativa aspekterna av droganvändandet, ter det sig ofta naturligt att på nytt sammanfatta de positiva aspekterna (DUDIT-Ep) av drogbruket och väga dessa gentemot de negativa. Att du lägger in sammanfattningarna av DUDIT-En och DUDIT-Ep tillsammans med sammanfattningen av DUDIT-Et ger tillfälle till de kanske viktigaste förändringsinriktade momenten i samtalet.

För att praktiskt underlätta sammanfattningarna finns mallar för DUDIT-Ep (bilaga 4) och DUDIT-En (bilaga 5). Ett sätt att sammanfatta är att föra ihop näraliggande frågor i olika kategorier, så att alla frågor i Ep respektive En kan sammanfattas i tre eller fyra kategorier var. Dessa kategorier har för DUDIT-E räknats ut genom en så kallad faktoranalys, ett sätt att statistiskt räkna ut vilka frågor som hör närmast till varandra i ett antal kategorier, eller *faktorer* som de kallas. Bilagorna 4 och 5 innehåller mallar som gör det lättare för dig som behandlare att sammanfatta klienternas svar i dessa faktorer. På så sätt går det att väga hur mycket varje faktor betyder för klienten. Ibland är klientens svar någorlunda jämnt fördelade på alla faktorer, i andra fall är det någon eller några av faktorerna som har en tydligt större eller mindre betydelse för klientens förhållande till droger. Genom att sätta ord på detta kan klienten ibland få nya insikter för att själv bättre förstå sitt drogbruk. Till exempel kan det visa sig att klienten främst använder drogerna för att känna sig social, men däremot inte för att må bättre fysiskt eller psykiskt. Det i sin tur kan leda till ett samtal om utanförskap respektive gemenskap och hur klienten kan öka känslan av gemenskap på andra sätt än genom drogrelaterade aktiviteter.

För att sammanfatta DUDIT-Et om behandlingsberedskap finns en mall för att räkna ut behandlingsrelaterade faktorer (bilaga 6), en mall för att beräkna DUDIT-Et och motivationsindexet (bilaga 7), samt ett nyutvecklat kliniskt frågeformulär om de olika aspekterna av motivationen till förändring

(bilaga 8; [16]). Vår erfarenhet pekar på att klienten kan uppleva formuläret som en passande och ordentlig avslutning av samtalet utifrån DUDIT-E. Genomgående är det här lämpligt med ett MI-förhållningssätt [17].

Lyhördhet i samtalet

Andra ämnen som på olika sätt anknyter till DUDIT-E kan naturligtvis komma upp under samtalet. Det förekommer att klienten vill sammanfatta sina olika behandlingsförsök eller arbetslivserfarenhet. Samtalet kan också väcka associationer kring hur drogbruket inleddes eller kring pågående försök att återupprätta kontakt med ursprungsfamiljen. Det är här upp till behandlaren att värdera åt vilket håll samtalet bör styras och på något sätt försöka hålla fast vid det övergripande målet för samtalet utifrån varje klients individuella förutsättningar.

Behöver man som behandlare ge återkoppling på allt som klienten kryssar för? Syftet med återkopplingssamtalet vid DUDIT-E är att underlätta för klienten att fundera på drogernas roll i sitt liv. Eftersom klienten har fyllt i allt kan du från ett MI-perspektiv tänka dig att det är viktigt att ta upp allt som klienten vill tala om, samtidigt som det också kan vara viktigt att föra in det som kanske inte omedelbart lockar till samtal. Här gäller det att vara lyhörd i samtalet, och balansera mellan att guida, följa och styra [18], utifrån de specifika förutsättningarna för samtalet mellan just dig och din klient. En viktig aspekt i MI-samtalet är samtidigt att alltid se till att förstärka förändringsprat (change talk) och att låta bli att uppmärksamma vidmakthållandeprat (sustain talk).

Dela upp samtalet?

Ibland räcker inte den avsatta mötestiden för att hinna klart med återkopplingssamtalet. Generellt finns inget hinder för att dela upp samtalet i två eller flera möten. Om klienten befinner sig i en sårbar livssituation med relativt hög risk för återfall bör man, som nämnts tidigare, undvika att avsluta samtalet med de positiva aspekterna av drogbruket. Om det är klart efter ifyllandet att tiden blir begränsad, kan det vara klokare att undersöka DUDIT-Ed-delen (kartläggning av drogbruket) och boka en näraliggande besökstid för att gå igenom delarna Ep (positiva aspekter), En (negativa aspekter) och Et (beredskap för förändring). Ytterligare ett förslag är att gå igenom Ed, Ep och En och sedan låta några dagar gå innan Et går igenom med klienten. När återkopplingssamtalet delats upp på detta sätt har vi i vissa fall observerat att genomgången av positiva och negativa aspekter av drogandet satt igång reflektioner hos klienten kring mer konkreta förändrings- och behandlingsalternativ. Samtalet om Et-delen blir då mer meningsfullt när det sker vid ett separat tillfälle.

Om DUDIT-E använts flera gånger under en behandlingsperiod med syfte att se om och i så fall vilka förändringar som har inträtt, borde det knappast vara nödvändigt att bryta upp ifyllandet eller återkopplingssamtalet enligt ovan.

Anpassa samtalet till klientens förändringsbenägenhet

DUDIT-E används när det konstaterats att ett riskbruk av droger finns. Således är det i fas 2 av utredningsprocessen som formuläret passar bäst, när en fördjupning av klientens känslor och tankar kring drogbruket blir naturlig.

I och med att förändringsprocessen när det gäller missbruk och beroende av alkohol och droger oftast är långvarig kan DUDIT-E även användas återkommande, när som helst i behandlingen. Som vi genomgående har påpekat är tankegångarna bakom frågeformuläret nära besläktade med principerna för MI. Därför växer DUDIT-E i ett MI-inspirerat samtal kring klientens svar till mycket mer än ett utredningsinstrument.

Dialogen med klienten påverkas av hur nära genomförandet av en förändring han eller hon befinner sig, eller med andra ord hur motiverad klienten är för förändring. I dag finns två konkurrerande modeller som beskriver vilken position en person intar i förhållande till förändringsprocessen [4]. Den ena är *förändringscykeln*, en modell som utvecklats av Proschaska och DiClemente (1986) och som alla personer som utbildats i MI bör vara bekanta med. Den andra är *vilja-kunna-modellen*, som speglar förändringspositionen som avhängig hur viktigt det är för personen att förändra sitt beteende på en skala från 0 till 10, respektive hur mycket tilltro personen upplever till sin egen förmåga att förändra beteendet, också på en skala från 0 till 10. Enligt båda modellerna behöver behandlaren anpassa sin samtalsstrategi efter klientens position i modellen. Syftet med behandlarens förhållningssätt i samtalet är alltid att öka klientens förändringsprat i riktning mot hälsosam beteendeförändring [4].

I denna manual utgår vi ifrån förändringscykeln med sex stadier: obekymrad om problemet, överväger förändring, förbereder förändring, beslutar sig för att förändra, genomför förändring och bibehåller förändringen. Vi vill dock påminna om att klienter oftast befinner sig i ett flytande tillstånd mellan olika stadier.

Medan MI-samtalet generellt bör stärka förändringsprat (change talk) och inte bidra till vidmakthållandeprat (sustain talk), är ett generellt råd att utforska de positiva aspekterna med drogbruket noga innan man går vidare. En klient som innerst inne har åsikter om drogers positiva aspekter utan att ha kunnat sätta ord på detta, kan annars störas i sin förändringsriktning mot ett drogfritt liv. Det kan trots allt vara lättare att arbeta vida-

re när både klient och behandlare öppet kan samtala om det positiva som fortfarande lockar klienten till ett återfall. Att vara insatt i vad drogerna har gett klienten kan också vara viktigt för att förstå vad klienten värderar i sitt liv, och även vilka andra problem han eller hon har som behöver lösas.

Om man som behandlare får intryck av att klienten befinner sig på ett mycket tidigt förändringsstadium bör man fokusera på att bygga en terapeutisk allians, som grund för eventuellt vidare arbete. Ett bra sätt att göra detta är att ge återkoppling kring informationen som framkommit genom DUDIT-E i dialogform enligt metoden F-G-F (framkalla/ge/framkalla information). Behandlaren börjar med att be om lov att få ge information, till exempel genom att fråga "Är det okej om vi pratar om hur det ser ut med ditt drogbruk?". Sedan fortsätter behandlaren genom att först fråga klienten vad han redan vet, till exempel "Berätta vad du vet om hur långvarigt cannabisbruk kan påverka kropp och psyke". När klienten berättat en del, fortsätter behandlaren genom att ge kort och saklig information som är anpassad till det som klienten redan vet. Dialogen avrundas med att behandlaren frågar klienten vad informationen kan innebära för honom personligen (för exempel på dialoger se [3, 17] och för mer information om återkoppling av resultat om screeningresultat avseende alkohol- och drogbruk se [9]).

Om klienten däremot mer eller mindre verkar ha slutat använda droger, kan det mesta i samtalet handla om drogbrukets negativa sidor. Behandlaren påverkar samtalets fokus genom sina reflektioner. Om behandlaren har gjort ett felaktigt antagande om var i förändringsprocessen klienten befinner sig brukar klientens respons ge indikationer om detta. Då behöver man som behandlare ändra strategi under tiden samtalet pågår.

DUDIT-E senare i behandlingskontakten

Om DUDIT-E introduceras när behandling har pågått ett tag behöver dess användning anpassas till att bli en del av behandlingen. Frågeformuläret är hela tiden detsamma; det som ändrar karaktären på interventionen är det efterföljande samtalet.

Utifrån principerna för MI är det viktigt att ständigt vara lyhörd för klientens förändringsspråk. När klienten har tagit ställning och påbörjat en förändring, men ännu inte stabiliserats i sina nya vanor, kan det vara riskabelt att lyfta fram de positiva aspekterna av drogbruket. Man riskerar då att klienten återfaller. I stället bör de positiva aspekterna lyftas fram vid samtal senare i behandlingskontakten, när klienten befästs i sin drogfria tillvaro men funderar över hur hon kan åstadkomma de positiva effekter hon fick av drogerna på andra, drogfria, sätt.

Inom ramen för vår pilotstudie har vi fört dialoger utifrån DUDIT-E med klienter i olika stadier av processen mot drogfrihet. Vi har inte fått kunskap

om några återfall som kan relaterats till DUDIT-E-samtalet. Vi kan dock inte utesluta att användande av enbart DUDIT-E utan samtal, eller med ytterst begränsad återkoppling kring resultaten, för en mindre stabil person skulle kunna få en olycklig inverkan på hans eller hennes attityd mot sitt drogbruk. Detta framförallt då det kan upplevas som hopplöst när allt gott i livet kommit av alkohol-/drogbruket. I sådana situationer blir samtalet kring Alcohol-E eller DUDIT-E med behandlaren än viktigare att genomföra.

DUDIT-E som kontinuerlig mätning av behandlingsprocessen

Syftet med återkommande användning av DUDIT-E är att konstatera förändringar sedan det förra svarstillfället. Samtal kontinuerligt under en behandlingsprocess kan hjälpa klienten att finna alternativa sätt att uppnå positiva effekter som i början av kontakten kom enbart av droganvändningen. Det kan också väcka uppmärksamhet kring försvagning eller förstärkning av negativa upplevelser som tidigare förknippats med drogbruk men som nu kan visa sig ha klingat av, eller finnas kvar som en återstående drogeffekt, eller till följd av samsjuklighet, som kanske inte tidigare uppmärksammats. Hur som helst fokuserar samtalet naturligtvis på förändringar sedan det förra svarstillfället, och klientens tankar om vad som kan ha åstadkommit förändring.

Ytterligare ett användningssätt är att titta på formuläret från första svarstillfället på nytt, och undersöka hur klienten gör i dag för att uppnå de positiva effekter som tidigare kom av drogbruk. Denna typ av återblick kan också bidra till att på ett givande sätt analysera bakgrunden till eventuella återfall.

Om klienten har fyllt i DUDIT-E och ett återkopplingssamtal har skett, men du som behandlare känner dig osäker på vad nästa steg är, kan *värderingskort* vara ett bra sätt att tillsammans med klienten utforska grundläggande värderingar. Värderingskort på svenska i översättning av Carl Åke Farbring kan laddas ner som Word-fil på <http://farbring.com/MIBSF1.html>. I slutet av listan finns värderingstillägg anpassade för kriminalvårdssammanhang. Korten används på så sätt att klienten delar upp dem i tre högar under rubrikerna Mycket viktigt för mig, Viktigt för mig och Inte viktigt för mig. Därefter väljer klienten de fem allra viktigaste värderingarna från högen "mycket viktigt för mig". Dessa fem värderingskort som klienten valt kan lämpligen kopieras i kopieringsapparat så att de samlas på ett A4 papper. Gör en kopia till dig som behandlare och en till klienten. Värderingssamtalets "resultat" kan på så vis tjäna som underlag för vidare samtal om hur klienten uttrycker dessa värderingar i sitt liv och vad som skulle behöva ändras för att minska skillnaden mellan hur livet ter sig i dag och vad klienten värderar högst i sitt liv.

Vidare personutredning i samband med drogproblematik

Under återkopplingssamtalet med DUDIT-E kan behandlaren lägga märke till flera detaljer som pekar på behov av vidare utredning. Här är några av de ämnen som kan tänkas komma upp:

- **Själv-mordstankar** (nr 6 i DUDIT-En). Om klienten anger att själv-mordstankar förekommer en gång i månaden eller oftare bör du ta upp det. Förekommer tankarna ännu oftare, till exempel en gång i veckan eller mer, bör du se detta som ett allvarligt varningstecken som signalerar behov av vidare samtal och eventuell remiss till specialistbehandling, alternativt att du ser till att få handledning kring klienten. I Sverige kan du få särskilda råd och tips från hemsidan för nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, <http://ki.se/nasp>. Som stöd i Norge finns sedan 2008 riktlinjer för bemötande av suicidrisk [19].
- **Kognitiva brister** hos klienten kan komma fram när Alcohol-E eller DUDIT-E fylls i. Det kan bli tydligt att klienten har någon form av läs- eller skrivsvårigheter som du inte tidigare känt till. Klientens problematik behöver i så fall utredas av en person med neuropsykologisk kompetens eller remitteras vidare till specialist i neuropsykologi.
- **Emotionella brister** hos klienten kan också komma fram under ifyllandet av formulären och återkopplingssamtalet. Lagg särskilt märke till exempel på hänsynslöshet, förstört familjeliv och att klienten ser allt som ett stort kaos (frågorna 15–17 i DUDIT-En). Tänk också på att samsjukligheten för drogproblem är mycket hög, det vill säga att klienten kan lida av många andra problem som är förknippade med psykisk ohälsa, från ångest och depression till olika psykiatriska syndrom som posttraumatisk stressyndrom (PTSD) och personlighetsstörningar som till exempel antisocial personlighetsstörning (ASPD) eller emotionellt instabil personlighetsstörning (tidigare borderline, BPD). Se till att få det stöd du som behandlare behöver för att kunna möta klienten på bästa sätt.
- **Livsstilsproblem** kan också bli tydliga under samtalet, till exempel om klienten använder droger för att sova bättre (fråga 1, DUDIT-Ep), för att få mindre ont (fråga 10, Ep) eller kontrollera negativa känslor (fråga 13, Ep). Svar som tyder på att problemet förekommer ofta (svarsalternativ "en del", "mycket" eller "helt"), kan tyda på behovet av att vidareutreda sömnstatus, kroppslig smärta respektive depression och ångest. Kom ihåg att remiss till sjukgymnast kan vara ett viktigt led i att hjälpa klienten att bekanta sig bättre med sin egen kropp och dess behov, i syfte att bättre kunna lindra smärta och annat kroppsligt obehag samt må fysiskt bra. En del kliniker inom den specialiserade beroendevården erbjuder tillgång till sjukgymnaster.

När utredningsprocessen kommit så långt att alkohol- och drogproblematiken utretts genom AUDIT och Alcohol-E eller DUDIT och DUDIT-E, kan en bredare bild av klienten behövas för att klargöra vilken typ av behandlingshjälp som kan vara effektiv. Fördjupad personbedömning kan ge en fylligare bild av klientens behov, både när det gäller behandling av alkohol- och drogproblem och när det gäller andra aspekter av klientens liv (se bild 1 i kapitel 1). Generellt sker en sådan bedömning genom strukturerade intervjuer. Dessa tar mer tid och kräver mer specialiserade resurser än samtalet kring Alcohol-E eller DUDIT-E. Personbedömningen initieras först när det blivit uppenbart att problematiken är så komplicerad eller mångtydig att självrapporteringsformulär som Alcohol-E och DUDIT-E inte ger svar på djupare frågor om personligheten eller livssituationen. Några lätt-tillgängliga intervjuer beskrivs i DUDIT-manualen [20]. Här ges en kort sammanfattning.

Diagnostiska intervjuer för alkohol- och drogproblem finns i SCAN-intervjun (Schedules for Assessment in Neuropsychiatry), som är ett intervjuformulär med 21 kapitel som utvecklats av WHO för att diagnostisera generell psykiatrisk problematik [21]. I dag finns såväl SCAN kapitel 11, om alkohol, och kapitel 12, om psykoaktiva substanser utom alkohol, i en användarvänlig version på svenska med tillhörande förteckning över abstinenssymtom, förgiftningssymtom och dysfunktionellt beteende för olika drokkategorier. Intervjun tar mellan 20 och 60 minuter per kapitel och kan beställas av författaren (Berman) men kräver utbildning för att kunna genomföras på ett tillförlitligt sätt. Självklart kan en fullständig SCAN-intervju på 21 kapitel genomföras, men då tar processen upp till fyra-fem möten på cirka 90 minuter var.

Ett intervjuinstrument som ger svar på olika problem i livet på sju områden är ASI (Addiction Severity Index), som i dag används på ett mycket brett plan både i Sverige och internationellt och kan betraktas som ett standardinstrument inom socialtjänst, beroendevård och kriminalvård [22]. ASI omfattar cirka 180 frågor fördelade på sju i missbrukssammanhang viktiga områden: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkoholbruk, narkotikabruk, kriminalitet/asocialitet, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Intervjun tar omkring en timme att genomföra och det finns en uppföljningsversion som är något kortare. ASI-intervjun är kvalitetssäkrad med avseende på relevans (validitet) och mätnoggrannhet (reliabilitet) och har blivit mycket populär i både Europa och USA. ASI kan användas för resursallokering baserad på behovet av hjälp och behandlingsinsatser inom olika problemområden, matchning av behandlingsinsatser till klientegenskaper, uppföljning och utvärdering av behandlingsprogram samt karakteristik av och jämförelser mellan olika missbrukspopulationer [23].

Uppföljning med samma frågeformulär, det vill säga steg 4 i utredningen av drogproblematik (se bild 1), sker när en viss tid har förflutit sedan steg 1–3 genomförts. Exakt vid vilken tid uppföljningen bör ske – tre, sex eller tolv månader efter utredningens början – är något som måste bestämmas lokalt där utredningen sker. För att uppföljningen ska bli intressant är det viktigt att samma instrument som använts under utredningstiden används igen för testningen. Dessa uppgifter kan tjäna som underlag för utvärdering eller forskning som bedrivs om de behandlingsinsatser som tillämpats. Dock är det viktigt att hålla i minnet att uppföljning delvis bygger på dokumentation som förts löpande under behandlingstiden. Om uppgifter saknas från denna tid kan det försvåra en tillförlitlig uppföljning.

3. Poängberäkning

DUDIT-E och Alcohol-E består båda av fyra separata delar (se bilagorna 1 och 2 för hela formulären med alla fyra delarna).

- DUDIT-Ed – Drogtabell innehåller tio drogkategorier med sex svarsalternativ. Det finns även möjlighet att kryssa i om bruket sker enbart vid återfall.
- DUDIT-Ep – Positiva konsekvenser av drogbruket innehåller 17 påståenden med fem svarsalternativ.
- DUDIT-En – Negativa konsekvenser av drogbruket innehåller även den 17 påståenden med fem svarsalternativ.
- DUDIT-Et⁵ – Behandlingsfrågor avseende drogbruket innehåller tio frågor med tre svarsalternativ.

I DUDIT-Ed finns uppgifter om vilka droger som används och i vilken frekvens. För DUDIT-Ep har fyra kategorier av svar på frågorna identifierats (kategorierna kallas *faktorer* inom statistiken): känslomässigt välmående, individuell kompetens, fysiskt välmående och social kompetens. För DUDIT-En finns också fyra faktorer: individuellt lidande, socialt lidande, kroppsligt lidande och våld/kriminalitet. För DUDIT-Et finns tre faktorer: behandlingsberedskap, förändringsvilja och handlingsvilja.

Många klienter använder flera droger. I ett urval på 154 individer från beroende- och kriminalvården var 25 procent av deltagarna beroende av enbart en drog, 60 procent av två eller tre droger och åtta procent av fyra till sex droger, allt enligt DSM-iv och/eller ICD-10 diagnoser [2]. Den kliniska erfarenheten av DUDIT-E visar att klienter ibland har svårt att svara på frågeformuläret generellt för alla droger de använder. Eftersom olika droger har olika – och till och med motstridiga – effekter, exempelvis att sexlust ökar med användning av amfetamin medan den minskar med användning av opiater, vill klienter som använder ett brett spektrum av droger ibland skilja sina svar åt beroende på vilken drog som avses. Vi har två förslag för att lösa detta:

⁵ Frågorna i DUDIT-E om intresse för beteendeförändring och/eller behandling benämns DUDIT-Et, där t står för "treatment". På så sätt är beteckningen anpassad till internationella förhållanden.

1. Om du ser DUDIT-E som ett fördjupat test som motsvarar steg 2 i utredningsmodellen (se bild 1 i kapitel 1), kan du be klienten att ändå försöka svara generellt för alla positiva respektive negativa aspekter av drogerna som han eller hon upplever. Sedan kan du gå vidare och utforska mer på djupet för varje drog i steg 3 av utredningsmodellen, alternativt diskutera förhållandet till olika droger i det MI-inspirerade återkopplingssamtalet.
2. Om det känns viktigt att skilja olika droger åt, kan drogtabellen fyllas i en gång på första formuläret. Därefter kan klienten fylla i DUDIT-Ep, -En och -Et för varje aktuell drog, på separata formulär som lämpligen häftas ihop. Ett sådant förfarande kan hjälpa klienten att prioritera bland drogerna, till exempel med "meny-agenda", som innebär en uppställning av de olika drogerna och en rangordning av vilket drogbruk klienten vill ändra först (se [17] kapitel 8; [18] s. 85–89; [24] kapitel 12). Med detta förfaringssätt kan du räkna ut olika motivationsindex för varje drog.

I bilagorna 4, 5 och 6 finns mallar som hjälper dig att räkna ut fördelningen av faktorerna/kategorierna för svaren på DUDIT-Ep, DUDIT-En och DUDIT-Et. I bilaga 7 finns en mall för uträkning av DUDIT-Et och motivationsindex.

Den tidpunkt som avses i formuläret är generellt här och nu. Enbart i de första fyra frågorna i DUDIT-En förekommer uttrycket "senaste året", där dessa frågor är beroendetecken enligt DSM-iv respektive ICD-10. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att du kan komma att föra ett samtal om DUDIT-E eller Alcohol-E när drogbruket ligger i det förflutna. När klienten då fyller i formuläret handlar svaren om hur han eller hon upplevde drogbruket under den aktiva tiden. Syftet med samtalet är då mindre att förändra aktuellt beteende och mer att reflektera över ett tidigare leverne och eventuellt dra nya slutsatser om vad som vid samtalets tidpunkt behöver fortsättningsvis förändras.

Nedan följer en genomgång av frågorna, svaren och deras bedömning för varje del av DUDIT-E samt för motivationsindexet.

DUDIT-Ed

I första delen av DUDIT-Ed anger klienten vilka av nio drokkategorier han eller hon använder. Om klienten fyller i formuläret angående ett drogbruk som ligger i det förflutna, utgår han eller hon från sina minnen om hur det var då och uppger även eventuella återfall med kryss i återfallsrutan. Drokkategorierna är cannabis, amfetamin, kokain, opiater, hallucinogener, lösningsmedel, GHB och övriga droger, sömn-/lugnande tabletter, smärt-

stillande tabletter och tobak. Klienten anger detta genom att kryssa för hur ofta bruket sker, från "aldrig" till "4 gånger i veckan eller mer". Svaren för varje drogtyp värderas som 0, 1, 2, 3, 4 eller 5. Vi föreslår att du väljer ett eller flera bland följande fyra alternativ för att sammanfatta drogdelen:

1. Du kan summera alla svar utom tobak, då är maximala poängantalet 45. Denna metod passar bra för att jämföra droganvändning i större grupper.
2. För individuell användning, dela poängtalerna med antalet drogkategorier där klienten angett minst "2" (1 gång/månad eller mer sällan) för att få en uppskattning av hur allvarligt drogbruket är på en skala från 2 till 5. Observera att du inte tar med tobak, som finns med i tabellen enbart som extra information [25].⁶
3. Ett tredje alternativ är att summera alla svar enbart för de droger som används aktivt, det vill säga får 4 eller 5 poäng. Sedan delar du summan med antalet drogkategorier som ligger på aktiv nivå (uteslut tobak även här). Svaret blir ett index som speglar allvaret i det aktiva drogbruket. Det är viktigt att notera antalet drogkategorier som besvaras med 4 eller 5 poäng för att få en bild av antalet droger som används aktivt.
4. Ett fjärde alternativ är att skapa sig ett visuellt intryck av droganvändningen, alltså att du tittar på klientens svar i drogtabellen och lägger märke till vilka droger som används på aktiv nivå med 4 eller 5 poäng. Jämför med de droger som används mer sällan, det vill säga de som får 3 poäng eller mindre. Diskutera sedan förhållandena mellan de olika drogerna med klienten i återkopplingssamtalet.

Kryss i återfallsrutan

Om klienten har kryssat för återfallsrutan, undanta den drogen eller de drogerna från det totala poängtalet. Notera poängtalet för återfallsdrogen med ett "Å" vid resultatet. Om det finns fler än en återfallsdrog, ange återfallsdrogerna med respektive poängtal, till exempel Å3 eller Å5.

DUDIT-Ep

I denna del av DUDIT-E visar klienten i vilken mån drogbruket har positiva aspekter. Det grundläggande syftet med denna del är att förstå vad det är som motiverar klienten att använda droger, samt att identifiera områden där klienten skulle behöva hitta alternativa strategier eller förhållningssätt för att uppnå dessa positiva aspekter utan droger.

⁶ Tobaksrökning tillsammans med smärtstillande tabletter för klienter under 40 år innebär en riskfaktor för utveckling av opiatberoende [25].

När samtalets fokus är drogbruk som ligger i klientens förflutna, kan syftet vara att identifiera vad klienten i dag gör för att fylla de behov som drogerna tidigare svarade för. När klienten har funnit nya, alternativa strategier kan det ge tillfälle till bekräftelse av och förståelse för hur klienten gör i dag. När klienten inte har funnit nya strategier kan samtalet få ett återfallspreventivt fokus; det ger möjlighet att uppmärksamma hur viktiga dessa behov egentligen är – har klienten förändrats på ett sådant sätt att behoven inte längre finns, eller behöver han eller hon arbeta för att hitta alternativa strategier?

Svaren för varje påstående värderas som 0, 1, 2, 3 eller 4. Räkna ihop poängantalet för alla påståendena. Det kan vara intressant att jämföra din klients svar med det maximala poängantalet, som är 68. Bland beroendepatienter och kriminalvårdsintagna har vi till exempel funnit medelvärden på cirka 33 poäng [2, 13], ungefär hälften av maximala poängantalet.

Vill du fördjupa innebörden i klientens svar så kan du använda de faktorer/kategorier som framgår i bild 2 nedan. Varje faktor innebär en sammanfattning av ett tema som binder ihop närliggande påståenden. Du kan själv räkna ihop poängen för varje faktor och dela med antalet påståenden som ingår i faktorn. Genom uträkningen går det att se om klienten upplever att någon särskild aspekt av livet är viktig att påverka genom drogbruket. Till exempel kan det vara så att klienten använder drogerna framförallt för att känna sig mer social. Kanske kan det då vara så att klienten egentligen lider av social fobi. För att då kunna lösa det problem som troligen ligger till grund för drogbruket, skulle klienten sannolikt behöva genomgå behandling för social fobi. I bilaga 4 finns en mall för att räkna ut fördelningen av positiva faktorer för klienten. Bild 2 sammanfattar faktorernas innehåll; se även [26] för mer detaljerad information.

Faktornamnen från forskarperspektiv	1 Känslomässigt välmående	2 Individuell kompetens	3 Fysiskt välmående	4 Social kompetens
Faktornamnen från klientperspektiv	1 Upplever psykiskt välmående	2 Blir mer positiv	3 Upplever fysiskt välmående	4 Känner mig social
1. Sover bättre.			X	
2. Blir avspänd och avslappnad.			X	
3. Blir glad.		X		
4. Blir stark.		X		
5. Känner mig "normal".				X
6. Blir kreativ.		X		
7. Blir aktiv.				X
8. Älskar alla och hela världen.		X		
9. Får ökat självförtroende.	X			
10. Får mindre ont i ryggen, nacken, huvudet osv.				X
11. Får en känsla av att allt ordnar sig.	X			
12. I livet utan droger är tråkigt.	X			
13. Jag kan styra känslor som ångest, ilska och depres- sion.	X			
14. Med droger kan jag fungera socialt.				X
15. Med droger känner jag att jag är med i gruppen.	X			
16. Jag får bättre kontakt med andra.	X			
17. Jag får ut mer av mitt liv.	X			

BII D 2. på sTåEnDEn om posITivA AspEkTEr Av Dr ogbr UkET fr ån
DUDIT-Ep I f y r A f Ak Tor Er .

DUDIT-En

I denna del av DUDIT-E visar klienten på vilket sätt drogbruket leder till negativa konsekvenser. När samtalet handlar om vad som händer i nutid kan syftet vara att framförallt benämna konsekvenserna av drogbruket, för att om möjligt kunna förstärka förändringsprat i riktning mot att drogbruket med dess negativa konsekvenser upphör.

När samtalet handlar om klientens förflutna, ger det tillfälle att reflektera över tidigare upplevda negativa konsekvenser. Om samtalet sker med

en klient som avslutat sitt drogbruk, kan syftet vara att sammanfatta det aktuella förhållningssättet till droger, bekräfta framstegen och, om det är lämpligt, att identifiera situationer där risk för återfall uppstår, med påföljande negativa konsekvenser. Om samtalet sker med en klient som befinner sig på behandlingsinstitution eller inom kriminalvården, kan syftet vara återfallspreventivt inför en kommande vistelse i frihet.

Svaren för varje påstående värderas som 0, 1, 2, 3 eller 4. Räkna ihop poängantalet för alla påståenden. Det maximala poängantalet är 68. Som jämförelse kan det vara intressant att notera att vi bland beroendepatienter har funnit medelvärden på ca 33 poäng på DUDIT-En [13] medan kriminalvårdsintagna har visat medelvärden på knappt 17 poäng på En [2].

Vill du gå djupare in i klientens svar, kan du för varje faktor/kategori räkna ihop poängen och dela med antalet påståenden som ingår i faktorn (se bild 3). Genom uträkningen går det att se om någon särskild aspekt av livet är särskilt negativt påverkad genom drogbruket. Till exempel kan det vara så att klienten upplever en tilltagande psykisk ohälsa på grund av drogbruket. Samtidigt har han eller hon inte någon behandlingskontakt inom psykiatri som han/hon litar på. Motivationsarbetet skulle i ett sådant fall innefatta fördjupad utredning av den psykiska ohälsan och utforskande av lämpliga behandlingsmöjligheter, något som klienten sannolikt behöver hjälp med att etablera.

Observera att fråga 8, huvudvärk, hör till två faktorer – individuellt respektive kroppsligt lidande – och kan räknas till båda. I bilaga 5 finns en mall för att räkna ut fördelningen av negativa faktorer för klienten. Bild 3 sammanfattar faktorernas innehåll och antalet påståenden som ingår.

Faktornamnen från forskarperspektiv	1 Individuellt lidande	2 Socialt lidande	3 Våld/ kriminalitet	4 Kroppsligt lidande
Faktornamnen från klientperspektiv	1 Psyisk ohälsa	2 Känner sig utanför	3 Inblandad i våld/ kriminalitet	4 Fysisk ohälsa
1. Jag har under senaste året haft problem på arbetet, i skolan eller hemma på grund av droger.		X		
2. Jag har under senaste året sökt läkar- eller sjukhusvård eller haft medicinska problem (t ex minnesluckor eller hepatit) pga droger.				X
3. Jag har under senaste året hamnat i bråk eller använt våld när jag varit påverkad av droger.			X	
4. Jag har under senaste året haft problem med polisen pga droger.			X	
5. Får ångest.	X			
6. Får självmordstankar.	X			
7. Drar mig undan andra.	X			
8. Får huvudvärk eller mår illa.	X			X
9. Får sämre kontakt med vänner.	X			
10. Får svårt att koncentrera mig.	X			
11. Lusten till sex minskar.				X
12. Försör ekonomin.		X		
13. Blir passiv.	X			
14. Får sämre hälsa.	X			
15. Blir hänsynslös.	X			
16. Försör familjelivet.		X		
17. Ser allting som ett stort kaos.		X		

BII D 3. på sTåEn DE n om nEgAtIvA konsEkvEnsEr Av Dr ogbr UkET fr ån DUDIT-En I f y r A f Ak To r Er .

DUDIT-Et

I denna del av DUDIT-E visar klienten beredskap för förändring och intresse för behandling. Klientens svar på Et-delen ger tillfälle att samtala om hur intresserad han eller hon är av att förändra sitt drog-beteende och hur hon tänker kring att ta emot hjälp från andra för att förändra sitt beteende. För samtal om nutida drogbruk kan Et-delen ge tillfälle att utforska vad klienten vet om vårdmöjligheter, och vad han eller hon skulle vilja veta

mer om. Dessutom kan Et-delen ge insikt i vad klienten kan behöva för hjälp av dig som behandlare. Om samtalet i stället handlar om drogbruk i förfluten tid, kan Et-delen ge tillfälle till reflektion och utvärdering kring den förändring som skett och/eller den hjälp som klienten haft nytta av.

Svaren för varje fråga värderas som 0, 1 eller 2. Höga svarssummor på frågorna 2 (trött på droger), 3 (oro över drogbruket), 4 (beredd att arbeta för en förändring), 5 (åsikt att professionell hjälp behövs för att ändra bruket) och 8 (åsikt att det är viktigt att förändra drogbruket) speglar insikt om att drogbruket är ett problem som bör åtgärdas.

Höga svarssummor på frågorna 1 (trivsel med drogerna) och 9 (tron att det blir svårt att ändra drogbruket) speglar däremot hinder för att förändra drogbruket. Därför subtraheras summan av frågorna 1 + 9 från summan av frågorna 2 till 5 och 8.

Räkna ihop poängen enligt följande formel. Poängtalet kan variera mellan -4 och 10. Observera att siffrorna i formeln alltså avser *numret på frågan* i Et-delen. En hjälpmall finns i bilaga 7.

$$\text{DUDIT-Et} = (2+3+4+5+8) - (1+9)$$

Frågorna 6, 7 och 10 undantas från formeln. När det gäller frågorna 6 och 7 beror det på att dessa ger information om klientens mer konkreta inställning till att påbörja behandling och inte direkt handlar om förändringsviljan i sig. Fråga 6 handlar mer om utsikterna att faktiskt få hjälp och fråga 7 om förtroendet för den egna kapaciteten att upprätta en terapeutisk allians med hjälpinstansen. När det gäller fråga 10 ger den en indikation om att klienten kanske redan ändrat sitt drogbruk, antingen självmant eller med hjälp från vården eller andra instanser, till exempel självhjälsgrupper. Fråga 10 undantas från formeln därför att det är mindre självklart att den är knuten till ett konkret behov av förändring med eller utan behandling. Titta på frågorna 6, 7 och 10 för att få en uppfattning om hur klienten ligger till i dessa avseenden. För att få mer välavvägd information om klientens motivation till förändring av drogbruket rekommenderas att du räknar ut motivationsindexet (se avsnittet nedan).

Vill du gå ännu djupare in i klientens svar, kan du för varje faktor räkna ihop poängen och dela med antalet påståenden som ingår i faktorn (se bild 4). Genom uträkningen går det att se variationer i klientens beredskap till behandling, vilja till förändring respektive handling. En hjälpmall finns i bilaga 6. Bild 4 sammanfattar faktorerna för Et och visar vilka påståenden i Et-delen som ingår i varje faktor.

Faktornamnen från forskarperspektiv	1 Behandlings- beredskap	2 Förändrings- vilja	3 Handlings- vilja
Faktornamnen från klientperspektiv	Reflekterar över ditt bruk	Funderar på att ändra ditt bruk	Vill göra något konkret åt ditt bruk
1. Trivs du med att ta droger?		-X	
2. Känner du dig trött på att använda droger?		X	
3. Har du under senaste året oroat dig för ditt drogbruk?		X	
4. Är du beredd att arbeta för att ändra ditt drogbruk?			X
5. Tycker du att du behöver professionell hjälp för att förändra ditt drogbruk?	X		
6. Tror du att du kan få tillgång till rätt professionell hjälp?	X		
7. Tror du att du kan bli hjälpt av professionell behandling för ditt drogbruk?	X		
8. Tycker du att det är viktigt att förändra ditt drogbruk?		X	
9. Tror du det blir svårt att ändra ditt drogbruk?		-X	
10. Har du redan ändrat ditt drogbruk och söker metoder som hjälper dig att undvika återfall?			X

Bil D 4. fr ågor om InTr EssE för bETEn DE för än Dr Ing fr ån
DUDIT-ET I Tr E f Ak Tor Er .

Motivationsindex

Tanken med motivationsindexet är att klientens uttalade intresse för förändring enligt DUDIT-Et vägs mot svaren som uppgetts om positiva respektive negativa aspekter av drogbruket (Ep respektive En).

För att beräkna motivationsindexet gör du så här: Beräkna summan av DUDIT-En och dela med summan av DUDIT-Ep. Multiplicera resultatet med summan av DUDIT-Et enligt formeln som beskrivits i avsnittet ovan.

Formeln för motivationsindexet ser då ut så här:

$$\text{Motivationsindex} = \text{DUDIT-En}(\sum 1..17) / \text{DUDIT-Ep}(\sum 1..17) \times \text{DUDIT-Et} [(2+3+4+5+8)-(1+9)]$$

Poäng på motivationsindexet kan bli negativa eller positiva. Kom ihåg att siffrorna i formeln för motivationsindexet avser *numret på frågan*. Sätt in klientens svarssiffra på respektive fråga, så kan du summera svaren och räkna ut indexet. En mall för att underlätta beräkning av motivationsindexet finns i bilaga 7.

När något av värdena i motivationsindexet är 0

Generellt manas till försiktighet när något av värdena Ep, En eller Et är lika med 0. Här ges instruktioner för hur man beräknar motivationsindexet även i dessa fall, men vi påminner om att man kan ifrågasätta om motivationsindexet då ger en korrekt bild av klienten, och vi rekommenderar att det används med försiktighet.

När DUDIT-En eller DUDIT-Et är lika med 0 blir motivationsindexet också lika med 0. I dessa fall kan 0-värdet spegla en låg motivation till förändring av drogbruket. Ändå bör de enskilda värdena granskas närmare, både när man arbetar i en behandlingsmiljö med klienter och i forskning-en. När DUDIT-Ep blir 0 kan motivationsindexet inte räknas ut eftersom det inte går att dela ett tal med 0, men för att få ett värde kan du i kliniska sammanhang ersätta 0-värdet med 1.

Hur ofta förekommer detta problem? En studie med en internetbaserad version av DUDIT-E visar att problemet förekommer hos 16,5 procent av urvalet (63 av 381 användare; [27]), medan i ett urval med beroendepatienter från en drogavgiftningsavdelning förekom problemet enbart i 3 av 320 fall [13]. I forskningssammanhang kan detta hanteras med att fallet utesluts ur analysen.

Du som ersätter ett 0-värde med 1 kommer att upptäcka att du kan få väldigt höga motivationsindex. Här följer ett exempel. En patient på drogavgiftningsavdelning uppger 0 för DUDIT-Ep, och 40 för DUDIT-En, samt 8 för DUDIT-Et. Om DUDIT-Ep-värdet ersätts med 1, blir motivationsindexet $40/1 \times 8 = 320$. Att motivationsindexet uppgår till 320 speglar en väldigt hög motivation och mycket riktigt upplever personen ingen positiv effekt av droger, medan de negativa effekterna uppgår till 40 och behandlingsintresset är stort (8 poäng av maximalt 10). För den mer statistiskt bevandrade kan de extrema effekterna av denna uträkning modifieras genom transformering till T- eller Z-värden.

När värdena på motivationsindexet blir väldigt höga

Värdena på motivationsindexet kan variera rejält. Riktlinjer för att tolka motivationsindexvärden mellan -2 och 14 ges nedan. Men hur ska värden över 14 tolkas? Ett högt värde över 14 förekommer inte alltför sällan. Det uppstår när DUDIT-Et-värdet är nära 10 (maximala poängantalet) och DUDIT-En-poängen är betydligt högre än DUDIT-Ep-poängen. Det senare sker när individen vill förändra drogbruket och dessutom upplever många fler negativa effekter i förhållande till positiva effekter. Ett annat, mindre extremt exempel är när En är lika med 45, Ep-poängen är 10 och Et-poängen är 9. Då blir motivationsindexet $45/10 \times 9 = 40,5$. Du kan då tolka indexet som att klienten upplever de negativa effekterna av drogerna som

mycket större än de positiva, och att förändringsviljan är stor. Ibland kan faktorer kopplade till tidpunkten för samtalet påverka klientens uttalade önskan att förändras, som exempelvis när förmåner är knutna till motivationsnivå. När du undrar hur "äka" önskemålet att förändras är, kan det vara aktuellt med fördjupad utredning, till exempel med ASI eller andra intervjuformulär.

Det är mer ovanligt med mycket låga värden på motivationsindexet (under -2) eftersom dessa kräver ett lågt DUDIT-Et-värde tillsammans med ett högt DUDIT-En-värde och ett lågt DUDIT-Ep-värde. Detta är i sig motsägelsefullt, det vill säga personen trivs med droger men upplever många negativa konsekvenser och få positiva effekter.

Bild 5 visar hur spridningen av motivationsindexet kan se ut i en grupp av 145 drogberoende personer. Som bilden visar kan motivationen variera väldigt mycket i en grupp personer som har höga värden på DUDIT (33,2 poäng i genomsnitt; [7]). Observera att dessa personer alltså hade höga värden på det korta DUDIT-formuläret med 11 frågor, vilket tyder på allvarliga drogproblem. De fyllde alla också i DUDIT-E, och därmed gick det att räkna ut ett motivationsindex för var och en.

Bilden visar att motivationsindexet, som räknats ut från DUDIT-E, fallit ut i en stor variation mellan personer som inte alls verkar vilja förändra sitt bruk (låga motivationsindexvärden) och de som är ambivalenta (mellanvärden) eller vill förändra (höga motivationsindexvärden). I gruppen med höga DUDIT-värden fanns alltså en bred spridning av motivationsindexvärden. Utifrån ett MI-tänkande är det rimligt att personer med ett allvarligt hälsoproblem kommer att uppvisa varierande motivation att förändra problemet.

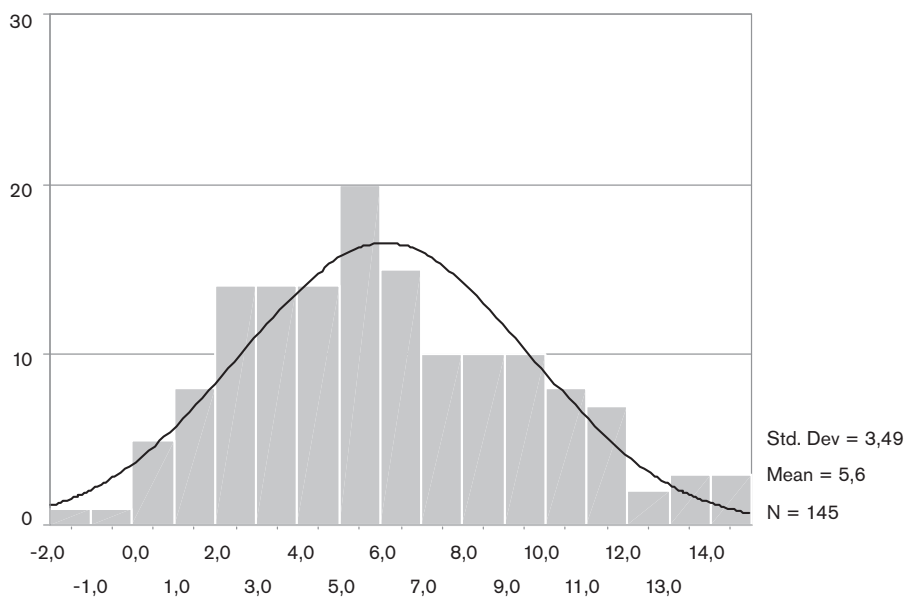


Bild 5. för DEI n lng Av moTivATIonsInDEX ET bl An D
145 Dr og b Er o En DE pEr son Er .

När denna figur skapades sorterades individer med värden på mer än två standardavvikelser bort från urvalet (motivationsindexvärden på mellan 17,6 och 29,1; [2]). Bortsorteringen gjordes därför att värdena för dessa personer låg generellt utanför gruppen (så kallade outliers). Det förekommer dock tämligen ofta att vi författare kontaktas av behandlare som uppger värden utanför den spännvidd som återges nedan. När motivationsindexets värden faller utanför är det inte något tecken på att individen svarat rätt eller fel, utan på att behandlaren behöver titta närmare på svaren för att förstå varför ett mindre vanligt värde uppstått.

Tolkning av motivationsindexet

För att ge några riktlinjer om hur man kan tolka motivationsindexet har vi delat upp poängen utifrån bild 5 på följande sätt:

- -2 till +3,99 poäng: låg motivation
- +4 till +9,99 poäng: mellanhög motivation
- +10 till +14,00 poäng: hög motivation.

Målet med denna uppdelning är inte att skapa några fasta gränser kring motivationsindexet utan att ge ett underlag för att diskutera förhållandet mellan positiva och negativa aspekter av drogbruket så tonvikten blir

på "hur du bäst kan få hjälp". Det strider mot andemeningen i DUDIT-E och MI att utifrån poängantalet på motivationsindexet fastställa att någon "inte är motiverad", eller att till exempel inom Kriminalvården fatta beslut om fängelseplacering i motivations- eller behandlingsavdelningen utifrån poängantalet. Det viktiga är i stället att föra en dialog med klienten om de olika delarna i DUDIT-E tillsammans med motivationsindexet och resonera kring vad det kan innebära för klienten just nu i livet.

Det är för tidigt att uttala sig kring validiteten av motivationsindexet, till exempel om det predicerar förändringar i beteende, även om det har visat ett visst samband med placering på behandlingsavdelning i fängelse [2]. Den främsta nyttan med motivationsindexet är för närvarande att behandlaren kan hämta vägledning från det för sitt förhållningssätt ur ett MI-perspektiv.

Om poängen är åt lägre delen av skalan kan behandlaren testa att utgå ifrån att klienten befinner sig mer åt den omedvetna/övervägande delen av förändringscykeln (enligt Prochaska & DiClemente [28]), och skulle lämpligen kunna bemötas med F-G-F-förfarandet, se sidan 22. Mellanpoäng kan peka på att klienten befinner sig i det förberedande stadiet eller början på beslutsstadiet; här kan klientens ambivalens kring förändringen fortfarande vara ganska hög. Här skulle utforskning av ambivalens eller användning av vilja-kunnafrågor kunna vara på sin plats.

Höga poäng kan tyda på att klienten är beredd att förändra sitt beteende, eller befinner sig i återfallspreventionsstadiet. Här skulle det kunna vara lämpligt att tillsammans göra en förändringsplan.

Ett annat sätt att se på poängen är att låga poäng tyder på att klienten inte verkar vilja förändras just nu, mellanpoäng tyder på att han/hon har en intention att förändras, och höga poäng tyder på att hon redan gör något för att förändra sitt alkohol- eller drogbruk. I varje fall är det en förutsättning att behandlaren är lyhörd för klientens förändringsprat respektive vidmakthållandeprat i den fortsatta samtalskontakten.

För närvarande pågår forskning om motivationsindexets validitet [29] och vi ser fram emot flera studier om DUDIT-E generellt och motivationsindexet specifikt. Genomför du en undersökning – eller använder DUDIT-E regelbundet i kliniskt sammanhang – är vi tacksamma för information om vad du undersöker eller hur du upplever arbetet med frågeformuläret.

Olika motivationsgrunder – DARN-C

Återkopplingssamtalet utifrån de fyra olika delarna i DUDIT-E handlar ju i grunden om klientens inställning till att sluta använda droger. För varje del i DUDIT-E står olika perspektiv av problemet i fokus och samtalet formas

därefter. Även om motivationsindexet ger en fingervisning om klientens motivationsnivå att sluta med droger eller minska sitt drickande går det att nyansera motivationen ytterligare, särskilt för klienter med mellan hög eller hög motivation.

Psykolinguisten Paul Amrhein har forskat om relationen mellan förändringsprat (change talk) och beteendeförändring. Han har funnit att förändringspratet består av fyra kategorier: önskan, förmåga, orsaker och behov (desire, ability, reasons, need). Klienten kan uttrycka det med "jag vill, jag kan, jag vet, jag måste". Hur klienten förhåller sig till dessa fyra delar leder fram till åtagande (commitment), "jag ska". Med de engelska orden som utgångspunkt ger det akronymen DARN-C.

I samband med det norska pilotprojektet föll det sig naturligt för oss att i samarbete med Amrhein utforma ett mycket kort frågeformulär baserat på just dessa fem olika aspekter av förändringspratet [16], se bilaga 8. När klienten fyller i formuläret framgår det tydligt att det är skillnad på vad man önskar, vad man tror sig kunna lyckas med, vad man har för förnuftsmässiga skäl att försöka, och vad man känner att man *måste* göra.

Formuläret DARN-C passar bra som avslutning på återkopplingssamtalet. Frågorna flyttar fokus från det faktiska drogbruket till konkret och generell motivation för att förändra det. Samtidigt visar formuläret att motivation består av olika delar, och ger klienten hjälp att förstå dessa delar som från början är ganska abstrakta. Det hjälper på så vis klienten att reflektera kring de krafter han eller hon kan känna sig splittrad av och att sätta ord på den ambivalens som präglar tankarna och känslorna kring drogbruket.

Det är viktigt att betona att formuläret DARN-C inte är närmare psykometriskt beprövat eller beforskat. Vi har ändå inkluderat det i boken eftersom vi tror på dess praktiska betydelse som verktyg för klienter för att bättre förstå sina motiv för förändring.

Observera att den känslomässiga laddningen av förändringspratet, och hur ofta förändringspratet uttalas av klienten, kan ha stark inverkan på sannolikheten att klienten verkligen genomför en förändring i sitt beteende. Kom ihåg att du som behandlare, genom ditt sätt att bemöta klienten, kan öka andelen förändringsprat i klientens uttalanden [4].

4. Exempel på återkopplingssamtal

Hur använder man klientens svar för att föra ett meningsfullt återkopplingssamtal? Här följer några exempel från verkliga samtal som illustrerar olika aspekter av återkopplingssamtalet. Samtalen kommer från en norsk pilotstudie [30], som beskrivs närmare i kapitel 5.

Diskutera gärna samtalsexemplen med dina kollegor. Vi anser att det är viktigt att hålla en levande dialog och skapa ett reflektionsutrymme kring de frågor som kan uppstå i samband med återkopplingssamtalen – det finns inte ett "rätt" sätt att göra detta på. Tillsammans med dina kollegor utvecklar du lättare ditt eget reflekterande kring att samtala kring droger utifrån DUDIT-E.

Testa gärna att arbeta i par med en kollega och läs rollerna B (behandlare) och K (klient) högt för varandra. På så sätt levandegör ni samtalet och det blir lättare att reflektera kring det. Självklart kan även andra kollegor vara med i reflektionsstunden.

Inledning och genomgång av drogdelen

Henrik är en 35-årig ensamstående man, något reserverad, deprimerad och bitter. Han bor i hyreslägenhet och är vid samtalet arbetslös. Henrik har gymnasieexamen och har haft många olika jobb. Han har tidigare haft några korta relationer med kvinnor men just nu umgås han mest med ett kompisgäng. Anledningen till samtalet är hans cannabissmissbruk.

Henriks siffror på DUDIT-E:

Ed*	Ep	En	Et	MotInd
11	60	21	7	$21/60 \times 7 = 2,45$

* Ed-summan kan te sig mer meningsfull om man tittar på Henriks *individuella* användning, där droger som används en gång i månaden eller oftare inkluderas i uträkningen (se punkt 2 på s. 29), och där han använder två olika droger, cannabis 4 gånger i veckan eller mer (5 poäng), och en annan drog 2–4 gånger i månaden (3 poäng). Han har därmed en genomsnittlig individuell användning av droger som är lika med 4 poäng ($3 + 5$ delat med 2 droger = 4 poäng), vilket speglar att droger i genomsnitt används 2–3 gånger i veckan. Med detta sätt att räkna ser man att droger spelar en relativt stor roll i Henriks dagliga liv, vilket kan innebära att drogkulturen är en viktig del av hans identitet. När det gäller hans *aktiva* användning där enbart droger som får 4 eller 5 poäng inkluderas i uträkningen (se punkt 3 på s. 29), är det enbart cannabis som används 4 gånger i veckan eller mer, vilket renderar en *aktiv* poäng på 5 (5 poäng delat med 1 drog = 5 poäng). Detta i sin tur visar att droger används i stort sett varje dag, något som ännu mer stärker bilden av att droger är väldigt viktiga för Henrik. Detta kan sammanfattas som:

Ed – Individuell användning $8/2 = 4$ (se punkt 2, s. 29)

Ed – Aktiv användning (5 för cannabis) $5/1 = 5$ (se punkt 3, s. 29)

Behandlaren (B) inleder samtalet med att sammanfatta att DUDIT-E består av fyra delar och ber om lov att börja prata om Henriks (K) drogkonsumtion.

B DUDIT-E då som du har svarat på, det är ju ett frågeformulär som är indelat i fyra delar.

K Mmm.

B Första delen handlar om hur man använder droger, olika sorter, hur ofta, inte sant.

K Mmm.

B Den andra delen handlar om positiva sidor med användningen av droger.

K Mmm.

B Del nummer tre handlar om negativa sidor, eller nackdelar med användningen, och den sista delen handlar lite om vad man tänker omkring förändring. [*Behandlaren sammanfattar*]

K Mmm.

B Mmm, jag tänkte kanske då, om det är okej för dig, att vi går igenom så där del för del. [*Behandlaren ber om lov*]

K Ja.

B Och ser lite på de svaren du har gett.

K Mmm.

- B Vad tror du om att vi börjar med den första delen då, som handlar om de olika drogerna?
- K Mmm, det är okej ja. [*Klienten ger lov*]
- B Då kan du börja lite med det för jag avbröt dig lite nyss.
- K Nej, alltså jämfört med vad jag har använt då har jag ju minskat nu då. [*Klienten talar om här och nu*]
- B Ja, på ganska kort tid. [*Bekräftat*]
- K Så, jag har ju svarat 2–4 gånger i månaden nu då, det är på grund av det att jag har klarat av att minska så pass.

Här har behandlaren börjat med att sammanfatta vad som föregått mötet. Vad finns det för för- och nackdelar med att börja samtalet så här? Vilka andra sätt kan du komma på för att initiera ett samtal utifrån DUDIT-E?

Positiva aspekter

Johan är en 32-årig man, ensamstående utan barn. Han arbetar med industriell svetsning inom ramen för en arbetsmarknadsåtgärd, i ett företag som liknar svenska Samhall. Han bor på en liten ort där han är uppvuxen. Han har använt amfetamin, tidigare "hela tiden" men sedan ett år tillbaka avhåller han sig utom sporadiska återfall. Han är upptagen med att hålla sig drogfri och är fokuserad på att bygga upp sitt gamla, drogfria nätverk.

Johans siffror på DUDIT-E:

Ed*	Ep	En	Et	MotInd
3Å	24	24	6	$24/24 \times 6 = 6$

* Johan använder amfetamin enbart vid återfall och då 2–4 ggr/månaden. Han har tidigare testat cannabis och kokain.

Johan (K) har fyllt i DUDIT-E under 12–13 minuter i samtalsrummet medan behandlaren (B) sysslat med pappersarbete. Sedan vidtar ett samtal på cirka 70 minuter där K och B samtalar mer fritt kring formuläret. Här kommer ett samtalsutdrag kring positiva aspekter av amfetaminmissbruket.

- B Ditt sätt att använda amfetamin, det ger det här för dig.
[*Sammanfattar*]
- K Mmm.
- B Så det vill säga att du inte sover något bättre av det, inte alls.
[*Reflekterar svaret*]
- K Nej.
- B Är det så att det är tvärt emot, att du sover sämre? [*Sluten fråga*]

- K Ja, det blir det de första dagarna i varje fall.
- B De första dygnen stör det, håller dig vaken. [*Komplex reflektion*]
- K Men, så där efter en vecka, om det är en lång period, eller så där som det var förut då, så börjar sovmönstret att komma tillbaka.
- B Då ändras det, kroppen vänjer sig vid det. [*Komplex reflektion*]
- K Man måste ha en tre fyra timmer, det blir sällan nåt mer än det då.
- B Ja, det är lite det. [*Enkel reflektion*]
- K Det är minimalt det är det, men det räcker för att hindra en från att bli psykotisk och sånt.
- B Det kan nog hända ja. [*Enkel reflektion*]
- K Mmm, tappa fotfästet.
- B Det är det lilla som behövs för att klara sig ja. [*Enkel reflektion*]
- K Ja.

Här går samtalet in på en självreglering när det gäller sömnen. Behandlaren förmedlar mest förståelse och empati, något som kan vara viktigt för att bygga och stärka arbetsalliansen dem emellan. Hur skulle du göra i samtalet för att stimulera klienten att komma med egna lösningar för god sömn – utan droger?

Johan och behandlaren fortsätter att tala om det positiva som drogerna ger.

- B Ja, och ... du blir stark. [*Reflekterar svaret*]
- K O ja, du blir ju världsmästare vet du, på amfetamin så blir man det.
- B Ja, men du verkar ju ganska stark i utgångspunkten också du. [*Bekräftar*]
- K Jodå, det är inte så illa nu.
- B Nej, men det har varit sämre? [*Sluten fråga*]
- K Åja.
- B Mmm, ja så, du har kommit i bättre form. [*Komplex reflektion*]
- K Ja.
- B Sista året, eller nåt sånt? [*Komplex reflektion som antyder drogfria fördelar*]
- K Ja, jag vill säga det, jag har blivit mycket mer medveten.
- B Ja, det är en bra sak det. [*Bekräftar*]

Nu fördjupas samtalet kring de många idéer som kan komma när man går på amfetamin.

- B Så det är, idéerna kommer. [*Reflekterar svaret*]
- K Ja ja ja, de kommer på löpande band.
- B Löpande band, ja. [*Enkel reflektion*]
- K Ungefär.

- B Ja, hm, är det bra idéer också? Eller är det bara många?
[*Slutna frågor*]
- K Jao, många av dem är bra ... hade man bara fått genomfört dem fullt ut så.
- B Ja, precis. [*Bekräftar*]
- K Det är värre på amfetamin vet du ... det har en tendens till att bli väldigt många projekt.
- B Börjar ... och så blir det stopp. [*Komplex reflektion*]
- K Ja, det blir halvgjort.
- B Halvgjort. [*Enkel reflektion*]
- K Ja, för då är det tio nya projekt som har dykt upp.
- B Ja, precis, mmm, ja, och då är man inte färdig med den första.
[*Sammanfattar*]
- K Nej.
- B Precis, så idéerna, där kan det i varje fall fungera då, men som sagt ... [*Sammanfattar*]
- K Ja, idéerna och ...
- B Blir inte fullgjort. [*Sammanfattar*]
- K Gå-på-modet är på topp.

Även här blir det tydligt att fördelarna upphävs av negativa aspekter. I slutet av samtalet om positiva aspekter framgår det tydligt att tiden har tagit ut sin rätt.

- B Mmm, med droger känner du att du är med i gruppen.
[*Reflekterar svaret*]
- K Ja.
- B Det verkar mycket, och då tänker du här just på droggänget då.
[*Komplex reflektion*]
- K Ja, drogmiljön ja.
- B Ja, och bättre kontakt med andra ja, litegrann. [*Reflekterar svaret*]
- K Ja.
- B Hjälper det, är det nåt med att det lättar hämningen, eller är det ...
[*Sluten fråga*]
- K Ja, du förlorar många hämningar ja ... när du är hög ...
- B Får idéer och gå-på-mod. [*Komplex reflektion*]
- K Ja, inga problem med att ta kontakt med ... vem som helst verkar det som ... och likadant på det att få mer ut av mitt liv, det är också så där, litegrann mer är det.
- B Så det här är en känsla ... [*Sammanfattar*]
- K Ja, det är mer en känsla än en realitet. För realiteten är det att du får ingenting ut av livet.

- B Jaha, men du får *känslan* att det är något mer i verkligheten.
[*komplex reflektion*]
- K Ja.

Behandlaren går i samtalet ovan igenom DUDIT-Ep-delarna konsekvent. Vad är det som talar för att göra så? Vad är det som talar för att göra an-norlunda, till exempel fokusera på de mest positiva delarna och de minst positiva? Hur skulle du kunna få hjälp av mallen i bilaga 4?

Negativa aspekter

Peter är en 37-årig ensamstående man som bor i utkanten av en liten stad med sin hund. Han har arbetat i många år som snickare och målare men har blivit arbetslös och får nu en rehabiliteringsersättning från Försäkringskassan. Han umgås med en del vänner som bor mer centralt i staden. Sedan många år tillbaka röker han cannabis och blev för ett halvår sedan diagnostiserad med bipolär sjukdom. Han har provat ECT⁷ med viss framgång och testat antidepressiva medel som inte har hjälpt. Två veckor innan samtalet äger rum har han börjat med Lamotrigin, som han ännu inte upplever någon effekt av.

Peters siffror på DUDIT-E:

Ed*	Ep	En	Et	MotInd
11	43	6	-1	$6/43 \times -1 = -0,14$

* Peter har testat allt utom läsningsmedel någon gång och använder hasch/marijuana regelbundet.

Det tar Peter (K) 12–13 minuter att fylla i DUDIT-E medan behandlaren (B) är i rummet men sysselsatt med annat. Peter ställer ett par frågor under ifyllandet, till exempel om läsningsmedel som han exponerats för som målare. Här följer ett utdrag från samtalet avseende negativa aspekter av drogbruket.

- K Så det enda negativa det är med det, det är ju att man röker lungorna till helvete, plus att det kostar rätt mycket och så måste man ju leva som kriminell också, det är ju inget särskilt positivt. [*Förändringsprat, anledning (R) och behov (N), se DARN-C i bilaga 8*]
- B Ja, men du har inte behövt läkare eller sjukhusbehandling på grund av droger och du har den senaste tiden inte hamnat i bråk. Och så har det aldrig förekommit problem med polisen. [*Bekräftat svaren på formuläret*]

⁷ ECT betyder elektrokonvulsiv behandling och den ges mot djup depression.

- K Det har blivit många böter genom åren.
- B Så det har blivit det. Vad fick du det för? [*Öppen fråga*]
- K För innehav, men aldrig för att ha sålt, för det har jag aldrig gjort.
- B Du har inte sålt och så har du egentligen bara varit i situationer där du själv har handlat, och så kryssar du "inte alls" för det mesta här, när det gäller negativa saker. Men längre ner kommer vi till att det förstör ekonomin. [*Sammanfattar, reflekterar svaret*]
- K Det är klart det kostar en del. Röker du ett par gram om dagen så blir det ju fort fem sex tusen i månaden.
- B Fem sex tusen, hm, det blir märkbart det. [*Komplex reflektion*]
- K Dyr medicin.
- B Ja, det är dyr medicin. [*Enkel reflektion*]
- K Det är ju det.
- B Det får man säga, men du blir som sagt inte passiv, nej, tvärtom, du blir mer aktiv, det har du uppgett på första sidan av formuläret. Men så får du detta med sämre hälsa. [*Komplex reflektion, dubbelsidig*]
- K Det har ju med lungorna att göra, helt enkelt. Jag har ju astma och nu har jag rökt mycket cigaretter, jobbat med damm och sånt, men det är klart att röka hasch är ju inte nåt positivt för lungorna. [*Förändringsprat, N*]
- B Nej, det är det ju egentligen inte. [*Enkel reflektion*]
- K Det ökar ju cancerfaran minst lika mycket som tobak. Om inte mer, för du måste ju hålla det längre nere i lungorna och sånt. [*Förändringsprat, anledning (R) och behov (N)*]
- B Ja, på så sätt att du drar in det och håller det ett tag, ja. Så det blir ännu större påfrestning för lungorna att ta emot de olika ämnena, giftämnena och sånt, en påfrestning för lungorna med allt som inte är det helt naturliga, syre är väl det enda som är okej. [*Komplex reflektion*]
- K Men det är klart det är ju en del saker som är farligare än andra för lungorna.
- B Det är det ju, nikotin till exempel och så hasch här som du nämner. [*Komplex reflektion*]
- K Som med hasch så vet du ju aldrig vad som är inblandat i haschet. Så det kan ju vara allt från fiskelina till gummi skulle jag vilja säga ... Sand, krossat glas, en massa konstigt.
- B Ja, det är bra skrämmande när man tänker på det på så sätt. [*Komplex reflektion*]
- K Jo jo, det är det ju.

Här har behandlaren använt enkla reflektioner av svaren på DUDIT-E-formuläret och komplexa reflektioner för att samtala kring de negativa effekter av drogbruket som klienten beskriver. Trots att klienten enbart haft 6 poäng på DUDIT-En mynnar denna del av samtalet ut i en samstämmighet om faran med haschets innehåll. Hur tror du samtalet fortsätter? Vad har klientens konstaterade bipolära sjukdom och dess medicinska behandling att göra med drogbruket? Hur tror du det fortsatta samtalet och behandlingsplanen kan utvecklas?

Avsluta samtalet

Här följer ett samtalsutdrag från slutet av samtalet med Henrik (se rubriken Inledning och genomgång av drogdelen ovan). Behandlaren gör en avslutande sammanfattning och ber klienten att bidra med kommentarer om att fylla i frågeformuläret.

- B Det var väldigt intressant tycker jag att utforska det här tillsammans med dig. Det ligger ju mycket bakom ett kryss.
[Sammanfattar, bekräftar]
- K Ja, det gör det.
- B Jag tänker att det är en väldigt spännande historia och det går att återkomma till den tillsammans med din behandlare också.
[Bekräftar, informerar]
- K Mmm.
- B Jag skulle vilja byta spår litegrann och fråga dig vad du tänker om formuläret? Tycker du det var okej att fylla i? [Öppen fråga följd av slutna frågor]
- K Ja, det var okej.
- B Du sa att det var nåt du kunde vara lite osäker på. [Sammanfattar]
- K Ja, det var första delen liksom, den var jag väldigt osäker på om det gällde just nu – situationen nu, eller tidigare.
- B Men du fyllde i utifrån nu då? [Slutna frågor]
- K Ja, nu kryssade jag i utifrån nu.
- B Ja, det är okej, när vi vet vad du har fyllt i utifrån så. [Bekräftar]
- K Hade det varit tidigare, så hade ju kryssen kommit ännu längre ut.
- B Ja, annars så tycker du det var okej att fylla i? Fick du tänka igenom saker, tycker du det var lite till hjälp för att se på hur du har det, eller hade du det här mer klart för dig redan? [Slutna frågor, något ledande, ej MI-förenliga]
- K Jag har det väldigt klart för mig. Nej, alltså det är nåt jag har suttit och tänkt igenom länge, och hållit på att arbeta med ett tag, så det är saker som jag har klart för mig, och jag vet vad jag måste jobba med, och så vad som är väldigt okej som det är. [Förändringsprat, A/C]

- B Vad du klarar bra, och vad som är kvar, ja. [*Sammanfattar*]
 K Men det är vissa saker som jag velat ha lite tilläggshjälp med då, där jag stångar huvudet i väggen då, för att säga det så. [*Förändringsprat, D*]
 B Jag hoppas att du tar upp det vidare med dem som ska hjälpa dig. [*Bekräftar*]
 K Ja, alltså, jag har nu försökt, men jag känner inte att jag får gehör.
 B Nej, ni kan ju vara lite oense kanske, men att du måste i alla fall ta upp det du menar. [*Komplex reflektion, följd av råd*]
 K Ja.
 B Det tycker jag är väldigt positivt att du gör. [*Bekräftar*] Och så vet jag att du har en tid med din vanliga behandlare efteråt. [*Informerar*]
 K Ja, det stämmer.
 B Okej, då avslutar vi.

Den här avslutningen innehöll en sammanfattning av samtalet, en utvärdering av själva formuläret och en förändringsinriktad avslutning. Vad har frågorna om själva formuläret för funktion i samtalet? Hur skulle behandlaren ha kunnat uppmärksamma förändringsprat i större utsträckning? Vad har du själv för mål vid den avslutande delen av samtalet?

Övningssamtal på nätet

Du som vill gå vidare och öva flera samtal med DUDIT-E hittar sex mer detaljerade samtalsutdrag på Gothia Fortbildnings webbplats: www.gothiafortbildning.se. På dessa utdrag har inga kommentarer lämnats, utan de tjänar som övningsmaterial för dig att använda i lärosyfte.

5. Vetenskapen bakom DUDIT-E och Alcohol-E

Utveckling, testning och granskning av frågeformuläret DUDIT-E och dess syskonformulär Alcohol-E har pågått sedan år 2000. DUDIT-E växte ur utvecklingsarbetet för det korta DUDIT-formuläret med 11 frågor och båda instrumenten blev färdiga 2002 [26, 31, 32].

DUDIT och DUDIT-E 2002

Initiativet till utvecklingen av DUDIT kom från Kriminalvården i slutet av 1990-talet, när Frans Schlyter från Kriminalvårdsstyrelsen testade en blandning av AUDIT och det framtida DUDIT under namnet AUDRUG [31]. Kriminalvårdens forskningskommitté finansierade DUDIT:s utveckling under professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet, och arbetet ingick i Anne H. Bermans doktorsavhandling [33].

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 [32].

Testversionerna av DUDIT och DUDIT-E granskades i så kallat "tänka högt"-förfarande med 21 drogbrukare, såväl ungdomar som vuxna, från fängelser, beroendevården och LVM-hem [26]. "Tänka högt"-proceduren innebär att respondenten svarar på frågeformuläret men uttalar vad han/hon 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 DUDIT-E framställ-

des genom diskussioner bland upphovspersonerna Anne H. Berman, Tom Palmstierna, Frans Schlyter och Hans Bergman [32].

DUDIT-E utvecklades ur ett antal frågor som "blev över" när DUDIT-formuläret skapades för att i möjligaste mån likna AUDIT. DUDIT-E – och särskilt DUDIT-Et-delen – har sin grund i frågor om beredskap till förändring, frågor som valdes från formulären Readiness-to-change (RTCQ; [34]), Alcreadi [36], TCU Treatment Motivation Scales [37], URICA [38–40] och SOCRATES [41]. Som ovan beskrivits, testades även dessa DUDIT-E-frågor i intervjuerna med de drogberoende patienter, som talade högt om vad de tänkte på när de fyllde i formuläret [32]. Frågorna justerades efter deras kommentarer och förslag, för DUDIT-E till exempel tillkom återfallsrutan i Ed på förslag av en metadonpatient. 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 1 500 slumpmässigt utvalda personer i Sverige (se [7]).

DUDIT 2002–2010

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 [42]. Motsvarande rekommendationer väntas också från det norska Helsedirektoratet under 2011.

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 [1]. Såväl AUDIT som DUDIT visade hög datakvalitet (tillförlitlighet) i både internet- och IVR-versionerna.⁸ 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.

Nya vetenskapliga publikationer av olika internationellt verksamma forskare förekommer regelbundet om DUDIT, sök gärna på <http://scholar.google.se> ange "Drug Use Disorders Identification Test" som sökord (se till att ha citattecken).

⁸ Cronbach's alpha för AUDIT var 0,80 för internetversionen och 0,77 för IVR-versionen. Cronbach's alpha för DUDIT var 0,85 för internetversionen och 0,86 för IVR-versionen. IVR står för "Interactive Voice Response", en beteckning på automatiserade telefonsystem.

DUDIT-E 2007–2010

DUDIT-E testades i samma grupp med 154 drogberoende personer från beroende- och kriminalvården där DUDIT testades, och dessutom i en grupp med 92 kriminalvårdsintagna [2]. Testningen visade att såväl beroendevårdspatienter som kriminalvårdsklienter gärna fyllde i DUDIT-E. Drogtabellen i DUDIT-Ed gav grunduppgifter om vilka droger som används och hur ofta. Höga korrelationer, från 0,77 och uppåt av maximalt 1,00, identifierades mellan hög användningsfrekvens av opiater, cannabis, amfetamin och lugnande tabletter enligt Ed och beroendediagnos enligt ICD-10 eller DSM-IV.

Reliabiliteten, det vill säga tillförlitligheten att frågorna handlar om ungefär samma ämnesområde, är mycket god för DUDIT-Ep och DUDIT-En och god för DUDIT-Et.⁹

Validitet är ett begrepp som innebär att man undersöker om frågorna i ett formulär verkligen mäter det man avsett att mäta. Ett sätt att mäta validiteten är att genomföra en faktoranalys, vilket är en statistisk metod som grupperar frågor som har högt samband med varandra utifrån respondenternas svar. Faktoranalyser anses bidra till "begreppsvaliditet", alltså till att undersöka olika aspekter (*faktorer* eller kategoriseringar) av de begrepp som avses mätas.

Om man genomförde en faktoranalys genom att inkludera alla 54 frågorna i DUDIT-E-formuläret (Ed, Ep, En och Et), skulle man vänta sig att få totalt fyra faktorer som resultat av analysen. Det vill säga, alla frågorna om drogsort (Ed) skulle samlas i en faktor om drogbruk, alla påståendena om positiva aspekter av drogbruket (Ep) skulle samlas i en andra faktor om positiva aspekter, frågorna/påståendena om negativa aspekter (En) skulle samlas i en tredje faktor om negativa aspekter av drogbruket, och frågorna om behandling (Et) skulle samlas i en fjärde faktor om behandlingsaspekter. Det är mindre intressant för behandlaren att ta del av en sådan analys, som bara bekräftar det som är uppenbart: att det finns fyra grupper av frågor i DUDIT-E som täcker typ av drog, positiva aspekter, negativa aspekter och behandlingsaspekter.

Om man däremot delar upp faktoranalysen så att varje del av DUDIT-E analyseras separat, kan man få fram vilka begrepp som ingår i till exempel positiva aspekter. Detta kan vara av intresse för såväl behandlaren som forskaren. För att undersöka detta har vi genomfört faktoranalyser separat för varje respektive del, Ep, En och Et. Notera att varje faktor som räknas fram statistiskt behöver tolkas av forskaren och benämnas på ett sätt som är intuitivt förståeligt och rimligt, med hänsyn till det begrepp som under-

⁹ Cronbach's alpha för DUDIT-Ep är 0,87, för DUDIT-En 0,88 och för DUDIT-Et 0,72 [2]. Högre siffror har identifierats i internetversionen av DUDIT-E: 0,95, 0,96 respektive 0,88 [27].

söks. Tolkningen och benämningen kan således variera från den ena forskaren till den andra. Benämningsprocessen brukar därför göras i samspråk mellan olika samarbetande forskare.

Frågorna från DUDIT-Ep, DUDIT-En respektive DUDIT-Et matades alltså in i varsin faktoranalys, som visade vilka frågor som laddar på samma "faktor" inom Ep, En respektive Et. Vi har använt faktorstrukturen från gruppen med 154 drogberoende intagna och patienter [2] som underlag för uträkningsmallarna för DUDIT-Ep, -En och -Et i bilagorna 4–6. Det är viktigt att påpeka att faktorstrukturen kan skilja sig åt i olika grupper, det vill säga faktorerna som vi använt i uträkningsmallarna behöver inte vara stabila. Samtidigt är syftet med uträkningsmallarna och faktorerna att organisera klientens svar på ett sätt som är meningsfullt, något som mallen åstadkommer även om faktorstrukturen kan variera på gruppnivå.

Det motivationsindex som räknas fram med hjälp av värdena på DUDIT-Ep, DUDIT-En och DUDIT-Et är normalfördelat bland de 154 drogberoende personerna som testats, trots att dessa hade väldigt höga poäng på DUDIT (över 30) [2]. Detta visar att bland personer som generellt har höga poäng på DUDIT, är motivationsindexet något som varierar avsevärt (se bild 5 på sidan 38). Intuitivt kan man förstå detta som att motivationen är väldigt olika bland personer som är drogberoende. Poängen på motivationsindexet kan ge vägledning avseende motivation till förändring hos klienten, och på så sätt underlätta för behandlarens val av strategi i samtalet.

En viktig fråga i verksamheter där vård och behandling bedrivs för drogberoende personer är om motivationsindexet predicerar faktiskt beteende, det vill säga om ett högt motivationsindex till exempel predicerar intresse för vistelse på en behandlingsavdelning på fängelse. Fängelseintagna med tidigare drogbruk jämfördes mellan tre olika fängelser vad gäller DUDIT-E-resultat. Signifikanta skillnader uppstod mellan fängelserna för det genomsnittliga motivationsindexet, något som speglade placeringsstrategin från Kriminalvården centralt. Till exempel kännetecknades ett av fängelserna av unga män med tung brottslighet. Här var det genomsnittliga motivationsindexet signifikant lägre än motivationsindexet på två andra fängelser där äldre män med lindrigare genomsnittlig brottslighet vistades. På ett av fängelserna där man placerade intagna utifrån den motivation till förändring man uppskattade hos dem (utan att använda DUDIT-E), fanns också signifikanta skillnader i motivationsindexet mellan intagna på normal-, motivations- och behandlingsavdelningarna, där det högsta genomsnittliga värdet fanns hos de intagna på behandlingsavdelningen [2].

I en kontrollerad studie på en narkotikaavgiftningsavdelning mellan 2005 och 2008 om effekterna av en enda MI-session fann man att patienter som fått MI hade högre nivåer på Ep-värden men samtidigt högre self-efficacy-

värden för att kunna avstå från droger i situationer där de upplevde positiva känslor. Resultatet tolkades som att MI-samtalet bidrog till ökad medvetenhet, som ledde till en upplevelse av bättre kontroll över drog beteendet [13].

En studie om 756 DUDIT-E-användare på internet, via www.escreen.se, visade att 6,3 procent hade hög motivation att förändras, 20,7 procent befann sig i ett mellanläge vad gäller motivation, och 73 procent var lågt motiverade enligt motivationsindexet. I samma studie visade det sig att bland 1 473 Alcohol-E-användare på eScreen, var 2,1 procent högt motiverade att förändras, 8,1 procent var i ett mellanläge och 89,7 procent var lågt motiverade enligt motivationsindexet [43].

En studie av 511 norska fängelseintagna visade ingen skillnad i motivation mellan personer som var tillfälliga användare av droger, de som hade ett skadligt bruk och de vars svar tydde på beroende enligt DUDIT. Däremot förekom signifikanta skillnader mellan de tre grupperna på En-värdena (medelvärden 3,2; 15,3 respektive 29,1; $p < 0,001$; [44]).

Den norska pilotstudien om DUDIT-E 2010

Fram till 2008 var forskningen om DUDIT-E begränsad till kvantitativa psykometriska analyser av medelvärden, faktoranalyser, reliabilitet samt motivationsindexets prediktionsvärde. Klinisk forskning som granskade samtalsfaktorer i dialogen mellan behandlare och klient kring formuläret DUDIT-E saknades helt. Därför genomfördes en pilotstudie på norskt initiativ [30], där tio återkopplingssamtal kring DUDIT-E mellan klient och behandlare spelades in under hösten 2008 och våren 2009. Pilotstudien godkändes av den norska etikkommittén (REK midt) och följde norska personuppgiftslagen (NSD).

Alla klienter fyllde i DUDIT-E i behandlarens närvaro, de efterföljande samtalen spelades in och transkriberades noggrant och texterna har senare använts som underlag för samtalsutdragen i kapitel 4 samt dem i webbilaga 9, med ett helt samtal återgivet i webbilaga 10 (www.gothiafortbildning.se/bilagor).

Efter återkopplingssamtalen gav både behandlarna och deras klienter informellt uttryck för att ha haft nytta av den genomgång av förhållnings-sättet till droger som DUDIT-E erbjuder.

Ytterligare forskning om DUDIT-E och Alcohol-E

Ytterligare studier om DUDIT, DUDIT-E och Alcohol-E pågår ständigt. Sök själv på <http://scholar.google.com>, uppge "Drug Use Disorders Identification Test", eller kontakta Anne H. Berman för en aktuell lista.

DUDIT-E
Drug Use Disorders Identification Test

Löp nr:

☐ Man ☐ Kvinna Ålder

Så ofta använder jag följande substanser: (se DUDIT droglistan)	Aldrig	Har testat någon gång	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 ggr. i månaden	2-3 ggr. i veckan	4 ggr. i veckan eller mer	Sätt ett X även här om du menar vid återfall eller enstaka perioder
Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amfetamin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opiater	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hallucinogener	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lösningsmedel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GHB och övriga	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tabletter (sömn/lugnande)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tabletter (smärtstillande)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tobak (cigaretter, cigarrer, pipotbak, snus)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vad är positivt för dig med att använda droger?	Inte alls	Lite	En del	Mycket	Helt
1. Sover bättre.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Blir avspänd och avslappnad.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Blir glad.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Blir stark.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Känner mig "normal".	☐	☐	☐	☐	☐
6. Blir kreativ (får många idéer, gör konstnärliga saker).	☐	☐	☐	☐	☐
7. Blir aktiv (städar, diskar, tvättar bil, snickrar eller dyl.).	☐	☐	☐	☐	☐
8. Älskar alla och hela världen.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Får ökat självförtroende.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Får mindre ont i ryggen, nacken, huvudet o s v.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Får en känsla av att allt ordnar sig.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Livet utan droger är tråkigt.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Jag kan styra känslor som ångest, ilska och depression.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Med droger kan jag fungera socialt.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Med droger känner jag att jag är med i gruppen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Jag får bättre kontakt med andra.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Jag får ut mer av mitt liv.	☐	☐	☐	☐	☐

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter
Karolinska Institutet. Frågor: tel. 08-517 748 69 E-post: anne.h.berman@ki.se

Vad är negativt för dig med att använda droger?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
1. Jag har under senaste året haft problem på arbetet, i skolan eller hemma på grund av droger.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Jag har under senaste året sökt läkar- eller sjukhusvård eller haft medicinska problem (t ex minnesluckor eller hepatit) på grund av droger.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Jag har under senaste året hamnat i bråk eller använt våld när jag varit påverkad av droger.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Jag har under senaste året haft problem med polisen på grund av droger.	☐	☐	☐	☐	☐
	Inte alls	Lite grand	En del	Mycket	Helt
5. Får ångest.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Får självmordstankar.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Drar mig undan andra.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Får huvudvärk eller mår illa.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Får sämre kontakt med vänner.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Får svårt att koncentrera mig.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Lusten till sex minskar.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Förstör ekonomin.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Blir passiv.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Får sämre hälsa.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Blir hänsynslös.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Förstör familjelivet.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ser allting som ett stort kaos.	☐	☐	☐	☐	☐

Hur tänker du kring droger?	Inte alls	Delvis	Ja, helt
1. Trivs du med att ta droger?	☐	☐	☐
2. Känner du dig trött på att använda droger?	☐	☐	☐
3. Har du under senaste året oroat dig för ditt drogbruk?	☐	☐	☐
4. Är du beredd att arbeta för att ändra ditt drogbruk?	☐	☐	☐
5. Tycker du att du behöver professionell hjälp för att förändra ditt drogbruk?	☐	☐	☐
6. Tror du att du kan få tillgång till rätt professionell hjälp?	☐	☐	☐
7. Tror du att du kan bli hjälpt av professionell behandling för ditt drogbruk?	☐	☐	☐
8. Tycker du att det är viktigt att förändra ditt drogbruk?	☐	☐	☐
9. Tror du det blir svårt att ändra ditt drogbruk?	☐	☐	☐
10. Har du redan ändrat ditt drogbruk och söker metoder som hjälper dig att undvika återfall?	☐	☐	☐

ALCOHOL-E

Alcohol Use Disorders Identification Test - E

Löp nr:

☐ Man

☐ Kvinna

Ålder

Så ofta dricker jag följande alkoholhaltiga drycker:	Aldrig	Har druckit någon gång	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 ggr. i månaden	2-3 ggr. i veckan	4 ggr. i veckan eller mer	Sätt ett X även här om du menar vid återfall eller enstaka perioder
Lättöl eller lättcider (2,2%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Folköl (2,8%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mellanöl /Starkare cider (3,5-4,5%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Starköl (4,5% eller mer)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lättvin (10-13%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Starkvin/likör (15-30%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Starksprit (30-60%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hembränt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vad är positivt för dig med att använda alkohol?	Inte alls	Lite	En del	Mycket	Helt
1. Sover bättre.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Blir avspänd och avslappnad.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Blir glad.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Blir stark.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Känner mig "normal".	☐	☐	☐	☐	☐
6. Blir kreativ (får många idéer, gör konstnärliga saker).	☐	☐	☐	☐	☐
7. Blir aktiv (städar, diskar, tvättar bil, snickrar eller dyl.).	☐	☐	☐	☐	☐
8. Älskar alla och hela världen.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Får ökat självförtroende.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Får mindre ont i ryggen, nacken, huvudet o s v.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Får en känsla av att allt ordnar sig.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Livet utan alkohol är tråkigt.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Jag kan styra känslor som ångest, ilska och depression.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Med alkohol kan jag fungera socialt.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Med alkohol känner jag att jag är med i gruppen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Jag får bättre kontakt med andra.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Jag får ut mer av mitt liv.	☐	☐	☐	☐	☐

© 2004 Anne H. Berman, Tom Palmsterna & Hans Bergman & Björn Sundberg
Karolinska Institutet. Frågor: tel. 08-517 748 69 E-post: anne.h.berman@ki.se

Vad är negativt för dig med att använda alkohol?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
1. Jag har under senaste året haft problem på arbetet, i skolan eller hemma på grund av alkohol.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Jag har under senaste året sökt läkar- eller sjukhusvård eller haft medicinska problem (t ex minnesluckor) på grund av alkohol.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Jag har under senaste året hamnat i bråk eller använt våld när jag varit påverkad av alkohol.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Jag har under senaste året haft problem med polisen på grund av alkohol.	☐	☐	☐	☐	☐
	Inte alls	Lite grand	En del	Mycket	Helt
5. Får ångest.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Får självmordstankar.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Drar mig undan andra.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Får huvudvärk eller mår illa.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Får sämre kontakt med vänner.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Får svårt att koncentrera mig.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Lusten till sex minskar.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Förstör ekonomin.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Blir passiv.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Får sämre hälsa.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Blir hänsynslös.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Förstör familjelivet.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ser allting som ett stort kaos.	☐	☐	☐	☐	☐

Hur tänker du kring alkohol?	Inte alls	Delvis	Ja, helt
1. Trivs du med att dricka alkohol?	☐	☐	☐
2. Känner du dig trött på att använda alkohol?	☐	☐	☐
3. Har du under senaste året oroat dig för ditt alkoholbruk?	☐	☐	☐
4. Är du beredd att arbeta för att ändra ditt alkoholbruk?	☐	☐	☐
5. Tycker du att du behöver professionell hjälp för att förändra ditt alkoholbruk?	☐	☐	☐
6. Tror du att du kan få tillgång till rätt professionell hjälp?	☐	☐	☐
7. Tror du att du kan bli hjälpt av professionell behandling för ditt alkoholbruk?	☐	☐	☐
8. Tycker du att det är viktigt att förändra ditt alkoholbruk?	☐	☐	☐
9. Tror du det blir svårt att ändra ditt alkoholbruk?	☐	☐	☐
10. Har du redan ändrat ditt alkoholbruk och söker metoder som hjälper dig att undvika återfall?	☐	☐	☐

Bilaga 3

Snabbguide till uträkning av poäng för DUDIT och DUDIT-E

DUDIT

För frågorna 1–9 motsvarar svarsalternativen 0, 1, 2, 3 och 4. För frågorna 10 och 11 är poängantal för varje svarsalternativ 0, 2 och 4. Räkna ihop poäng-talen för alla 11 frågorna. Maxpoäng är 44.

Har en manlig klient 6 poäng eller fler har han sannolikt drogrelaterade problem – antingen missbruk/skadligt bruk eller beroende. En kvinnlig klient med 2 poäng eller fler har sannolikt drogrelaterade problem. För yngre mellan 16 och 25 år är det 7 poäng för män och 3 poäng för kvinnor som pekar på drogrelaterade problem. (Dessa siffror är preliminära men kan användas som riktlinjer.)

Observera att Socialstyrelsen påpekar i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård att all användning av narkotika, förutom läkarordinerad, ur legal synpunkt är otillåten i Sverige. Vidare utredning rekommenderas därför även när poängantalet är 1 eller mer ”för att avgöra huruvida det rör sig om illegalt bruk” (Socialstyrelsen, 2007).

Har klienten 25 poäng eller mer är han eller hon sannolikt beroende av droger.

DUDIT-E

DUDIT-E består av 4 delar – DUDIT-Ed om droganvändning, DUDIT-Ep om positiva aspekter av drogbruket, DUDIT-En om negativa aspekter av drogbruket och DUDIT-Et om intresse för förändring och motivation för behandling.

DUDIT-Ed – drogdelen

Svaren för varje drogtyp värderas som 0, 1, 2, 3, 4, eller 5. Man kan summera alla svar (uteslut tobak) och då är maximala poängantalet 45. Denna metod passar bra för att jämföra droganvändning i *större grupper*.

Ett annat alternativ är att summera alla svar enbart för de droger som används aktivt, det vill säga får 4 eller 5 poäng. Sedan delar man upp summan med antalet drogkategorier som ligger på aktiv nivå (uteslut tobak även här). Svaret blir ett index som speglar allvaret i det aktiva drogbruket. Det är viktigt att notera antalet drogkategorier som besvaras med 4 eller 5 poäng för att få en bild av antalet droger som används aktivt.

Ett tredje alternativ är att få ett visuellt intryck av droganvändningen. Man noterar vilka droger som används på aktiv nivå med 4 eller 5 poäng, i jämförelse med de droger som används mer sällan och som får 3 poäng eller mindre.

Kryss i återfallsrutan

Om klienten har kryssat för i återfallsrutan, undanta den drogen eller de drogerna från det totala poängtalet. Notera poängtalet för återfallsdrogen med ett "Å" vid resultatet. Om det finns fler än en återfallsdrog, ange återfallsdrogerna med respektive poängtal. Använd observationerna i samtalet med klienten.

DUDIT-Ep – positiva påståenden

Svaren för varje påstående värderas som 0, 1, 2, 3 eller 4. Räkna ihop poängtalet. Maximalt poängantal är 68.

DUDIT-En – negativa påståenden

Svaren för varje påstående värderas som 0, 1, 2, 3 eller 4. Räkna ihop poängtalet. Maximalt poängantal är 68.

DUDIT-Et – behandlingsfrågor

Svaren för varje fråga värderas som 0, 1 eller 2. Räkna ihop poängen enligt följande mall: $(2+3+4+5+8) - (1+9)$. Maximalt poängantal är 10.

Frågorna 6 och 7 ger information om klientens mer konkreta inställning till att påbörja behandling. Fråga 10 ger en idé om var i förändringscykeln klienten kan befinna sig. Titta på svaren för att få en uppfattning om hur klienten ligger till i dessa avseenden.

Motivationsindex

Motivationsindexet har ännu inte utvärderats psykometriskt men preliminärt kan man göra så här:

Beräkna summan av DUDIT-En och dela med summan av DUDIT-Ep. Multiplicera resultatet med ihopräkningen av DUDIT-Et enligt ovanstående mall. Formeln ser då ut så här:

$$\text{DUDIT-En}(\sum S_{1..17})/\text{DUDIT-Ep}(\sum S_{1..17}) \times \text{DUDIT-Et} [(2+3+4+5+8)-(1+9)]$$

Poäng på motivationsindexet kan bli negativa eller positiva. Bild 5 (sidan 38) visar fördelningen av poängen i en grupp på 145 drogberoende personer. Om man utgår från den bilden kan man sortera motivationen ungefär på följande sätt:

- 2 till +3,99 poäng: låg motivation
- +4 till +9,99 poäng: mellanhög motivation
- +10 till +14,00 poäng: hög motivation.

När motivationsindexet testats mer ingående är vår tanke att man ska kunna anpassa samtalsstilen (enligt Motivational Interviewing, MI) till motivationsgraden. Återigen betonas att dessa anvisningar är preliminära. Vi är tacksamma för information om hur de stämmer med din erfarenhet!

Referens:

Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem* [Swedish National Guidelines for Treatment of Substance Abuse and Dependence]. Stockholm: Socialstyrelsen.

	Upplever psykiskt välmående	Blir mer positiv	Upplever fysiskt välmående	Känner mig social
1 Sover bättre.				
2 Blir avspänd och avslappnad.				
3 Blir glad.				
4 Blir stark.				
5 Känner mig "normal".				
6 Blir kreativ (får många idéer, gör konstnärliga saker).				
7 Blir aktiv (städar, diskar, tvättar bil, snickrar eller dyl.).				
8 Älskar alla och hela världen.				
9 Får ökat självförtroende				
10 Får mindre ont i ryggen, nacken, huvudet osv.				
11 Får en känsla av att allt ordnar sig.				
12 Livet utan droger är tråkigt.				
13 Jag kan styra känslor som ångest, ilska och depression.				
14 Med droger kan jag fungera socialt				
15 Med droger känner jag att jag är med i gruppen.				
16 Jag får bättre kontakt med andra.				
17 Jag får mer ut av mitt liv.				
Totalt:				
Delat på (antal siffror):	/7	/4	/2	/4
Medelvärde:	= Uppleva psykiskt välmående	= Bli mer positiv	= Uppleva fysiskt välmående	= Känna dig social
Exempel:	Ökat självförtroende, en känsla av att allt ordnar sig, att livet utan droger är tråkigt, att negativa känslor som ångest och ilska kan styras, att känna sig med i gruppen, att få bättre kontakt med andra och att få ut mer av livet.	Upplevelser av att vara glad, stark, kreativ och att älska alla och hela världen.	Sova bättre, att bli avspänd och avslappnad samt att känna sig "normal".	Känna sig "normal", att bli aktiv, att få mindre ont i lederna och att kunna fungera socialt.

Att använda schemat:

- 1. Sätt in klientens svar i form av siffersvar på de 17 påståendena i svarskolumnen. Använd 0, 1, 2, 3, och 4 för de fem olika svarsalternativen på DUDIT-E. Fyll i siffran i den öppna (oskuggade) rutan till höger i samma rad.
- 2. Summera och dela på antalet svar för varje faktor för att få ett medelvärde för varje faktor.
- 3. Visa schemat för klienten, och fundera tillsammans över vilka faktorer som kan tänkas vara viktigare och vilka som är mindre viktiga för klientens syn på vad som är positivt med droger. Diskutera också i vilken utsträckning klienten känner igen sig i dessa resultat.

Faktorindelningen kan komma att ändras utifrån nya datainsamlingar framöver.

	Psykisk ohälsa	Känner sig utanför	Inblandad i våld/ kriminalitet	Fysisk ohälsa
1. Jag har under senaste året haft problem på arbetet, i skolan eller hemma på grund av droger.				
2. Jag har under senaste året sökt läkar- eller sjukhusvård eller haft medicinska problem (t ex minnesluckor eller hepatit) p g a droger.				
3. Jag har under senaste året hamnat i bråk eller använt våld när jag varit påverkad av droger.				
4. Jag har under senaste året haft problem med polisen p g a droger.				
5. Får ångest.				
6. Får självmordstankar.				
7. Drar mig undan andra.				
8. Får huvudvärk eller mår illa.				
9. Får sämre kontakt med vänner.				
10. Får svårt att koncentrera mig.				
11. Lusten till sex minskar.				
12. Förstör ekonomin.				
13. Blir passiv.				
14. Får sämre hälsa.				
15. Blir hänsynslös.				
16. Förstör familjelivet.				
17. Ser allting som ett stort kaos.				
Totalt:				
Delat på (antal siffror):	/9	/4	/2	/3
Medelvärde:	=	=	=	=
	Psykisk ohälsa	Känner sig utanför	Inblandad i våld/ kriminalitet	Fysisk ohälsa
Exempel:	Att få ångest, få självmordstankar, dra sig undan andra, få huvudvärk eller må illa, få sämre kontakt med vänner, få svårt att koncentrera sig, bli passiv, få sämre hälsa och bli hänsynslös.	Att ha problem i arbetet, i skolan eller hemma på grund av droger, att ekonomin blir förstörd, att familjelivet blir förstört och att se allting som ett stort kaos.	Att hamna i bråk eller använda våld under drogpåverkan och att ha problem med polisen på grund av droger.	Att söka läkarhjälp på grund av medicinska problem som kommer av drogbruket, att få huvudvärk eller må illa samt att få minskad sexlust.

Att använda schemat:

1. Sätt in klientens svar i form av siffror på de 17 påståendena i svarskolumnen. Använd 0, 1, 2, 3, och 4 för de fem olika svarsalternativen på DUDIT-E. Eventuellt kan klienten hjälpa till med att fylla i siffrorna.
2. Summera och dela på antalet svar för varje faktor, räkna ut medelvärdet för varje faktor.
3. Visa schemat för klienten och fundera tillsammans över vilka faktorer som kan tänkas vara viktigare och vilka som är mindre viktiga för klientens syn på vad som är negativt med droger. Diskutera också i vilken utsträckning klienten känner igen sig i dessa resultat.

Faktorindelningen kan komma att ändras utifrån nya datainsamlingar framöver.

OBS! Rad 8 ingår i två faktorer. Rad 11 och 14 laddar också i viss utsträckning på "känna sig utanför".

		Reflekterar över ditt bruk	Funderar på att ändra ditt bruk	Vill göra något konkret åt ditt bruk
1	Trivs du med att ta droger?			
2	Känner du dig trött på att använda droger?			
3	Har du under senaste året oroat dig för ditt drogbruk?			
4	Är du beredd att arbeta för att ändra ditt drogbruk?			
5	Tycker du att du behöver professionell hjälp för att förändra ditt drogbruk?			
6	Tror du att du kan få tillgång till rätt professionell hjälp?			
7	Tror du att du kan bli hjälpt av professionell behandling för ditt drogbruk?			
8	Tycker du att det är viktigt att förändra ditt drogbruk?			
9	Tror du det blir svårt att ändra ditt drogbruk?			
10	Har du redan ändrat ditt drogbruk och söker metoder som hjälper dig att undvika återfall?			
Totalt:				
Delat på antalet siffror:		/3	/5	/2
Medelvärde:		= Reflekterar över ditt bruk	= Funderar på att ändra ditt bruk	= Vill göra något konkret åt ditt bruk
Exempel:		Klientens uppskattning av behovet av professionell hjälp för att förändra drogbruket, uppskattningen av möjligheten att få tillgång till hjälp samt möjligheten att dra nytta av sådan eventuell hjälp.	Trivsel med droger (negativt laddad), upplevelsen av att vara trött på drogerna, oro för drogbruket, vikten av att förändra drogbruket och tron att en förändring blir svår.	Beredvillighet att arbeta för att förändra drogbruket och uppgift om att individen redan ändrat vanorna och försöker undvika återfall.

Att använda schemat:

1. Det är viktigt att alltid överväga huruvida det är tillrådligt att använda detta schema tillsammans med klienten.
2. Sätt in svaren i form av siffror för varje påstående i de 10 raderna. Använd 0, 1, och 2 för de tre olika svarsalternativen på DUDIT-Et.
3. Fyll i siffran i den öppna (oskuggade) rutan till höger i samma rad.
4. Summera och dela på antalet svar för varje faktor för att få ett medelvärde för varje faktor, som kanske kan visa något om vilket förändringsstadium klienten befinner sig i.

		"Plus"	-	"Minus"	=	Totalt
1	Trivs du med att ta droger?					
2	Känner du dig trött på att använda droger?					
3	Har du under senaste året oroat dig för ditt drogbruk?					
4	Är du beredd att arbeta för att ändra ditt drogbruk?					
5	Tycker du att du behöver professionell hjälp för att förändra ditt drogbruk?					
6	Tror du att du kan få tillgång till rätt professionell hjälp?					
7	Tror du att du kan bli hjälpt av professionell behandling för ditt drogbruk?					
8	Tycker du att det är viktigt att förändra ditt drogbruk?					
9	Tror du det blir svårt att ändra ditt drogbruk?					
10	Har du redan ändrat ditt drogbruk och söker metoder som hjälper dig att undvika återfall?					
Totalt:		"Plus"	-	"Minus"	=	Totalt

Att använda schemat:

1. Det är viktigt att alltid överväga huruvida det är tillrådligt att använda detta schema tillsammans med klienten.
2. Sätt in svaren i form av siffror för varje påstående i de 10 raderna. Använd 0, 1, och 2 för de tre olika svarsalternativen på DUDIT-Et.
3. Fyll i siffran i den öppna (oskuggade) rutan till höger i samma rad.
4. Skriv totalsumman för "plus" och "minus" längst ner i schemat.
5. Subtrahera summan för "minus" från summan för "plus" och skriv in totalsumman till höger.

Motivationsindex

Motivationsindex =

DUDIT-En / DUDIT-Ep x DUDIT-Et

/

x

=

Motivationsindex

Summan av de "negativa" delat med summan av de "positiva", gånger poängen för "behandling" är lika med motivationsindexet.

-2 till + 3,99 poäng:

+4 till +9,99 poäng:

+10 till +14,00 poäng:

låg motivation

mellanhöj motivation

höj motivation

Din motivation till att förändra ditt beteende kan betraktas som summan av flera delar. Delarna kan vara:

- Vill** (önskan till förändring)
- Kan** (förmåga till förändring)
- Vet** (varför jag bör förändra)
- Måste** (varför jag behöver förändra)

Detta leder fram till ett beslut: **JAG SKA**.

Tänk dig en skala från 0 till 10, där 0 betyder "ingenting" och 10 är det mesta du kan tänka dig.

Sätt ett kryss där du känner att du är för varje del.

JAG...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VILL											
KAN											
VET VARFÖR											
MÅSTE											
JAG SKA:											

...förändra detta beteende: _____

Vad har du redan gjort för att förändra beteendet?

Vad mer behöver du göra för att förändra beteendet?

Vad är nästa steg?

1 Baserad på en idé av Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M. & Fulcher, L. (2003): Client Commitment Language During Motivational Interviewing Predicts Drug Use Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), p. 862–878.
Utförande: Psykologspesialist Claes Brisendal, claes.brisendal@hnt.no.
Anne H. Berman, fil.dr, anne.h.berman@ki.se.
Paul Amrhein, PhD, pa2146@columbia.edu.

Referenser

1. Sinadinovic, K., Wennberg, P. & Berman, A. H. (2010) 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 & Alcohol Dependence*, doi:10.1016/j.drugalc-dep.2010.09.004, 2010.
2. Berman, A. H., Palmstierna, T., Källmén, H. & Bergman, H. (2007) The self-report Drug Use Disorders Identification Test – Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2007, 32: p. 357–369.
3. Holm Ivarsson, B. (2009) *MI – Motiverande samtal: Praktisk handbok för socialt arbete*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
4. Farbring, C. Å. (2010) *Handbok i motiverande samtal – MI*. Stockholm: Natur och Kultur.
5. Institute of Medicine (1990) *Broadening the base of treatment of alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.
6. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. & Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 1993, 88: p. 791–804.
7. 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*, 2005, 11: p. 22–31.
8. Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
9. Druid, H. & Berman, A. H. (2010) Psykosocial och farmakologisk utredning av problematiskt alkohol- och drogbruk. I: Berman, A. H. & Farbring, C. Å. (red.) *Kriminalvården i praktiken: Strategier för*

- att minska återfall i brott och missbruk [Correctional work in practice: Strategies for Minimizing Relapse in Crime and Substance Abuse]. Lund: Studentlitteratur, s. 75–98
10. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Rogers, P., Smith, I., Peters, R., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992, 9 (3): p. 199–213.
 11. Nyström, S. (2010) Utredning med ASI-intervjun – överblick och pregnans. I: Berman, A. H. & Farbring, C. Å. (red.) *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk* [Correctional work in practice: Strategies for Minimizing Relapse in Crime and Substance Abuse]. Lund: Studentlitteratur, s. 119–142.
 12. Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
 13. Berman, A. H., Forsberg, L., Durbéej, N., Källmén, H. & Hermansson, U. (2010) Single-session Motivational Interviewing for drug detoxification inpatients: Effects on self-efficacy, stages of change and substance use. *Substance Use & Misuse*, 2010, 45: p. 384–402.
 14. Kakko, J. (2010) Heroin. I: Berman, A. H. & Farbring, C. Å. (red.) *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott* [Correctional work in practice: Strategies for Minimizing Relapse in Crime and Substance Abuse] p. 377–396. Lund: Studentlitteratur.
 15. Berman, A. H., Palmstierna, T., Bergman, H. & Sundberg, B. (2004) *In-depth self-report questionnaire on alcohol use (Alcohol-E)*. Stockholm: Karolinska Institutet.
 16. Brisendal, C., Berman, A. H. & Amrhein, P. (2009) *Motivation: Ett frågeformulär om 'DARN-C'*. Stockholm: Karolinska Institutet.
 17. Holm Ivarsson, B. (2009) *MI – Motiverande samtal. Praktisk handbok för socialt arbete*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
 18. Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2008) *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: Guilford Press. (På svenska utgiven 2009 av Studentlitteratur).
 19. HelseDirektoratet (2008) *Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*.
 20. Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2007) *DUDIT Manual: The Drug Use Disorders Identification Test, Version 1.1* [Swedish]. Stockholm: Karolinska Institutet.

21. 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.
22. Nyström, S. (2010) Utredning med ASI-intervjun – överblick och pregnans. I: Berman, A. H. & Farbring, C. Å. (red.) *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk* [Correctional work in practice: Strategies for Minimizing Relapse in Crime and Substance Abuse]. Lund: Studentlitteratur, s.119–142.
23. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Rogers, P., Smith, I., Peters, R., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992, 9 (3): p. 199–213.
24. Barth, T. & Näsholm, C. (2006) *Motiverande samtal – MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
25. Coombs, R. B., Jarry, J. L., Santhiapillai, A. C., Abrahamsohn, R. V. & Atance, C. M. (1996) The SISAP: A new screening instrument for identifying potential opioid abusers in the management of chronic nonmalignant pain within general medical practice. *Pain Research & Management*, 1996, 1 (3): p. 155–162.
26. 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.
27. Sinadinovic, K., Berman, A. H., Hasson, D. & Wennberg, P. (2010) Internet-based Assessment and Self-Monitoring of Problematic Alcohol and Drug Use. *Addictive Behaviors*, 2010, 35: p. 464–470.
28. Prochaska, J. & DiClemente, C. (1986) Toward a Comprehensive Model of Change. I: Miller, W. R. & Heather, N. (red.) *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (p. 3–28). New York: Plenum Press.
29. Berman, A. H., Flygare, V., Lobmeier, P. P., Sinadinovic, K. & Brisendal, C. (2010) Exploring motivation to change substance use with the Alcohol-E and DUDIT-E: Psychometric robustness, research outcomes and clinical reflections from Sweden and Norway. *Symposium på 2nd International Conference on Motivational Interviewing*. Stockholm, Sweden, June 7–9, 2010.
30. Brisendal, C., Landheim, A. S. & Berman, A. H. (2010) *Samtalet om droger utifrån DUDIT-E formuläret: En pilotstudie*. Stockholm/Brumunddal: Karolinska Institutet/Östnorsk kompetanscenter.

31. 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.
32. Berman, A. H. & Bergman, H. (2001) *DUDIT-projektet: Delrapport 2. Utveckling och kvalitetssäkring av ett test för identifikation av personer med drogproblem – fas 2*. [The DUDIT project: Interim Report no. 2. Development and quality assurance of a test for identification of persons with drug problems – phase 2.] Stockholm: Karolinska Institutet.
33. Berman, A. H. (2004) Enhancing Health Among Drug Users in Prison. I: *Center for Health Equity Studies Dissertations*, no. 3, 2004. Stockholm University: Stockholm. <http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=7&pid=diva2:196569>
34. Forsberg, L. & Göransson, S. (1999) *Formulär om vad du tycker om dina drogvänor* [Swedish translation of Heather, N., Gold, R. & Rollnick, S. Readiness to change questionnaire]. Stockholm: Karolinska Institutet.
35. Heather, N., Gold, R. & Rollnick, S. (1991) Readiness to change questionnaire. I: *Readiness to change questionnaire users' manual*. University of New South Wales, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre.
36. Carbonari, J., DiClemente, C., Addy, R. & Pollak, K. (1996) Alternate Short Forms of the Alcohol Readiness to Change Scale. *Presentation på The Fourth International Congress on Behavioral Medicine*. Washington, D.C.
37. Knight, J. R., Holcom, M. & Simpson, D. (1994) *TCU Psychosocial Functioning and Motivation Scales: Manual on Psychometric Properties*. Available from: <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/motivation.html>.
38. McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer W. F. (1983) Stages of Change in Psychotherapy: Measurement and Sample Profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1983, 20 (3): p. 368–375.
39. McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983) *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), short form for drugs*. Providence, RI: University of Rhode Island.
40. Öberg, D. (2000) Swedish translation of McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983) *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), short form for drugs*. Providence, RI: University of Rhode Island.

41. Miller, W. R. & Tonigan, S. (1996) Assessing drinkers' motivation for change: The Stages Of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 1996, 10: p. 81–89.
42. Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
43. Sinadinovic, K. & Berman, A. H. (2010) Internet-based Self-Assessment and Monitoring of Problematic Alcohol and Drug Use. *Presentation på 2nd International Conference on Motivational Interviewing*, June 7–9, 2010: Stockholm, Sweden.
44. Lobmaier, P. (2010) Drug use patterns and implications for treatment among Norwegian male prison inmates. *Presentation på 2nd International Conference on Motivational Interviewing*, June 7–9, 2010: Stockholm, Sweden.

