

# DUDIT

The Drug Use Disorders Identification Test

# MANUAL



© Anne H. Berman, Hans Bergman,  
Tom Palmstierna og Frans Schlyter

Versjon 1.1  
Oppdatert oktober 2007

---

Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap,  
Sektionen för beroendeforskning, M 4:02, 171 76 Stockholm,  
Tel:08-6071526, Fax: 08-711 7141, E-post: [anne.h.berman@ki.se](mailto:anne.h.berman@ki.se)

Utviklingsprosjektet ble finansiert 2000-2002 av Kriminalvårdsstyrelsen.  
Fortsatt utvikling har fått støtte av Beroendecentrum Stockholm samt Mobilisering mot Narkotika

Norsk oversettelse ved Østnorsk Kompetansesenter, 2008  
Claes Brisendal, psykologspesialist, [claes.brisendal@hnt.no](mailto:claes.brisendal@hnt.no)

## Innholdsfortegnelse

Oppsummering.....	3
Forord.....	4
Å bruke DUDIT i det daglige arbeid.....	5
1. Utredning av rusproblem i fire trinn .....	5
Figur 1 Utredning av rusproblem i fire trinn med eksempel på passende instrument .....	5
2. Diagnostikk av rusproblem .....	5
Figur 2 Diagnose av rusproblem i henhold til DSM-4 og ICD-10 diagnostiske system .....	6
3. DUDIT .....	7
Spørsmålene .....	7
Tabell 1 Tema for hvert DUDIT-spørsmål.....	7
Svarene.....	8
Tabell 2 Svarpoeng for hvert DUDIT-spørsmål.....	8
Vurdering .....	8
4. Videreutredning av rusproblematikken.....	9
SCAN – kapitel 12 .....	9
ASI .....	10
MAPS.....	10
Utredning av alkoholproblem.....	11
5. Oppfølging .....	11
Referanser .....	13

### Vedlegg:

1. DUDIT
2. T-verdier for DUDIT
3. Hurtigguide for utregning av poeng på DUDIT
4. Abstinenssymptom, forgiftningssymptom og dysfunksjonell atferd
5. Tilbakekoblingskjema for SCAN

## Oppsummering

DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test – har blitt utviklet som et parallellinstrument til AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) for identifisering av personer som har rusrelaterte problem. Denne manualen beskriver hvordan man bruker DUDIT i daglig arbeid på behandlingsenheter eller arbeidsplasser hvor man møter personer som eventuelt bruker rusmidler. For deg som bare vil vite hvordan man vurderer resultatet på DUDIT viser vi til vedlegg 3 som er en hurtigguide. Om du vil bruke utredningsskjemaet DUDIT-E finnes en separat manual som kan bestilles fra forfatterne i henhold til kontaktinformasjonen på fremsiden.

Manualen i versjon 1.1 handler om *psykososiale* tegn på rusproblem. I første avsnitt beskriver vi en modell for utredning av rusproblem i fire trinn. Første trinn går ut på å sile ut de som har problem i forhold til de som ikke har problem. Det er her DUDIT egner seg godt. I andre avsnitt sammenfattes fremgangsmåten og kriterier for diagnostikk av rusproblem ifølge de to rådende diagnostiske systemene – DSM-IV og ICD-10. Tredje avsnitt beskriver innholdet i DUDIT-spørsmålene og gir informasjon om hvordan svarene skal vurderes. I fjerde avsnitt tar vi opp noen redskap for videre utredning av rusproblematikk samt utredning av alkoholproblem og femte avsnitt handler om oppfølging av hele utredningsprosessen.

Vedleggene til manualen inneholder selve DUDIT-skjemaet, og poenggrenser for vurdering av DUDIT-svarene (T-verdier). Dessuten inngår hurtigguiden for utregning av poeng på DUDIT. Sist finnes en fortegnelse over rusrelaterte abstinenssymptom, forgiftningssymptom og dysfunksjonell atferd samt et tilbakekoblingsskjema om rusbruk fra det diagnostiske intervjuet SCAN. Disse vedleggene er lagt ved for å sette DUDIT inn i en sammenheng som omfatter hele utredningsprosessen.

Vil du bruke DUDIT i din virksomhet kan du laste ned norske skjemaer fra [www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no) under Kartleggningsverktøy, trykk på Rus (svenske skjemaer finner du under [www.beroendecentrum.com](http://www.beroendecentrum.com) under Testformulär). Sørg for å printe ut skjemaet helst dobbeltsidig, men unngå å kopiere i vanlig kopimaskin, da skyggen for annet hvert spørsmål ikke synes like godt, og da oppstår risiko for at den som besvarer kan gå glipp av et spørsmål eller svare på feil spørsmål. Se fremsiden av manualen for kontaktinformasjon ved spørsmål. Det er vårt håp at DUDIT blir spredt i forskjellige sammenheng hvor mer kunnskap kan bli samlet, til glede for personer med rusrelaterte problem og for dem som arbeider for å hjelpe disse til bedre helse. Med tanke på at DUDIT er et helt nytt instrument er det verdifullt for oss å samle inn opplysninger fra forskjellige undersøkte grupper i en databank. Har du utfylte skjemaer eller datafiler som du kan bidra med setter vi pris på at du tar kontakt med oss. Med tiden kan vi samle oppdatert informasjon som gjør det lettere å vurdere de svarene som personer som eventuelt bruker rusmidler gir i DUDIT.

Fra våren 2007 finnes DUDIT i svensk utgave også som en nettversjon under [www.escreen.se](http://www.escreen.se). Der den som svarer får en umiddelbar tilbakekobling og kan følge sine egne alkohol- og rusvaner over tid, både i diagram og i en dagbok.

## Forord

Arbeidet med DUDIT-prosjektet ble initiert takket være Frans Schlyters opprinnelige idé og den velvillige støtten fra Kriminalvårdens forskningskommitté. Prosjektet har vært ledet av professor Hans Bergman ved Karolinska Institutets Institution för klinisk neurovetenskap, Sektion för klinisk alkohol- og narkotikaforskning. Ansvarlig for gjennomføring har vært fil.dr., leg. psykolog, leg. psykoterapeut Anne H. Berman og konsulterende medarbeider har vært docent og chefsöverläkare Tom Palmstierna ved Karolinska Institutet og Beroendecentrum i Stockholm samt Frans Schlyter ved Kriminalvårdsstyrelsens planleggingsenhet.

DUDIT ble utviklet i tre faser. Den første fasen besto av en analyse av utfylte skjemaer med spørsmål om rusbruk (AUDRUG), litteraturundersøkelser av alle eksisterende skjemaer om rusrelaterte problem og utarbeidelsen av tre testskjemaer. De tre testskjemaene ble testet på 21 personer med rusproblem. Mot slutten av første fase utformet vi to skjemaer: DUDIT med 11 spørsmål og DUDIT-E med fire delskjemaer om ulike aspekter ved rusbruket. I den andre fasen vurderte vi DUDIT's psykometriske egenskaper ved hjelp av 154 diagnostiske intervjuer med rusavhengige personer innsatt i fengsel og på avrusingsavdelinger innen behandlingssektoren. I den tredje fasen fikk vi frem referanseverdien for DUDIT basert på et tilfeldig utvalg av 1500 personer fra den alminnelige befolkning. Reliabilitet og T-verdier ble beregnet. Mer informasjon om utviklingen av DUDIT finnes i den engelskspråklige artikkelen (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005), i svenskspråklige rapporter (2000, 2001, 2002; kan bestilles fra Berman, se fremsiden av manualen), eller i Anne H Bermans engelskspråklige doktoravhandling (Berman, 2004). Prosjektet sine resultat har blitt to letthåndterlige, brukervennlige instrument som raskt gir en oversikt over de eventuelle rusrelaterte problemene hos en person. Denne manualen handler om screeninginstrumentet DUDIT. DUDIT-E blir beskrevet i en enkeltspråklig artikkel (Berman, Palmstierna, Källmén, & Bergman, 2007). En separat manual for DUDIT-E kan lastes ned fra [www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no) under Kartleggningsverktøy.

Mange personer var involvert i prosjektets ulike faser og bidro både med praktisk arbeid og kloke synspunkter. Leg. läkare Michael Bransome, WHO-autorisert oversetter av SCAN instrumentet, ga uvurderlig opplæring, hjelp og råd i tilpasningen av kapittel 12 i SCAN for DUDIT-prosjektet. En spesiell takk fortjener SCAN-intervjuerne i den andre fasen av prosjektet: fra Stockholms frivård frivårdsinspektörene Agneta Säfblom, Annika Hörnsten, Sinnikka Jyllhä og Kerstin Lindblom og fra Göteborgs frivårds narkomanvårdsteam Anna Axelsson, Bodil Hellberg, Inger Bauder, Fredrik Ullvén, Susanne Svensson og Maria Engström og sist men ikke minst fra Beroendesentrum Eva Persson og Catarina Norrman.

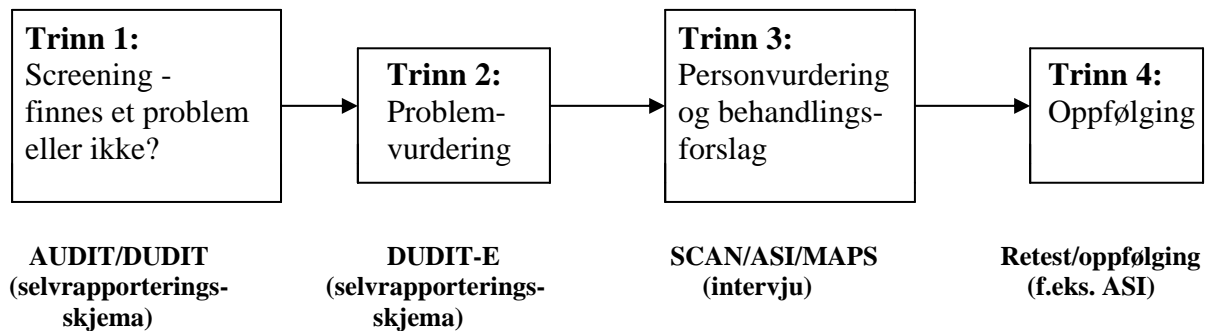
I løpet av arbeidet fikk vi verdifulle synspunkter fra docent Johan Franck, docent Peter Vennberg, med dr, leg. psykolog, leg psykoterapeut Lars Forsberg, fil dr. Ulric Hermansson og doktorand og leg. psykolog Anders Andrén, alle fra Karolinska Institutet. Docent Håkan Källmén gjennomførte nøyaktig innscanning og analyse av resultatene fra tredje fase i prosjektet. En stor takk også til Gunnar Hilm, som alltid tjenestevillig og vennlig tok hånd om layout og grafisk design av DUDIT og diverse uventete dataproblem. Til slutt en stor takk til Irma Bergerson som alltid møtte problem på en smidig og løsningsorientert måte.

Stockholm, mars 2003, oppdatert av Berman, august 2005 og oktober 2007,  
Anne H. Berman og Hans Bergman

# Å bruke DUDIT i det daglige arbeid

## 1. Utredning av rusproblem i fire trinn

Formålet med utviklingen av DUDIT var å få frem et screeninginstrument for rusproblem, som fungerer som et parallellinstrument til AUDIT for alkoholproblem. Et screeninginstrument hører hjemme i det første trinnet i en utredningsprosess i fire trinn (se Figur 1).



**Figur 1** Utredning av rusproblem i fire trinn med eksempel på passende instrument

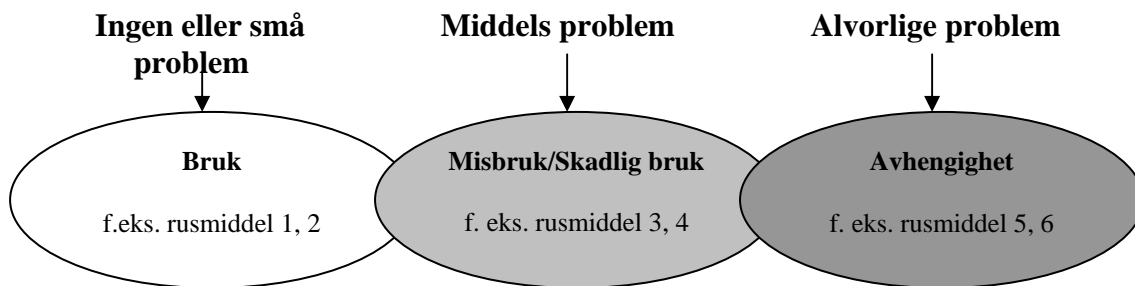
Formålet med første trinn er å sile ut de personer som har det problem institusjonen eller behandleren vil fokusere, behandle eller eventuelt henvise videre. Her kan DUDIT være av verdi for å identifisere de som ser ut til å ha et problem med rusmisbruk eller avhengighet og for å utelukke de som ikke har slike problem. Trinn 2 – problemvurdering – medfører en fordypet analyse av problemets omfang og karakter. DUDIT-E kan her være av verdi for å gi både klient og behandler en idé om de rusrelaterte spørsmålene som kan bli aktuelle i en eventuell behandling (Berman, Palmstierna, Källmén och Bergman, 2007). Både i trinn 1 og trinn 2 kan farmakologiske tester av russtoffer i urin eller blod komplettere opplysninger som gis i DUDIT/DUDIT-E.

I trinn 3 utvides utredningen til å omfatte andre områder i livet enn rusbruket. Her kan ASI tjene til å belyse problemtyngde og hjelpebehov innen syv relevante områder. Ved hjelp av AFF (ASI Feedback Formular) kan pasienten/klienten og behandleren få større klarhet i hvilke områder som er viktigst å forandre. Ved hjelp av MAPS kan det gjøres tydeligere i hvilken utstrekning motivasjon til forandring finnes. I trinn 4 følges utredningsprosessen opp etter en viss tid med ny testing av behandlingsresultatet eller ved hjelp av kontakt med henvisningsinstansen.

## 2. Diagnostikk av rusproblem

Det finnes to diagnostiske system for å identifisere rusproblem – DSM-IV og ICD-10. Begge systemene beskriver et antall kriterier som må oppfylles for at rusproblem i form av misbruk eller avhengighet skal anses å foreligge. Ifølge begge systemene kan det også forekomme bruk av rusmidler som ikke fører til så negative følger at det betraktes som rusproblem. Ofte kan det

være vanskelig å skille mellom de ulike kategoriene og dessuten kan forskjellige grader av rusproblem være forbundet med ulike rusmidler. Figur 2 visualiserer disse forholdene.



**Figur 2** Diagnose av rusproblem i henhold til DSM-4 og ICD-10 diagnostiske system

De to diagnostiske systemene inneholder litt forskjellige kriterier på hva som anses å være et rusproblem. **Substansmisbruk i henhold til DSM-IV** foreligger dersom rusmiddelbruket har funnet sted minst en gang i måneden i løpet av 12 måneder og noen av følgende skader har inntruffet:

1. rettslige følger
2. fortsatt rusmiddelinntak til tross for rettslige eller sosiale skader
3. ute av stand til å følge opp forpliktelser
4. gjentatt risikofylt atferd.

Den alvorlige diagnosen **substansavhengighet i henhold til DSM-IV** foreligger om rusmiddelbruket har funnet sted minst en gang i måneden i løpet av 12 måneder og minst tre av følgende syv tegn finnes:

1. kontrolltap – uten evne til å slutte
2. kontrolltap – overforbruk ved enkelte tilfeller
3. prioritering av rusmidlet
4. tidsforbruk pga rusmidlet
5. toleranseutvikling
6. fortsatt rusmiddelinntak til tross for fysisk eller psykisk skade
7. rusmiddelinntak for å forhindre eller lindre abstinenssymptom

Diagnosen **skadelig bruk i henhold til ICD-10** foreligger om rusmiddelbruket har pågått i minst en måned og en psykisk eller fysisk skade har inntruffet. Den mer alvorlige diagnosen **avhengighetssyndrom i henhold til ICD-10** foreligger om rusmiddelbruket har pågått i minst en måned og minst tre av følgende seks tegn har opptrådt *samtidig*:

1. begjær, ”russug”
2. kontrolltap
3. ute av stand til å følge opp forpliktelser, prioritering av rusen, og tidsforbruk pga rusmidlet
4. toleranseutvikling
5. fortsatt rusmiddelinntak til tross for fysisk eller psykisk skade
6. abstinenssymptom og rusmiddelinntak for å forhindre eller lindre abstinenssymptom

En person kan benytte flere rusmidler i forskjellige diagnostiske kategorier. For eksempel var en 28 år gammel mann som intervjuets i henhold til DSM-IV avhengig av cannabis, sovemedisin, kokain og hallusinogener, i tillegg til misbruk av amfetamin og brukte opiater uten å oppfylle kriteriene for misbruk eller avhengighet. I henhold til ICD-10 ble det samme avhengighetsdiagnoser og samme vurdering av opiater som bruk, mens amfetaminet ikke oppfylte kriteriene for skadelig bruk.

En fullstendig diagnose av rusproblem kan gjøres ved hjelp av intervju. Intervjuet passer inn i trinn 2 av utredningsprosessen. Et godt intervju skjema er kapitel 12 av SCAN (WHO, 1999) som finnes oversatt til svensk, eller SCID (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) som finnes oversatt til norsk.

### 3. DUDIT

#### Spørsmålene

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test, se vedlegg 1) består av 11 spørsmål. DUDIT-spørsmålene sikter mot å finne ut av konsumpsjonsmønsteret og rusrelaterte problem av forskjellige slag. Tabell 1 nedenfor viser hva hvert spørsmål handler om. Vær oppmerksom på at vi ber dere kun å benytte DUDIT-spørsmålene i henhold til printing av det skjemaet som finnes å laste ned fra [www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no) under Kartleggingsverktøy.

**Tabell 1 Tema for hvert DUDIT-spørsmål**

Nr.	Spørsmål	Tema
1	Hvor ofte bruker du andre stoff enn alkohol? (Se listen over stoff på baksiden)	<b>Hypighet per uke/måned</b>
2	Bruker du flere enn ett stoff ved ett og samme tilfelle?	<b>Multirusbruk</b>
3	Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du da stoff, når du tar stoff?	<b>Hypighet per dag</b>
4	Hvor ofte blir du kraftig påvirket av stoff?	<b>Tung bruk</b>
5	Har du det siste året opplevd at lengselen etter stoff har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot?	<b>”Russug”</b>
6	Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta stoff når du først hadde begynt?	<b>Kontrolltap</b>
7	Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt stoff og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	<b>Opptatthet av rusen</b>
8	Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta stoff etter stort stoffinntak dagen før?	<b>”Reparasjonstrang”</b>
9	Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt stoff?	<b>Skyldfølelse</b>
10	Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av stoff?	<b>Skadelig bruk</b>
11	Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av stoff, eller sagt til deg at du bør slutte med stoff?	<b>Uro fra andre</b>

## Svarene

DUDIT er utviklet som et parallellinstrument til AUDIT (Alcohol Use Disorders identification Test) og beregningen av svarpoengene foregår på liknende måte som for AUDIT. Svarpoengene presenteres i Tabell 2 nedenfor.

**Tabell 2 Svarpoeng for hvert DUDIT-spørsmål**

Spørsmålene	Svarpoeng
<b>1-9</b>	<b>0, 1, 2, 3, 4</b>
<b>10-11</b>	<b>0, 2, 4</b>

Det maksimale poengtallet for DUDIT-spørsmålene er 44 poeng (11 x 4). Tell sammen poengene for hvert spørsmål. Resultatet blir DUDIT-poeng.

## Vurdering

Når en benytter DUDIT i en gruppe hvor en ikke har spesielle forventninger om å finne mange rusmisbrukere, foreslår vi å identifisere *menn* med *rusrelaterte problem* som de som har 6 poeng eller mer på DUDIT. Når det gjelder *kvinner*, er det 2 poeng som gjelder. Tilsvarende poeng for AUDIT er 8 poeng for menn i alle aldersgrupper og 6 poeng for kvinner (fra et maksimum på 40 poeng).

Poenggrensene for DUDIT bygger på vår undersøkelse av rusmisbruk ifølge DUDIT i den generelle befolkning. Grensene har blitt satt ved to standardavvik fra gjennomsnittsverdien på DUDIT, det vil si ved en T-verdi på 70 poeng der 50 er gjennomsnittsverdien og hvert standardavvik er lik 10 poeng. T-verdiene mellom 50 og 100 i den generelle befolkning vises i vedlegg 2 for menn og kvinner i forskjellige aldre. DUDIT hadde i august 2005 blitt testet av oss i to grupper av befolkningen, den ene et tilfeldig utvalg på 1500 personer fra normalbefolkningen og den andre 154 personer fra en gruppe med høy forekomst av rusproblem fra kriminalomsorgen og rusinstitusjoner.

DUDIT har blitt utviklet med tanke på at metoden skal kunne benyttes i grupper der rusprevalensen er vesentlig lavere, som i skoler, førstelinjenivå, bedriftshelsetjenesten, sosialtjenesten, og andre miljøer. I disse gruppene har DUDIT foreløpig ikke blitt validert, dvs, vi vet ikke hvilken poenggrense man kan benytte for med stor sikkerhet (sensitivitet og spesifisitet) å forutsi risikofyllt eller skadelig rusmiddelbruk eller rusavhengighet. Dessuten kan poenggrensene variere med tanke på alder og på hovedtrekk, hvor vi foreløpig ikke har tilstrekkelig omfattende data for pålitelig beregning av poenggrenser. Derfor er de poengrensene (cut-off poeng) som vi her anbefaler foreløpige. Av tabellen i vedlegg 2 fremgår også T-verdiene for menn og kvinner i tre aldersgrupper, hvilket gir et mer differensiert bilde av mulige poenggrenser.

I den høyprevalente gruppa som vi har undersøkt går poenggrensene ved 25 poeng<sup>1</sup> på DUDIT om man vil predikere en *avhengighetsdiagnose* med en sensitivitet på 90 % for både DSM-IV og ICD-10 og en spesifisitet på 78% for DSM-IV og 88% for ICD-10. Sensitiviteten betyr andelen personer som av DUDIT identifiseres som avhengige i første trinn i

---

<sup>1</sup> Våre resultat fra den høyprevalente gruppa peker på at poenggrensene eventuelt kan være annerledes for personer som er avhengige av forskjellige hovedrusmidler (f.eks. cannabis, amfetamin respektive opiater).



screeningsprosedyren, og som senere faktisk viser seg å være avhengige. Spesifisiteten betyr andelen personer som av DUDIT screenes bort som ikke-avhengige (uten risikofylt eller skadelig rusbruk) i første trinn, og som senere faktisk viser seg å ikke være avhengige.

Vær oppmerksom på at fordi bruk av narkotika er illegalt i Sverige, anbefales videre utredning også når poengtallet er 1 eller mer, i henhold til Socialstyrelsens nasjonale retningslinjer for misbruks- og avhengighetsbehandling (Socialstyrelsen 2007) (Også i Norge er all bruk av narkotika illegal og tilsvarende anbefalinger for videre utredning kan sies å gjelde, se [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus.html?id=1130](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus.html?id=1130)). Etter våre tester i august 2005 har DUDIT blitt benyttet i andre studier, så vel i Sverige som internasjonalt, men ingen nye cut-off-grenser har fremkommet for en gruppe med lavere forekomst av rusproblem (Cruce, Nordström, & Öjehagen, 2007; Cruce & Öjehagen, 2007; Hodgins, Alderton, Cree et al, 2007; Kooyman, Dean, Harvey & Walsh, 2007; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2006).

**Oppsummering:** Har en mannlig klient 6 poeng eller mer har han sannsynligvis rusrelaterte problem – *enten misbruk/skadelig bruk eller avhengighet*. En kvinnelig klient med 2 poeng eller mer har sannsynligvis rusrelaterte problem. Samtidig bør alle klienter med 1 poeng eller mer bli utredet for å avgjøre hvor vidt det dreier seg om en pågående illegal bruk. Har klienten 25 poeng eller mer er han eller hun med stor sannsynlighet *avhengig* av en eller flere rusmidler.

#### 4. Videreutredning av rusproblematikken

Når en ved hjelp av DUDIT og DUDIT-E har oppdaget tegn på rusproblematikk (se Figur 1), bør en gå videre og søke mer informasjon. Tre instrument finnes tilgjengelig som gir gode svar på diagnostikk (SCAN), øvrig problematikk (ASI) og motivasjon for forandring av ulike problemområder (MAPS). Utredningen bør også kompletteres med undersøkelse av forekomst av alkoholproblem (AUDIT, AVI-R-2 og SCAN). De ulike instrumentene presenteres kort nedenfor.

*Oversettelsers anmerkning:* Det gjøres oppmerksom på at under norske kliniske forhold er det pr d.d. så å si umulig å finne MAPS, selv om kjennskap til forandringshjulet (Prochaska & DiClemente 1986) er utbredt. SCAN blir av og til brukt i enkelte forskningsopplegg, men autoriserte norske versjoner er pr d.d. ikke i bruk. ASI eller Europ-ASI er derimot tilgjengelig. Kontakt SIRUS for norsk versjon. AUDIT og AVI-R-2 er tilgjengelige ved de fleste behandlingsinstitusjoner. Utredning av rusproblematikken bør under norske forhold også kompletteres med ICD-10/(DSM-IV) og SCID.

##### SCAN – kapitel 12

SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) er et intervjukjema utviklet av WHO for å diagnostisere psykiatrisk problematikk. Hele intervjukjemaet består av 21 kapitler, men det går an å benytte enkeltkapitler frittstående. Kapittel 12, om psykoaktive substanser bortsett fra alkohol, har vi benyttet for psykometrisk å kvalitetssikre DUDIT. SCAN finnes nå i en brukervennlig versjon på svensk med tilhørende oversikt over abstinenssymptom, forgiftningssymptom og dysfunksjonell atferd for ulike ruskategorier (se vedlegg 4) og med et tilbakekoblingskjema om diagnostikk for de ulike rusmidlene som klienten benytter (se vedlegg 5). Intervjuet tar mellom 20 og 60 minutter og gir inngående detaljinformasjon om de ulike rusmidlene som blir benyttet, inntaksmåte, og kriterier for diagnostikk av rusproblem. Malene for utrekning av diagnosene finnes tilgjengelige fra forfatterne.

## ASI

Addiction Severity Index (ASI) er passende for matching av behandlingstiltak til klientegenskaper, for oppfølging og vurdering av behandlingsprogram, og for karakteristikker av og sammenlikning mellom forskjellige misbrukspopulasjoner. Metoden er også passende for ressursallokering basert på behovet for hjelpe- og behandlingstiltak innen forskjellige problemområder. ASI omfatter ca 180 spørsmål som gir rik informasjon innen syv viktige områder i misbrukssammenheng: Fysisk helse, Arbeid og inntektsforhold, Alkohol- og narkotikabruk, Kriminalitet/asosialitet, Familie og sosialt nettverk, og Psykisk helse. Dessuten inngår et avsnitt om misbruk og psykiske problem i slekta. Intervjuet gjennomføres på omtrent 1 time. Oppfølgingsversjonen er noe kortere. ASI er således ikke bare en metodikk for å vurdere klientenes problematikk, men danner også et felles grunnlag for arbeidsmåten i klientsaker utfra de i ASI beskrevne problemområdene.

Karakteristisk for ASI-metoden er at problemtyngde og hjelp/behandlingsbehov innen de syv områdene sammenfattes ved vurderinger gjort så vel av klientene selv som av intervjuerne. ASI-intervjuet omfatter også andre indikatorer på problemtyngde: matematisk belastningsindeks basert på de mest "objektive" spørsmålene innen respektive område og klientvurderinger av hvor urolig eller plaget en har vært av problemet innen respektive område de siste 30 dagene og hvordan man vurderer sitt hjelpebehov. Intervjueren gjør til slutt en vurdering av troverdigheten i klientens svar innen hvert av de syv områdene. Et publisert eksempel på hvordan en sammenfattende klientbeskrivelse kan gjøres finnes (Andrén, Bergman, Schlyter & Laurell, 2001). ASI er kvalitetssikret med tanke på relevans (validitet) og målenøyaktighet (reliabilitet) og har i løpet av de siste årene blitt meget populær både i Europa og USA. Både innen forskning og behandling av alkohol- og narkotikamisbrukere kan ASI i dag bli betraktet som en de facto standard. Ytterligere et intervjuinstrument som i likhet med ASI er et bredspektret instrument for å gjøre en mer omfattende personvurdering er Dok. Både ASI og Dok fremstilles som reliable og valide i Sosialstyrelsens retningslinjer og mer informasjon kan fås på [www.ikmdok.se](http://www.ikmdok.se).

## MAPS

MAPS (Monitoring Area and Phase System) er en metode for å fastslå forandringsfase, dvs individet sin beredskap til å forandre problematferden (Prochaska & DiClemente, 1986). Instrumentet brukes med fordel i tilslutning til ASI, da dette instrumentet fastslår problemtyngden, imens MAPS vedrører klientens innstilling til problemene innen de forskjellige livsområdene som blir kartlagt i ASI-intervjuet.

MAPS består av 4 moduler (Öberg 2004):

- Et enhetsbeskrivningsskjema (MAPS-Enhet), som analyserer forutsetningene for å drive behandling innen ASI-områdene, samt klientens forandringsfase. Enhetenes ressurser beskrives således i samme dimensjoner som klientenes problemer.
- Et innskrivingsskjema (MAPS-inn), som i tillegg til administrative basisdata, fastslår forandringsfase innen ASI-livsområder, samt hvilken fase det er realistisk å opprette som behandlingsmål, i hensyntaken av ressurser, problemtyngde, innskrivingsfase og behandlingstidens lengde.
- Et utskrivningsskjema (MAPS-ut), som beskriver oppnådde resultater, utskrivningssituasjon, samt forandringsfase ved avsluttet behandling (behandlingens utfallsmål).

- Oppfølgingsskjema (MAPS-opp) kompletterer ASI-oppfølgingen ved å dokumentere oppnådde innsatser etter utskriving, samt måler forandringsfase ved oppfølgingstidspunktet. Innskrivingsintervjuet tar ca 20-60 minutter, utskrivingsintervjuet 25-40 minutter og oppfølgingsintervjuet ca 30 minutter.

## Utredning av alkoholproblem

Det finnes et antall ulike instrument for å utrede forekomst av alkoholproblem, f.eks. AUDIT, AVI-R-2 og SCAN, kap. 11. AUDIT er et naturlig komplement til DUDIT, som jo ble utviklet som et parallellinstrument til AUDIT. Den brede erfaringen av AUDIT, både internasjonalt og i Sverige og Norge samt instrumentets gode psykometriske egenskaper gjør den til et pålitelig screeninginstrument for alkoholproblem. Til sammen 10 spørsmål om alkoholvaner og alkoholrelaterte problem inngår. Poenggrense for positive funn er 8 poeng for menn og 6 for kvinner. Sammenligningsdata fra alminnelig befolkning foreligger (Bergman & Källmén, 2003; Källmén, Wennberg, Berman, & Bergman, 2007). AUDIT kan laddas ner från [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no). SCAN kapittel 11 har blitt tilpasset for et kort diagnostisk intervju om alkohol, i likhet med SCAN kapittel 12 (se s. 9 ovenfor). SCAN kan som nevnt ovenfor bestilles på svensk fra forfatterne via kontaktinformasjonen på fremsiden.

AVI-R-2 er et spørreskjema av selvvurderingstype som passer å benytte i trinn 2 av utredningen, når mer informasjon må samles om alkoholvaner, årsak til drikking og ulike typer av alkoholrelaterte problem (Bergman, Wennberg, Hammarberg, Hubicka, & Berglund, 2005). Sammenlagt inngår 80 spørsmål, inklusive noen spørsmål om motivasjon til forandring. AVI kan benyttes utenfor helsetjenesten, f.eks. innen sosialtjenesten når en har behov for et fyldig og standardisert bilde av en klient med alkoholproblem. En kvalitetssikret vurderingsmetode som AVI-R-2 har den store fordelen at det er lett å sammenlikne personer på forskjellige institusjoner med hverandre ved den standardiserte fremgangsmåten. Videre kan resultatet av en AVI-R-2 testing med fordel tjene som grunnlag for tilbakemelding til klienten av hans/hennes resultat og derved gi en god forutsetning til en fruktbar dialog med klienten. En slik dialog kan ofte være et første skritt i behandlingsarbeidet og øke motivasjonen til virkelig å gjøre noe med sine alkoholproblem. Først og fremst gir dog AVI-R-2 mulighet til å legge opp individuelle behandlingsprogram hvor en tar hensyn til klientenes skiftende egenskaper, forutsetninger og behov med utgangspunkt i deres alkoholvaneprofil. Et foreløpig utestet alternativ til AVI-R-2 er Alcohol-E, en versjon av DUDIT-E for alkohol. Alcohol-E finnes tilgjengelig på [www.escreen.se](http://www.escreen.se).

## 5. Oppfølging

Oppfølging, det vil si trinn 4 i utredningen av rusproblematikken (se Figur 1), skjer når det har gått viss tid etter at trinn 1-3 i utredningen har blitt gjennomført. Nøyaktig ved hvilket tidspunkt oppfølgingen bør skje – 1, 3, 6 eller 12 måneder etter utredningens begynnelse – er noe som må bestemmes lokalt der hvor utredningen blir utført. Med det er viktig å huske at oppfølging delvis bygger på dokumentasjon som blir ført løpende i behandlingstiden. Om opplysninger mangler fra denne tid kan det føre til at en pålitelig oppfølging blir vanskeligere. For å følge forandringer er det viktig at samme instrument som er brukt i utredningstiden blir brukt på nytt ved testingen. De opplysninger som på denne måte blir innsamlet kan tjene som grunnlag for behandlingsvurdering eller forskning i forhold til de behandlingstiltakene som blir benyttet. ASI, oppfølgingsversjonen, kan være et klokt metodevalg på oppfølgingstrinnet. Med tiden kan

resultatene tilbakeføres så vel til behandlerne som til klientene slik at hele utredningsprosedyren får karakter av en fortelling med en begynnelse, midtdel og en slutt, der hovedpersonen er klienten selv og behandleren den profesjonelle ledsageren.

Personer som vil arbeide selv med sine alkohol- og rusvaner kan benytte seg av [www.escreen.se](http://www.escreen.se), hvor AUDIT, DUDIT, Alcohol-E og DUDIT-E finnes lagt ut siden våren 2007 i et forskningsprosjekt som blir finansiert av Mobilisering mot Narkotika samt Beroendecentrum Stockholm. Der kan den som vil la seg registrere og siden følge sine vaner over tid med tilbakekobling i diagramform og muligheter til å føre dagbok og spare sine svar (Berman, Sinadinovic, & Wennberg, 2007).

DUDIT er også tilgjengelig på engelsk, norsk, dansk, nederlandsk og portugisisk via EMCDDA:s instrumentbank, med retningslinjer for oversettelse til andre språk. Se: <http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10451EN.html>.

## Referanser


- Andrén, A., Bergman, H., Schlyter, F., & Laurell, H. (2001). Psykosocial kartläggning av rattfyllerister med hjälp av ASI-metoden: Ny intervjumetod lämplig för att para ihop rätt behandling med rätt klient. [Psycho-social mapping of DUI offenders with the ASI: a new interview method for matching clients to treatment.] *Läkartidningen [Journal of the Swedish Medical Association]* 98(3426-3432).
- Bergman, H., & Källmén, H. (2003). Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor: Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor 1997-2001. [Swedish women show more risky and harmful drinking habits: A study of changes in the drinking habits of Swedes, 1997-2001]. *Läkartidningen [Journal of the Swedish Medical Association]*, 100(1028-1035).
- Bergman, H., Wennberg, P., Hammarberg, A., Hubicka, B., & Berglund, M. (2005). *AVI-R-2. Alkoholvaneinventoriet - reviderad version - 2. Ett frågeformulär för bedömning vid alkoholproblem. [AVI-R-2. The Alcohol Use Inventory Revised - 2. A questionnaire for assessment of alcohol-related problems.]* Stockholm: Karolinska Institutet.
- Berman, A. H. (2004). *Enhancing Health Among Drug Users in Prison* Unpublished PhD dissertation, Stockholm University, Stockholm <http://www.diva-portal.org/su/abstract.xsql?dbid=65> ISSN 1651-5390, ISBN 91-7265-809-6.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11, 22-31.
- Berman, A. H., 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*, 32, 357-369.
- Berman, A. H., Sinadinovic, K., & Wennberg, P. (2007, June 10-15). *Internet-based screening for alcohol and drug problems: Launching E-Screen among young people*. Paper presented at the 50th International ICAA Conference on Dependencies, Stockholm, Sweden.
- Cruce, B., Nordström, L., & Öjehagen, A. (2007). Risky use and misuse of alcohol, drugs and cigarettes detected by screening questionnaires in a clinical psychosis unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(2), 92-99.
- Cruce, B., & Öjehagen, A. (2007). Risky use of alcohol, drugs and cigarettes in a psychosis unit: a 1 1/2 year follow-up of stability and changes after initial screening. *BMC Psychiatry*, Jul 6(7), 31.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV™ Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Hodgins, S., Alderton J, Cree A, et al. (2007) Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 191 (Oct), 343-350.
- Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S., & Walsh, E. (2007). Outcomes of public concern in schizophrenia. . *British Journal of Psychiatry*, 191 (Suppl. 50), 29-36.
- Källmén, H., Wennberg, P., Berman, A.H. & Bergman, H. (2007). *Alcohol habits in Sweden during 1997–2005, as measured with the AUDIT*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2007. 61(6), 466-470
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. . *BMC Psychiatry*, 20(Oct), 6:44.

- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp. 3-28). New York: Plenum Press.
- 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.
- 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.
- Öberg, D. (2004). *MAPS: En metodik för att göra dokumentation användbar i behandling [MAPS: A method for making documentation useful in treatment]* (No. 5/04). Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

# DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

**Her er noen spørsmål om stoff.** Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Alder <input type="text"/>				
1. Hvor ofte bruker du andre stoff enn alkohol? (Se listen over stoff på baksiden.)	Aldri <input type="checkbox"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="checkbox"/>	2-4 ganger i måneden <input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken <input type="checkbox"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="checkbox"/>	
2. Bruker du flere enn ett stoff ved ett og samme tilfelle?	Aldri <input type="checkbox"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="checkbox"/>	2-4 ganger i måneden <input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken <input type="checkbox"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="checkbox"/>	
3. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff, når du tar stoff?		0 <input type="checkbox"/>	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 eller flere <input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av stoff?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>	
5. Har du det siste året opplevd at lengselen etter stoff har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>	
6. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta stoff når du først hadde begynt?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>	
7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt stoff og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>	
8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta stoff etter stort stoffinntak dagen før?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>	
9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt stoff?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>	
10. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av stoff?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>		
11. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av stoff, eller sagt til deg at du bør slutte med stoff?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>		



# LISTE OVER STOFF

## (OBS! IKKE ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin, sentralstim.	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Løsningsmiddel	GHB och øvrige
Cannabis	Amfetamin	Crack	Heroin	2C-B, DOB	Bensin	Amylnitritt (poppers)
Cannabisolje	Betelnøtt	Freebase	Opium	DMT (mimosa)	Gass	Anabole steroider
Hasj	Concerta	Kokablåd	Røykeheroin	Ecstasy (MDMA)	Lim	Antikolinergika
Marihuana	Dexamin	Kokain		Fleinsopp	Løsemidler	(Disipal, Akineton)
	Equasym	Kokainbase		Ketalar/Ketamin	Trikløretylen	GHB, GBL
	Fenmetralin	Kokapasta		LSD	Tynner	Lystgass
	Khat			Magic mushrooms		
	Metamfetamin			Meksikansk sopp		
	Metylfenidat			Meskalin/Peyote		
	Modafinil			Muskat		
	Modiodal			PCP		
	Ritalin			Piggeple		
				Psilocybin		

## TABLETTER – LEGEMIDLER

Tabletter regnes som stoff når du tar:

- legemidler mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- tabletter for å ha det moro, føle deg bra, bli "høy", eller prøve ut effekten av dem
- tabletter som du har fått av en slektning eller venn
- tar tabletter som du har kjøpt "svart" eller stjålet

### Beroligende legemidler og/eller sovetabletter

Alopam	Karisoprodol	Stilnoct
Aprazolam	Klometiazol	Valium
Apodorm	Klonazepam	Vival
Ativan	Lorazepam	Xanor
Barbital	Midazolam	Xanor dep.
Diazepam	Mogadon	Zolpidem
Dormicum	Nitrazepam	Zopiclone
Fenemal	Oxazepam	Zopiklon
Fenobarbital	Rivotril	
Flunitrazepam	Rohypnol	
Flunipam	Sobril	
Heminevrin	Somadril	
Imovane	Stesolid	

### Smertestillende legemidler

Actiq	Kapanol	OxyContin
Anervan	Ketalar	OxyNorm
Aporex	Ketamin	Pallodon
Apotekets sterke	Ketobemidon	Paralgin
-Hostesirup	Ketogan	Paralgin-
Buprenorfin	Ketorax	- Forte/Major/Minor
Cosylan	Kodein	Petidin
Dekstropropoksyfen	Leptanal	Pinex
Dolcontin	Matrifen	Pinex-
Durogesic	Meprobamat	- Forte/Major
Etylmorfin	Metadon	Solvipect Comp
Fentanyl	Morfin	Suboxone
Fortralin	Morfin-	Subutex
Hydrokon	scopolamin	Temgesic
Hydromorfon-klorid	Nobligan	Tramadol
	Norspan	Tramagetic
	Oksykodon	

Tabletter regnes IKKE som stoff når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).



## Vedlegg 2

**Tabell 3** T-verdier for DUDIT, menn og kvinner fra allminnelig svensk befolkning. T-verdien ved T>70 er markert i fetstil for hver gruppe (n=1147).

DUDIT Poeng	T-verdier for menn				T-verdier for kvinner			
	16-25 år	26-45 år	45 år eller mer	Alle aldre	16-25 år	26-45 år	45 år eller mer	Alle aldre
0	47.93	48.22	49.07	48.47	48.75	48.89	49.10	49.06
1	51.21	51.67	54.97	52.55	59.36	65.70	<b>118.07</b>	67.41
2	54.49	55.12	60.87	56.63	69.98	<b>82.50</b>		<b>85.76</b>
3	57.77	58.57	66.77	60.71	<b>80.59</b>	99.31		104.11
4	61.06	62.01	<b>72.67</b>	64.80	91.21	116.12		
5	64.34	65.46	78.57	68.88	101.83			
6	67.62	68.91	84.47	<b>72.96</b>				
7	<b>70.91</b>	<b>72.36</b>	90.37	77.04				
8	74.19	75.81	96.27	81.12				
9	77.47	79.26	102.17	85.20				
10	80.76	82.70		89.29				
11	84.04	86.15		93.37				
12	87.32	89.60		97.45				
13	90.60	93.05		101.53				
14	93.89	96.50						
15	97.17	99.94						
16	100.45	103.39						

## Vedlegg 3

### Hurtigguide for utregning av poeng for DUDIT

For spørsmålene 1-9 gis svaralternativene med 0, 1, 2, 3, og 4 poeng. For spørsmålene 10 og 11 blir det gitt poengtallene 0, 2, og 4. Summer poengtallene for alle 11 spørsmålene. Maksimalt antall poeng er 44.

Har en mannlig klient 6 poeng eller mer har han sannsynligvis et rusrelatert problem – enten *misbruk/skadelig bruk eller avhengighet*. En kvinnelig klient med 2 poeng eller mer har sannsynligvis et rusrelatert problem. For yngre mellom 16 og 25 år er det 7 poeng for menn og 3 poeng for kvinner som tyder på rusrelaterte problem. (Disse tallene er foreløpige, men kan brukes som retningslinjer inntil videre.)

Vær oppmerksom på at "Socialstyrelsen" påpeker i nasjonale retningslinjer for helsetjenester for misbruks- og avhengighetsproblem at all bruk av narkotika, bortsett fra det som er foreskrevet av lege, ut fra legalitetsspørsmål er ulovlig. Derfor anbefales videre utredning også når poengtallet er 1 eller mer "for å avgjøre hvor vidt det dreier som om en illegal bruk" (Socialstyrelsen, 2007). Også i Norge er all bruk av narkotika illegal og tilsvarende anbefalinger for videre utredning kan sies å gjelde, se [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus.html?id=1130](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus.html?id=1130).

Har klienten 25 poeng eller mer er han eller hun sannsynligvis tungt avhengig av rusmidler.

Opioider	Cannabis	Sedativa hypnotika, anxiolytika	Kokain	Sentralstimulerende	Hallusinogener og PCP	Eteriske substanser	Nikotin
Angst, uro, søvnproblem Russug Diarré Utvidete pupiller Generell ulyst og nedstemthet Feber, diffus ubehagsfølelse i kroppen Gåsehud eller gjentakende kuldegrøss Muskelsmerter og krampetilstander, magekramper Kvalme og oppkast Urolig søvn Spyttutsondring, rennende øyne, nese eller nyseanfall Hjerteklapp, høyt blodtrykk Gjesping	Symptom kan tenkes å forekomme da langvarig bruk av høye doser opphører, men ingen kriterier kan fastslås.	Epileptiske kramper (grand mal), delirium (akutt vanskelig forvirringstilstand) Hodepine Søvnløshet Kvalme, oppkast Paranoide ideéer Besvimelsesfølelse når vedkommende reiser seg Psykomotorisk uro Svettetokter Hjerteklapp, høyt blodtrykk Forbigående hallusinasjoner eller illusjoner i syn, hørsel eller følelse Skjelvinger i utstrakte hender, i tungen eller i øyelokkene Svakhet, diffus ubehagsfølelse i kroppen	Angst, rastløshet Bizarre eller ubehagelige drømmer Sug etter kokain Depresjon, generell ulyst & nedstemthet Konsentrasjonsvansk er Trøtthet, diffus ubehagsfølelse i kroppen Hodepine Ute av stand til å føle glede Økt matlyst, økt matinntak og vektøkning Irritabilitet, sinne Sløvhet og initiativløs Mangelfull søvn, utmatting Psykomotorisk sløvhet, uro Langsom hjertevirksomhet	Bizarre eller ubehagelige drømmer Sug eller sentralstimulerende rusmidler Økt matlyst Søvnløshet eller overdrevet søvn Sløvhet og initiativløs Psykomotorisk sløvhet eller uro	Ingen symptomer	Ingen kriterier blir beskrevet i det diagnostiske registeret for ICD-10	Angst Sug etter tobakk (eller annet som inneholder nikotin) Konsentrasjonsvansk er Alminnelig ulyst og nedstemthet Økt matlyst Tiltakende hoste Irritabilitet eller rastløshet Søvnløshet Diffust ubehag i kroppen eller svakhet Munnsår

## Abstinenssymptom

WHO Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), avsnitt 12-PSYKOAKTIVE SUBSTANSER UNNTATT ALKOHOL  
 Tabell over abstinenssymptom, forgiftningssymptom og atferdsforstyrrelser. Oversettelse Anne H. Berman, leg. psykolog. Språkgransking Michael Bransome. leg. Läkare  
 Oversettelse til norsk v/Østnorsk Kompetansesenter (2008).

Vedlegg 4 i Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter (2003). *DUDIT manual*.

Opioider	Cannabis	Sedativa hypnotika, anxiolytika	Kokain	Sentralstimulerende	Hallusinogener og PCP	Eteriske substanser	Nikotin
<p>Apati, ute av stand til å føle glede</p> <p>Alminnelig ulyst og nedstemthet</p> <p>Langsom</p> <p>hjertervirksomhet, lavt blodtrykk, redusert kroppstemperatur</p> <p>Hemningsløshet</p> <p>Nedsatt konsentrasjon og hukommelse</p> <p>Nedsatt vurderingsevne</p> <p>Smittsom hepatitt, bakteriell infeksjon i hjertes indre hinne, blodforgiftning, byller i indre organ</p> <p>Nedsatt interesse for og evne til seksuell aktivitet</p> <p>Pupilleforminsking (bortsett fra ved oksygenmangel i forbindelse med alvorlig overdose, da en i stedet ser utvidete pupiller)</p> <p>Nedsatt følelse av behov for å puste</p> <p>Redusert talehastighet og redusert motorisk aktivitet</p> <p>Sludrete tale</p> <p>Forvirring, sløvhhet, døsigheit, koma</p>	<p>Overdrevet angst</p> <p>Svekket</p> <p>tidsoppfatning og korttidshukommelse</p> <p>Lengre reaksjonstid</p> <p>Mistenksomhet eller paranoide idéer</p>	<p>Uklar bevissthet</p> <p>Dempet aktivitet i nervesystemet, forvirring, koma, død (ved overdose) pga nedsatt følelse av behov for å puste</p> <p>Rødming eller blærer på huden</p> <p>Nedsatt psykomotorisk evne</p> <p>Skjelvende øyne</p> <p>Dårlig koordinasjon, ustadig gange, vansker med å stå</p> <p>Sludrete tale</p>	<p>Dårligere hygiene og dårligere sosial og økonomisk fungering, Tegn på vekttap</p> <p>Utmatting</p> <p>Nedsatt vurderingsevne</p> <p>Ekstrem høy feber</p> <p>Høyt blodtrykk, slag (av og til lavt blodtrykk)</p> <p>Underernæring</p> <p>Muskelsvekkelse</p> <p>Kvalme eller oppkast</p> <p>Utløsing av et manisk anfall</p> <p>Psykomotorisk uro</p> <p>Utvidete pupiller</p> <p>Svetteing/kuldegrøss</p> <p>Skjelving, delir, koma, krampes, død</p> <p>Hjerteklapp, ujevn hjertervirksomhet, brystmerter</p> <p>hjerterinfarkt, (av og til langsom hjertervirksomhet)</p>	<p>Ujevn hjertervirksomhet</p> <p>Brystsmerte</p> <p>Krampes</p> <p>Tegn på redusert vekt</p> <p>Høyt blodtrykk (av og til lavt blodtrykk)</p> <p>Muskelsvekkelse</p> <p>Kvalme eller oppkast</p> <p>Psykomotorisk uro (av og til sløvhhet)</p> <p>Utvidete pupiller</p> <p>Svetteing og kuldegrøss</p> <p>Hjerteklapp (av og til langsom hjertervirksomhet)</p>	<p>Uklart syn</p> <p>Mangelfull koordinasjon</p> <p>Hjerteklapp</p> <p>Utvidete pupiller</p> <p>Høyt blodtrykk, hjerteklapp</p> <p>Svetteing og kuldegrøss</p> <p>Skjelving, overdrevete reflekser</p>	<p>Uklart syn eller dobbeltsyn</p> <p>Senket bevissthetsnivå (f.eks. dvale eller koma)</p> <p>Vansker med å stå</p> <p>Muskelsvekkelse</p> <p>Skjelving på øynene</p> <p>Sludrete tale</p> <p>Ustødig gange</p>	<p>Ujevn hjertervirksomhet</p> <p>Kvalme eller oppkast</p> <p>Svetteing</p> <p>Hjerteklapp</p>

## Forgiftningssymptom

WHO Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), avsnitt 12-PSYKOAKTIVE SUBSTANSER UNNTATT ALKOHOL

Tabell over abstinenssymptom, forgiftningssymptom og atferdsforstyrrelser. Oversettelse Anne H. Berman, leg. psykolog. Språkgransking Michael Bransome. leg. Läkare, oversettelse til norsk v/Østnorsk Kompetansesenter (2008).

Vedlegg 4 i Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter (2003). *DUDIT manual*.

Opioider	Cannabis	Sedativa hypnotika, anxiolytika	Kokain	Sentralstimulerende	Hallusinogener og PCP	Eteriske substanser	Nikotin
Apati Hemningsløshet Nedsatt oppmerksomhet Forstyrrelser i personlig fungering Psykomotorisk sløvhet	Angst eller uro Illusjoner i hørsel, syn eller følelse Rødsprengte øyne Hverdagslige hendelser føles rare, uvirkelige Forstyrret identitet Depresjon Munntørrhet Eksitasjon og hemningsløshet Nedsatt oppmerksomhet Nedsatt vurderingsevne Nedsatt evne til bilkjøring og andre kompliserte oppgaver, inkludert innlæring Lengre reaksjonstid Økt matlyst og vektøkning Forstyrrelser i personlig fungering Fremkalling av tilbakefall av schizofreni Nedsatt motivasjon, apati Mistenksomhet eller paranoide idéer Hjerteklapp Tidsfordrøyelse (opplevelse av at tida går svært langsomt og/eller opplevelse av at tankene går fort)	Aggressiv fremtoning Hukommelsestap, forvirring Eksitasjon og atferdsmessig hemningsløshet Fiendtlighet og aggressivitet Nedsatt konsentrasjons- og hukommelsesevne Forstyrrelser i personlig fungering Humørsvingninger, snakkesalighet	Aggressiv fremtoning eller aggressive handlinger Konflikttendenser Illusjoner i hørsel, syn eller følelse Eufori og en følelse av økt energi Grandiost selvbilde og grandiose handlinger Hallusinasjoner Fiendtlighet, aggressivitet, vold Overdrevet vaksomhet Forstyrrelser i personlig fungering Ansvarsløse handlinger Humørsvingninger Panikk Paranoia, vrangforestillinger om forfølgelse Gjentatt stereotyp atferd	Aggressiv fremtoning eller aggressive handlinger, Konflikttendens Illusjoner i hørsel, syn eller følelse Eksitasjon og følelse av økt energi Grandiost selvbilde eller grandiose handlinger Hallusinasjoner Overdrevet vaksomhet Forstyrrelser i personlig fungering Humørsvingninger Paranoide idéer Gjentatt stereotyp atferd	Forandringer i persepsjon, tanker og følelser Angst og redsel, depresjon Illusjoner i hørsel, syn og følelse, eller hallusinasjoner i helt våken og alert tilstand Vrangforestillinger ("bad trips") Forstyrret identitet Hverdagslige hendelser føles rare, uvirkelige "kommer tilbake" (flashbacks) Hyperaktivitet Henføringsidéer (opplevelser av at saker og ting – f.eks. TV, radio annonseplakater er rettet mot en selv) Impulsive handlinger Nedsatt oppmerksomhet Forstyrrelser i personlig fungering Humørsvingninger Eksitasjon Paranoide idéer Mistenksomhet	Aggressive handlinger, aggressiv fremtoning Konflikttendens Apati, sløvhet Nedsatt oppmerksomhet og hukommelse Nedsatt vurderingsevne Forstyrrelser i personlig fungering Humørsvingninger Psykomotorisk sløvhet	Bisarre drømmer Hverdagslige hendelser føles rare, uvirkelige Søvnløshet Forstyrrelser i personlig fungering Humørsvingninger

## Dysfunksjonell atferd

WHO Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), avsnitt 12-Psykoaktive substanser unntatt alkohol  
 Tabell over abstinenssymptom, forgiftningssymptom og atferdsforstyrrelser. Oversettelse Anne H. Berman, leg. psykolog. Språkgransking Michael Bransome. leg. Läkare, oversettelse til  
 norsk v/Østnorsk Kompetansesenter (2008).  
 Vedlegg 4 i Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter (2003). *DUDIT manual*.

**Rusmiddel:**

1. Rusbruk minst 1 g./mnd. i løpet av 12 mnd.
25. Sosial skade
26. Rettslig skade
27. Fortsatt inntak til tross for sos./rettslig skade
28. Inkompetent til å oppfylle forpliktelser
29. Gjentatt risikofylt atferd
2. Rusbruk i løpet av minst en mnd. eller flere ganger/år
34. Psykisk skade
38. Fysisk skade

**Misbruk** foreligger om rusbruk foregår ifølge punkt 1 ovenfor **og** noen av 26-29 er oppfylt (DSM-4)

**Skadelig bruk** foreligger om rusbruk foregår ifølge punkt 2 ovenfor **og** 34 eller 38 er oppfylt (ICD-10)

22. Russug, craving
23. Kontrolltap – minsker ikke
24. Kontrolltap – inntar mer enn tenkt
30. Prioritering av rusmidlet
31. Tidsforbruk pga rusmidlet
33. Toleranseutvikling
37. Fortsatt inntak til tross for psykisk skade
39. Fortsatt inntak til tross for fysisk skade
40. Abstinenssymptom
42. Inntak av rusmiddel for å forhindre/lindre abstinenssymptom

**Rusmiddelavhengighet** foreligger (DSM-4) om rusbruk skjer ifølge punkt 1 ovenfor **og** minst 3 av 7 kriterier foreligger (23, 24, 30, 31, 33, 37/39, 40/42)

**Avhengighetssyndrom** foreligger (ICD-10) om minst 3 av 6 kriterier opptrer (22, 23/24, 28/30/31, 33, 37/39, 40/42) **samtidig** når rusbruk har foregått ifølge punkt 2 ovenfor

**Rusmiddel:**

1. Rusbruk minst 1 g./mnd. i løpet av 12 mnd.
25. Sosial skade
26. Rettslig skade
27. Fortsatt inntak til tross for sos./rettslig skade
28. Inkompetent til å oppfylle forpliktelser
29. Gjentatt risikofylt atferd
2. Rusbruk i løpet av minst en mnd. eller flere ganger/år
34. Psykisk skade
38. Fysisk skade

**Misbruk** foreligger om rusbruk foregår ifølge punkt 1 ovenfor **og** noen av 26-29 er oppfylt (DSM-4)

**Skadelig bruk** foreligger om rusbruk foregår ifølge punkt 2 ovenfor **og** 34 eller 28 er oppfylt (ICD-10)

22. Russug, craving
23. Kontrolltap – minsker ikke
24. Kontrolltap – inntar mer enn tenkt
30. Prioritering av rusmidlet
31. Tidsforbruk pga rusmidlet
33. Toleranseutvikling
37. Fortsatt inntak til tross for psykisk skade
39. Fortsatt inntak til tross for fysisk skade
40. Abstinenssymptom
42. Inntak av rusmiddel for å forhindre/lindre abstinenssymptom

**Rusmiddelavhengighet** foreligger (DSM-4) om rusbruk skjer ifølge punkt 1 ovenfor **og** minst 3 av 7 kriterier foreligger (23, 24, 30, 31, 33, 37/39, 40/42)

**Avhengighetssyndrom** foreligger (ICD-10) om minst 3 av 6 kriterier opptrer (22, 23/24, 28/30/31, 33, 37/39, 40/42) **samtidig** når rusbruk har foregått ifølge punkt 2 ovenfor.