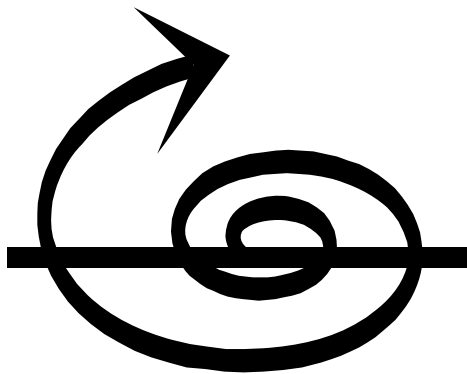


# DUDIT-E

The Drug Use Disorders Identification Test -E

## UTREDNINGS- OG BEHANDLINGSMANUAL



**Anne H. Berman<sup>1,2</sup> & Claes Brisendal<sup>3</sup>**

Versjon 2.0  
Juni 2010

---

<sup>1</sup>Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Centrum för psykiatriforskning, [anne.h.berman@ki.se](mailto:anne.h.berman@ki.se)

<sup>2</sup>Beroendecentrum Stockholm, [www.beroendecentrum.com](http://www.beroendecentrum.com)

<sup>3</sup>Psykiatrisk klinikk HNT, [claes.brisendal@hnt.no](mailto:claes.brisendal@hnt.no)

Finansiering av denne manualen:

Beroendecentrum Stockholm, Psykiatrisk klinikk HNT, og Kompetansesenter rus – region øst

Prosjektleder: fil dr Anne Landheim, [anne.landheim@sykehuset-innlandet.no](mailto:anne.landheim@sykehuset-innlandet.no)

Forord .....	3
Sammenfatning .....	4
DUDIT-E i hverdagsvirksomheten .....	5
1. Utredning av stoffproblem i fire trinn.....	5
Figur 1: Utredning av stoffproblem i fire trinn med eksempel på passende verktøy .....	6
2. DUDIT-E og poengsetting.....	6
DUDIT-Ed .....	7
DUDIT-Ep .....	8
Tabell 1: Påstander om positive aspekt av stoffbruken fra DUDIT-Ep i fire faktorer .....	8
DUDIT-En.....	8
Tabell 2: Påstander om negative konsekvenser av stoffbruken fra DUDIT-En i fire faktorer.....	9
DUDIT-Et .....	9
Tabell 3: Spørsmål fra DUDIT-Et i tre faktorer .....	10
Motivationsindeks .....	11
3. Klinisk tilpasning .....	13
Norsk pilotstudie .....	13
Å la klienten fylle ut DUDIT-E .....	13
Tilbakemeldingsamtale og dialog om spørreskjemaet .....	14
Når i behandlingen bør DUDIT-E benyttes? .....	14
4. Videre personutredning i forbindelse med rusproblematikk.....	16
5. Vanlige spørsmål om DUDIT-E (FAQ).....	17
a. Hva trenger jeg av opplæring for å gjennomføre en tilbakemeldingsamtale om DUDIT-E? ..	17
b. Når i behandlingsprosessen skal jeg bruke DUDIT-E?.....	18
c. Må man bruke DUDIT om det allerede er klarlagt at klienten har en stoffavhengighet?.....	18
d. Hva gjør jeg med DUDIT/DUDIT-E-spørreskjemaet når klienten har utfylt det? .....	18
e. Hvordan bruker jeg DUDIT-E som grunnlag for videre planlegging? .....	18
f. Opptrykk av spørreskjemaet, hva bør jeg tenke på?.....	18
g. Hvilket tidspunkt siktes det til når klienten besvarar DUDIT-E? .....	19
h. Kan jeg gi DUDIT-E som hjemmelektur? .....	19
i. Kan klienten fylle i DUDIT-E som en profil for hvert stoff?.....	19
j. Kan jeg dele opp besvarelsen over flere møter? .....	19
k. I hvilken utstrekning må jeg gi tilbakemelding på alt som klienten krysser av for? .....	20
l. Hvilke svar foranlediger spesiell oppmerksomhet for videre utredning? .....	20
m. Når Ep-poengene er lik En-poengene.....	20
n. Hvordan skal jeg forholde meg til språkbruk? .....	21
o. Hva gjør jeg om jeg ikke kommer videre i arbeidet med klienten? .....	21
6. Vignetter fra DUDIT-E samtaler.....	21
1. Å innlede samtalen med gjennomgang av stoffdelen .....	21
2. Gjennomgang av det positive – hvor stor detalj? .....	22
3. Å innlede samtalen om stoffenes negative aspekt .....	22
4. Å diskutere det negative med stoffene med fokus på suicidaltanker .....	23
5. Fordypningstema om problem i arbeidslivet – Trinn 4 i utredningsmodellen.....	23
6. Gjennomgang av faktorer – mot slutten blir det bra! .....	23
7. Å styrke autonomien leder til avsløring av tidligere juks.....	23
8. Utforsking av DARN-C med oppfølgende spørsmål .....	24
9. Gjennomgang av DARN-C leder til endring i DUDIT-Et.....	24
10. Å avslutte samtalen – nytten for klient respektive behandler .....	24
Vedlegg .....	24
1. DUDIT-E.....	24
2. Motivasjonsindeksen - figur .....	24
3. Hurtigguide for beregning av poeng for DUDIT-E.....	24
4. Mal for positive faktorer .....	24
5. Mal for negative faktorer.....	24
6. Mal for behandlingsfaktorer.....	24
7. Mal for beregning av DUDIT-Et og Motivasjonsindeks.....	24
8. DARN-C mal.....	24
9. Samtaleutdrag til vignettene i DUDIT-E manualen.....	24
10. Eksempel på en hel samtale .....	24
Referanser .....	24

# Forord

DUDIT-E ble utviklet parallelt med DUDIT (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005). Informasjon om utviklingen av DUDIT-E finnes i svenskspråklige rapporter (Berman & Bergman, 2000, 2001, 2002), og også i en engelskspråklig artikkel (Berman, Palmstierna, Källmén & Bergman, 2007). DUDIT-prosjektet, som pågikk 2000-2002 ved Karolinska Institutet, førte til at det ble skapt to letthåndterlige instrument som raskt gir en oversikt over eventuelle rusrelaterte problem hos en person, og også er godt egnet til bruk i forskningsstudier. Denne manualen handler om problemvurderingsskjemaet DUDIT-E. For DUDIT finnes en separat manual som kan bestilles via [www.beroendecentrum.com](http://www.beroendecentrum.com) under Testformulär.

Arbeidet med DUDIT-prosjektet ble initiert takket være Frans Schlyters opprinnelige idé og Kriminalvårdens forskningskommittés velvillige støtte. Prosjektet ble ledet av professor Hans Bergman ved Karolinska Institutets Institution för klinisk neurovetenskap, Sektionen för klinisk alkohol- och narkotikaforskning. Ansvarlig for gjennomføring var fil dr, leg psykolog og leg psykoterapeut Anne H. Berman; konsulterende medarbeidere var docent og overlege Tom Palmstierna ved Karolinska Institutet og Beroendecentrum i Stockholm samt Frans Schlyter ved Kriminalvårdsstyrelsens planleggingsenhet.

I løpet av arbeidet fikk vi verdifulle innspill fra professor Johan Franck, docent Peter Wennberg, med dr og leg. psykolog Lars Forsberg, fil dr. Ulric Hermansson og doktorand og leg. psykolog Anders Andrén, alle fra Karolinska Institutet. Gunnar Hilm hadde ansvar for layout og grafisk design av DUDIT og DUDIT-E.

Etisk tillatelse for innspilling av de kliniske samtale som inngår i denne manualen ble gitt av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt). Innspilling av samtale fulgte også kravene til det norske Personvernombudet (NSD). Vitenskapelig veileder for Claes Brisendal for pilotstudien var professor Hans Nordahl ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim, samt fil dr Anne H Berman, Karolinska Institutet og Beroendecentrum Stockholm.

Finansiell støtte for pilotstudien og Claes Brisendals medvirkning til manualfremstillingen ble gitt av Kompetansesenter rus – region øst, under ledelse av fil dr Anne Landheim, som også har bidratt med sitt initiativ til prosjektet, og som har gitt oss stillferdig men uvurderlig inspirasjon. Uten støtte fra våre arbeidsgivere, Beroendecentrum Stockholm og Psykiatrisk klinikk HNT, hadde vi heller aldri kunnet ferdigstille dette arbeidet. Til slutt vil vi varmt takke Amund Aakerholt, Kompetansesenter rus – region øst, for verdifulle synspunkter under arbeidets gang.

Anne H. Berman og Claes Brisendal,  
Stockholm, Hamar, og Levanger, mai 2010

# Sammenfatning

DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test- Extended) utgjør et fordypningsskjema for personer hvor et stoffproblem allerede har blitt identifisert. DUDIT-E tilbyr kartlegging av spesifikk stoffbruk, utforsking av positive og negative aspekt ved stoffbruken med tilhørende ambivalens, samt eventuell motivasjon for behandling.

Denne manualen beskriver hvordan man bruker DUDIT-E i hverdagsvirksomheten hvor behandlere møter personer som bruker rusmidler. For deg som bare vil vite hvordan man regner ut poeng på DUDIT-E, viser vi til vedlegg 3 som er en hurtigguide. For å vite mer om DUDIT viser vi til DUDIT-manualen som på norsk kan lastes ned fra <http://www.rus-ost.no/default.asp?WCI=Forms&WCE=75> eller bestilles fra forfatterne i henhold til kontaktinformasjonen på fremsiden.

I manualens første avsnitt beskriver vi en modell for utredning av stoffproblem i fire trinn. Det første trinnet er å identifisere de personene som har problem med rusmidler til forskjell fra dem som ikke har disse problemene. Det er i det første trinnet av utredningsmodellen at det korte DUDIT er et godt hjelpemiddel. Når det ved DUDIT eller annen metode (f. eks. biologiske prøver) har blitt konstatert at rusrelaterte problem kan finnes, kommer trinn 2, da problemet kan utforskes nærmere ved hjelp av DUDIT-E. Det andre avsnittet i manualen beskriver innholdet i DUDIT-E-spørsmålene og gir informasjon om hvordan svarene skal vurderes. I det tredje avsnittet blir den kliniske samtalen diskutert ut fra et utfylt DUDIT-E spørreskjema. I det fjerde avsnittet kommer en kort sammenfatning av hvordan videre personutredning kan foregå i henhold til trinn tre i utredningsmodellen. Det femte avsnittet inneholder vanlige spørsmål om DUDIT-E og til slutt, i avsnitt 6, presenteres 10 korte vignetter om klienter for hvilke samtaleutdrag blir presentert i vedlegg 9 til manualen.

Vedleggene til manualen inneholder DUDIT-E spørreskjemaet (vedl. 1), en figur som viser fordelingen av den beregnede motivasjonsindeksen for en gruppe på 154 personer (2), en hurtigguide for utregning av poeng på DUDIT og DUDIT-E (3), og maler for å beregne positive faktorer ved stoffbruken (4), negative faktorer (5), og behandlingsskemaer (6). Til slutt finnes en mal for beregning av behandlingssummen og motivasjonsindeksen (7), et nytt spørreskjema om beredskap til forandring (DARN-C, Brisendal, Berman & Amrhein, 2009; vedl. 8), samtaleutdrag fra de personer som blir beskrevet i de 10 vignettene (9), samt et eksempel på en hel tilbakemeldingssamtale (10).

Om du vil bruke DUDIT-E i din virksomhet kan du laste ned skjemaet på svensk fra [www.beroendecentrum.com](http://www.beroendecentrum.com) under "Testformulär", på norsk under <http://www.rus-ost.no/default.asp?WCI=Forms&WCE=75> og på andre språk under <http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index61869EN.html>. Klienter som vil bruke spørreskjemaet selv kan gjøre det på [www.escreen.se](http://www.escreen.se), hvor spørreskjemaet for øyeblikket finnes på svensk, men på sikt vil det også bli tilgjengelig på andre språk. Ved bruk av papirversjonen bør DUDIT-E spørreskjemaet skrives ut på en slik måte at de sjatterte områdene, som skiller radene fra hverandre, synes tydelig (det er ikke bestandig at vanlige kopimaskiner får frem sjatteringer godt nok). En dobbeltsidig utskrift anbefales også.

Til slutt: Du er alltid velkommen til å kontakte manualforfatterne med spørsmål eller kommentarer i tilknytning til DUDIT-E!

## DUDIT-E i hverdagsvirksomheten

### **Hva gir DUDIT-E?**

DUDIT-E gir deg som behandler et grunnlag for dialog og samtale med din klient<sup>1</sup>. DUDIT-E er passende først når du vet at klienten bruker rusmidler, ved hjelp av DUDIT, biologiske markører eller fordi klienten allerede på annet vis har blitt identifisert som stoffbruker.

### **Når benyttes DUDIT-E?**

DUDIT-E kan benyttes i begynnelsen av en kontakt som en del av utredningen, som et behandlingsinnslag i en serie samtaler, eller som en hjelp til å vurdere hva som er forandret etter en forandringsperiode. DUDIT-E kan altså benyttes flere ganger med samme klient i løpet av en sammenhengende behandlingsperiode.

### **Hvem kan bruke DUDIT-E?**

Du som har erfaring med behandlingsamtale om misbruk og avhengighet kan bruke DUDIT-E. For å føre samtalen uten spesiell utdanning må du være fortrolig med Motivational Interviewing (MI; motiverende intervju). I andre tilfelle anbefales spesiell utdanning (kontakt forfatterne).

### **DUDIT-E i utredningsprosessen – en advarsel!**

For deg som benytter DUDIT-E i utredningsprosessen: observer at poengsettingen ikke bør benyttes som det eneste grunnlaget for å avgjøre en persons motivasjon for behandling. Det er i stedet din samlede vurdering som behandler ut fra dialog med klienten som er det primære grunnlaget for å avgjøre f eks plasseringer. DUDIT-E poengberegningen gir på denne måten en konkret (men foranderlig) vurdering som du kan bruke som et felles materiale i samtale med klienten. For klinisk statistikk og forskningsstudier fungerer poengberegningen som en sammenfattende dokumentasjon.

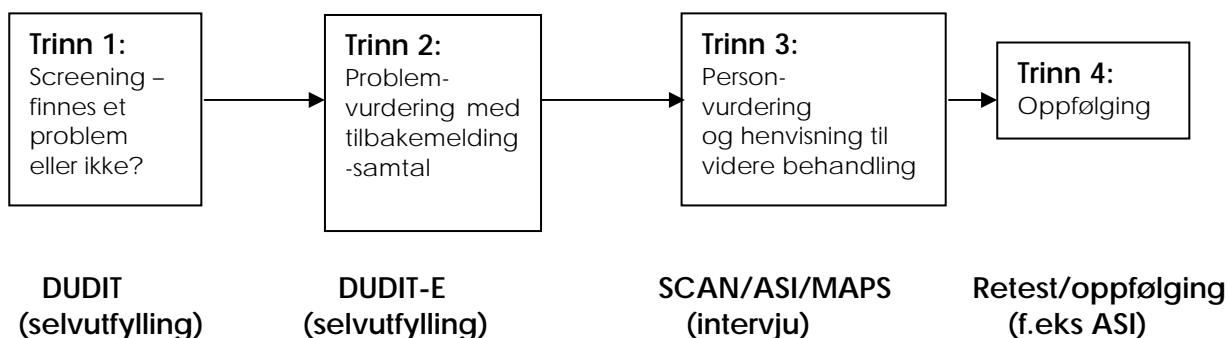
## 1. Utredning av stoffproblem i fire trinn

Stoffproblem kan bli utredet i fire trinn i henhold til modellen nedenfor, som opprinnelig ble foreslått av National Institute of Medicine (1990) i USA (se figur 1). For hvert trinn i modellen øker kostnaden for de utredningsressurser som trengs, så vel i tid som penger. I det første trinnet foregår en rask og rimelig screening for å slå fast om det finnes et problem eller ikke, slik at behandleren kan vurdere behovet for videre ressurser. Her kan DUDIT være av verdi for å identifisere de som ser ut til å ha et problem med stoffmisbruk eller avhengighet og for å utelukke de som ikke har slike

---

<sup>1</sup> DUDIT-E spørreskjemaet blir brukt i mange sammenhenger og vi velger å la ordet "klient" omfatte brukere, pasienter, elever, studenter, konfidenter, gjester, søkere osv.

problem. I trinn 2 foregår en fordypet problemvurdering og det er her DUDIT-E kan være av verdi for å gi både klient og behandler en idé om de stoffrelaterte spørsmålene som kan bli aktuelle i en eventuell behandling. Både i trinn 1 og trinn 2 kan farmakologiske tester av russtoffer i urin eller blod komplettere opplysninger som fremkommer i DUDIT/DUDIT-E (se Druid & Berman, 2010).



**Figur 1:** Utredning av stoffproblem i fire trinn med eksempel på passende verktøy

I trinn 3 utvides utredningen til å omfatte andre områder i livet enn stoffbruken. Her kan Addiction Severity Index (ASI; McLellan m fl, 1992, Nyström, 2010) (I Norge er EuropASI tilgjengelig via SIRUS) eller annen diagnostikk tjene til å belyse problemtyngden og hjelpebehovet. På dette trinnet er det nødvendig med personlige intervjuer som kan ta 2-3 timer eller enda lengre tid. I trinn 4 følges utredningsprosessen opp etter en viss tid med ny testing, eller ved kontakt med henvisningsinstansen.

## 2. DUDIT-E og poengsetting

DUDIT-E er et spørreskjema med ekstra spørsmål, som i en utredning om rusproblem hører hjemme i trinn 2 – problemvurderingsfasen. Tanken med DUDIT-E har vært at behandleren raskt skal kunne danne seg en oppfatning av hvor utbredt og vanlig stoffbruken er, om hva klienten får ut av stoffbruken, hvilke problem han eller hun rammes av på grunn av stoffbruken, samt i hvilket omfang klienten er motivert til å forandre sin stoffbruk og også til å ta imot behandlingshjelp. Vår erfaring er at det er relativt lett for klienter å besvare spørreskjemaet, og at det tar 15 – 20 minutter.

Oppbyggingen av spørreskjemaet følger stort sett tankegangen rundt utforskning av fordeler og ulemper ved en helseskadelig atferd, ambivalensutforskning, i henhold til samtalemotoden Motivational Interviewing (MI; Miller & Rollnick, 2002). Det er derfor naturlig å kombinere bruken av spørreskjemaet med prinsippene for MI, så vel i sammenheng med utfylling, som ved tilbakemeldingssamtalen.

DUDIT-E består av fire separate deler, se nedenfor. Se vedlegg 1 for hele spørreskjemaet med alle fire delene.

- DUDIT-Ed      *Stofftabell* 10 stoffkategorier med 6 svaralternativ.
- Mulighet for å krysse av for om bruken bare forekommer ved tilbakefall.
- DUDIT-Ep      *Positive konsekvenser* av rusbruken med 17 påstander, 5 svaralternativ.
- DUDIT-En      *Negative konsekvenser* av rusbruken med 17 påstander, 5 svaralternativ.

DUDIT-E ble først testet i en gruppe med 154 rusavhengige personer fra rustiltak og kriminalomsorgen, som også utgjorde grunnlaget for testing av DUDIT (Berman mfl, 2005, 2007) og dessuten i en gruppe med 92 innsatte i kriminalomsorgen (Berman m fl 2007). Testingen ga grunnlagskunnskaper om hvilke rusmidler som ble brukt og med hvilken hyppighet i disse gruppene (DUDIT-Ed). Faktoranalyser av de positive, negative og behandlingsdelene (DUDIT-Ep, En og Et) har vist hvilke faktorer som inngår i disse delene av instrumentet. Det er viktig å påpeke at faktorstrukturen kan være forskjellig i ulike grupper, noe som er gjenstand for pågående forskning (Berman, Flygare, Lobmeier, Sinadinovic & Brisendal, 2010).

I DUDIT-Ep har fire faktorer blitt identifisert: følelsesmessig velbefinnende, individuell kompetanse, fysisk velbefinnende og sosial kompetanse. For DUDIT-En finnes også fire faktorer: individuell lidelse, sosial lidelse, kroppslig lidelse, og vold/kriminalitet. For DUDIT-Et finnes tre faktorer: behandlingsberedskap, forandringsvilje, og behandlingsvilje. Reliabiliteten for DUDIT-Ep og DUDIT-En er høy og for DUDIT-Et akseptabel.<sup>3</sup> Den motivasjonsindeksen som blir regnet frem ved hjelp av verdiene på DUDIT-Ep, DUDIT-En og DUDIT-Et er normalfordelt og kan gi veiledning med tanke på motivasjon til forandring og/eller behandling. I vedleggene 4 til 6 finnes maler som gjør det lettere å regne ut fordelingen av disse faktorene for hver enkelt klient, og vedlegg 7 inneholder en mal for utregning av DUDIT-Et og motivasjonsindeksen.

Nedenfor følger en gjennomgang av spørsmålene, svarene og vurderingen av hver del av DUDIT-E samt for motivasjonsindeksen.

### DUDIT-Ed

I første delen av DUDIT-E angir klienten hvilke av ni stoffkategorier han eller hun bruker. Stoffkategoriene er cannabis, amfetamin, kokain, opiater, hallucinogener, løsemidler, GHB og øvrige stoffer, søvn/beroligende tabletter, smertestillende tabletter og tobakk. Klienten angir dette ved å krysse av for hvor ofte inntaket skjer, fra "aldri" til "4 ganger pr uke". Svarene for hvert stoff vurderes som 0, 1, 2, 3, 4, eller 5. Du kan summere alle svarene (utelukk tobakk) og da er maksimalt poengantall 45. Denne metoden passer bra for å sammenlikne stoffbruk i **større grupper**.

For **individuell bruk**, del poengtallet med antallet rusmidler hvor klienten har angitt minst "2" (1 gang pr måned eller sjeldnere) for å få et anslag over stoffbrukens alvorlighetsgrad på en skala fra 2 til 5. Pass på at du ikke tar med tobakk, som finnes med i tabellen bare som ekstra informasjon.<sup>4</sup>

Et tredje alternativ er å summere alle svarene bare for de **rusmidlene som brukes aktivt**, dvs. får 4 eller 5 poeng. Deretter deler du summen med antallet stoffkategorier som ligger på aktivt nivå (utelukk tobakk også her). Svaret blir en indeks som speiler alvorret i den

---

<sup>2</sup> Spørsmålene i DUDIT-E om interesse for atferdsendring og/eller behandling benevnes DUDIT-Et, hvor *t* står for "treatment". På så vis er betegnelsen tilpasset til internasjonale forhold.

<sup>3</sup> Cronbach's alpha for DUDIT-Ep er 0,87, for DUDIT-En 0,88 og for DUDIT-Et 0,72 ifølge Berman m fl. 2007. Større tall er identifisert i Internetversjonen av DUDIT-E: 0,95, 0,96 henholdsvis 0,88 (Sinadinovic, Berman, Hasson & Wennberg, 2010).

<sup>4</sup> Tobakksrøyking sammen med smertestillende tabletter for klienter under 40 år medfører en risikofaktor for utvikling av opiatavhengighet ifølge Coombs, Jarry, Santhiapillai, & Abrahamsohn (1996).

aktive stoffbruken. Det er viktig å notere antallet rusmidler som blir besvart med 4 eller 5 poeng for å få et bilde av antallet rusmidler som brukes aktivt.

Et fjerde alternativ er å danne seg **et visuelt inntrykk** av stoffbruken. Noter hvilke rusmidler som brukes på aktivt nivå med 4 eller 5 poeng, og sammenlikn med de rusmidlene som brukes mer sjeldent og som får 3 poeng eller mindre. Dette kan du etterpå drøfte i samtale med klienten.

#### *Kryss i tilbakefallsfeltet*

Om respondenten har krysset av for tilbakefall, la være å ta med det rusmidlet eller de rusmidlene fra det totale poengtallet. Noter poengtallet for rusmidlet med et "Å" (/Tilbakefall) ved resultatet. Om det finnes tilbakefall i forbindelse med flere rusmidler, angi dette med tilsvarende poengtall.

### DUDIT-Ep

**A.** I denne delen av DUDIT-E viser klienten i hvilken grad stoffbruken har positive aspekt. Svarene for hver påstand vurderes som 0, 1, 2, 3 eller 4. Summer poengtallet for alle påstandene. Det maksimale poengantallet er 68.

**B.** Vil du gå enda dypere inn i klienten sine svar, kan du for hver faktor summere poengene og dele med antallet påstander som inngår i faktoren. Ved hjelp av utregningen går det an å se om det er noe spesielt aspekt av livet som klienten prøver å tilfredsstille ved stoffbruken. I vedlegg 4 finnes en mal for å regne ut fordelingen av positive faktorer for den enkelte klienten. Tabell 1 sammenfatter faktorenes innhold; se Berman & Bergman (2002) for mer detaljert informasjon.

**Tabell 1:** Påstander om positive aspekt ved stoffbruken fra DUDIT-Ep i fire faktorer

<b>Faktornavnene fra forskerperspektiv</b>	<b>1</b> Følelses- messig vel- befinnende	<b>2</b> Individuell kompetanse	<b>3</b> Fysisk vel- befinnende	<b>4</b> Sosial kompetanse
<b>Faktornavnene fra klientperspektiv</b>	<b>1</b> Oppleve psykisk velvære	<b>2</b> Bli mer positiv	<b>3</b> Oppleve kroppslig velvære	<b>4</b> Oppleve seg sosial
1. Sover bedre			X	
2. Blir avspent og avslappet			X	
3. Blir glad		X		
4. Blir sterk		X		
5. Kjenner meg "normal"				X
6. Blir kreativ		X		
7. Blir aktiv				X
8. Elsker alle og hele verden		X		
9. Får økt selvtillit	X			
10. Får mindre vondt i ryggen, nakken, hodet osv				X
11. Får en følelse av at alt ordner seg	X			
12. Livet uten stoff er kjedelig	X			
13. Jeg kan styre følelser som angst, sinne og depresjon.	X			
14. Med stoff kan jeg fungere sosialt				X
15. Med stoff føler jeg at jeg er med i gruppen	X			
16. Jeg får bedre kontakt med andre	X			
17. Jeg får mer ut av livet mitt	X			

### DUDIT-En



A. I denne delen av DUDIT-E viser klienten på hvilken måte stoffbruken har ført til negative konsekvenser. Svarene for hver påstand blir vurdert som 0, 1, 2, 3 eller 4. Summer poengtallet for alle påstandene. Det maksimale poengantallet er 68.

B. Vil du gå enda dypere inn i klientens svar, kan du for hver faktor summere poengene og dele med antallet påstander som inngår i faktoren. Ved hjelp av utregningen går det an å se om noe spesielt aspekt av livet er ekstra negativt påvirket av stoffbruken. Observer at spørsmål 8 hører til to faktorer og kan regnes med til begge. Hodepine (8) kan slik sett medføre både en individuell lidelse og en kroppslig lidelse. I vedlegg 5 finnes en mal for å regne ut fordelingen av negative faktorer for den enkelte klienten. Tabell 2 sammenfatter faktorenes innhold og antallet påstander som inngår.

Tabell 2: Påstander om negative konsekvenser av stoffbruken fra DUDIT-En i fire faktorer

Faktornavnene fra forskerperspektiv	1 Individuell lidelse	2 Sosial lidelse	3 Vold/ Kriminalitet	4 Kroppslig lidelse
Faktornavnene fra klientperspektiv	1 Dårlig psykisk helse	2 Føle seg utanfor	3 Innblandet i vold/ kriminalitet	4 Dårlig fysisk helse
1. Jeg har i løpet av det siste året hatt problem på jobb, på skolen eller hjemme på grunn av stoff.		X		
2. Jeg har i løpet av det siste året søkt lege- eller sykehusbehandling eller hatt medisinske problem (for eksempel hukommelsestap eller hepatitt) på grunn av stoff.				X
3. Jeg har i løpet av det siste året havnet i bråk eller brukt vold når jeg har vært påvirket av stoff.			X	
4. Jeg har i løpet av siste året hatt problem med politiet på grunn av stoff.			X	
5. Får angst	X			
6. Får selvmordstanker.	X			
7. Trekker meg unna andre.	X			
8. Får hodepine eller føler meg dårlig.	X			X
9. Får dårligere kontakt med venner.	X			
10. Får vanskeligheter med å konsentrere meg.	X			
11. Lysten på sex blir redusert.				X
12. Forstyrrer økonomien.		X		
13. Blir passiv.	X			
14. Får dårligere helse.	X			
15. Blir hensynsløs.	X			
16. Forstyrrer familielivet.		X		
17. Ser alt som et stort kaos.		X		

DUDIT-Et

A. I denne delen av DUDIT-E viser klienten beredskap for forandring og interesse for behandling. Svarene for hvert spørsmål vurderes som 0, 1 eller 2. Summer poengene i henhold til følgende formel. Poengtallet kan variere mellom -4 og 10. Observer at tallene i formelen sikter til nummeret på spørsmålet i Et-delen.

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

Høye svarsummer på spørsmålene 2 (lei av stoff), 3 (uro for stoffbruk), 4 (klar for å jobbe for en endring), 5 (synspunkt at profesjonell hjelp trengs for å endre bruken) og 8 (synspunkt om at det er viktig å endre stoffbruken) speiler innsikt i at stoffbruken er et problem som det må gjøres noe med.

Høye svarsummer på spørsmålene 1 (trivsel med stoff) og 9 (troen på at det blir vanskelig å forandre stoffbruken) speiler på den annen side hindringer for å forandre stoffbruken. Derfor trekkes summen av 1 + 9 fra summen av spørsmålene 2-5 og 8.

Spørsmålene 6 og 7 gir informasjon om respondentens mer konkrete innstilling til å påbegynne behandling. Disse to spørsmålene handler ikke om forandringsvilje i seg selv, men mer om mulighetene til faktisk å oppnå hjelp via eventuelle hjelpetiltak og tillit til egen kapasitet til å opprette en terapeutisk allianse med hjelpetiltaket. De unntas derfor fra formelen. Spørsmål 10 gir en idé om hvor i forandringshjulet respondenten kan befinne seg. Se på disse svarene for å få en oppfatning om hvordan klienten ligger an i så måte. De inngår ikke i formelen! For å få mer velavveid informasjon om klientens motivasjon til forandring av stoffbruken, anbefales at du beregner motivasjonsindeksen (se avsnittet nedenfor).

B. Vil du gå enda dypere inn i klientens svar, kan du for hver faktor summere poengene og dele med antallet påstander som inngår i faktoren. Ved hjelp av utregningen går det an å se variasjoner i klientens beredskap til behandling, vilje til forandring henholdsvis handling. En hjelpemal finnes i vedlegg 6. Tabell 3 viser hvilken faktor hver påstand sorterer under i henhold til våre analyser så langt.

Tabell 3: Spørsmål fra DUDIT-Et i tre faktorer

Faktornavnene fra forskerperspektiv	1 Behandlings-beredskap	2 Forandrings- vilje	3 Handlings- vilje
Faktornavnene fra klientperspektiv	Reflekterer over ditt forbruk	Vurderer å endre ditt forbruk	Vill gjøre noe konkret med ditt forbruk
1. Trives du med å ta stoff?		-X	
2. Blir du lei av å bruke stoff?		X	
3. Har du i løpet av det siste året uroet deg for ditt stoffbruk?		X	
4. Er du klar for å jobbe med å endre ditt stoffbruk?			X
5. Synes du at du trenger profesjonell hjelp for å forandre ditt stoffbruk?	X		
6. Tror du at du kan få tak i riktig type profesjonell hjelp?	X		
7. Tror du at du kan bli hjulpet av profesjonell behandling for ditt stoffbruk?	X		
8. Synes du at det er viktig å forandre ditt stoffbruk?		X	
9. Tror du det blir vanskelig å forandre ditt stoffbruk?		-X	
10. Har du allerede forandret ditt stoffbruk og søker etter metoder som hjelper deg å unngå tilbakefall?			X

## Motivationsindeks

DUDIT-E, og spesielt DUDIT-Et delen, har sitt grunnlag i et antall spørsmål om beredskap til forandring, spørsmål som ble valgt ut fra *Readiness-to-change skjemaet (RTCQ;* Forsberg & Göransson, 1999; Heather, Gold & Rollnick, 1991), *Alcreadi* (Carbonari, DiClemente, Addy & Pollack, 1996), *TCU Treatment Motivation Scales* (Knight, Holcom & Simpson, 1994), *URICA* (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1983a, 1983b; Öberg, 2000) og *SOCRATES* (Miller & Tonigan, 1996).

Tanken med motivasjonsindeksen er at klientens uttalte interesse for forandring i henhold til DUDIT-Et, veies opp mot de svarene som blir oppgitt om positive henholdsvis negative aspekt ved stoffbruken.

For å beregne motivasjonsindeksen gjør du følgende: Beregn summen av DUDIT-En og del med summen av DUDIT-Ep. Multipliser resultatet med sammenregningen av DUDIT-Et i henhold til formelen eller ved hjelp av malen i vedlegg 7. Formelen for Motivasjonsindeksen ser ut på følgende måte:

$$\text{Motivasjonsindeks} = \text{DUDIT-En}_{(21..17)} / \text{DUDIT-Ep}_{(21..17)} * \text{DUDIT Et } [(2+3+4+5+8)-(1+9)]$$

Poengene på motivasjonsindeksen kan bli negative eller positive.

### ***Når noen av verdiene i Motivasjonsindeksen<sup>5</sup> er lik 0***

Generelt sett oppfordres til forsiktighet når noen av verdiene p, n eller t er lik 0. MotInd kan likevel beregnes om det finnes noen klinisk eller forskningsmessig grunn til rutinemessig å gjennomføre disse beregningene. Vi vil gi en påminning om at det reises spørsmål til om motivasjonsindeksen da gir et korrekt bilde av klienten, og vi anbefaler at det brukes med forsiktighet.

Når DUDIT-En eller DUDIT-Et er lik 0, blir MotInd også lik 0. I disse tilfellene kan også 0-verdien spille en lav motivasjon til forandring av stoffbruken. Likevel bør de enkelte verdiene studeres nærmere, både i klinikk og i forskning. Når DUDIT-Ep=0, kan motivasjonsindeksen ikke regnes ut fordi det ikke går an å dele et tall med 0. En pilotstudie med en internettbasert versjon av DUDIT-E viser at problemet forekommer hos 16,5 % av utvalget (63 av 381 brukere; Sinadinovic Berman, Wennberg & Hasson, 2010), mens det i et utvalg med avhengige pasienter fra en stoffavgiftningsavdeling forekom bare i 3 av 320 tilfeller (Berman, upubliserte data). I forskningssammenheng kan dette håndteres ved å utelukke tilfellet fra analysen, men i klinisk sammenheng kan 0-verdien erstattes med 1. Dette kan resultere i svært høye motivasjonsindekser, som i følgende eksempel: En pasient på stoffavgiftningsavdeling oppgir 0 for DUDIT-Ep, og 40 for DUDIT-En, samt 8 for DUDIT-Et. Om DUDIT-Ep-verdien erstattes med 1, blir MotInd lik  $40/1*8=320$ . At MotInd går opp til 320 spiller en svært høy motivasjon, og helt riktig opplever personen ingen positiv effekt av stoff, mens de negative effektene går opp til 40 og behandlingsinteressen er stor (8 poeng av maksimalt 10). De ekstreme effektene av denne utregningen kan modifieres ved transformering til T- eller Z-verdier.

### ***Når verdiene på Motivasjonsindeksen blir svært store (positive eller negative)***

Figuren i vedlegg 2 viser fordelingen i en gruppe med 145 stoffavhengige personer. Når denne figuren ble skapt, ble individer med verdier på mer enn 2 standardavvik bortsortert fra utvalget (verdier mellom 17,6 og 29,1; Berman m fl, 2007). Bortsorteringen av de 9

---

<sup>5</sup> Motivasjonsindeks blir heretter betegnet med forkortelsen MotInd

personene ble gjort fordi disse hadde verdier som lå utenfor gruppen generelt (s k outliers). Poenget med figuren i vedlegg 2 er å vise at motivasjonen kan variere svært mye blant en gruppe personer som har svært høye verdier på DUDIT (Berman m fl, 2005). På den annen side forekommer det temmelig ofte at forfatterne blir kontaktet av behandlere i klinikk som oppgir verdier utenfor den spennvidden som gjengis nedenfor. Når MotInd verdien faller utenfor, er det ikke på noe vis tegn på at individet har svart riktig eller galt, men at behandleren må se nærmere på svarene for å forstå hvorfor en mindre vanlig verdi har oppstått.

Det er mer uvanlig med meget lave verdier (under -2), ettersom disse forutsetter en lav DUDIT-E $t$  verdi sammen med en høy DUDIT-E $n$  verdi og en lav DUDIT-E $p$  verdi, noe som i seg selv er inkonsekvent (d v s personen trives med stoff, men opplever mange negative konsekvenser og få positive effekter).

En høy verdi (14 eller mer) er dog betydelig vanligere, og oppstår når verdien av DUDIT-E $t$  er nærmere 10 og DUDIT-E $n$ -poengene er betydelig høyere enn DUDIT-E $p$ -poengene, noe som skjer når individet vil forandre stoffbruken og i tillegg opplever en dobbelt så stor andel negative effekter i forhold til positive effekter, eller enda større andel negative effekter i forhold til positive, som i eksemplet i foregående rubrikk.

### ***Tolking av Motivasjonsindeksen***

For å gi noen retningslinjer om tolking av motivasjonsindeksen har vi delt opp poengene ut fra figuren i vedlegg 2 på følgende vis:

**-2 til + 3,99 poeng: lav motivasjon**  
**+4 til +9,99 poeng: mellom motivasjon**  
**+10 til 13,99 poeng: høy motivasjon**

Hensikten med denne oppdelingen er ikke å skape faste grenser for motivasjonsindeksen, men å gi et grunnlag for å diskutere forholdet mellom positive og negative aspekt av stoffbruken, slik at hovedvekten blir på "hvordan du best kan få hjelp". Det strider mot "spiriten" i DUDIT-E og MI, ut fra poengtallet på motivasjonsindeksen, å fastslå at noen "ikke er motivert", eller å trekke en konklusjon om plassering i motivasjons- eller behandlingsavdeling ut fra poengtallet. Det viktige er i stedet å føre en dialog med klienten om de forskjellige delene i DUDIT-E, sammen med motivasjonsindeksen, og ut fra dette resonnerer omkring hva det kan medføre for klienten i livet akkurat nå.

Det er for tidlig å uttale seg om validiteten av motivasjonsindeksen, for eksempel om den predikerer forandringer i atferd, selv om det har vist en viss sammenheng med plassering på behandlingsavdeling i fengsel (Berman et al., 2007). Motivasjonsindeksen sin fremste funksjon er inntil videre at behandleren kan hente veiledning med tanke på hvordan han/hun skal forholde seg ut fra et MI-perspektiv. Om poengene er i retning av den lavere delen av skalaen, kan behandleren prøve å gå ut fra at klienten befinner seg mer i retning av den førbevisste/overveiende delen av forandringshjulet i henhold til Prochaska og DiClemente (1986), mens mellompoeng kan peke på at klienten befinner seg i det forberedende stadiet, eller begynnelsen på beslutningsstadiet. Høye poeng kan tyde på at klienten er beredt på å forandre sin atferd, eller befinner seg i tilbakefallsforebyggingsstadiet. Uansett er det en forutsetning at behandleren henter nettopp *veiledning*, men deretter går ut fra kliniske observasjoner i den fortsatte samtalekontakten.

Det foregår for tiden forskning om motivasjonsindeksen sin validitet (Berman, Forsberg, Durbeej, Hermansson & Källmén, 2009; Lobbmeier, Berman, Gossop & Ravndal, 2009), og vi ser frem til flere studier om DUDIT-E generelt og motivasjonsindeksen spesifikt.

Gjennomfører du en undersøkelse – eller bruker DUDIT-E regelmessig i klinisk sammenheng – er vi takknemlige for informasjon om hva du undersøker eller hvordan du opplever arbeidet med spørreskjemaet (se fremsiden av manualen for kontaktinformasjon).

### **3. Klinisk tilpasning**

DUDIT-E har etter sin konstruksjon i 2002 blitt spredt til virksomheter i Sverige, Norge, Danmark og andre land. Spørreskjemaet finnes tilgjengelig på de språk som det har blitt oversatt til på EMCDDA:s instrumentbank, [https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-extended-dudit-e\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-extended-dudit-e_en). DUDIT-E blir i dag brukt innen rusbehandling, sosialtjeneste, psykisk helsevern og kriminalomsorgen og anvendelsesområdene øker stadig.

#### **Norsk pilotstudie**

DUDIT-E er et enkelt og nærmest selvinstruerende spørreskjema. I forbindelse med den aktuelle manualrevideringen har vi gjennomført en pilotundersøkelse hvor vi lot erfarne behandlere bruke DUDIT-E uten noen tidligere opplæring. Behandlerne er tre psykologer, en sosionom og en sykepleier, alle med minst 10 års erfaring fra rusbehandling. Behandlerne har på egenhånd studert spørreskjemaet, og med utgangspunkt i deres tidligere erfaringer fra behandling av rusmiddelproblemer, har de uten vanskeligheter kunnet bruke det.

Innenfor rammen av pilotstudien, som ble godkjent av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) og fulgte norsk lov om personvern (NSD), ble det innspilt 11 DUDIT-E tilbakemeldingssamtaler mellom klient og behandler i løpet av høsten 2008 og våren 2009. Klientenes besvarelse av DUDIT-E foregikk i behandlerens nærvær, samtalen ble nøye transkribert og tekstene har senere blitt brukt til å fremstille denne delen av manualen. Behandleren i disse samtalene var ikke den ordinære behandleren, men en av fem behandlere som deltok i pilotstudien. Utdrag fra samtalene gjengis i vedlegg 9, og en hel samtale finnes gjengitt i vedlegg 10.

Etter tilbakemeldingssamtalen har både behandlerne og deres klienter gitt uformelt uttrykk for å ha hatt nytte av den gjennomgang av holdninger til rusmidler som DUDIT-E tilbyr. Denne delen av manualen er derfor ikke absolutt nødvendig for å bruke spørreskjemaet, men gir forhåpentligvis støtte og tips om forskjellige måter å bruke DUDIT-E, med tilpasning av samtalen om spørreskjemaet til ulike behandlingssituasjoner.

#### **Å la klienten fylle ut DUDIT-E**

DUDIT-E kan administreres på mange måter. Som standard anbefaler vi at spørreskjemaet fylles ut av klienten som et selvutfyllingsskjema, noe som tar ca 15 – 20 minutter. Det er passende at dette skjer i begynnelsen av konsultasjonen, med behandleren til stede for å kunne besvare enkelte spørsmål fra klienten. Mens klienten fyller ut skjemaet, kan behandleren for eksempel sysle med annen virksomhet ved skrivebordet. Et annet alternativ er å la klienten fylle ut skjemaet før samtalen, for eksempel hjemme eller på venteværelset, for deretter å ta det med seg inn til samtalerommet. Denne fremgangsmåten er kanskje mer aktuell når DUDIT-E blir brukt flere ganger med samme klient. Et tredje alternativ er at behandleren får det utfylte skjemaet i forveien og dermed får tid til å beregne poeng og faktorer i henhold til vedleggene 4-7 før klienten ankommer (som et advarende eksempel, se samtale 6 i Vedlegg 9).

Den etterfølgende samtalen med klienten om besvarelsen av skjemaet og utregningene, tar i alminnelighet 30 – 45 minutter, men dialogen kan også føre til så pass mange interessante utdypninger av klienten at samtalen varer betydelig lengre. Om samtalen da skal forlenges utover den tilmålte tiden, eller om samtalen bør deles opp i flere omganger må avgjøres for hvert enkelt tilfelle.

### **Tilbakemeldingssamtale og dialog om spørreskjemaet**

En av flere høvelige fremgangsmåter i sammenheng med samtalen i tilknytning til skjemaet kan være å gjennomgå svarene fra begynnelse til slutt. Det faller naturlig med en kort sammenfatning eller oppsummering etter hver del.

Hvor mye tid eller energi som skal legges ned på de fire ulike delene må vurderes for hver enkelt klient. Noen ganger har verken behandler eller klient særlig mye å si ved oppsummeringen. Det kan også være slik at behandleren ser mange viktige moment der og da, og at klienten har behov for å tilføye store mengder informasjon.

Når DUDIT-En om de negative aspektene av stoffbruken summeres, virker det ofte naturlig på nytt å sammenfatte de positive aspektene av rusbruken, og å veie disse opp mot de negative. Sammen med oppsummeringen av behandlingsberedskap er disse to summeringsmomentene trolig de viktigste fra et behandlingssynspunkt.

For å gjøre oppsummeringer praktisk lettere finnes maler for DUDIT-Ep og DUDIT-En (se vedlegg 4-5). Klientenes svar settes inn i malene i henhold til instruksjonen, og når behandleren (eller klienten!) regner ut tallet, fremgår hvor mye hver faktor betyr for klienten. Noen ganger er klientens svar noenlunde jevnt fordelt på alle faktorer, mens det i andre tilfeller kan være slik at en eller flere av faktorene har en tydelig større eller mindre betydning for klientens forhold til rusmidler. Ved å sette ord på dette kan klienten av og til få noen nye begrep for selv bedre å forstå sin stoffbruk.

For å oppsummere DUDIT-Et om behandlingsberedskap, finnes en mal for å regne ut behandlingsfaktorer (vedlegg 6), en mal for å beregne DUDIT-Et og motivasjonsindeksen (vedlegg 7), samt et nyutviklet klinisk spørreskjema om de ulike aspektene ved motivasjon for forandring (Brisendal, Berman & Amrhein, 2009; se vedlegg 8). Vår erfaring fra pilotstudien omkring den kliniske tilbakemeldingssamtalen til DUDIT-E peker på at klienten kan oppleve skjemaet som en passende og ordentlig avslutning av samtalen omkring DUDIT-E. Gjennomgående er det her passende med en MI-holdning (for eksempel ut fra Rollnick, Miller & Butler, 2008).

Andre emner som på ulike vis knytter an til DUDIT-E dialogen kan naturligvis komme opp i løpet av samtalen. Vanligvis faller det seg naturlig og relevant at behandleren også gir rom for det som klienten ønsker å ta opp. Det forekommer at klienten vil sammenfatte sine ulike behandlingsforsøk eller arbeidslivserfaringer. Samtalen kan også vekke assosiasjoner omkring hvordan stoffbruken ble innledet, eller om pågående forsøk på å gjenopprette kontakt med slektninger. Det er her opp til behandler å vurdere i hvilken retning samtalen bør styres, og på en eller annen måte prøve å holde fast ved den overordnede målsettingen for samtalen, ut fra forutsetningene til hver enkelt klient.

### **Når i behandlingen bør DUDIT-E benyttes?**

Vi anbefaler at DUDIT-E benyttes når det har blitt konstatert at en risikobruk av stoff foreligger. Slik sett er det i fase 2 av utredningsprosessen at skjemaet passer best, og hvor utredningen av ambivalens naturlig hører hjemme. Samtidig finnes det ikke noen prinsipiell hindring for ved behov å benytte DUDIT-E når som helst i behandlingen.

*I begynnelsen av kontakten*

Benyttet i begynnelsen av en behandlingskontakt fremstår DUDIT-E klart som et utredningsinstrument. Som vi tidligere har påpekt er tankegangen bak spørreskjemaet nært beslektet med tankegangen i MI. Derfor vokser DUDIT-E, i en MI-inspirert samtale omkring klientens svar, til mye mer enn et utredningsinstrument.

Samtalen med klienten blir påvirket av hans/hennes posisjon i forandringshjulet. Et eksempel på dette er at om behandleren får inntrykk av at klienten befinner seg på et meget tidlig forandringsstadium, kan det hende at det meste av samtalen handler om stoffbruken sine positive sider. Om klienten derimot mer eller mindre gir inntrykk av å ha sluttet å bruke stoff, fører det til at det meste i samtalen kommer til å handle om stoffbruken sine negative sider. Behandleren kan velge refleksjoner som leder samtalen i en av disse retningene, og klienten viser med sine reaksjoner om behandleren er inne på riktig spor. Ut fra klienten sin respons kan behandleren korrigere en feilaktig antakelse om hvor i forandingsprosessen klienten befinner seg, og endre strategi for samtalen, mens den pågår. I pilotstudien finnes eksempel på hvordan klienten snur samtalen inn på stoffbrukens negative sider, mens behandleren fortsatt prøver å uttømme de positive. På samme måte kan klienten fortsatt holde fokus på de positive aspektene av stoffbruken, som et tegn på at dette ikke var ferdig, mens behandleren prøver å komme videre ved å ta opp det negative.

Generelt bør MI-samtale styrke "forandringsnakk" (*change talk*) og ikke bidra til "opprettholdelsesnakk" (*sustain talk*). Til tross for dette er det et generelt råd å utforske de positive aspektene nøye før man går videre. En klient som innerst inne har synspunkter om rusmidlers positive aspekt, uten å ha kunnet sette ord på dette, kan fremover forstyrres i sin forandringsretning mot et rusfritt liv av en overbevisning om rusmidlene sin suverenitet. Det kan tross alt være lettere å arbeide videre når både klient og behandler åpent kan samtale om det positive som fremdeles lokker klienten til et tilbakefall. Å være nært informert om hva rusmidlene har gitt klienten, kan også være viktig for å forstå hva klienten setter pris på i sitt liv, og også hvilke andre problem han eller hun har, som må løses.

#### *Senere i behandlingskontakten*

Om DUDIT-E introduseres først etter at behandlingen har pågått en stund, må bruken tilpasses for å bli en del av den behandlingen som allerede er i gang. Spørreskjemaet er hele tiden det samme. Det som kan endre karakteren på hele intervensjonen er den påfølgende samtalen.

Ut fra prinsippene for MI anbefales forsiktighet med å holde pasienten igjen i ambivalensen når han/hun har tatt stilling og har påbegynt en handling, som skal gi livet en ny retning. Spesielt gjelder dette når klienten sin nye stillingstaken ikke har blitt stabilisert. Å løfte frem de positive aspektene ved stoffbruken i en slik situasjon anses å være forenlig med en viss fare for den klient som har kommet noe lenger i sin egen forandingsprosess, men ikke tilstrekkelig langt for å være stabil. Innenfor rammen av vår pilotstudie, hvor vi har gjennomført dialoger ut fra DUDIT-E med klienter på ulike trinn i sin prosess mot rusfrihet, har vi ingen erfaringer med at DUDIT-E samtalen har ført til at denne faren har blitt reell. Muligens henger dette sammen med at vi, når vi har gjennomført en samtale omkring svarene på spørreskjemaet, har vært nøye med å ta hensyn til klienten sin totale situasjon. Vi kan dog ikke utelukke at bruken av kun DUDIT-E, uten samtale, eller med ytterst begrenset tilbakemelding omkring resultatene, skulle kunne få en mindre heldig innvirkning på klientens holdning til sin egen stoffbruk.

#### *DUDIT-E som kontinuerlig måling av behandlingsprosessen*

Hensikten med gjentakende benyttelse av DUDIT-E er å konstatere forandringer etter den forrige besvarelsen. Fortløpende samtaler i en behandlingsprosess kan gi fokus på

alternative måter for å oppnå positive effekter som i begynnelsen av kontakten bare kom av stoffbruken. Samtidig kan det også vekke oppmerksomhet omkring svekkelse eller forsterking av negative opplevelser som tidligere har blitt forbundet med stoffbruk, men som nå kan vise seg å tone ut – eller å være igjen som en gjenstående stoffeffekt, eller som følge av samsykelighet, som det tidligere kanskje ikke har vært fokusert på. I alle tilfeller fokuserer samtalen selvsagt på forandringene etter den forrige besvarelsen, og klientens tanker om hva som kan ha ført til endring.

Ytterligere en anvendelsesmåte er på nytt å vurdere svarene fra den første besvarelsen, og dermed undersøke hva klienten gjør i dag for å oppnå de positive effektene som tidligere ble oppnådd ved stoffbruk. Denne type av tilbakeblikk kan også på en konstruktiv måte bidra til en analyse av bakgrunnen for eventuelle tilbakefall.

## 4. Videre personutredning i forbindelse med stoffproblematikk

Når utredningsprosessen har kommet så langt at rusproblematikken har blitt utredet ved DUDIT og DUDIT-E og et større bilde er nødvendig for å gå videre i utredningen, kan det være på sin plass med en fordypet personvurdering (se figur 1 ovenfor). Denne prosessen beskrives utførlig i DUDIT-manualen (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2007). For å gjøre det lettere for leseren, sammenfatter vi kort innholdet i DUDIT-manualen vedrørende personutredning.

Det finnes tilgjengelig tre instrument som gir gode svar på diagnostikk (SCAN), øvrig problematikk (ASI) og motivasjon til endring på ulike problemområder (MAPS). Utredningen bør også kompletteres med undersøkelse av forekomst av alkoholproblem (AUDIT, Alcohol-E eller AVI-R-2 og SCAN). (Oversettters kommentar: Pr i dag finnes ikke SCAN på norsk. SCID-I og SCID-II kan kanskje sies å tilsvare noenlunde. MAPS finnes ikke på norsk. ASI er tilgjengelig som EuropASI ved å kontakte SIRUS for skjemaer og opplæring. AUDIT finnes, kontakt <http://www.helsebiblioteket.no>. Alcohol-E er planlagt å komme på norsk, Korus-øst, om noe tid, se <http://www.rus-ost.no/>. AVI-R-2 finnes ikke på norsk, men forgjengeren AVI-R, oversatt av Skutle, A. & Jentoft, M.B. 1998, Bergensklinikkene, er tilgjengelig).

**SCAN** (Schedules for Assessment in Neuropsychiatry) er et intervjukjema utviklet av WHO for å diagnostisere psykiatrisk problematikk (WHO 1999). Kapittel 12, om psykoaktive substanser unntatt alkohol, finnes nå i en brukervennlig versjon på svensk med tilhørende oversikt over abstinenssymptom, forgiftningssymptom og dysfunksjonell atferd for forskjellige stoffkategorier. Intervjuet tar mellom 20 og 60 minutter.

**ASI** (Addiction Severity Index) blir brukt til ressursallokering basert på behovet for hjelpe- og behandlingstiltak innen forskjellige problemområder, matching av behandlingstiltak til klientegenskaper, oppfølging og vurdering av behandlingsprogram, og for karakteristikk av og sammenlikning mellom forskjellige misbrukspopulasjoner (McLellan mfl, 1992). ASI omfatter ca 180 spørsmål innen syv i misbrukssammenheng viktige områder: fysisk helse, arbeid og inntektsforhold, alkoholbruk, narkotikabruk, kriminalitet/asosialitet, familie og sosialt nettverk, og psykisk helse. Intervjuet gjennomføres på omtrent en time, og det finnes en oppfølgingsversjon som er noe kortere. ASI er kvalitetssikret med tanke på relevans (validitet) og nøyaktighet (reliabilitet) og har blitt meget populær både i Europa og



USA. Innen både forskning og behandling av alkohol- og narkotikamisbruk kan i dag ASI betraktes som en de facto standard (se også Nyström, 2010).

MAPS (Monitoring Area and Phase System) er en metode for å fastslå forandringsfase i henhold til Prochaska & DiClementes transteoretiske modell (1986). Instrumentet brukes med fordel i tilslutning til ASI, og da med fokus på klientens holdning til problemene innen de forskjellige livsområdene som blir kartlagt i ASI-intervjuet.

**Utredning av alkoholproblem** kan skje i henhold til samme utredningsmodell som ble presentert ovenfor i Figur 1. For å gjennomføre enkel screening kan den internasjonalt utbredte Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) med fordel benyttes. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). For å gå videre til trinn 2 av utredningen kan man benytte Alcohol-E (en versjon av DUDIT-E for alkohol; Berman, Palmstierna, Bergman & Sundberg, 2004) eller AVI-R-2 samt SCAN, kapittel 11. AUDIT er et naturlig komplement til DUDIT, som har blitt utviklet som et parallellinstrument til AUDIT. AUDIT finnes for nedlasting på [www.beroendecentrum.com](http://www.beroendecentrum.com), under Testformulär, og de øvrige instrumentene kan bestilles fra forfatterne via kontaktinformasjon på fremsiden.

Ovenfor nevnes at Alcohol-E har blitt utviklet som et spørreskjema som tilsvarende DUDIT-E, men for risikobruk av alkohol. Behovet for Alcohol-E skjemaet har oppstått spontant, uten at en solid psykometrisk uttesting har blitt gjennomført. Alcohol-E finnes nå dels i elektronisk form å bestille fra første forfatter (Berman), dels som fordypet test på websiden [www.escreen.se](http://www.escreen.se), hvor hvem som helst selv kan teste sine alkohol- og/eller stoffvaner ved hjelp av AUDIT, DUDIT, Alcohol-E eller DUDIT-E. Resultat fra en første, naturalistisk studie om eScreens anvendelse, inklusive Alcohol-E, finnes sammenstillt i Sinadinovic, m fl, 2010.

**Oppfølging** med samme spørreskjema, det vil si trinn 4 i utredningen av stoffproblem (se Figur 1), skjer når en viss tid har gått etter at trinn 1-3 i utredningen har blitt gjennomført. Nøyaktig hvilket tidspunkt oppfølging bør skje – 1, 3, 6 eller 12 måneder etter utredningens begynnelse – er noe som må avgjøres lokalt der utredningen skjer. På den annen side er det viktig å huske på at oppfølging delvis bygger på dokumentasjon som har blitt ført løpende gjennom behandlingstiden. Om opplysninger mangler fra denne tiden kan det vanskelig gjøre en pålitelig oppfølging. For at oppfølgingen skal bli interessant, er det viktig at samme instrument som ble brukt i utredningstiden brukes på nytt for uttestingen. De opplysninger som blir innsamlet på denne måten kan tjene som grunnlag for vurdering eller forskning som blir drevet vedrørende behandlingstiltak som blir tatt i bruk.

## 5. Vanlige spørsmål om DUDIT-E (FAQ)<sup>6</sup>

### **a. Hva trenger jeg av opplæring for å gjennomføre en tilbakemeldingssamtale om DUDIT-E?**

Du som har erfaring av misbruks-/avhengighetsbehandling med komplettering av Motivational Interviewing (MI; motiverende intervju) bør kunne utgå fra manualen (en støtte i forbindelse med MI finnes i Holm Ivarsson, 2009). Manualforfatterens hensikt er i fremtiden å etablere korte kursdager om tilbakemeldingssamtale med DUDIT-E, kontakt oss for videre informasjon.

---

<sup>6</sup> Frequently Asked Questions

#### **b. Når i behandlingsprosessen skal jeg bruke DUDIT-E?**

DUDIT-E kan brukes innen rammen for initialutredningen, som et innslag i en pågående behandlingskontakt, i slutten som en del av behandlingsvurderingen, eller ved alle disse anledningene. Se s. 14-16 i manualen for en detaljert gjennomgang.

#### **c. Må man bruke DUDIT om det allerede er klartlagt at klienten har en stoffavhengighet?**

Hensikten med DUDIT-spørreskjemaet er i henhold til utredningsmodellen i Figur 1 (s. 6) å klargjøre om det finnes et stoffproblem eller ikke. Når klienten allerede er identifisert kan det være unødvendig ut fra klinisk synspunkt å bruke tid og energi på DUDIT. Samtidig kan det ha en verdi for virksomheten generelt, å føre noen form for registrering med tanke på nivå av stoffproblematikk hos klientene. På bakgrunn av dette kan det være klokt å ha som rutine å la alle klientene fylle ut DUDIT, men ikke bruke tid på dette spørreskjemaet i tilbakemeldingssamtalen. Eksakt hvilke rutiner som lokalt blir utviklet i dette spørsmålet er helt klart avhengig av virksomhetens behov og ressurser.

#### **d. Hva gjør jeg med DUDIT/DUDIT-E spørreskjemaet når klienten har utfyllt det?**

Her spør det hva virksomheten, respektive klienten, har behov for, samt hvilke journalføringsforskrifter som må følges. Det er viktig å huske at DUDIT og DUDIT-E er tenkt som *hjelpemidler* for at klienter skal kunne endre atferd som er skadelig for dem selv og/eller for omgivelsen. Hensikten er ikke at klienten på et utfyllt spørreskjema skal lide overlast som f. eks. tap av arbeide, sosialstøtte, utdanningsplass, eller framtidige forsikringserstatninger (beslutninger av denne type må begrunnes på grunnlag av mer omfattende utredninger som i tillegg følges opp med seriøse behandlings-/rehabiliteringstiltak). Hva du gjør med det utfylte spørreskjemaet er derfor et følsomt spørsmål som må drøftes ved hver enkelt virksomhet og besluttes i fellesskap ut fra lokal konsekvensanalyse. Mulige alternativ er å la klienten ta med spørreskjemaet hjem og reflektere over det, å spare hele spørreskjemaet som vedlegg til journalen, alternativt å skrive inn poengtallet. Det finnes fordeler og ulemper med alle disse fremgangsmåtene, som altså må diskuteres og løses lokalt.

#### **e. Hvordan bruker jeg DUDIT-E som grunnlag for videre planlegging?**

Det er viktig at virksomhetens behov for tall og konkrete grunnlag for beslutninger ikke får erstatte behandlerens vurdering ut fra dialog med klienten. DUDIT-E er her et *verktøy*, ikke formålet eller sluttordet. DUDIT-E er kun et hjelpemiddel for behandlere og klient til åpent å snakke om det som ellers kan være vanskelig å sette ord på. De påstandene og spørsmålene som finnes samlet i DUDIT-E bygger på mangeårig tidligere forskning og klinisk praksis. Poengtallene kan derimot med stort utbytte brukes som veiledning i løpet av samtalen, samt selvsagt for oppfølgende statistikk og forskning/vurdering. Metaforisk kan DUDIT-E verktøyet betraktes som picknick-kurven som er nødvendig for å transportere og innta maten, men den kan aldri erstatte selve måltidet, som i dette tilfelle består av dialogen mellom klient og behandler. Det er altså behandlerens vurdering sammen med klienten som utgjør grunnlaget for videre trinn, ikke poengtallet fra DUDIT-E!

#### **f. Opptrykk av spørreskjemaet, hva bør jeg tenke på?**

- Tenk på at spørreskjemaet er designet med gråsjattering i annenhver linje for å hjelpe klienten å skille spørsmålene. Om man har en dårlig skriver eller kopimaskin, kan sjatteringen forsvinne. Vi setter pris på at du er oppmerksom på dette, slik at innholdet i skjemaet er skarpt og tydelig og gir det profesjonelle inntrykk som vi etterstreber.
- Ytterligere en detalj er hvorvidt du skal printe skjemaet på ett eller to ark. Med ett ark sparer du papir, og når klienten svarer på skjemaet, trenger han oftest ikke å se på første siden når han svarer på den andre siden. Samtidig kan det i løpet av tilbakemeldingssamtalen være nyttig å kunne se begge sidene samtidig for å få

overblikk over de positive, respektive negative, aspektene av stoffbruken. Vår kliniske erfaring tyder på at det er tilstrekkelig med ett ark for hele spørreskjemaet.

#### **g. Hvilket tidspunkt siktes det til når klienten besvarer DUDIT-E?**

Generelt siktes det til tiden her og nå. Bare i de første 4 spørsmålene i DUDIT-*En* forekommer uttrykket "siste året", der disse spørsmålene er tegn på avhengighet i henhold til DSM-4 respektive ICD-10.

#### **h. Kan jeg gi DUDIT-E som hjemmelektur?**

Vår kliniske erfaring har vist at klienter sjelden fyller ut skjemaet hjemme og for deretter å ta det med seg til møtet med behandleren. Oftere pleier det å fungere greit når klienten sitter i samme værelse som behandleren, samtidig som behandleren er sysselsatt med annet arbeid. Om klienten selv uttrykker interesse for å fylle ut skjemaet på venteværelset eller hjemme, finnes det på den annen side ikke noe som taler imot dette. På sikt kan et bra alternativ være at klienten fyller ut DUDIT-E på Internet via [www.escreen.se](http://www.escreen.se) (finnes for øyeblikket bare på svensk).

#### **i. Kan klienten fylle ut DUDIT-E som en profil for hvert stoff?**

Mange klienter bruker flere stoff. I et utvalg på 154 individer i avhengighetsbehandling og fra kriminalomsorgen, var bare 25 % av deltakerne avhengige av *ett* stoff, 60 % var avhengige av to eller tre stoff, mens 8 % var avhengige av fire til seks stoff, alt i henhold til DSM-4 og/eller ICD-10 diagnoser (Berman m fl, 2007). På enkelte områder har stoff ulike og til og med motsatte effekter. Den kliniske erfaringen av DUDIT-E inntil nå viser at klienter av og til derfor har vansker med å svare på DUDIT-E generelt for *alle* stoffene de bruker. Vi har to forslag til å løse dette:

1. Om du ser DUDIT-E som en fordypet test som tilsvarer trinn 2 i utredningsmodellen (figur 1), kan du be klienten likevel å prøve å besvare generelt for alle positive respektive negative aspekt av stoffene som han eller hun opplever. Deretter kan du gå videre og utforske mer i dybden i trinn 3 av utredningsmodellen, alternativt diskutere forholdet til ulike stoff i den MI-inspirerte tilbakemeldingssamtalen som følger DUDIT-E utfyllingen.
2. Om det føles viktig å skille mellom ulike stoff, kan stofftabellen fylles ut en gang på det første skjemaet. Deretter kan klienten fylle ut DUDIT-*Ep*, *En* og *Et* for hvert aktuelt stoff på separate DUDIT-E skjemaer som fortrinnsvis stiftes sammen. En slik fremgangsmåte kan hjelpe klienten med å prioritere mellom stoffene, for eksempel med "meny-agenda" (se Barth & Näsholm (2006), kap. 12, eller Rollnick, Miller & Butler (2008), s. 53-55 & 151-152). I henhold til denne fremgangsmåten kan du regne ut ulike motivasjonsindeks for hvert stoff.

#### **j. Kan jeg dele opp besvarelsen over flere møter?**

Noen ganger strekker ikke den avtalte møtetiden til for å gjøre ferdig tilbakemeldingssamtalen. Generelt finnes det ikke noe hinder for å dele opp samtalen i to eller flere møter. Men om klienten befinner seg i en sårbar livssituasjon med relativt høy risiko for tilbakefall, kan det være bra å unngå å avslutte samtalen med de positive aspektene ved stoffbruken. Om det er klart etter utfyllingen, at tiden blir begrenset, kan det være klokere å undersøke DUDIT-*Ed* delen og avtale et nærliggende tidspunkt for å gå gjennom *Ep*, *En* og *Et* delene. Ytterligere et forslag er å gå gjennom *Ed*, *Ep* og *En* og så la det gå noen dager før *Et* blir gjennomgått med klienten. Når tilbakemeldingssamtalen blir delt opp på denne måten har vi i noen tilfeller observert at gjennomgangen av positive og negative aspekt av stoffbruken har hjulpet klienten til å reflektere mer konkret omkring forandrings- og behandlingsalternativ når *Et* delen på slik måte har blitt viet separat oppmerksomhet. Om DUDIT-E blir benyttet flere ganger i løpet av en

behandlingsperiode med tanke på å se om og hvilke forandringer som har skjedd, er det neppe nødvendig å dele opp besvarelsen eller tilbakemeldingssamtalen i henhold til det ovenfor nevnte.

#### **k. I hvilken utstrekning må jeg gi tilbakemelding på alt som klienten krysser av for?**

Hensikten med DUDIT-E tilbakemeldingssamtalen er å gjøre det lettere for klienten å tenke over hvilken rolle stoffene har i tilværelsen. Ettersom klienten har besvart alt, kan du fra et MI-perspektiv tenke deg at det er viktig å ta opp alt som klienten vil snakke om, samtidig som det også kan være viktig å trekke inn det som kanskje ikke umiddelbart lokker til samtale. Her er det viktig å være var i samtalen, og balansere mellom å guide, lytte, og å styre (Rollnick m fl, 2008), ut fra de spesifikke forutsetningene for samtalen mellom akkurat deg og din klient. Et eksempel på hvordan det *ikke* bør gå til finnes i Vignett 6 i vedlegg 9.

#### **l. Hvilke svar foranlediger spesiell oppmerksomhet for videre utredning?**

I løpet av tilbakemeldingssamtalen med DUDIT-E kan behandleren bli oppmerksom på flere ulike forhold som peker på behovet for videre utredning. Her følger en kort liste over hva som kan tenkes å dukke opp:

- **Selvordstanker** (nr 6 i DUDIT-En): Om klienten angir at slike tanker forekommer en gang i måneden eller oftere, bør det undersøkes grundigere. Om forekomsten er en gang i uken eller oftere, bør det betraktes som et alvorlig varselstegn som krever videre samtale og eventuell henvisning til spesialisert behandling, alternativt utvidet veiledning for en ikke spesialisert behandler av spesialist. I Norge gjelder også retningslinjer for håndtering av suicidalrisiko, siden 2009, som bør følges (Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS 1511).
  - **Kognitive mangler** kan komme frem i løpet av utfyllingen, blant annet når det blir tydelig at klienten har noen form for lese- eller skrivevansker. Disse må i så tilfelle utredes nærmere.
  - **Emosjonelle mangler** kan også komme frem i løpet av utfyllingen av DUDIT-E og tilbakemeldingssamtalen. Vær spesielt oppmerksom for eksempel på hensynsløshet, ødelagt familieliv og at klienten ser alt som et stort kaos (spørsmål 15-17 i En). Tenk også på at samsykeligheten for stoffproblem er meget høy, det vil si at klienten kan lide av mange andre problem som er forbundet med dårlig psykisk helse, fra angst og depresjon til ulike psykiatriske syndrom som posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og personlighetsforstyrrelser som for eksempel antisosial personlighetsforstyrrelse (ASPD) eller borderline personlighetsforstyrrelse (BPD).
  - **Livstilsproblem** kan også bli tydelige i løpet av samtalen, for eksempel om klienten bruker stoff for å sove bedre (nr 1, Ep), for å få mindre vondt (nr 10, Ep) eller kontrollere negative følelser (nr 13, Ep). Høyfrekvente svar kan tyde på behovet for å videreutrede søvnproblem, kroppslig smerte henholdsvis depresjon og angst. Husk at viderehenvisning til fysioterapeut kan være et viktig ledd i å hjelpe klienten med å bli bedre kjent med sin egen kropp og kroppens behov med tanke på bedre å kunne lindre smerter og annet kroppslig ubehag, samt å oppnå fysisk velvære.

#### **m. Når Ep-poengene er lik En-poengene**

En klient som for eksempel har 15 poeng på både Ep og En kommer til å få samme motivasjonsindeks som en klient som har 60 poeng på både Ep og En. Klientens holdning til rusmidler er med stor sannsynlighet forskjellig om utslaget på Ep og En er lave henholdsvis høye, selv om kvoten blir den samme. Om Ep/En begge har høy verdi er ambivalensen

sannsynligvis mer tilspisset enn om Ep/En er lav. En måte å uttrykke dette på er å si at ambivalensen er mer "intensiv" når verdiene er høye enn når de er lave. Det er åpenbart at hver klient og behandler må sammen tenke over hva det medfører for klienten å ha like verdier på Ep og En.

#### **n. Hvordan skal jeg forholde meg til språkbruk?**

Språkbruken i tilbakemeldingssamtalen bør generelt følge språkbruken som er forenlig med "MI-ånden" (MI spirit), dvs. en ikke-dømmende, empatisk, bekreftende og forandringsforsterkende holdning. En tenkbar risiko med DUDIT-E spørreskjemaet er at spørsmålene om hva som er "negativt" – eller "mindre positivt" - med stoff, kan vekke motstand hos en aktivt stoffbrukende klient. Våre kliniske erfaringer tyder dog ikke på at dette skjer, men at klientene åpent har utforsket sine følelser og tanker i forhold til stoffbruken.

#### **o. Hva gjør jeg om jeg ikke kommer videre i arbeidet med klienten?**

Om klienten har fylt ut DUDIT-E, og en tilbakemeldingssamtale er gjennomført, men du kjenner deg usikker på hva neste skritt skal bli, kan verdikort være en bra måte sammen med klienten å utforske grunnleggende verdier. Verdikort på svensk i oversettelse av Carl-Åke Farbring. På slutten av listen finnes verdi-tillegg tilpasset for kriminalomsorgssammenheng. Kortene brukes på den måten at klienten deler dem opp i tre grupper under overskriftene *meget viktig for meg*, *viktig for meg* og *ikke viktig for meg*. Deretter velger klienten de fem aller viktigste verdiene fra gruppen under "meget viktig for meg". Disse fem verdikortene kan fortrinnsvis kopieres i kopimaskin slik at de printes på et A4 ark med en kopi til behandleren og en til klienten. Dette tjener som grunnlag for videre samtale om hvordan klienten uttrykker disse verdier i livet sitt, og hva som skulle måtte endres for å gjøre forskjellen mindre mellom det som klienten ønsker å leve for i sitt liv og hvordan livet fremstår i dag.

## **6. Vignetter fra DUDIT-E samtaler**

Vignettene nedenfor er utdrag fra virkelige innspilte samtaler fra det norske pilotstudiet vi har gjennomført. Utdragene har blitt valgt ut for å illustrere ulike aspekt ved tilbakemeldingssamtalen. Her finnes eksempler på hva som kan oppstå i løpet av samtalen som følger spørreskjemaet sin struktur i logisk rekkefølge.

### ***Å benytte seg av vignettutdragene***

Du kan med fordel diskutere eksemplene med andre kolleger for å utvikle din egen reflekterende måte å samtale kring rusmidler på utfra DUDIT-E spørreskjemaet. Vi ser det som viktig å holde en levende dialog og gi rom for refleksjon omkring de spørsmål som kan oppstå sammen med tilbakemeldingssamtalen for DUDIT-E – det finnes ikke en "riktig" måte å gjøre dette på.

Et forslag til hvordan du på en artig måte kan benytte deg av utdragene i vedlegg 9 er at du og en kollega arbeider i par og leser replikkene for T (behandler) henholdsvis K (klient) høyt for hverandre. På så vis levendegjør dere samtalen og det blir lett å reflektere rundt det. Selvsagt kan andre kolleger være med i refleksjonsrunden.

### **1. Å innlede samtalen med gjennomgang av stoffdelen**

Henrik er en 35-årig enslig mann, noe reservert, deprimert og bitter. Han har i hovedsak brukt cannabis. Han har hatt mange ulike arbeidsforhold. Han har oftest blitt oppsagt i forbindelse med omorganiseringer. Henrik har 12 års skolegang, og leier en leilighet. Han har gjennomgått diverse kurs innen NAV, men er for øyeblikket arbeidsledig. Henrik har ikke dannet familie, han har tidligere hatt noen kortere forhold til kvinner, men betrakter

nå en gjeng med kompiser som sine viktigste relasjoner i livet. Årsaken til DUDIT-E samtalen er hans cannabismisbruk.

Henrik har følgende poeng på DUDIT-E:

	<i>Ed</i>	<i>Ep</i>	<i>En</i>	<i>Et</i>	<i>MotInd</i>
<i>Ed</i> – Gruppeverdi	11	60	21	7	$21/60 * 7 = 2,45$
<i>Ed</i> – Individuell bruk	$8/2 = 4$				
<i>Ed</i> – Aktiv bruk (5 for cannabis)	$5/1 = 5$				

I dette utdraget (00:00 – 01:32) blir gjennomgangen av stoffdelen påbegynt.

I eksemplet inngår følgende:

- sammenfatning
- behandleren ber om lov
- klienten snakker om det nåværende

## 2. Gjennomgang av det positive – hvor stor detalj?

Johan er en 32-årig mann, alene uten barn. Han arbeider som sveiser via arbeidsmarkedstiltak i en vernet industribedrift. Han bor på et mindre sted der han også har vokst opp. Tidligere har han brukt amfetamin og har redusert fra å være beruset hele tiden for ett år siden, til noen sporadiske tilbakefall nå. Hans forandringstrinn i henhold til endringssirkelen kan defineres som vedlikeholdstrinnet. Nå for tiden er han sysselsatt med å gjenoppbygge sitt gamle rusfrie nettverk.

Johan besvarer DUDIT-E i løpet av 12-13 minutter i rommet mens T er opptatt med andre papirer. Deretter fortsetter en samtale på ca 70 minutter, hvor T og P samtaler mer fritt omkring spørreskjemaet.

Johan har følgende poeng på DUDIT-E:

	<i>Ed</i>	<i>Ep</i>	<i>En</i>	<i>Et</i>	<i>MotInd</i>
<i>Ed</i> -Gruppeverdi	2	24	24	6	$24/24 * 6 = 6$
<i>Ed</i> -Individuell bruk	0/0; 0				
<i>Ed</i> -Aktiv bruk	0/0; 0				
"Å"/Tilbakefall – 4 for amfetamin					

**Detaljer om stoffdelen:** gjennomgang tar 2,5 minutter. Johan har prøvd cannabis og kokain men bruker nå amfetamin bare ved tilbakefall og da 2-4 ggr/måned.

## 3. Å innlede samtalen om rusmidlenes negative aspekt

Peter er en 37-årig hasj-/marihuanarøyker, et halvår tidligere diagnostisert med bipolar sykdom. Han forteller at han tidligere har prøvd ECT med noe fremgang, men han er usikker på om det var det som hjalp. Han har også forsøkt antidepressive tabletter som ikke var til noen nytte. Nå har han siden 2 uker tilbake prøvd Lamotrigin. Det har ikke hjulpet enda. Han har jobbet i mange år som snekker og maler, men er nå arbeidsledig og får rehabiliteringstrygd fra NAV. Johan er alene med hund. Han er fra regionen, et stykke fra sentrum, men for øvrig finnes ingen informasjon om hans opprinnelsesfamilie. Han omgås noen venner som bor mer sentralt.

Han besvarer DUDIT-E i løpet av 12-13 minutter i rommet mens T holder på med andre papirer. Han reiser et par spørsmål i løpet av besvarelsen (f.eks. om løsemidler da han har vært eksponert som maler). Deretter fortsetter en samtale på 41 minutter der T og P nøye gjennomgår hvert spørsmål.

Peter har følgende poeng på DUDIT-E:

<i>Ed</i>	<i>Ep</i>	<i>En</i>	<i>Et</i>	<i>MotInd</i>
-----------	-----------	-----------	-----------	---------------

<i>Ed</i> – Gruppeverdi	11	49	6	-1	$6/49 * -1 = -0,12$
<i>Ed</i> – Individuell bruk	4/1= 4				
<i>Ed</i> – Aktiv bruk (4 for cannabis)	4/1= 4				

Nøyaktig gjennomgang:

**Stoffdelen: sum** 3,5 minutter, K har prøvd alt unntatt løsemidler noen ganger og bruker hasj/marihuana regelmessig.

**P-delen**, 49 p av 68 mulige: 6 minutter, det er **mye** som er positivt.

**N-delen**, 6 p av 68 mulige: 4,5 minutter. Her kan T tilpasse språkbruken og snakke om det som er "mindre bra" i stedet for det som er negativt, om det trengs. K har hoppet over de spørsmålene der han mener at svaret er "slett ikke".

#### 4. Å diskutere det negative med rusmidlene, med fokus på suicidtanker

Samme klient, Henrik, som i eksempel 1 ovenfor.

#### 5. Fordypningstema om problem i arbeidslivet – Trinn 4 i utredningsmodellen

Markus er en mann drøyt 30 år gammel, som har brukt illegale stoff siden midten av tenårene, hovedsakelig amfetamin og cannabis. Han har begått vinningsforbrytelser. Markus har tidligere vært i behandling for psykiske problem og har i flere år deltatt i arbeidsmarkedstiltak, opplevd dette som kjedelig og uten noen tydelig målsetting. Det siste halvåret har han prøvd, men mislyktes med en ordinær ansettelse i butikk, og han har nylig gjort et nytt forsøk i et annet firma. Han bor i en leilighet i utkanten av byen. Markus har hatt hund, men hunden har nylig dødd, og han kjenner stor sorg i forbindelse med dette. Siden to år tilbake har han en behandlingskontakt for avhengighetsproblem, noe som han selv og på en vellykket måte har ordnet for å kunne bli rusfri. For en stund siden ble ADHD konstatert, og han får nå behandling med Ritalin.

Markus har følgende poeng på DUDIT-E:

	<i>Ed</i>	<i>Ep</i>	<i>En</i>	<i>Et</i>	<i>MotInd</i>
<i>Ed</i> – Gruppeverdi	21	14	22	6	$22/14 * 6 = 9,43$
<i>Ed</i> – Individuell bruk	18/4= 4,5				
<i>Ed</i> – Aktiv bruk (5 for cannabis, 5 for Amfetamin, 4 for tbl (søvn/beroligende), og 4 for tbl (smertestillende))	18/4= 4,5				

#### 6. Gjennomgang av faktorer – mot slutten blir det bra!

Samme klient, Johan, som i eksempel 2 ovenfor.

#### 7. Å styrke autonomien leder til avsløring av tidligere juks

Helena er en ca 40 år gammel kvinne. Hun har gjennomført 9-årig skole, men ikke uten problem. Hun har flere ulike korte ansettelser bak seg. Hun har også hatt et par lengre samboerforhold. Hun har god kontakt med og støtte av sin mor og et par søsken. Helena er plaget av sosial fobi. Hun begynte tidlig å bruke alkohol. Senere har det blitt cannabis- og amfetaminmisbruk, også sprøytebruk. Hun har de siste årene fått begge diagnosene bipolar lidelse og ADHD og blir nå medisineret deretter med både Lamotrigin og sentralstimulerende medisin. Hun har en forkjærlighet for overnaturlige fenomen, og anser seg selv å ha overnaturlige evner.

Helena har følgende poeng på DUDIT-E:

	<i>Ed</i>	<i>Ep</i>	<i>En</i>	<i>Et</i>	<i>MotInd</i>
<i>Ed</i> – Gruppeverdi	0	40	17	1	$17/40 * 1 = 0,43$
<i>Ed</i> – Individuell bruk	0/0; 0				
<i>Ed</i> – Aktiv bruk	0/0; 0				

"Å"/Tillbakefall – 3 for cannabis, 2 for opiater, 1 for tbl (sömn/lugnande), 1 for tbl (smärtstillande).

## 8. Utforsking av DARN-C med oppfølgende spørsmål

Samme klient, Helena, som i eksempel 7 ovenfor.

## 9. Gjennomgang av DARN-C leder till endring i DUDIT-Et

Maria er en ca 20 år gammel kvinne, tidlig i livet utsatt for mange voldsepisoder og seksuelle overgrep. Hun har hatt ekstra støtte gjennom skolegangen og fra BUP, men ikke fullført 9-årig grunnskole. Hun har arbeidet i en barnehage en kortere tid, og prøvd, men ikke lyktes gjøre ferdig sin skolegang. Hun har også vært fengslet på grunn av egen voldsbruk og vinningsforbrytelser. Misbruksproblem kom frem for tre år siden, dominerende stoff er hasj og amfetamin. Maria lever nå i et samboforhold, paret bor i en kjellerleilighet, samboer betraktes som kriminell og de har ingen barn. Hun har forsøkt institusjonsbehandling for stoffmisbruk, og mottar nå hjelp fra regional og kommunal avhengighetsbehandling.

Maria har følgende poeng på DUDIT-E:

	<i>Ed</i>	<i>Ep</i>	<i>En</i>	<i>Et</i>	<i>MotInd</i>
<i>Ed</i> – Gruppeverdi	24	48	47	6	$47/48 * 6 = 5,88$
<i>Ed</i> – Individuell bruk	$21/5 = 4,2$				
<i>Ed</i> – Aktiv bruk (5 for cannabis, 4 for amfetamin, 5 for tbl (søvn/beroligende), og 5 for tbl (smertestillende))	$18/4 = 4,5$				

## 10. Å avslutte samtalen – nytten for klient respektive behandler

Samme klient, Henrik, som i eksempel 1, ovenfor.

# Vedlegg

1. DUDIT-E
2. Motivasjonsindeksen - figur
3. Hurtigguide for beregning av poeng for DUDIT-E
4. Mal for positive faktorer
5. Mal for negative faktorer
6. Mal for behandlingsfaktorer
7. Mal for beregning av DUDIT-Et och Motivasjonsindeks
8. DARN-C mal
9. Samtaleutdrag til vignettene i DUDIT-E manualen
10. Eksempel på en hel samtale

# Referanser

Amrhein, P., Miller, W. R., Yahne, C., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862-878.

Andrén, A., Bergman, H., Schlyter, F. & Laurell, H. Psykosocial kartläggning av rattfyllerister med hjälp av ASI-metoden: Ny intervjumetod lämplig för att para ihop rätt behandling med rätt klient. *Läkartidningen*, 2001, 98, 3426-3432.



Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.

Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – M1: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Bergman, H., Wennberg, P., Hammarberg, A., Hubicka, B. & Berglund, M. AVI-R-2 (Alkoholvaneinventoriet-reviderad version-2): Ett frågeformulär för bedömning vid alkoholproblem. Manual. Magnus Huss klinik, Karolinska Institutet, 2002.

Bergman, H. & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 245-251.

Berman, A. H. (2004). *Enhancing Health Among Drug Users in Prison*. PhD dissertation, Stockholm University, Stockholm, [https://www.drugsandalcohol.ie/3922/1/3074\\_Enhancing\\_health\\_among\\_drug\\_users.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/3922/1/3074_Enhancing_health_among_drug_users.pdf) ISSN 1651-5390, ISBN 91-7265-809-6.

Berman, A.H. & Bergman, H. (2000) Delrapport 1 från DUDIT-projektet. Stockholm: Karolinska Institutet. Beställs från Anne H Berman.

Berman, A.H. & Bergman, H. (2001) Delrapport 2 från DUDIT-projektet. Stockholm: Karolinska Institutet. Beställs från Anne H Berman.

Berman, A.H. & Bergman, H. (2002) Delrapport 3 från DUDIT-projektet. Stockholm: Karolinska Institutet. Beställs från Anne H Berman.

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., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2007). *DUDIT Manual: The Drug Use Disorders Identification Test, Version 1.1 [Swedish]*. Stockholm: Karolinska Institutet.

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 presented at the 2nd International Conference on Motivational Interviewing, Stockholm, Sweden, June 7-9.

Berman, A.H., Forsberg, L., Durbeej, N., Källmén, H., Hermansson, U. (2009) Single-session Motivational Interviewing for drug detoxification inpatients: Effects on self-efficacy, stages of change and substance use. *Submitted manuscript*.

Berman, A. H., Palmstierna, T., Bergman, H., & Sundberg, B. (2004). The Alcohol Use Disorders Identification Test - Extended (Alcohol-E). Unpublished In-depth self-report questionnaire on alcohol use. Stockholm: Karolinska Institutet.

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.

Carbonari, J., DiClemente, C., Addy, R., & Pollak, K. (1996). *Alternate Short Forms of the Alcohol Readiness to Change Scale*. Paper presented at the The Fourth International Congress on Behavioral Medicine, Washington, D.C.

Coombs, R. B., Jarry, J. L., Santhiapillai, A. C., & Abrahamsohn, R. V. (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, 1*(3), 155-162.

Druid, H. & Berman, A.H. (2009). Psykosocial och farmakologisk utredning av problematiskt alkohol- och drogbruk. I A.H. Berman & C-Å Farbring, *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, L., & Göransson, S. (1999). *Formulär om vad du tycker om dina drogvanor. [Swedish translation of Heather, N., Gold, R. & Rollnick, S. Readiness to change questionnaire]*. Unpublished manuscript, Stockholm: Karolinska Institutet.

Heather, N., Gold, R., Rollnick, S. *Readiness to change questionnaire: users' manual*. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australia, 1991.

Holm Ivarsson, B. (2009). MI-MOTIVERANDE SAMTAL: Praktisk handbok för hälso- och sjukvården. Stockholm: Gothia förlag.

Knight, J. R., Holcom, M., & Simpson, D. (1994). TCU Psychosocial Functioning and Motivation Scales: Manual on Psychometric Properties., from <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/motivation.html>

Lobmeier, P.P., Berman, A.H., Gossop, M., Ravndal, E. (2010) Drug use patterns and implications for treatment among Norwegian male prison inmates: A cross-sectional survey. *Submitted manuscript*.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Rogers, P., Smith, I., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*(3), 199-213.

McConaughy, E.A., DiClemente, C., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983a) *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), short form for drugs*. Unpublished manuscript.

McConaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J., & Velicer, W. (1983b). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, research and practice, 20*, 368-375.

Miller, W.R., C'de Baca, J. & Matthews, D.B. (1999). Personliga värden – Sorteringskort. Albuquerque: University of New Mexico. Svensk översättning, Carl-Åke Farbring. Nerladdning på svenska: <http://www.farbring.com/MIBSF1.html>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford.

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, 10*, 81-89.

National Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment of alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Nyström, S. (2009). Utredning med ASI-intervjun -överblick och pregnans In Berman A.H. & C.-Å. Farbring (Eds.), *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.

Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. (1986) Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R., and Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press, pp. 3-27.

Rollnick, S., Miller, W.R., & Butler, C.C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: The Guilford Press. (På svenska utgiven av Studentlitteratur).

Sinadinovic, K., Berman, A.H., Hasson, D., & Wennberg, P., (2010) Internet-based Assessment and Self-Monitoring of Problematic Alcohol and Drug Use. *Addictive Behaviors, 35*, 464-470.

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. (2000). *Svensk översättning av McConaughy, E.A., DiClemente, C., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983) University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), short form for drugs*. Unpublished manuscript.

# DUDIT-E

Drug Use Disorders Identification Test

Løpenr



Mann

Kvinne

Alder

Norsk versjon Anne Landheim, Østnorsk kompetansesenter for rus og avhengighet  
E-post: anne.landheim@sykehuset-innlandet.no, tel. 62581568

Så ofte bruker jeg følgende stoff: (se DUDIT rusmiddelliste)	Aldri	Har prøvd noen gang	1 gang pr måned eller sjeldnere	2-4 ganger pr måned	2-3 ganger pr uke	4 ganger pr uke eller mer	Sett et X også her hvis du mener ved tilbakefall eller enkelt episoder
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB og øvrige stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter (søvn/beroligende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter (smertestillende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobakk (sigaretter, sigarer, pipetobakk, snus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Hva er positivt for deg ved å bruke stoff?	Slett ikke	Litt	Noe	Mye	Svært mye
1. Sover bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blir avspent og avslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blir glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Blir sterk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kjenner meg "normal"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blir kreativ (får mange idéer, gjør kunstneriske ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Blir aktiv (rydder, vasker opp, vasker bilen, snekrer og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Elsker alle og hele verden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Får økt selvtillit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Får mindre vondt i ryggen, nakken, hodet osv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Får en følelse av at alt ordner seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Livet uten stoff er kjedelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg kan styre følelser som angst, sinne og depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Med stoff kan jeg fungere sosialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Med stoff føler jeg at jeg er med i gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg får bedre kontakt med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg får mer ut av livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

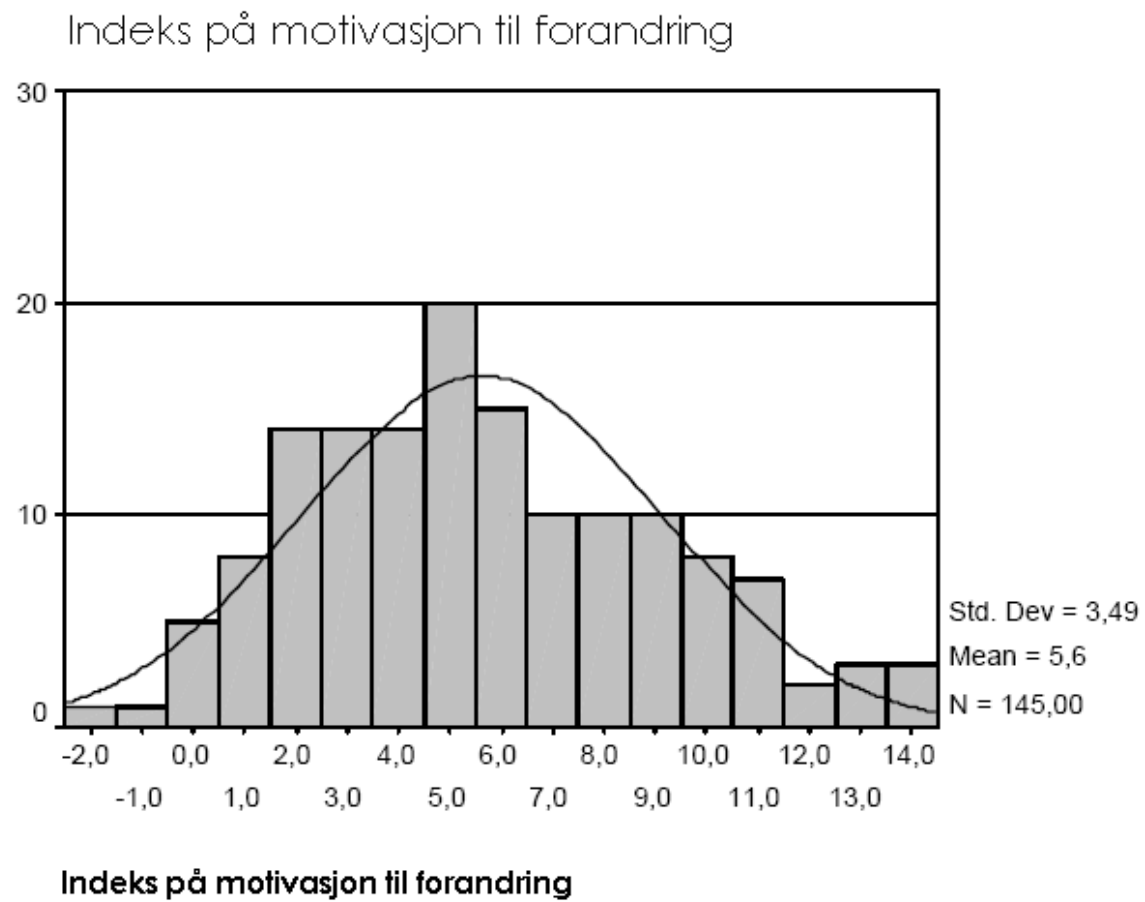
Snu for å fylle ut baksiden



Hva er negativt for deg ved å bruke stoff?	Aldri	Sjeldnere enn en gang imåned	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hverdag
1. Jeg har i løpet av det siste året hatt problemer på jobb, på skolen eller hjemme på grunn av stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har i løpet av det siste året søkt lege- eller sykehusbehandling eller hatt medisinske problem (for eks. hukommelsestap eller hepatitt) på grunn av stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har i løpet av det siste året havnet i bråk eller brukt vold når jeg har vært påvirket av stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg har i løpet av det siste året hatt problem med politiet på grunn av stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slett ikke	Litt	Noe	Mye	Svært mye
5. Får angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Får selvmordstanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trekker meg unna andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Får hodepine eller føler meg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Får dårligere kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Får vanskeligheter med å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lysten på sex blir redusert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Forstyrrer økonomien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Blir passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Får dårligere helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blir hensynsløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Forstyrrer familielivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ser alt som et stort kaos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva tenker du om stoff?	Slett ikke	Delvis	Svært mye
1. Trives du med å ta stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blir du lei av å bruke stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du i løpet av det siste året uroet deg for ditt stoffbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Er du klar for å jobbe med å endre ditt stoffbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Synes du at du trenger profesjonell hjelp for å forandre ditt stoffbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tror du at du kan få tak i riktig type profesjonell hjelp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tror du at du kan bli hjulpet ved profesjonell behandling for ditt stoffbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Synes du at det er viktig å forandre ditt stoffbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tror du det blir vanskelig å forandre ditt stoffbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har du allerede forandret ditt stoffbruk og søker etter metoder som hjelper deg å unngå tilbakefall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vedlegg 2



**Figur 3** Fordeling av svar på motivasjonsindeks i DUDIT-E i en gruppe med høy prevalens av stoffavhengige ( $n=154$ ).

## Vedlegg 3

# Hurtigguide for utregning av poeng for DUDIT og DUDIT-E

## DUDIT

For spørsmålene 1-9 tilsvarer svaralternativene 0, 1, 2, 3, og 4. For spørsmålene 10 og 11 er poengtallet for hvert svaralternativ 0, 2, og 4. Summer poengtallene for alle 11 spørsmålene. Maksimal poeng er 44.

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

Vær klar over at Socialstyrelsen i "De nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård" påpeker at all bruk av narkotika bortsett fra den som er foreskrevet av lege, ut fra et legalt perspektiv ikke er tillatt i Sverige. Derfor anbefales videre utredning også om poengtallet er 1 eller mer "for å avgjøre i hvilken grad det dreier seg om et illegalt forbruk".

Har klienten 25 poeng eller mer er han eller hun sannsynligvis *avhengig* av stoff.

## DUDIT-E

DUDIT-E består av 4 deler – DUDIT-Ed om stoffbruk, DUDIT-Ep om positive aspekt ved stoffbruken, DUDIT-En om negative aspekt ved stoffbruken, og DUDIT-Et om interesse for forandring og motivasjon til behandling.

### DUDIT-Ed – stoffdelen

Svarene for hver stofftype gis verdiene 0, 1, 2, 3, 4, eller 5. Man kan summere alle svar (bortsett fra tobakk og tilbakefall) og da er maksimalt poengtall 45. Denne metode passer bra for å sammenlikne stoffbruk i **større grupper**.

For **individuell bruk**, summer svarene (bortsett fra tobakk og tilbakefall) for de stoffkategoriene der klienten har angitt minst "2", og del med antallet stoff.

Et tredje alternativ er å summere alle svar bare for de **stoffene som brukes aktivt**, dvs får 4 eller 5 poeng. Deretter deler man summen med antallet stoffkategorier som ligger på et aktivt nivå (se bort fra tobakk og tilbakefall også her). Svaret blir en indeks som speiler alvoret i den aktive stoffbruken. Det er viktig å notere antallet stoffkategorier som blir besvart med 4 eller 5 poeng for å få et bilde av antallet stoffer som brukes aktivt.

Et tredje alternativ er å få **et visuelt inntrykk** av stoffbruken. Man noterer hvilke stoffer som brukes på et aktivt nivå med 4 eller 5 poeng, til sammenlikning med de stoffene som brukes sjeldnere og som får 3 poeng eller mindre.

### *Kryss for tilbakefall*

Om klienten har krysset av for tilbakefall, unnta det stoffet eller de stoffene fra det totale poengtallet. Noter poengtallet for tilbakefall med en "Å"/tilbakefall ved resultatet for det stoffet. Om det finnes flere enn et stoff med tilbakefall, angi stoffene med respektive poengtall. Bruk observasjonene i dialog med klienten.

### DUDIT-Ep – positive aspekt

Svarene for hver påstand gis verdiene 0, 1, 2, 3, eller 4. Summer poengene, poengtall mellom 0 og 4. Maksimalt poengtall er 68.

### DUDIT-En – negative aspekt

Svarene for hver påstand gis verdiene 0, 1, 2, 3, eller 4. Summer poengene, poengtall mellom 0 og 4. Maksimalt poengtall er 68.

### DUDIT-Et – behandlingsspørsmål

Svarene for hvert spørsmål gis verdiene 0, 1, eller 2.

Summer poengene i henhold til følgende formel:  $(2+3+4+5+8)-(1+9)$ . Maksimalt poengantall er 10.

Spørsmålene 6 og 7 gir informasjon om klientens mer konkrete innstilling til å begynne behandling. Spørsmål 10 gir en idé om hvor i forandringshjulet klienten kan befinne seg. Se på svarene for å danne et bilde av hvor klienten er i så måte.

### Motivasjonsindeks

Motivasjonsindeksen har enda ikke blitt psykometrisk utprøvd, men inntil videre kan en gjøre på følgende måte:

Beregn summen av DUDIT-En og del med summen av DUDIT-Ep. Multipliser resultatet med summeringen av DUDIT-Et i henhold til ovenstående formel. Formelen ser ut på følgende vis:

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

Poeng på motivasjonsindeksen kan bli negative eller positive. Nedenstående oppstilling viser fordeling blant en gruppe på 145 stoffavhengige personer. Om man går ut fra bilde i vedlegg 2 i manualen kan man sortere motivasjonen omtrent på følgende vis:

-2 til + 3 poeng: lav motivasjon  
+4 til + 9 poeng: middels motivasjon  
+10 til 14 poeng: høy motivasjon

Når motivasjonsindeksen har blitt ytterligere utprøvd er vår tanke at det skal være mulig å tilpasse samtalestilen (i henhold til Motivational Interviewing, MI) til grad av motivasjon. Enda en gang understrekes at disse anvisningene er foreløpige. Vi er takknemlige for informasjon om hvordan de stemmer overens med din erfaring.

### Referanse:

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.



## DUDIT-Ep

	Oppleve psykisk velvære	Bli mer positiv	Oppleve kroppslig velvære	Oppleve seg sosial
1 Sover bedre				
2 Blir avspent og avslappet				
3 Blir glad				
4 Blir sterk				
5 Kjenner meg "normal"				
6 Blir kreativ (får mange idéer, gjør kunstneriske ting)				
7 Blir aktiv (rydder, vasker opp, vasker bilen, snekrer og lignende)				
8 Elsker alle og hele verden				
9 Får økt selvtillit				
10 Får mindre vondt i ryggen, nakken, hodet osv				
11 Får en følelse av at alt ordner seg				
12 Livet uten stoff er kjedelig				
13 Jeg kan styre følelser som angst, sinne og depresjon				
14 Med stoff kan jeg fungere sosialt				
15 Med stoff føler jeg at jeg er med i gruppen				
16 Jeg får bedre kontakt med andre				
17 Jeg får mer ut av mitt liv				
Summering:				
Delt på (antall ledd):	/7	/4	/2	/4
Gjennom-snitt:	= Oppleve psykisk velvære	= Bli mer positiv	= Oppleve Fysisk velvære	= Oppleve seg sosial
Eksempler:	Økt selvtillit, en følelse av at alt ordner seg, negative følelser kan styres, gruppefølelse, bedre kontakt med andre, få mer ut av livet	Opplevelse av å være glad, sterk, kreativ, og å elske alle og hele verden	Sove bedre, bli avspent og avslappet, føle seg "normal" i kroppen	Å føle seg "normal", å være aktiv, få mindre vondt i leddene, kunne fungere sosialt

### Bruk av skjemaet:

1. Sett inn svarene i form av tall på de 17 påstandene i kolonne for svar. Bruk 0, 1, 2, 3, og 4, for de fem forskjellige svaralternativene på DUDIT-E. Gjenta tallet i den åpne boksen til høyre i samme rad.
2. Summer, og del på antallet ledd i faktoren, og skriv ned omtrentlig gjennomsnitt for faktoren.
3. Vis/tydeliggjør for pasienten hvilke faktorer som kan tenkes å være viktigere og hvilke som kan tenkes å være mindre viktige for pasientens syn på det positive og drøft i hvilken grad denne beskrivelse kan være gjenkjennelig for pasienten.

Gruppering i faktorer kan bli endret i nye datainnsamlinger.

## DUDIT-En

	Dårlig psykisk helse	Føle seg utenfor	Innblandet i vold/kriminalitet	Dårlig fysisk helse
1. Jeg har i løpet av det siste året hatt problem på jobb, på skolen eller hjemme på grunn av stoff				
2. Jeg har i løpet av det siste året søkt lege- eller sykehusbehandling eller hatt medisinske problem (for eksempel hukommelsestap eller hepatitt) på grunn av stoff				
3. Jeg har i løpet av det siste året havnet i bråk eller brukt vold når jeg har vært påvirket av stoff				
4. Jeg har i løpet av det siste året hatt problem med politiet på grunn av stoff				
5. Får angst				
6. Får selvmordstanker				
7. Trekker meg unna andre				
8. Får hodepine eller føler meg dårlig				
9. Får dårligere kontakt med venner				
10. Får vanskeligheter med å konsentrere meg				
11. Lysten på sex blir redusert				
12. Forstyrrer økonomien				
13. Blir passiv				
14. Får dårligere helse				
15. Blir hensynsløs				
16. Forstyrrer familielivet				
17. Ser alt som et stort kaos				
<b>Summering:</b>				
<b>Delt på (antall ledd):</b>	/9	/4	/2	/3
<b>Gjennom-snitt:</b>	=	=	=	=
	<b>Dårlig psykisk helse</b>	<b>Føle seg utenfor</b>	<b>Innblandet i vold/kriminalitet</b>	<b>Dårlig kroppslig helse</b>
<b>Eksempler</b>	Angst, selvmordstanker, tilbaketrekking, hodepine, konsentrasjonssvikt, passivitet, hensynsløshet	Problem med jobb, skole, hjemme pga rus, ødelagt økonomi, ødelagte relasjoner, alt blir et stort kaos	Havne i bråk, voldsbruk, problem med politiet pga rusbruk	Kontakt med legevakt pga medisinske problem og rusbruk, hodepine, redusert seksualitet

### Bruk av skjemaet:

1. Sett inn svarene i form av tall på de 17 påstandene i kolonne for svar. Bruk 0, 1, 2, 3, og 4, for de fem forskjellige svaralternativene på DUDIT-E. Få eventuelt pasienten til å hjelpe til med å gjenta svarene sine.
2. Gjenta tallet i den åpne boksen til høyre i samme rad.
3. Summer, og del på antallet ledd i faktoren, og skriv ned omtrentlig gjennomsnitt for faktoren.
4. Vis/tydeliggjør for pasienten hvilke faktorer som kan tenkes å være viktigere og hvilke som kan tenkes å være mindre viktige for pasientens syn på det negative og drøft i hvilken grad denne beskrivelse kan være gjenkjennelig for pasienten.

Gruppering i faktorer kan bli endret i nye datainnsamlinger. NB! ledd 8 inngår i to faktorer. Ledd nr 11 og ledd nr 14 lader også noe på "føle seg utenfor".

## DUDIT-Et

		Reflekterer over ditt forbruk	Vurderer å endre ditt forbruk	Vil gjøre noe konkret med ditt forbruk
1	Trives du med å ta stoff?			
2	Blir du lei av å bruke stoff?			
3	Har du i løpet av det siste året uroet deg for ditt stoffbruk?			
4	Er du klar for å jobbe med å endre ditt stoffbruk?			
5	Synes du at du trenger profesjonell hjelp for å forandre ditt stoffbruk?			
6	Tror du at du kan få tak i riktig type profesjonell hjelp?			
7	Tror du at du kan bli hjulpet av profesjonell behandling for ditt stoffbruk?			
8	Synes du at det er viktig å forandre ditt stoffbruk?			
9	Tror du at det blir vanskelig å forandre ditt stoffbruk?			
10	Har du allerede forandret ditt stoffbruk og søker etter metoder som hjelper det å unngå tilbakefall?			
<b>Summering:</b>				
<b>Delt på (antall ledd):</b>		/3	/5	/2
<b>Gjennom-snitt:</b>		Omtrent=  <b>Behandlings-beredskap</b>	Omtrent=  <b>Forandrings-vilje</b>	Omtrent=  <b>Handlingsvilje</b>
<b>Eksempler</b>		Klientens vurdering av behovet for profesjonell hjelp for å forandre rusbruken, vurdering av muligheten til å få adgang til hjelp og muligheten til å dra nytte av slik eventuell hjelp.	Trivsel med rus (negativt ladet), opplevelsen av å være trøtt på rusen, uro for rusbruken, vekten av å forandre rusbruken og troen på at en forandring blir vanskelig.	Beredskapen til å arbeide for å forandre rusbruken og opplysning om at individet allerede har endret vanene og prøver å unngå tilbakefall.

Bruk av skjemaet:

1. Det må alltid vurderes om det er hensiktsmessig å bruke dette skjemaet sammen med pasienten.
2. Sett inn svarene i form av tall på de 10 påstandene i kolonne for svar. Bruk 0, 1, og 2, for de tre forskjellige svaralternativene på DUDIT-E.
3. Gjenta tallet i den åpne boksen til høyre i samme rad.
4. Summer og regn ut omtrentlig gjennomsnitt for de tre forskjellige faktorene, som kanskje kan vise noe om på hvilket stadiet pasienten befinner seg.

## DUDIT-Et

		"Pluss"	-	"Minus"	=	Totalt
1	Trives du med å ta stoff?					
2	Bli du lei av å bruke stoff?					
3	Har du i løpet av det siste året uroet deg for ditt stoffbruk?					
4	Er du klar for å jobbe med å endre ditt stoffbruk?					
5	Synes du at du trenger profesjonell hjelp for å forandre ditt stoffbruk?					
6	Tror du at du kan få tak i riktig type profesjonell hjelp?					
7	Tror du at du kan bli hjulpet av profesjonell behandling for ditt stoffbruk?					
8	Synes du at det er viktig å forandre ditt stoffbruk?					
9	Tror du at det blir vanskelig å forandre ditt stoffbruk?					
10	Har du allerede forandret ditt stoffbruk og søker etter metoder som hjelper det å unngå tilbakefall?					
		"Pluss"		"Minus"	=	Totalt
	Summering:		-		=	

Bruk av skjemaet:

1. Det må alltid vurderes om det er hensiktsmessig å bruke dette skjemaet sammen med pasienten.
2. Sett inn svarene i form av tall på de 10 påstandene i kolonne for svar. Bruk 0, 1, og 2, for de tre forskjellige svaralternativene på DUDIT-E.
3. Gjenta tallet i den åpne boksen til høyre i samme rad.
4. Skriv totalsummen innen hver kolonne i nest øverste rad.
5. Trekk summen for minus fra summen for plus og skriv inn totalsummen til høyre.

## Motivasjonsindeks

Motivasjonsindeks =

DUDIT-En / DUDIT-Ep x DUDIT-Et

$$\boxed{\phantom{00}} / \boxed{\phantom{00}} \times \boxed{\phantom{00}} =$$

Motivationsindex

Altså, summen av de "negative" delt på summen av de "positive", ganget med poengene for "behandling" er lik motivasjonsindeks.

-2 til + 3 poeng      lav motivasjon  
+4 til + 9 poeng      middels motivasjon  
+10 til + 14 poeng    høy motivasjon