

ADDIS

Manual

Dahl & Dahl preventions- & beroendecenter AB
Olaigatan 21, 703 61 Örebro
Tele: 019 – 140 987
Webb: www.addis.se
E-post: info@addis.se

ADDIS®, Alkohol- och drogdiagnosinstrument

ADDIS är en vidareutveckling av SUDDS® (Substance Use Disorder Diagnostic Schedule) som är utarbetat av fil.dr. Patricia Harrison, Director of Research and Program Development, Dept. Of Health and Family Support, Minneapolis, MN, USA. Samt av fil.dr. Norman Hoffman, Evinco Clinical Assessment i Waynesville USA. SUDDS och ADDIS är baserad på ICD-10 och DSM 5 diagnoskriterier.

© Norman Hoffman

Europeisk utbildnings- och distributionsrätt: Dahl & Dahl preventions- & beroendecenter AB

Att kopiera manualen eller delar av den utan tillstånd är ett brott mot upphovsrättslagen, och uttryck för oetisk och oprofessionell hållning!

Innehållsförteckning

Inledning	3
Strukturerade intervjuer	4
Bakgrund – SUDDS	5
Bakgrund – ADDIS	6
Validitet & reliabilitet	7
ADDIS Innehåll	8
Vägledning vid intervjun	9
Att tänka på före intervjun	10
Att tänka på under intervjun	11
Att tänka på efter intervjun	12
ICD-10 Beroende	13 – 15
ICD-10 Skadligt bruk	16
DSM 5 Substansbruksyndrom	17 – 19
Aktuell diagnos - diagnos i remission	20
Flerdrogsberoende/ospecificerat beroende	21
Provisorisk bedömning	22
Diagnostisk bedömning/diagnos	23 – 25
ICD-10 Diagnoschecklistor	26 – 27
DSM 5 Diagnoschecklista	28 – 29
ICD-10 Pedagogisk checklista	30
ADDIS Beroendekurva	31
ADDIS Analys	32

Inledning

Den här pdf:en är en manual för ADDIS (Alkohol- & drogdiagnosinstrument). Det är en praktisk vägledning i utförandet av intervjun och i hur man tolkar resultatet samt i hur man gör en diagnostisk bedömning alternativt ställer diagnos med intervjun som underlag.

ADDIS är ett diagnosinstrument som ger stöd för en klinisk diagnos både enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, World Health Organization, 1993) och DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 2013). Det finns därmed möjlighet att välja diagnossystem inför analys och bedömning.

ADDIS är ett hjälpmedel för att identifiera problem orsakade av alkohol och andra droger och placera dessa konsekvenser i förhållande till de diagnoskriterier som ICD-10 och DSM-5 använder sig av. ADDIS förespråkar ingen specifik behandlingsform. Val av behandling eller åtgärd måste alltid göras utifrån ett multifaktoriellt synsätt, d v s utifrån beroendeproblematik, psykiatrisk problematik, sociala omständigheter, medicinska förhållanden – både fysiska och psykiska m.m.

ADDIS används inom olika verksamhetsområden och vänder sig till personer med olika hjälpbehov. I manualen skrivs ” klient/patient” för det mesta men ibland används benämningarna ”individ” och ”person”.

Alla som arbetar med ADDIS är ansvariga att känna till gällande lagstiftning beträffande anmälningsplikt, sekretess etc. för att ha en etisk medvetenhet i mötet med den enskilde.

Villkor för att utföra en ADDIS intervju är en certifieringsutbildning i ADDIS intervjuteknik samt kunskap inom alkohol-/drogområdet. För att göra diagnostiska bedömningar med stöd av detta instrument krävs att man genomgått en behörighetsprocess, blivit godkänd på examinationen och håller behörigheten aktuell genom re-certifiering vartannat år.

Dahl & Dahl preventions- & beroendecenter AB innehar europeisk distributions- och utbildningsrätt gällande ADDIS och ADDIS Ung (för ungdomar mellan 13 – 20 år).

Strukturerade intervjuer

När man skall ställa en diagnos kan man samla in data på olika sätt. Ett sätt är den strukturerade intervjun, d v s ett antal frågor som skall ställas på samma sätt och i samma ordning. Det skiljer sig från en öppen intervju, där frågorna kan variera beträffande innehåll, ordval, antal, följd eller huruvida de ställs i överhuvudtaget.

Strukturerade intervjuer är ofta grundliga och fullständiga och tar inte längre tid än fritt formulerade intervjuer. Risken att missa ovanliga eller sällan förekommande symptom minskar. Frågeformulärets struktur hjälper intervjuaren att hålla sig till ämnet. Den strukturerade intervjun är ett effektivt, heltäckande sätt att samla nödvändig information för en diagnos eller en diagnostisk bedömning.

Motsägelser i den diagnostiska processen beror oftast på att uppgifter går isär. Skillnader kan uppstå under insamlandet av information, när olika typer av data insamlats av olika intervjuare, men även av samma intervjuare vid olika tillfällen. Dessa skillnader kan vara t ex en följd av intervjuarens utbildning, erfarenhet, personliga övertygelse, fördomar m.m. Fördelen med en strukturerad intervju när det gäller alkohol-/ och drogrelaterade problem är att den ger en omfattande och objektiv bild av ett problem, som annars skulle kunna påverkas av intervjuarens subjektiva inställning.

Tillförlitligheten hos bedömningsmetoderna är en förutsättning för riktiga diagnoser. Strukturerade intervjuer utförda av väl utbildade lekmän kan vara lika exakta som intervjuer gjorda av läkare eller psykologer (Robins LN, Helzer JE, Ratcliff KS & Seyfried WS, 1982). Detta betyder att en intervju gjord av en tränad intervjuare kan fungera som en tillförlitlig grund för en diagnos. Den normala processen är att en utbildad intervjuare, t ex socionom eller sjuksköterska med utbildning i ADDIS, genomför intervjun och gör en diagnostisk bedömning. Giltig diagnos ställs sedan av exempelvis läkare eller klinisk psykolog.

SUDDS

Substance Use Disorder Diagnostic Schedule

SUDDS® (Substance Use Disorder Diagnostic Schedule) är en strukturerad intervju för alkohol- och drogberoende som utvecklats av P.A. Harrison och N.G. Hoffman.

Ursprungligen är det en vidareutveckling av NIMH-DIS (The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule – Version II) en strukturerad intervju för bedömning av psykiska störningar, med hög validitet och reliabilitet (Robins m.fl. 1982). Hoffman bedömde dock att dess modul om alkoholberoende saknade viktiga kriterier som ingick i dåvarande DSM-III. Erfarenheterna ledde fram till den första versionen av SUDDS (Harrison & Hoffman 1985) baserad på DSM-III, följt av version för DSM-III-R. 1995 reviderades SUDDS för att vara kompatibelt med DSM-IV, och 2013 för DSM 5. SUDDS 5 påvisar hög validitet och reliabilitet, då det gäller diagnosticering av drogproblematik.

För mer information om SUDDS

Svenska: www.addis.se/forskning/sudds

Engelska: www.evinceassessment.com

ADDIS

Alkohol- & drogdiagnosinstrument

ADDIS® (Alkohol- & drogdiagnosinstrument; Wickström m.fl. 1987) är ett instrument anpassat till svenska förhållanden samt innehåller frågor som är en del av vidareutveckling. Exempel på det senare är att ADDIS innehåller frågor om koffein- och nikotinberoende, spelproblem, socker/matrelaterad problematik, tidigare behandlingsinsats, samt ärftlig disposition. Exempel på svensk anpassning är att snus inkluderas i nikotinsnittet, att alkoholsortiment beskrivs utifrån en svensk marknad (t ex vad gäller öl och cider), och att legala frågor anpassats till svenska förhållanden när det gäller LOB, narkotikabrott samt alkoholpromille.

ADDIS är uppbyggd för systematiskt insamlande av information om konsekvenser av alkohol- och drogbruk samt för att ordna denna information utifrån de kriterier som uppställts i de båda diagnostiska systemen ICD-10 och DSM 5.

Det finns flera alkohol- och drogbedömningsinstrument som används i Sverige, och som t ex har screeningkaraktär (AUDIT, DUDIT) och skattar hjälpbehov av relaterade problem (ASI, DOK). Till skillnad från dessa är ADDIS uppbyggt för att ge direkt underlag för diagnostisk bedömning/diagnos utifrån ICD-10 och DSM-5.

Sedan mars månad 2015 är ADDIS ett av de rekommenderade diagnosinstrumenten av Socialstyrelsen i deras publikation "Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård".

ADDIS används inom primärvård, öppenvårdsenheter, företagshälsovård, socialtjänst, kriminalvård, försäkringskassan, behandlingshem m.fl. ADDIS har också använts som diagnosinstrument i olika forskningsprojekt samt flera stora samarbetsprojekt för tidig upptäckt av alkohol- och drogproblem, i rehabilitering av långtidssjukskrivna p.g.a. smärttillstånd (Hoffman m.fl. 1995; Jonasson m.fl. 1997, 1998) samt i Riksförsäkringsverkets rapport om "Sjukskrivna & vanebildande läkemedel", 2003:13 (Jonasson 2003). Det faktum att ADDIS identifierar alkohol-/drogberoende i remission är av stor vikt vid t ex medicinering (smärtstillande eller lugnande preparat). Vidare identifierar ADDIS beroende även på ett tidigt stadium.

Validitet & Reliabilitet

Såväl SUDDS som ADDIS har undersökt avseende olika aspekter av instrumentets validitet och reliabilitet.

Internationell validering: Uppgifter om validitet och reliabilitet för SUDDS har presenterats av Davis m.fl. (1992). SUDDS har god överensstämmelse med erfarna klinikers diagnoser (Cohens kappas $= 0,71 - 0,87$). Test – re-test ger hög korrelation ($0,81 - 0,90$) vilket visar hög global konsistens. När diagnoser baserade på SUDDS version för DSM-IV (SUDDS-IV) för 700 personer jämfördes med klinikers utlåtande var andelen falskt negativa mindre än en procent och ingen enda var falsk positiv (Hoffman & Harrison, 1996). Hoffman och Hoffman (2003) redovisar mycket god validitet och reliabilitet i SUDDS-IV. Beroende och missbruk framträder som distinkta kategorier och reliabiliteten är likvärdig i olika etniska grupper ("African – Americans", "Hispanics", "Native Americans" och "Caucasians": totalt $n = 1340$), med intern konsistens (Cronbachs alpha) för beroende varierade mellan $0,93$ och $0,97$ och för missbruk varierande mellan $0,84$ och $0,90$.

Svensk validering: En studie angående alkoholfrågorna i ADDIS utförd dels med klinisk population ($n = 349$), dels med rattfylleridömda ($n = 400$) visar god konstrukt validitet, diskriminant validitet och intern konsistens, även specifikt på kriterienivå och separat för kön (Gerdner, 2009). Cronbachs alpha för beroendefrågorna är excellenta ($0,93 - 0,96$) och för missbruksfrågorna är de tillfredsställande ($0,80 - 0,89$).

En valideringsstudie där SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV) och ADDIS jämförs mot en gyllene standard avseende sensitivitet och specificitet, visar att ADDIS har perfekt övergripande sensitivitet och specificitet (Gerdner, 2014).

Test – retest studie 2015 (Gerdner/Wickström): Reliability of ADDIS for diagnoses of substance use disorders according to ICD-10, DSM-IV and DSM- 5: test-retest and inter-item consistency. Resultat: ADDIS har excellent intern konsistens. Det finns även mycket hög test-retest korrelation gällande uppfyllda kriterier för alla diagnostiska system. Överensstämmelsen med diagnostiska rekommendationer är substantiell, vilket innebär att absolut överensstämmelse är excellent, och att systematisk korrelation är närmast perfekt.

ADDIS innehåll

ADDIS består av 82 frågor, av dessa är 65 specifika beteendeorienterade frågor som utforskar olika symptom på diagnoskriterier. Dessa operationaliserar specifika kriterier i ICD-10 och DSM- 5. Det tar ungefär 1 – 2 timmar för en intervjuare att genomföra en ADDIS intervju med en person som nyttjat flera droger. Hela processen: kontaktskapande, intervju, diagnostiskbedömning/diagnos och återkoppling kan sammanlagt ta 4 – 5 timmar. Den tid som anslås kan variera p.g.a. hur van intervjuaren är, hur många droger som är inblandade, vilka behov klienten/patienten har att få uttrycka sig och få saker förklarade samt syftet med själva intervjun.

Del 1 Introduktion

Introduktionsdelen innehåller:

- uppgifter om kön, ålder, social status etc.
- uppskattning av stressfaktorer i personens liv under det senaste året
- screening av ångest, PTSD och depression, samt spel, koffein, nikotin och socker/matscreening

Introduktionsdelen är ofta kontaktskapande och ger en mjuk inledning till frågor om alkohol- och drogvänor. Informationen ges som kan användas i klinisk bedömning, behandlingsplanering och forskning.

Del 2 Alkohol/drogbruk

Alkohol/drogdelen omfattar bl. a. tvångsmässigt bruksmönster, kontrollförlust, negativa beteenden i samband med alkohol/drogintag, skadliga konsekvenser och tecken på fysiologiskt beroende.

Rekommendation är att gå igenom hela ADDIS intervjun med patienten/klienten och använda den pedagogiska checklistan under uppföljningssamtalet. Om det visar sig att personen har ett beroende, rekommenderas också att man använder den s.k. beroendekurvan som pedagogiskt åskådliggör utvecklingsprocessen av beroendet för alkohol och olika droger. Erfarenheter har visat att ADDIS intervjun har en stark terapeutisk effekt på patienten/klienten.

ADDIS är inte ett instrument som automatiskt ställer diagnos eller genomför diagnostiska bedömningar, det tar fram underlag för att det ska kunna ske. Det är viktigt att poängtera att det är endast de yrkesgrupper som i sin profession har behörighet att ställa diagnos (t ex läkare, kliniska psykologer) som får göra det. Alla andra som använder sig av ADDIS gör en diagnostisk bedömning. Denna bedömning tillsammans med annan relevant information kan sedan ligga till grund för klinisk diagnos.

Vägledning vid intervjun

ADDIS används på många olika platser och i många olika situationer. Vanligast är att man träffar patienten/klienten minst en gång före ADDIS intervjun, men det händer också att man gör en ADDIS vid första mötet. Det är viktigt att man går igenom syftet med intervjun tillsammans med klienten/patienten så att hen är införstådd med det hela från början.

En bra början brukar vara att beskriva intervjun som en kartläggning av personens alkohol-/drogvanor, för att kunna få en så klar och tydlig bild som möjligt av dessa och därmed kunna diskutera om personen behöver hjälp och vilken typ av hjälp personen ska kunna få. Viktigt kan också vara att förklara att man, genom denna kartläggning, kan se om personen utvecklat ett beroende av alkohol/droger eller om det handlar om en annan typ av problem.

Frågorna i intervjun bör läsas upp som de är skrivna, men ibland är ett klagörande av frågorna nödvändigt. ADDIS intervjun ska aldrig fyllas i av klienten/patienten själv, utan alltid av behörig personal.

Att tänka på före intervjun

Gå igenom med klienten/patienten:

- syftet med ADDIS intervjun
- vem som ska få se den eller ta del av den
- vad som händer med ADDIS intervjun efteråt
- hur lång tid den kommer att ta
- att det är patientens/klientens egna svar som du kommer att notera
- att vissa frågor kan väcka känslor och att ni kan tala om dessa efter intervjun
- att du kan behöva ta in ytterligare uppgifter från andra personer

Tänk själv på:

- att ADDIS intervjun inte är terapi i sig själv, då försök att påbörja terapi under intervjun kan leda till felaktiga resultat
- att du har avsatt tid och inte kommer att bli störd, t ex av telefon
- att du känner dig lugn inombords, så att du verkligen kan lyssna och "vara med" patienten/klienten
- att detta är en chans för dig att lära känna patienten/klienten på ett mer djupgående sätt
- att du vad du än har för uppfattning före intervjun om patienten/klienten och dennes drogvanor, så är det personens svar som gäller just nu

ADDIS frågorna skall ställas på samma sätt och i samma ordning. Det är viktigt för tillförlitligheten av intervjun. Om patienten/klienten inte förstår en fråga kan man förtydliga den och sedan repetera den. Om personen frågar vad som menas när det gäller graderade adjektiv och adverb, som t ex "ofta" eller "allvarligt", bör man förklara att det är personen själv som avgör det: "Vad du själv anser är allvarligt".

Då patienten/klienten uppskattar en ålder eller ett antal genom att ange två tal, t ex "18 eller 20" använder man talet i mitten, d v s 19. Om uppskattningen görs med intelligande siffror, t ex "11 eller 12" använder man det lägre talet, d v s 11.

Man fyller i ett svar till varje fråga och lämnar frågan ej ifylld endast om patienten klienten vägrar eller inte kan svara. Om personen vägrar att svara på en fråga lämnar man den och fortsätter till nästa. När en patient/klient tvekar mellan två svar, försök att hjälpa hen genom att ställa följdfrågor. Har personen svårt att veta om ett symptom orsakats av en specifik drog, därför att hen använder flera samtidigt, använder man kolumn "Blandat" på diagnoschecklistorna.

Att tänka på under intervjun

Födelsedatum/UNO kod är ett sätt att avidentifiera en person. UNO kod skrivs på följande sätt: personens initialer, födelseår och dag (t ex KD8011).

När du genomför intervjun, och du eller patienten/klienten blir osäker på innebörden och eller syftet med frågan, finns en informationstext vid varje fråga.

Alkohol- och drogfrågorna ger en bild av patientens/klientens beteendemönster och erfarenheter i förhållande till de olika drogerna, d v s alkohol, läkemedel och alla andra droger under hela livet. När patienten/klienten svarar ”ja” på frågan, kan man omedelbart fråga om det har hänt under den senaste månaden. Med ett negativt svar, fråga om det har hänt under det senaste året. Sedan går man vidare och frågar när hen upplevde den situationen för första gången (debutålder).

När patienten/klienten är defensiv eller har använt tre eller fler olika droger, rekommenderas att man väntar med frågor om den senaste månaden, senaste året och debutålder tills man gått igenom alla frågor. Då går man tillbaka till de frågor som personen svarade ”ja” på och ställer dessa frågor. Att kartlägga tidpunkten då symptomen senast visat sig är nödvändigt för att skilja aktuell diagnos från diagnos i remission. Tidpunkten då symptomen debuterade och hur länge tilltagande försämring pågått är av värde för att kunna se en utveckling över tid. Om patienten/klienten har många symptom och flera droger kan kartläggningen av debutålder bli tidskrävande. Detta uppvägs dock av att den informationen man får ger en tydlig bild av patientens/klientens droghistoria. Det är dessutom viktigt för personens egen insikt att själv få se hur det skadliga bruket/beroendet/syndromet har utvecklats.

När en patient/klient med många symptom och flera droger upplevs bli irriterad p.g.a. fråga om debutålder kan intervjun ställa en sammanfattningsfråga för varje drog, t ex ”Av allt som vi har diskuterat, hur gammal var du när det första inträffade och när det sista inträffade?”.

Att tänka på efter intervjun

Fråga hur patienten/klienten upplevt intervjun, hur hen mår just nu. Ge utrymme för frågor om personen har några. Bestäm tid för uppföljningssamtal och berätta syftet med det. Ge aldrig patienten/klienten ADDIS resultatet utan att du har haft tid att gå igenom det.

Uppföljningssamtal

Syftet med uppföljningssamtalet är:

- att stämma av med patienten/klienten att informationen överförd från ADDIS intervjun till checklistan är korrekt.
- att ställa följdfrågor om det behövs
- att ge patienten/klienten möjlighet att se samband mellan olika symptom
- att tillföra nya symptom som patienten/klienten ej var medveten om (symptom som du har fått från andra t ex: familj, arbete, läkare m.m.)
- att tillåta patienten/klienten att göra en egen bedömning
- att ge resultatet till patienten/klienten diagnostisk bedömning eller diagnos enligt ICD-10 eller DSM-5
- att visa för patienten/klienten att du vill hans bästa
- att ge rekommendationer samt föreslå åtgärder

Exakt hur uppföljningssamtalet ser ut beror på patienten/klienten, men det finns allmänna riktlinjer som bör följas i t ex Motivational Interviewing (MI) och FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-Efficacy). För mer information i rådgivande, stödjande samtal och användning av MI se boken "Motiverande Samtal" av W.R. Miller och S. Rollnick.

Diagnostisk bedömning/diagnos

Utvecklingen av ICD-10:s och DSM 5:s diagnossystem har skett i expertgrupper. Målet har varit att ta fram empiriskt grundade kriterier, vilket skett genom litteraturgranskning, analys av redan existerande data och insamling av ny data genom studier på fältet. Forskning visar att kriterierna för beroende är likartad inom bägge diagnossystemen. I nya DSM 5 förändras dock språkbruket i och med att begreppen missbruk och beroende ersätts av substansbruksyndom.

Både ICD-10 och DSM-5 är expertmanualer, d v s de är hjälpmedel vid diagnosticering av olika sjukdomar och psykiatrisk tillstånd. **Det är alltid den enskilde yrkesutövaren som är ansvarig för den slutgiltiga diagnostiska bedömningen/diagnosen.**

ICD-10

Beroende

ICD-10 beskriver beroendesyndromet som en grupp av fysiologiska, kognitiva, beteendemässiga fenomen som leder till att användningen av drogen/drogerna får en mycket högre prioritering än andra saker, som tidigare var högt prioriterade. Framträdande är att önskan eller längtan efter drogen/drogerna kan bli så stark att man ej kan avstå. ICD-10 har två utgåvor av Classification of Mental and Behavioural Disorders: 1. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992; 2 Diagnostic Criteria for Research, 1993. ADDIS använder sig av den sistnämnda.

F1x.2 Beroende: *ICD-10:s forskningskriterier av beroendesyndrom och skadligt bruk är här förkortade.* Tre eller fler av följande sex kriterier bör ha förekommit tillsammans under minst 1 månad eller, om det var kortare perioder än 1 månad, bör de ha uppträtt tillsammans upprepade gånger under en tolv månadersperiod:

1. En stark önskan eller en känsla av tvång att ta drogen.
2. Svårigheter att kontrollera användning, tidpunkten, mängden eller att sluta.
3. Abstinensbesvär för den specifika drogen vid minskning eller avslutad användning, eller bruk av samma drog (likartad) för att lindra eller undvika abstinenssymptom.
4. Toleransökning – behov av betydligt ökad mängd av drogen för att uppnå berusning/önskad effekt, eller påtagligt minskad effekt vid fortsatt användning av samma mängd av drogen.
5. Tankemässig koncentration på användning av drogen, som visar sig genom att personen minskar eller slutar med viktiga andra nöjen och intressen p.g.a. droganvändning; eller att avsevärd tid går åt till nödvändiga aktiviteter för att kunna skaffa, inta eller återhämta sig från effekterna av drogen.
6. Fortsatt droganvändning som visat sig genom att personen fortsätter att använda drogen trots klara bevis på skadliga konsekvenser (se F1x.1). Personen skall eller bör kunna förväntas vara medveten om skadans innebörd om omfattning.

ICD-10

Beroende specifikationer

ICD-10 anger sju olika specifikationer vid diagnosen **Beroende**:

1. (.20) **Aktuell nykterhet** – ingen nuvarande användning av drogen:

.200 Tidig remission: inga kriterier för beroende eller skadligt bruk har varit uppfyllda under minst en månad, men kortare än tolv månader.

.201 Partiell remission: Ett eller flera kriterier för beroende eller skadligt bruk har varit uppfyllda (men inte tillräckligt antal kriterier för beroende) under en period av tolv månader eller längre.

.202 Fullständig remission: inga kriterier för beroende eller skadligt bruk har varit uppfyllda, ens tillfälligt, under en period av tolv månader eller längre.

För att beroendet skall vara i remission, måste symptomen som uppfyller de respektive beroendekriterierna ha inträffat **inom en och samma tolv månadersperiod**.

Observera att remissionsspecifikationerna endast kan användas då inga kriterier för beroende eller skadligt bruk varit uppfyllda under **minst en månad**. Personen får inte heller vara under agonist/antagonistbehandling eller befinna sig i en kontrollerad miljö.

Av de tre specifikationerna som beskriver remissionsförlopp rekommenderas att använda den tredje. Om klienten/patienten åstadkommer en kortare remissionsspecifikation är det naturligtvis en positiv signal och personen bör få både positiv feedback och stöd, men det är antagligen inte en tillräckligt lång tid för att räkna med att tillståndet är stabilt.

ICD-10

Beroende specifikationer

2. (.21)** **Aktuell nykterhet, i en kontrollerad miljö** (t ex: behandlingshem, sjukhus)

Kontrollerad miljö gäller om patienten/klienten befinner sig i en miljö där tillgången till droger är starkt begränsad eller under strikt kontroll, och inga kriterier för beroende eller skadligt bruk har varit uppfyllda under den senaste månaden. Exempel på kontrollerade miljöer är noga övervakade och drogfria fängelser, behandlingshem och låsta sjukhusavdelningar.

3. (.22)** **Reglerat beroende – agonistbehandling** (suboxone, nikotinplåster m.m.)

4. (.23)** **Aktuell nykterhet med hjälp av antagonistbehandling** (antabus, campral)

Pågående agonist/antagonistbehandling gäller om klienten/patienten får föreskriven agonist/ antagonistmedicinering, och inga kriterier för beroende/skadligt bruk har varit uppfyllda för den specifika drogen under den senaste månaden (förutom tolerans eller abstinens beträffande agonisten).

5. (.24)** **Aktuellt beroende – aktuell användning av drogen**
.240 Utan fysiska tecken .241 Med fysiska tecken

- med fysiskt beroende: belägg för tolerans eller abstinens, d v s endera kriterium (3) i eller (4) i ICD-10 föreligger

- utan fysiskt beroende: inga belägg för tolerans eller abstinens, d v s varken kriterium (3) eller (4) i ICD-10 föreligger

- 6 (.25) **Aktuellt beroende – ihållande användning av drogen**

7. (.26) **Aktuellt beroende – periodisk användning av drogen**

ICD-10

Skadligt bruk

- A. Tydliga bevis att droganvändning är orsaken till (eller väsentligt bidragit till) fysisk eller psykisk skada, inklusive försämrat omdöme eller dysfunktionellt beteende, som kan leda till en försämrad förmåga att prestera eller negativa konsekvenser i relation till andra personer.
- B. Skadan bör vara tydligt identifierbar (och specificerad).
- C. Individens bruksmönster har varat minst 1 månad eller har uppträtt återkommande under en tolv månadersperiod.
- D. Störningen uppfyller inte kriterierna för någon annan mental- eller beteendestörning relaterad till samma drog under samma period bortsett från akut berusning.

DSM 5

Substansbruksyndrom

*”Begreppen missbruk och beroende, som är väl etablerade i den svenska terminologin, används inte i DSM-5. Den mer neutrala termen substansbruksyndrom har införts, för att fånga in den stora spännvidden i omfattningen av problem relaterade till substansbruk. T. ex. kan olämpligt bruk av vissa substanser (t ex koffein) sägas representera ett i sammanhanget lindrigt problem, medan bruk av somliga andra substanser (t ex alkohol, opioider) kan få mycket allvarliga konsekvenser. Den nya termen substansbruksyndrom som införts i DSM-5 kan sägas komplettera, men inte nödvändigtvis ersätta, den gängse terminologin i Sverige, där t ex inte minst begreppet beroende är väl inarbetat i såväl vård som socialtjänst.”**

* Erlafsson, J. (2015). *MINI –D5 diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press AB.

DSM 5

11 kriterier

Ett problematiskt mönster av drogbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket visar sig i minst två av följande under en 12-månadersperiod:

1. Drogen tas ofta i större mängd eller längre period än vad som avsågs
2. Det finns en varaktig önskan om, eller misslyckade försök att begränsa, eller kontrollera intaget
3. Mycket tid ägnas åt att anskaffa, inta eller återhämta sig efter att ha tagit drogen
4. En stark önskan eller längtan efter att inta drogen
5. Upprepat bruk, vilket leder till misslyckanden att fullgöra sina åligganden
6. Fortsatt användning trots ständiga eller återkommande sociala eller mellanmänskliga problem, orsakade eller förvärrade av drogens effekter
7. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes eller fritidsaktiviteter överges, eller minskas pga. drogbruket
8. Upprepat bruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada
9. Drogbruket fortgår, trots vetskap om bestående eller återkommande fysiska eller psykiska besvär, som sannolikt orsakats eller förvärrats, av drogbruket
10. Tolerans
11. Abstinens

Bedömning enligt svårighetsgrad

Lindrigt syndrom: 2 – 3 kriterier

Medelsvårt syndrom: 4 – 5 kriterier

Svårt syndrom: 6 eller fler kriterier

DSM 5

Specifikationer

I tidig remission: Kriterierna för substansbruksyndrom har tidigare varit helt uppfyllda . Under minst 3 månaders tid, men kortare än 12 månader, har inga kriterier längre varit uppfyllda (med undantag för kriterium 4 "sug" eller en stark önskan eller längtan att ta drogen, som kan vara uppfyllt).

I varaktig remission: Kriterierna för substansbruksyndrom har tidigare varit helt uppfyllda. Under minst 12 månaders tid har inga kriterier varit uppfyllda under någon period (med undantag för kriterium 4 "sug" eller en stark önskan eller längtan efter att använda drogen, som kan vara uppfyllt).

Av de två specifikationerna som beskriver remissionsförlopp rekommenderas att använda det andra. Om patienten/klienten åstadkommer en kortare remissionsspecifikation är det naturligtvis en positiv signal och personen bör få både positiv feedback och stöd, men det är antagligen inte en tillräckligt lång tid för att räkna med att tillståndet är stabilt.

I kontrollerad miljö: Gäller om patienten/klienten befinner sig i en miljö där tillgången till droger är starkt begränsad eller under strikt kontroll, och inga kriterier för substansbruksyndrom (utom kriterium 4) har varit uppfyllda under den senaste månaden. Exempel på kontrollerade miljöer är noga övervakade och drogfria fängelser, behandlingshem och låsta sjukhusavdelningar.

På underhållsbehandling: Gäller om en person står på ordinerad substitutionsbehandling, såsom metadon eller buprenorfin, under förutsättning att inga av kriterierna för opioidbruksyndrom har varit uppfyllda för den typen av preparat (med undantag för tolerans eller abstinens från agonisten).

Aktuell diagnos - diagnos i remission

ICD-10 och DSM 5

ADDIS intervjun använder sig av det senaste året som bas för att skilja aktuellt tillstånd från remission. Tidsperioden är dock valfri och bör baseras på det diagnostiska ändamålet. Om det t ex handlar om att få köra bil yrkesmässigt efter en rattfylleriförseelse bör en längre tidsperiod användas. Omvänt, om intervjun t ex görs i samband med medverkan i ett forskningsprojekt om alkoholism och ångest, torde en tremånaders remissionsperiod vara tillräcklig. Definitionen och varaktigheten av remissionen måste definieras före utredningen. Där ADDIS intervjun innehåller frågan "Under det senaste året" bör den alternativa tiden konsekvent sättas in istället, t ex "Under de senaste sex månaderna", och definitionerna av aktuellt och remission skall noteras på diagnoschecklistorna.

För att ett beroende skall vara i remission, måste symptomen som uppfyller de respektive beroendekriterierna ha inträffat inom en och samma remissionsperiod.

ADDIS intervjun gör det möjligt att tillämpa ICD-10:s och DSM-5:s tidsperioder för remission genom att man frågar hur ofta symptomen har visat sig under det senaste året/månaden, och om symptomen har förekommit under livstid (mer än ett år sedan).

Flerdrogsberoende

Ospecifierat drogberoende

ICD-10 Flerdrogsberoende F19.2

Flerdrogsberoende bör användas endast när drogmönstret är kaotiskt och urskillningslöst. Använd "Blandat" på ADDIS intervjuformulär om mönstret är kaotiskt och omöjligt att urskilja vilka substanser som orsakade symptomet.

Flerdrogsberoende DSM-5

Om kriterierna för fler än ett substansbruksyndrom är uppfyllda , ska samtliga diagnostiseras (t ex 304.00 svårt heroinbruksyndrom)

ICD-10 Ospecifierat drogberoende F19.2

Gäller störningar som är relaterade till andra substanser än de som räknas upp i ADDIS ämneslista.

Ospecifierat drogberoende DSM-5

Om störningen gäller andra substanser än de som är angivna i ADDIS ämneslista används koden "annat substansbruksyndrom" och den specifika substansen anges.

Provisorisk bedömning

Specifikationen provisorisk kan användas när det finns starka skäl att anta att kriterierna för en störning kommer att vara uppfyllda, men där det för stunden inte finns tillräckligt med information för att kunna säkerställa den diagnostiska bedömningen/diagnosen. Bedömaren kan markera osäkerheten genom att notera ”provisorisk” efter bedömningen. Vid en bedömning ”i (varaktig) fullständig remission” kan provisorisk bedömning användas när du inte har kunnat säkerställa att tre kriterier (ICD 10), eller två kriterier (DSM-5), var uppfyllda under en och samma tolv månadersperiod.

OBS! med provisorisk bedömning krävs uppföljning inom 4 – 6 veckor.

Återfall

Om symptomen bedöms vara uttryck för återfall i en ny episod av ett återkommande tillstånd kan störningen diagnosticeras som aktuell (eller provisorisk) även innan kriterierna är helt uppfyllda.

Diagnostisk bedömning/diagnos

ADDIS intervjun är uppbyggd runt ICD-10:s och DSM-5:s diagnoskriterier, vilket gör det möjligt att göra en diagnostisk bedömning/diagnos.

Efter ADDIS intervjun genomförts överförs resultatet automatiskt till diagnoschecklistor och beroendekurva. Även bakgrundstext för "Bakgrund och subjektiv bedömning" genereras automatiskt i ADDIS Net 2.0 För att kunna erbjuda den största valmöjligheten finns följande checklistor:

- ICD-10 diagnoschecklista används för att göra en diagnostisk bedömning/diagnos som är aktuell eller i remission.
- DSM-5 diagnoschecklista används för att göra en diagnostisk bedömning/diagnos som är aktuell eller i remission.
- ICD-10 pedagogisk checklista används under uppföljningssamtalet med patienten/klienten.

Alla frågor som är märkta med en stjärna (*) är frågor som tillhör beroendekriterier. Resterande frågor i drogavsnittet tillhör skadligt bruk kriteriet. I DSM 5 slås frågorna samman i de elva kriterierna som utgör ett substansbruksyndrom.

Diagnosticering av alkohol/drogproblem är komplicerad p.g.a. att det inte finns något absolut medicinskt test eller prov som bekräftar störningens närvaro. Istället baseras diagnosen på **tecken** och **symptom**.

Tecken är indikatorer som är synliga för andra, t ex blod/urinprov för alkohol eller andra droger, bevis på berusning (ostadig gång, sluddrigt tal), ändrat beteende eller förändrad sinnesstämning.

Symptom är indikatorer som inte alltid kan ses eller upptäckas av andra, t ex tankemässig koncentration, minnes/koncentrationsproblem m.m. I manualen används ibland dessa termer synonymt.

Diagnostisk bedömning/diagnos

Diagnosticering av alkohol/drogproblem är ytterligare komplicerad p.g.a. att många patienter/klienter bagatelliserar de negativa konsekvenserna som användningen av alkohol/droger har orsakat. Förnekande av symptom kan leda till felaktig diagnostisk bedömning/diagnos. Information från andra, t ex arbetsplats, föräldrar eller oroliga vänner, kan hjälpa till att bekräfta tecken på alkohol/drogproblem. När en person har visat en tendens att bagatellisera eller förneka de alkohol/drogrelaterade negativa konsekvenserna som är alldeles uppenbara för andra, kan man nästan förmoda att personen likaså förnekar symptom.

En substansrelaterad störning är oftast progressiv, d v s det tar tid för tecken och symptom att utvecklas. Diagnossystem som ICD och DSM använder mängder av tecken och symptom för att bestämma den diagnostiska tröskeln. Det är viktigt att komma ihåg att medan dessa riktlinjer är ytterst användbara, är de på samma gång något godtyckliga. En person som har en viss mängd tecken och symptom en dag och medger ytterligare symptom veckan därpå, har inte plötsligt utvecklat denna störning. Det senaste symptomet gör snarare problemet lättare att bedöma.

Punkter att fundera över inför den diagnostiska bedömningen/diagnosen:

1. Alkohol/drogbruk ligger längs en skala. I ena änden, där det inte finns några tecken eller symptom eller väldigt få eller lindriga, är bedömningen ganska lätt. Likaså i den andra änden, där det finns många och allvarliga symptom. Det är i mitten av skalan, eller nära gränsen till beroendetröskeln som bedömningen blir svårare.
2. Bedömningen är begränsad av den information som är tillgänglig från patienten/klienten och andra källor. Denna information kan vara felaktig p.g.a. att patienten/klienten försöker dölja problemets verkliga omfattning. Även familjemedlemmar är ibland omedvetna om hur stort problemet är eller vill till varje pris förneka problemet. Patientens/klientens uppgifter kan också vara motsägelsefulla jämfört med andras.
3. Bedömningen är ett försök att beskriva alkohol/drogbruk just nu. Problemets allvar kan öka eller minska med tiden.

Diagnostisk bedömning/diagnos

Råd inför den diagnostiska bedömningen/diagnosen

Användning av ICD:s och DSM:s diagnoskriterier görs alltid med kliniskt omdöme och professionell erfarenhet. Viktiga punkter, förutom antal tecken och symptom, är följande:

- hur ofta ett tecken eller symptom uppträder
- allvaret i tecknet eller symptomet
- om det nyligen har varit en ökning av alkohol/drogrelaterade negativa konsekvenser
- om det finns turbulens i personens liv (kan bero på många olika saker) som kan påverka användning av drogen/drogerna.

När antalet tecken och symptom är på gränsen till att de diagnostiska kriterierna för beroende har uppfyllts, är det mycket viktigt att titta på varje individuellt tecken och symptom och väga in all information för att kunna bestämma vilken bedömning som skall göras. Man behöver inte ställa diagnosen beroende enbart p.g.a. att diagnoskraven uppfylls. Om informationen är motsägelsefull bör man notera det och försöka få kompletterande information.

ICD-10 Diagnoschecklistor

Med hjälp av diagnoschecklistan ser man tydligt om patienten/klienten uppfyller kriterierna för beroende eller skadligt bruk. Beskrivningen av kriterierna är förkortade och lyder:

Beroende:

1. En stark önskan/känsla av tvång att ta drogen.
2. Svårt att kontrollera användning, mängd, tidpunkt eller att sluta.
3. Abstinensbesvär.
4. Tolerans.
5. Offrar andra nöjen och intressen p.g.a. användning/använder tid att komma åt, använda och hämta sig från drogen.
6. Fortsatt medveten användning trots uppenbara negativa konsekvenser

Skadligt bruk:

- A. Fortsatt användning trots uppenbara negativa konsekvenser

Obs! Skadligt bruk är en diagnos i sig själv, men dess symptom kan också passa i beroendekriterium 6. Vad som krävs för att använda skadligt brukssymptom som en del av kriterium 6 är att personen är medveten om, eller kan förväntas vara medveten om, innebörd och omfattning av de negativa konsekvenserna..

Svaren från frågeformuläret överförs automatiskt till diagnoschecklistorna på de frågor som finns inom respektive kriterium. Kod "A" (Aktuellt) fylls i för varje symptom patienten/klienten har erfårit under det senaste året, och för skadligt bruk alla 2+ gånger. Kod "A/1" fylls i för varje engångssymptom under det senaste året (skadligt bruk). Kod "L" (Livstid) fylls i för alla symptom patienten/klienten erfårit under sitt liv men som inte varit aktuella det senaste året.

ADDIS ICD-10 diagnoschecklistor är användbara för flera syften:

För att bekräfta om ett beroende/skadligt bruk föreligger eller ej.

- Att se hur långt ett beroende har framskridit.
- För att se om beroendet är med eller utan fysiska tecken.
- Att presentera en sammanställning av resultaten som remissvar.
- Som underlag för diagnos i medicinska journaler.
- Att förse domstolar med underlag för utdömande av t ex kontraktsvård.

ICD-10

Diagnostisk bedömning/diagnos

Beroende kräver minst tre symptom är utspridda i tre av de sex kriterierna, samt att de har inträffat inom en och samma tolv månadersperiod.

Ordföljden i bedömningen bör vara:

a) namn på diagnoskriterier, b) om beroendet är aktuellt, c) substans*, d) tillstånd*, e) specifikation, f) provisorisk bedömning.

*C och D kan byta plats.

Exempel: Enligt ICD-10:s diagnoskriterier uppfyller klienten/patienten kraven för ett aktuellt alkoholberoende med fysiska tecken, eller ett beroende av sömnmedel i fullständig remission – provisorisk bedömning.

Observera att:

- Aktuella symptom och symptom i remission inte får slås samman för att ställa diagnosen aktuellt beroende.
- Om man inte uppfyller kriterium 6 på diagnoschecklistans beroendesida krävs minst två symptom från skadligt brukssidan. Personen skall vara medveten om, eller kunna förväntas vara medveten om, innebörd och omfattning av dessa tecken.
- Man kan använda sig av ICD-10:s specifikationer vid beroendediagnos.
- Vid bedömning "fullständig remission" kan symptom F.41, 52, 53 och 71 vara aktuella p.g.a. att de kvarstår som ett resultat av ett långvarigt bruk.

Skadligt bruk föreligger när det finns ett eller flera symptom i kriterium A.

Observera att:

- Då det rör sig om enbart ett symptom måste det ha visat sig flera gånger, alternativt flera engångssymptom (A/1) för att kriteriet skall vara uppfyllt.
- För att få en skadligt bruksdiagnos skall personen ej ha uppfyllt kriterierna för en annan mental- eller beteendestörning relaterad till samma drog under samma period, bortsett från akut berusning.
- Remission anges inte enligt ICD-10 när det gäller skadligt bruk.

DSM 5 Diagnoschecklista

Diagnoschecklistan tydliggör om klienten/patienten uppfyller kriterierna för substansbruksyndrom, samt vilken svårighetsgrad det rör sig om:

Lindrigt syndrom:	2 – 3 kriterier
Medelsvårt syndrom:	4 – 5 kriterier
Svårt syndrom:	6 eller fler kriterier

DSM 5:s elva kriterier:

Ett problematiskt mönster av drogbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket visar sig i minst två av följande under en 12-månadersperiod:

1. Drogen tas ofta i större mängd eller längre period än vad som avsågs.
2. Det finns en varaktig önskan om, eller misslyckade försök att begränsa, eller kontrollera intaget.
3. Mycket tid ägnas åt att anskaffa, inta eller återhämta sig efter att ha tagit drogen.
4. En stark önskan eller längtan efter att inta drogen.
5. Upprepat bruk, vilket leder till misslyckanden att fullgöra sina åligganden.
6. Fortsatt användning trots ständiga eller återkommande sociala eller mellanmänskliga problem, orsakade eller förvärrade av drogens effekter.
7. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes eller fritidsaktiviteter överges, eller minskas pga.drogbruket.
8. Upprepat bruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada.
9. Drogbruket fortgår,trots vetskap om bestående eller återkommande fysiska eller psykiska besvär, som sannolikt orsakats eller förvärrats, av drogbruket.
10. Tolerans.
11. Abstinens.

DSM 5

Diagnostisk bedömning/diagnos

Svårighetsgrad av substansbruksyndrom avgörs av antalet kriterier som är uppfyllda. Vilket i sin tur tydliggörs av klientens/patientens överförda svar från intervjun till diagnoschecklistan.

Ordföljden i bedömningen bör vara:

- a) namn på diagnoskriteriet b) om syndromet är aktuellt, c) substans*, d) tillstånd*, e) provisorisk bedömning.

Exempel: Enligt DSM 5:s diagnoskriterier uppfyller klienten/patienten kraven för ett lindrigt alkoholbruksyndrom med fysiska tecken, eller ett medelsvårt sömnmedelsyndrom i varaktig remission – provisorisk bedömning.

Observera att:

- Aktuella symptom och symptom i remission inte får slås samman för att ställa diagnosen aktuellt syndrom.
- Ett beroende i remission kräver minst två av kriterier har inträffat inom en och samma tolv månadersperiod.
- Ange andra möjliga specifikationer.
- Vid en bedömning ”varaktig remission” kan symptomen F. F.41, 52, 53 och 71 vara aktuella p.g.a. att de kvarstår som ett resultat av ett långvarigt bruk.

Observera att:

- Då det inom ett kriterium rör sig om enbart ett symptom måste det ha visat sig flera gånger, alternativt flera engångssymptom (A/1) för att detta kriterium skall vara uppfyllt.

ADDIS DSM-5 diagnoschecklista är användbar för flera syften:

- För att bekräfta om ett substansbruksyndrom föreligger eller ej.
- Att se hur långt ett syndrom framskridit.
- Att presentera en sammanställning av resultaten som remissvar.
- Som underlag för diagnos i medicinska journaler. Att förse domstolar med underlag för utdömande av t ex kontraktsvård.

ICD-10 Pedagogisk checklista

Den pedagogiska checklistan är ett rent pedagogiskt hjälpmedel för både dig och patienten/klienten.

Både beroendesymptom och de för skadligt bruk är automatiskt ifyllda här. Man kan redovisa enbart en drog på denna checklista och därför rekommenderas att du väljer den drog som blir mest meningsfull för patienten/klienten att få insikt i.

Den pedagogiska checklistan ger:

- En överblick av de negativa konsekvenser som orsakats av drogen. För det mesta kan man tydligt se om konsekvenser (symptom och tecken) stämmer med varandra och med en beroendeutveckling.
- En sammanfattning av patientens/klientens konsekvenser som kan användas i uppföljningssamtalet.

Den pedagogiska checklistan hjälper patienten/klienten att under uppföljningssamtalet se och förstå sambandet mellan olika negativa konsekvenser. Denna kunskapsinhämtning om det egna beroendet/skadligt bruksutveckling kan bli ett led i motivationsarbetet för att patienten/klienten ska följa de rekommenderade åtgärderna.

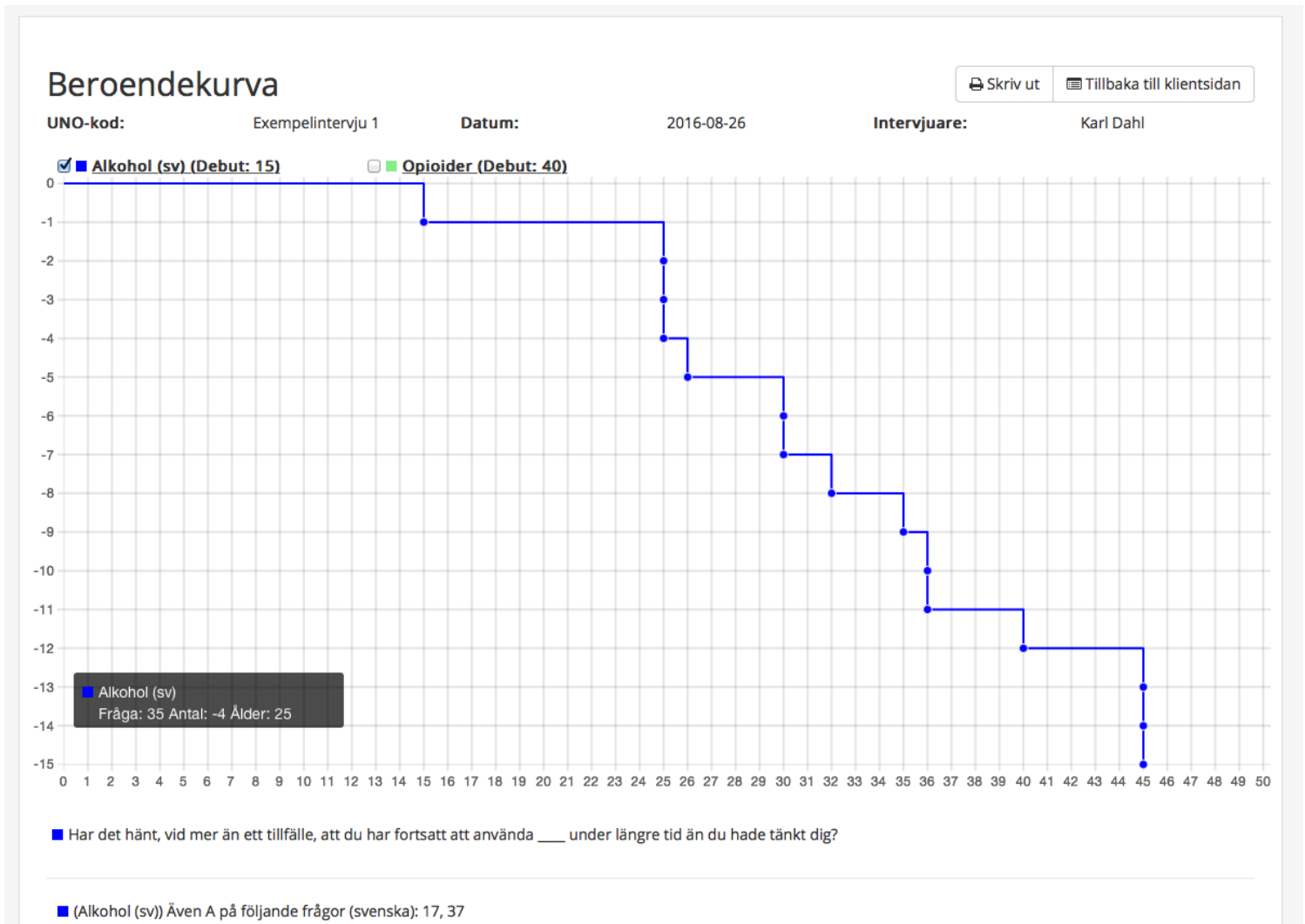
ADDIS pedagogiska checklista har visat sig användbar för flera syften:

- Att få en tydlig bild av de negativa konsekvenserna och överensstämmelsen mellan dessa och beroende/skadligt bruk.
- Att ge patienten/klienten möjlighet att se samband mellan olika symptom.
- Att ge patienten/klienten möjlighet att själv bedöma resultatet.
- Att tillföra nya symptom som patienten/klienten ej var medveten om genom andra uppgifter, t ex från familj, arbetsplats, läkare m fl.

ADDIS beroendekurva

Är en sammanställning av de debutåldrar som patienten/klienten uppger under intervjun. Beroendeutvecklingen blir tydlig, vilket kan öka motivation till förändring. Under uppföljningssamtalet ökar patientens/klientens engagemang genom att själv få ge en beskrivning av hur livet var vid olika åldrar, där det finns en anhopning av symptom eller av perioder där symptomen helt saknas. Den ger även en bra översikt över alla olika drogers utbytbarhet och samverkan.

När alla symptom är noterade kan man kontrollera om det finns orimligheter i svaren. T ex om F.74 (abstinens) finns med som ett tidigt symptom kan det vara ett tecken på att det finns oklarheter i skillnaden mellan "bakfylla" och abstinens. Detta bör då förtydligas med klienten/patienten.



ADDIS analys

Används under utbildningen, i samband med fallbeskrivning två, som kommer efter fördjupningsavsnittet. Den är en möjlighet att reflektera över hur du har tänkt, och varför du gjorde just denna diagnostiska bedömning/diagnos. Analysen bör vara koncentrerad och kortfattad, och kan med fördel även användas när certifierings processen är avslutad.

Exempel på frågeställningar i analysen:

Finns det oklarheter/brist på information?

Hur ser beroendeutvecklingen ut?

Vilken tyngd har symptomen?

Korstolerans?

Har du uppgifter kring den intervjuade som inte stämmer överens med de uppgifter som du fått fram under intervjun?

Dahl & Dahl preventions- & beroendecenter AB
Olaigatan 21, 703 61 Örebro
Tele: 019 – 140 987
Webb: www.addis.se
E-post: info@addis.se