

Manual för Motivationshöjande behandling

MET

(Motivational Enhancement Therapy)

Svensk reviderad version av: Anders Hammarberg, Sven Andreasson, Claudia Fahlke,

Lars Forsberg, Magnus Johansson, Agneta Öjehagen

Innehåll

Del 1 Introduktion

Vad är MET?	3
Bakgrunden till MET	3
Det vetenskapliga stödet för MET	4
Skäl för att använda MET	5

Del 2 Kort introduktion till Motiverande samtal (MI)

Processen i MI.....	8
MI-anda	9

Del 3 MET-behandlingens upplägg och genomförande

En översikt av MET-metoden	10
Samtal 1 Introduktion till metoden och att initiera kartläggningen.....	11
Kartläggningens genomförande	12
Avslutning av samtal 1	16
Samtal 2 Återkoppling av resultat och MI-samtal	16
Återkoppling på frågebatteriet.....	16
Återkoppling på de specifika instrumenten	17
Avslutande kommentar kring återkopplingen	19
Helnykterhet eller måttlig konsumtion (kontrollerat drickande)	20
Nästa steg?	21
Andra hjälpbehov?	21
Avslutning av samtal 2	22
Ett möjligt komplement till MET-behandlingen - Att involvera närstående i behandlingen	22
Tillvägagångssätt.....	22
Den närståendes roll vid uppföljningen av kartläggningen	23
Samtal 3 till 5	24
Samtal 3	24
Vad gör man om ingen förändring skett?	24
Samtal 4	24
Samtal 5	25
Fler samtal?	26
Ett komplement under behandlingen - En skriftlig förändringsplan	26
Referenser	28

Del 1

Introduktion

Vad är MET?

Motivational Enhancement Therapy (förkortas *MET* och i denna manual översatt till *Motivationshöjande behandling*) är en behandling som syftar till att uppmuntra och utveckla motivation till förändring av alkoholkonsumtionen hos personer med alkoholberoende. I MET arbetar du som behandlare med att stödja patientens förmåga att fatta ett välgrundat beslut om förändring.

MET innebär i korthet att man använder *Motivational Interviewing* (på svenska *Motiverande samtal*, förkortas *MI*) för att undersöka alkoholens roll för individen ur ett medicinskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Kartläggningen av alkoholens eventuella effekter består av en intervju, ett antal frågeformulär samt alkoholrelaterade biomarkörer. MI används också för att återkoppla och värdera undersökningsresultaten. Efter återkopplingssamtalet följer tre MI-samtal. En närstående rekommenderas att delta i samband med återkopplingssamtalet. Vartefter som patientens motivation ökar och diskuteras, kan den också konkretiseras i en skriftlig plan för förändring av alkoholkonsumtionen, som i efterföljande samtal följs upp.

MET-manualen är avsedd att användas i arbete med vuxna personer. En manual anpassad för ungdomar finns, men ännu inte i svensk översättning.

Bakgrunden till MET

MET bygger på den forskning och kliniska praktik kring MI som utvecklades på 1980-talet. Två tidiga forskningsfynd blev utgångspunkter för MI vid alkoholberoende. Resultaten visade dels att kortare och mindre intensiva behandlingar gav lika bra utfall som mer omfattande behandlingsprogram, dels att den mer konfrontativa stil som präglade vissa behandlingsmetoder inte gav bättre resultat än metoder som byggde på patientens egen målsättning och motivation till förändring (Annis 1985; Miller & Hester 1986; Miller and Rollnick 1991; för översikter se Miller & Rollnick, 2009). En central iakttagelse var att man med korta insatser i sjukvården ofta nådde påtagliga minskningar i alkoholkonsumtionen. Resultaten från dessa studier ledde bland annat till försök att formulera vilka komponenter som framgångsrika korta insatser för alkoholberoende innehåller. Dessa komponenter brukar sammanfattas i akronymen FRAMES (Bien, Miller & Tonigan, 1993):

- **FEEDBACK** of personal risk or impairment: Ge återkoppling på alkoholens konsekvenser för psykisk och fysisk hälsa.
- Emphasis on personal **RESPONSIBILITY**: Betoning på personens eget ansvar för värdering av resultaten av kartläggningen och beslut om förändring.
- Clear **ADVICE** to change: Erbjuder råd för förändring om personen önskar.
- A **MENU** of alternative change options: Erbjuder olika alternativ på strategier för förändring
- Therapist **EMPATHY**: Empatiskt förhållningssätt från behandlaren.
- Facilitation of client **SELF-EFFICACY** or optimism: Uppmuntra och stärka personens tilltro till sin egen förmåga att genomföra en förändring.

(Författarnas översättning)

En tillämpning av FRAMES är den så kallade "Drinker's Check Up" (DCU), som består av en kartläggning av alkoholproblematiken i kombination med ett rådgivande samtal baserade på MI (Miller & Sovereign, 1989; Miller, Benefield & Tonigan, 1993). DCU är i sin tur föregångaren till den första MET-manualen (Miller m.fl., 1992), som utvecklades i samband med att den internationellt välkända matchningsstudien "Project match" (Project Match, 1997) genomfördes i USA på 1990-talet. I den manualen omfattar MET kartläggning, strukturerad återkoppling och tre efterföljande samtal enligt motivationshöjande samtalsmetodik. Det är denna metod som med smärre variationer prövats i flera studier sedan 1990-talet och som ligger till grund för MET såsom den beskrivs i denna manual.

Det vetenskapliga stödet för MET

MET har i flera studier visat sig vara minst lika framgångsrik i att minska alkoholkonsumtionen (både avseende avhållsamhet och antal dagar med drickande/intensivkonsumtion) för alkoholberoende individer som betydligt mer intensiva behandlingsformer.

I Project Match-studien (1997) jämfördes MET (fyra sessioner á 30-45 minuter per session) med 12-steg (12 sessioner á 1-1.5 timme per session) och kognitiv beteendeterapi (KBT) med återfallsprevention (12 sessioner á ca 45 minuter per session) hos nästan 2000 personer med varierande grad av alkoholberoende. De tre behandlingarna varade alla 3 månader. Deltagarna, som genomgick MET-interventionen, minskade sin alkoholkonsumtion signifikant jämfört med vad de hade druckit före att de påbörjade studien. Deltagarna hade ca 20-30 procent helnyktra dagar före studien jämfört med ca 75-90 procent vid 12 månaders uppföljning. Vid en jämförelse av alkoholkonsumtionen vid uppföljningen mellan de tre behandlingsgrupperna fanns det inte någon skillnad mellan dem som fått MET, 12-steg eller KBT. Andra studier har därefter visat att MET har

bättre effekt på alkoholkonsumtionen jämfört med andra typer av behandlingar (Sellman m.fl., 2001) och att MET minskar alkoholkonsumtionen i samma utsträckning som mer omfattande behandlingsmetoder (UKATT, 2005; Bien m.fl., 1993; Brown m.fl.; Blondell m.fl., 2011; Allen et al., 2011; Dieperink et al., 2014).

Skäl för att använda MET

Ett skäl som talar för att använda MET är de ovan refererade studierna, som visat att flertalet patienter som genomgår MET-behandling minskar sin alkoholkonsumtion. En del slutar dricka alkohol helt, medan andra uppnår ett kontrollerat drickande under de nivåer som anses vara riskfylld konsumtion.

Ett annat skäl är att behandlingen visat sig vara lika effektiv för att minska alkoholkonsumtionen som mer omfattande behandlingar. Då metoden inte kräver specialistutbildning inom beroendområdet är den lämplig att användas inom många olika områden, bl.a. socialtjänst, psykiatri, primärvård och företagshälsovård - förutom inom beroendevården.

Ytterligare ett skäl att erbjuda MET är att metoden kan vara lämplig i flera stadier av ett behandlingsförlopp. Även om MET i sig är en självständig behandling och oftast som första behandling, kan den med fördel även erbjudas som en del i en längre behandlingskontakt eller inom ramen för andra behandlingar. Som exempel kan nämnas att MET genomförts för personer som vårdats för abstinensproblematik i slutenvård (Blondell et al., 2011). Med andra ord kan MET erbjudas:

1. som enda behandling,
2. i kombination med andra behandlingsinsatser, t.ex. läkemedelsbehandling,
3. som det första steget i en behandlingskedja som följs av annan behandling om patienten behöver mer stöd (t.ex. KBT eller 12-stegsbehandling),
4. efter initiala MI-samtal där ett behov av fördjupad kartläggning med strukturerad återkoppling identifieras.

MET förutsätter att du som behandlare har en grundläggande utbildning för och erfarenhet av ett människovårdande yrke (exempelvis läkare, psykolog, psykoterapeut, sjuksköterska, socionom eller liknande). du bör också ha grundläggande kunskaper om medicinska, psykologiska och sociala aspekter av beroendetillstånd.

MET är vad man kan kalla en "semistrukturerad" behandling. Det innebär att den följer vissa ramar och steg, men förutsätter samtidigt att du är väl förtrogen med MI-metodik. Med andra ord förutsätter MET att du har minst grundläggande utbildning i MI, är förtrogen med begreppen och har praktisk erfarenhet av MI. Därtill bör du se till att vidmakthålla och utveckla Dina MI-färdigheter genom att regelbundet spela in samtal och få återkoppling på dessa (Miller et al 2004;

Miller & Rollnick, 2013). Forskning har visat att kvaliteten i MI-samtal förbättras om man som behandlare vidmakthåller sina kunskaper genom fortlöpande återkoppling på hur väl MI-principer och färdigheter följs. Forskning visar också att behandlarens skicklighet i MI har samband med patientens förändring av alkoholkonsumtionen (Glynn & Moyers, 2010; Gaume et al, 2013; Moyers & Miller, 2013; Moyers et al, 2009; Vader et al., 2010). Samtal kan kvalitetssäkras och behandlaren kan få detaljerad information om hur väl egna samtal överensstämmer med MI genom att bedömas på MIC Lab, Karolinska institutet (www.miclab.org).

Del 2

Motiverande samtal (MI) – kort introduktion

MI är en samtalsmetodik som syftar till att stärka en individs egen motivation och åtagande till förändring. Behandlarens grundläggande förhållningssätt är att fungera som en vägledare i förändringsprocessen, snarare än någon som pekar ut en på förhand bestämd färdriktning.

Individer kan komma i fråga för behandling för alkoholproblem på många olika sätt. Vissa söker vård med en specifik önskan om att förändra sina alkoholvanor. Andra söker för problem som i första läget inte framstår som alkoholrelaterade, men där det framkommer att alkoholen spelar en roll för de problem som individen söker för. Ett exempel kan vara i primärvården, där det är känt att många somatiska och psykiska problem som individer söker för kan vara relaterade till hög alkoholkonsumtion, exempelvis högt blodtryck, depression eller att förhöjda levervärden konstaterats.

Oavsett i vilket sammanhang alkoholfrågan väcks, är det vanligt att individen ser både för- och nackdelar med sin alkoholkonsumtion. Positiva effekter av alkoholen kan vara social samvaro, avslappning och festkänslor. De negativa effekterna kan handla om försämrad hälsa, minskad arbetsprestation eller relationsproblem.

Att se både för- och nackdelar inför att förändra ett beteende kallas för ambivalens enligt MI. Därför fokuserar man inom MI på ambivalens som en naturlig fas i samband med förändring. MI syftar till att hjälpa individer att utforska motiv för en förändring och tilltro till att lyckas och därigenom minska ambivalensen inför - i det här fallet - att förändra alkoholkonsumtionen.

Ett flertal studier visar att patienters tal om sina motiv, sin förmåga och uttalanden om beslut att förändra sig också kan predicera förändring (Amrhein et al., 2003; Hodgins et al., 2009; Baer et al., 2008; Gaume et al., 2008; Moyers et al., 2007; Bertholet et al., 2010). Därför är en målsättning med MI dels att öka patientens förändringstal, dels att undvika att framkalla uttalanden som talar emot en förändring.

Processen i MI

Miller & Rollnick (2013) beskriver MI-samtal enligt fyra processer:

(1) Engagera – Syftar till att bygga förtroende och en fungerande arbetsallians mellan patient och behandlare. Detta kan t.ex. innebära att utforska skälen till att patienten söker hjälp just för tillfället, och att efterfråga vilken hjälp patienten förväntar sig att få vid mottagningen. Grunden i denna process är att behandlaren verbalt uttrycker att hen hört och visar intresse för vad patienten sagt men också för vad som är uttalat och underförstått. Att genom sådant aktivt lyssnande förmedla förståelse (empati) har visat sig predicera hur väl patienten lyckas i sin behandling (Moyers & Miller, 2013). Processen att engagera försvåras av s.k. MI-oförenliga yttranden som t ex kan vara att ge råd som inte efterfrågas, argumentera för ett visst beteende eller försöka övertala. Flera studier visar att MI-oförenliga yttranden har samband med att ohälsobeteendet bibehålls (Miller & Mount, 2001; Miller et al., 1993; Apodaca & Longabaugh, 2009).

(2) Fokusera – syftar till att ringa in vilket beteende patienten önskar förändra. En nedsatt arbetsförmåga kan ha alkoholrelaterade orsaker. En inflammerad bukspottkörtel ger upphov till frågor om alkohol. I båda fallen kan alkoholvanorna bli det beteende som står i fokus att förändra. Att ge personlig feedback till patienten, information och råd (om det efterfrågas) samt omformulering är tekniker som används för att fokusera MI-samtalet.

(3) Framkallande – Syftar till att uppmuntra självmotiverande uttalanden till förändring (förändringstal). En grundtanke i MI är att en beteendeförändring åstadkoms mest effektivt när den initieras av patienten själv. Uttalanden från patienten som indikerar en förändring har i forskning visat sig ha ett samband med beteendeförändring. Behandlaren använder bl.a. öppna frågor och reflektivt lyssnande för att framkalla och förstärka förändringstal.

(4) Planera – Syftar till att mer konkret planera för hur en förändring skall genomföras – när tiden är mogen. Från behandlaren sida innebär detta att fördjupa och bekräfta uttryckt motivation, summera skälen för en förändring, förmedla patientens fria val, och att tillsammans med patienten formulera en plan. Arbetet med en förändringsplan ger stort utrymme för att förstärka patientens motivation till förändring.

De fyra processerna kan förekomma samtidigt i olika stadier av en MET-behandling, även om de också i viss mån beskriver en kronologi. Engagemang är en förutsättning för att fokusera samtalet kring alkohol. För att locka fram förändringstal kring alkoholvanorna är fokus kring alkohol en förutsättning. Förändringstal är oftast en förutsättning för att planera för en kommande förändring av alkoholvanorna.

Tekniker som behandlaren använder kan sammanfattas i akronymen **BÖRS**: B=Bekräfta - innebär att bekräfta patientens ansträngningar utifrån dennes förutsättningar; Ö=Öppna frågor - innebär att ställa frågor utifrån vilka patienten kan reflektera fritt; R=Reflektivt lyssnande - innebär att behandlaren med hjälp av enkla eller komplexa reflektioner visar förståelse av patienten och

dennes problematik och att också utveckla patientens eget reflekterande. S= Summering - innebär att regelbundet sammanfatta det som framkommit under samtalet. Syftet är att hjälpa patienten till ytterligare reflektioner.

MI-anda

Miller & Rollnick (2013) betonar att MI bedrivs framgångsrikt först om behandlaren anammar ett grundläggande förhållningssätt i sitt arbete, något som brukar beskrivas som "MI-anda". MI-anda kan sammanfattas i följande punkter: (1) Partnerskap – MI bygger på samarbete mellan två jämställda parter, där behandlaren tillför sin erfarenhet och kunskap inom alkoholområdet medan patienten avgör vad av detta som är av vikt för honom eller henne; detta i kontrast till "expert – patient" relation; (2) Acceptans – att behandlaren a) bekräftar patientens absoluta värde som självständig individ; b) visar ett empatiskt förhållningssätt, c) stärker patientens autonomi, d) uppmärksammar patientens styrkor och ansträngningar; (3) Medkänsla (compassion) – Att behandlaren arbetar utifrån en genuin känsla av att vilja patientens bästa; (4) Framkallande – Att behandlaren utgår från att potentialen för förändringen (skälen för förändring, strategier mm) kommer från patienten själv, inte genom att behandlaren identifierar brister som skall "rättas till" genom expertkunskap.

Del 3

MET-behandlingens upplägg och genomförande

En översikt av MET-metoden

MET-behandlingen består av fem samtal inklusive samtalet där kartläggningen initieras. Det finns inga specifika riktlinjer för hur långt ett MET-samtal skall vara. Samtal två kan troligtvis kräva något längre tid, då återkoppling av resultaten av kartläggningen ingår i detta samtal. En närstående rekommenderas också att medfölja vid samtal två, något som ytterligare bidrar till att tiden för detta samtal kan bli något längre. I tabell 1 ges en översikt över upplägget i en MET-behandling. Det första samtalet (vecka ett) fokuserar dels på att introducera behandlingen och dess innehåll för patienten, dels på att initiera kartläggningen. Det andra samtalet (vecka två till tre) ger en strukturerad återkoppling på den inledande kartläggningen med avseende på konsumtionsmönster, beroendets svårighetsgrad, alkoholrelaterade konsekvenser och psykisk hälsa. En närstående kan vid detta tillfälle ytterligare förstärka förändringsprocessen. Under det tredje samtalet (vecka 4) fortsätter motivationsarbetet i syfte att stärka patientens förändringsprocess. Vid de två påföljande samtalen (vecka åtta och 12) fortsätter behandlaren att uppmuntra framåtskridandet. Behandlingen pågår i ca tre månader.

Ett MET-program kan genomföras av en och samma person, men det är också möjligt att flera personer är involverade så en person genomföra kartläggningen och en annan de uppföljande MI-samtalen.

Tabell 1 Översikt över MET-behandlingen.

Vecka 1 Samtal ett	Vecka 2-3 Samtal två	Vecka 4 Samtal tre	Vecka 8 Samtal fyra	Vecka 12 Samtal fem
<ul style="list-style-type: none"> • MI-samtal • Introduktion • Initiera kartläggning och genomföra alkoholrelaterad hälsoundersökning 	<ul style="list-style-type: none"> • Återkoppling på kartläggning • MI-samtal • Rekommendation: Närstående närvarande 	<ul style="list-style-type: none"> • MI-samtal 	<ul style="list-style-type: none"> • MI-samtal 	<ul style="list-style-type: none"> • MI-samtal

Samtal 1

Introduktion till metoden och att initiera kartläggningen

Syftet med första samtalet är att huvudsakligen beskriva MI-metoden för patienten och att initiera kartläggningen som skall ligga till grund för återkopplingen i samtal två. Som tidigare betonats kommer patienter till vården av olika skäl, där vissa söker för alkoholrelaterade problem med en mer eller mindre hög motivation till att förändra alkoholvanorna. Andra kan söka av skäl som till att börja med inte uppenbart har med alkoholberoendet att göra, men där detta sedan framkommer som en möjlig bidragande orsak till de problem de sökt hjälp för. Dessa olika förutsättningar kan spela en roll för hur du introducerar metoden, och även för hur du initierar kartläggningen som ett första steg i MET.

I de fall där patienten söker för mer uttalade alkoholproblem (t.ex. till beroendevården) kan du föreslå MET som en möjlighet att först närmare undersöka svårighetsgraden i problematiken, och att ni därefter arbetar tillsammans för att eventuellt åstadkomma en förändring.

I de fall patienten söker av andra skäl är det lämplig att utgå från skälen till varför patienten söker hjälp och be patienten beskriva hur hen tänker om att alkoholkonsumtionen påverkar exempelvis sömnproblem, sinnesstämning eller blodtryck. Sådana frågor kan hjälpa patienten att fokusera kring alkoholkonsumtionen som ett beteende att eventuellt förändra. Därefter kan du föreslå kartläggningen och återkopplingen som ett sätt att fördjupa kunskapen kring vilka konsekvenser som alkoholkonsumtionen har för patienten.

Det är svårt att i detalj beskriva hur du därefter introducerar MI-metodiken, eftersom du kan behöva ta hänsyn till exempelvis förutsättningarna på Din arbetsplats eller hur patienten kommit i kontakt med mottagningen. Men i stora drag kan introduktionen innehålla följande delar:

- *Behandlingen innehåller några olika moment som vi går igenom i tur och ordning. Vi börjar med en kartläggning av några områden som har med din alkoholkonsumtion och dess konsekvenser att göra. Därefter går vi tillsammans igenom resultaten. Kartläggningen kan vara en hjälp för Dig att komma fram till vilka mål och strategier för dina alkoholvanor, som är bäst för Dig.*
- *Jag har som behandlare inga färdiga svar på vad som är bäst för dig. Min roll ser jag som vara en hjälp för dig att komma fram till hur du kan gå tillväga. Jag kan bidra med återkoppling på kartläggningen och stöd, och fungera som en rådgivare för dig i den mån du önskar det.*
- *MET bygger på att vi tillsammans kommer fram till hur du kan gå tillväga, om du kommer fram till att du vill förändra Dina alkoholvanor*
- *Om du deltar i MET-behandlingen består den av sammanlagt 5 samtal. En så pass kort behandling har i olika studier visat sig ge lika bra resultat som betydligt längre och mer intensiva behandlingar för många personer.*

- *Vi uppmanar att du bjuder in en närstående person att vara med vid ett av samtalen. Det har visat sig att närstående kan bidra som ett stöd i att lyckas bättre med en förändring av alkoholkonsumtionen. Om du tycker att detta skulle kunna vara till hjälp för dig, närvarar den närstående vid det andra samtalet, dvs. vid återkopplingen på kartläggningen.*

Efter introduktionen efterfrågar du vad patienten tycker om detta förslag till kontakt och om hen har några frågor. Vidare frågar du om patienten kan tänka sig att genomföra kartläggningen som ett sätt att undersöka om alkoholkonsumtionen har negativa effekter på hälsan och/eller relationer till andra. Därefter beskriver du översiktligt innehållet i kartläggningen, både avseende att du kommer att ställa vissa frågor och de frågeformulär som skall fyllas i.

I vissa fall kan patienten komma till MET-behandling efter att redan ha genomgått någon form av utredning. För att undvika dubbelarbete och att patienten skall slippa svara på liknande frågor flera gånger, är det naturligtvis möjligt att använda tidigare insamlad information vid återkopplingen. Eventuell komplettering av frågor eller provtagning kan göras.

Kartläggningens genomförande

Intervjufrågor

Att ställa några inledande frågor kring alkoholkonsumtionen är delvis en grundläggande anamnestisk intervju, men framför allt en grund/bas till att patientens egen reflektion kring alkoholkonsumtionen och dess konsekvenser påbörjas (frågorna återfinns i bilaga 1):

- *Vilken är orsaken till att du söker vård just nu (Besöksorsak)*
- *Hur skulle du beskriva din alkoholkonsumtion i nuläget? (Aktuell alkoholkonsumtion)*
- *Beskriv din alkoholkonsumtion i ett längre perspektiv tillbaka (Debutålder, utveckling över tid, variationer)*
- *Om du kan se några negativa konsekvenser av din nuvarande alkoholkonsumtion - Hur skulle du i så fall beskriva dem?*
- *Vilka skulle de eventuella fördelarna vara med att minska alkoholkonsumtionen?*
- *Vilken hjälp skulle du behöva för att åstadkomma en eventuell förändring*

Intervjun bör inte ta längre än 15-30 minuter att genomföra.

Frågeformulär

Kartläggningen innehåller instrument som syftar till att beskriva följande områden: a) aktuell alkoholkonsumtion; b) beroendets svårighetsgrad; c) alkoholrelaterade konsekvenser; d) psykisk hälsa; e) biologiska markörer för alkoholkonsumtion och eventuella skador till följd konsumtionen.

Kartläggningen kan också omfatta neuropsykologisk testmetodik för att finna tecken på nedsatta kognitiva förmågor som eventuellt kan vara en effekt av alkoholkonsumtionen.

Självklart kan fler instrument inkluderas utifrån patientens behov eller förutsättningarna i det sammanhang som du som behandlare befinner dig. Det kan ofta finnas goda skäl att komplettera kartläggningen med instrument som fördjupar t.ex. avseende alkoholproblematiken. I Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av beroendeproblem (2015) finns exempel på beprövade instrument som kan användas.

Nedan beskrivs instrumenten som kan ingå i kartläggningen. I samband med beskrivningen av samtal två beskrivs poänggränser för instrumenten.

Alkoholkonsumtion

Mängden alkohol som konsumeras är ett viktigt mått vid kartläggningen eftersom andra risk- och problemområden kan vara en konsekvens av hur ofta och hur mycket patienten dricker. Målet är att få information om hur mycket alkohol patienten konsumerar under en viss tidsperiod och om dryckesmönstret. Det vanligaste sättet att mäta detta är genom så kallade "standardglas". Ett standardglas innehåller i de flesta länder 12 gram ren alkohol, oavsett vilken typ av alkoholhaltig dryck som konsumeras (se bilaga 2 – fakta om alkohol och hälsa).

Instrument: Alkoholkalender. Metoden grundar sig på den så kallade Timeline follow-back (TLFB) metodiken (Sobell & Sobell, 1996) (bilaga 3), men sker här genom att patienten själv skattar sin konsumtion dag för dag under de senaste 30 dagarna. Patienten börjar med den senaste veckan, därefter veckan före osv. En del patienter kan till att börja med uttrycka tvivel kring möjligheterna att minnas så långt tillbaka i tiden. Det kan underlätta om man börjar med att gå igenom vad man gjort under denna tid – speciella aktiviteter, var man varit, vad man ätit, födelsedagar, resor, ledigheter, etc. Därefter kan det bli lättare att påminna sig om vad man druckit i dessa sammanhang. Den systematiska genomgången av alkoholkonsumtionen ger en god uppfattning om alkoholmängd och vanemönster. Evidensen är god för att det är möjligt att på ett tillfredsställande sätt rekapitulera alkoholkonsumtionen även under en längre tidsperiod (Sobell & Sobell, 1996). Det är också möjligt att använda alkoholkalendern på så sätt att behandlaren under samtalet intervjuar patienten om alkoholvanorna bakåt i tiden, och fyller i uppgifterna i kalendern.

Mått på svårighetsgrad i beroendet

Kunskap om hur beroende patienten är, ger viktig information till både patienten och Dig som behandlare. Om instrumenten indikerar en hög grad av beroende kan det fungera extra motivationshöjande för patienten att göra något åt sina problem, medan du som behandlare kan få viktig information om vilka områden som är problematiska för patienten.

Instrument: A) AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (bilaga 4) innefattar tio frågor om alkoholvanorna, och är ett väl beprövat formulär för att bedöma förekomst av riskbruk och alkoholproblem (Babor et al., 2001; Bergman & Källmén, 2002; Bergman et al., 1994). AUDIT är inget diagnostiskt instrument men 20 poäng eller mer indikerar med hög sannolikhet ett

alkoholberoende. B) Beroendekriterierna – patienten indikerar i vilken mån han eller hon känner igen sig i vart och ett av de sex påståenden som utgör ICD-10 kriterierna för alkoholberoende (The World Health Organization, 1992) (bilaga 5). Antalet kriterier som patienten känner igen sig i ger ett mått på svårighetsgraden i beroendetillståndet.

Alkoholrelaterade konsekvenser

De flesta kommer till vården när alkoholkonsumtionen börjat få negativa konsekvenser. Det kan handla om exempelvis somatiska, psykiska, relationella eller arbetsrelaterade konsekvenser. De negativa konsekvenserna är viktiga att ta tillvara på i den fortsatta diskussionen, då dessa ofta kan fungera som motivationsfaktorer för förändring av alkoholkonsumtionen. Att kartlägga dessa konsekvenser mer i detalj kan fungera motivationshöjande.

Instrument: SIP (Short Index of Problems) (Feinn et al., 2003) består av 15 frågor kring somatiska, psykiska, relationsmässiga och sociala konsekvenser av alkoholkonsumtionen (bilaga 6).

Psykisk hälsa

Ångest och/eller depressionsproblematik är vanligt förekommande i samband med förhöjd alkoholkonsumtion. De psykiska problemen kan komma sig av den förhöjda konsumtionen och kan i många fall förbättras om konsumtionen minskar, men kan också bero på psykisk ohälsa som dolts genom alkoholanvändningen.

Instrument för ångestsymtom: GAD 7 består av sju frågor och används för skattning av symtom på ångest (Spitzer m.fl., 2006; Delgado m.fl., 2012) (bilaga 7).

Instrument för depressionssymtom: MADRS-S består av nio frågor för skattning av symtom på depression (Cunningham m.fl., 2011; Fantino & Moore, 2009; Montgomery & Åsberg, 1979) (bilaga 8).

Det är också möjligt att använda mer omfattande instrument för skattning av psykisk hälsa, som exempelvis SCL-90 (Derogatis m.fl., 1992; Fridell m.fl., 2002), som också finns i en kortversion på 25 frågor eller CORE-OM (Evans m.fl., 2000; Elfström m.fl., 2012) som består av 34 frågor (kortversion finns också).

Biologiska markörer för alkoholkonsumtion

Syftet med biologiska markörer är att hitta tecken dels på förhöjd och riskabel alkoholkonsumtion, dels på om konsumtionen har lett till organskador. För bedömning av förhöjd konsumtion används CDT och/eller PEth. För bedömning av konsekvenser för leverns hälsa används GT, ASAT och ALAT.

Kolhydratfattigt transferrin (CDT): Transferrin är ett protein som transporterar järn i blodet. Vid en längre tid av hög alkoholkonsumtion (motsvarande ca 1 flaska vin per dag under ett par veckor) förändras transferrinet på så sätt att de kolhydrater som vanligtvis är fästa vid transferrinet blir färre till antalet, vilket belyses av namnet "kolhydratfattigt transferrin". Det är således en markör

med en hög specificitet för alkohol. Dock får inte alla personer en höjning av CDT-värdet vid hög alkoholkonsumtion, vilket innebär sämre sensitivitet. Vid helnykterhet normaliseras värdet på tre till fem veckor.

Fosfatidyletanol (PEth): PEth är en så kallad fosfolipid (ett fettliknande ämne) som bildas i cellernas membran enbart i samband med alkoholkonsumtion. PEth har liksom CDT hög specificitet för alkohol (förhöjda värden kan enbart bero på alkoholkonsumtion), men med fördelen att PEth även har en hög sensitivitet, det vill säga man ser förhöjda värden redan vid mindre konsumtionsökningar. Vid helnykterhet normaliseras värdet på cirka 2-4 veckor.

Gamma-glutamyltransferas (GT): GT är ett enzym som finns i många av kroppens organ, däribland levern. GT används ofta som en indikator för leverpåverkan, där förhöjda värden kan bero på flera faktorer som effekten av vissa mediciner, övervikt och förhöjd alkoholkonsumtion. GT har både låg sensitivitet och specificitet för förhöjd alkoholkonsumtion. Markören är dock kliniskt värdefull, eftersom leverpåverkan kan vara ett allvarligt medicinskt tillstånd. Vid helnykterhet normaliseras värdet efter cirka en månad

Aminotransferaserna aspartataminotransferas (ASAT) och alaninaminotransferas (ALAT): ASAT och ALAT är båda enzymer som återfinns främst i lever (både ASAT och ALAT) och i muskulatur (ALAT). Dessa enzym läcker ur cellerna vid skada, som kan uppstå som följd av hög alkoholkonsumtion. Förhöjda värden kan dock uppstå även av andra faktorer såsom läkemedel. Sensitiviteten och specificiteten för alkohol är således låg även för dessa markörer. Vid helnykterhet normaliseras värdena efter cirka ett par veckor.

Förutom att finna tecken på förhöjd konsumtion och skador kan biologiska markörer stärka motivationen till förändring för patienten. En normalisering av initialt förhöjda värden upplevs som mycket värdefull av de flesta. Uppföljning av de biologiska markörerna sker enligt sedvanliga rutiner för medicinskt omhändertagande vid mottagningen, exempelvis att förnyade prov bör tas vid förhöjda värden.

Alkoholmarkörer tas via blodprov. Det bästa är om patienten kan lämna prover efter samtal ett eller i så god tid att du hinner få provresultaten inför samtal två. Finns aktuella provsvar sedan tidigare (max en månad) behöver nya prover inte tas.

Alkoholens effekter på kognitiva funktioner

En förhöjd alkoholkonsumtion har visat sig kunna ge nedsatta kognitiva funktioner, t. ex avseende minne och exekutiva funktioner (exempelvis Lawrence et al., 2009). Det skulle därför kunna fungera som en motivationshöjande faktor för förändring att inkludera ett neuropsykologiskt test, som är både känsligt för alkoholeffekter och för förändring vid minskad alkoholkonsumtion. I nuläget uppfyller dock inget test båda dessa förutsättningar, varför vi inte rekommenderar något specifikt test i manualen.

Avslutning av samtal 1

Du avslutar samtalet med att fråga hur patienten tror att alkoholkonsumtionen kommer att se ut vid nästa besök. Denna fråga kan fungera som ett sätt att uppmuntra patienten till vidare reflektion kring konsumtionen. du lämnar därefter ut kartläggningsinstrumenten i en mapp eller ett kuvert tillsammans med ett frankerat kuvert (om inte patienten fyller i formulären direkt i anslutning till besöket). Därefter gör ni upp om en återbesökstid ca en till två veckor senare.

Samtal 2

Återkoppling av resultat och MI-samtal

Samtal två syftar till att återkoppla resultatet på kartläggningen En närstående till patienten rekommenderas att vara med vid detta besök (se under rubriken "Att arbeta med närstående i MET" längre ner i detta kapitel).

Återkoppling på frågebatteriet

Inför samtal två sammanställer du den information du samlat in under förra samtalet, via frågeformulären och de biologiska provsvaren på en blankett (bilaga 9). Sammanställningen har flera syften:

- att organisera återkopplingen till patienten
- att få en överblick över patientens problematik i relation till alkohol
- att eventuellt negativa effekter av alkoholkonsumtionen skall framträda tydligare för patienten, och därmed skapa förutsättningar för motivation till förändring.

Du som behandlare och patienten går igenom resultatet tillsammans rubrik för rubrik. Diskutera vad som framkommit, och var noga med att stämma av att patienten förstår vad du menar, får möjlighet att komplettera och reda ut eventuella missförstånd. Behandlaren förutsätter sig ha expertis inom sin profession och förutsätter också och tydliggör i samtalet att patienten är expert på att avgöra och värdera vad som stämmer bäst för hen. Därför försöker behandlaren ta reda på vilken information patienten behöver och matchar sin information till klientens behov och styrkor. Samtalet har formen av en dialog, där patienten berättar om vilken information han hon kan behöva och där behandlaren sätter patientens behov och autonomi i högsätet. Var noga med att avsätta tid så att patienten får tid att reflektera kring innehållet. du använder principerna för MI vid genomgången för att förstärka förändringsinriktade uttalanden (och undvika uttalanden som talar emot en förändring) från patienten.

Återkoppling på de specifika instrumenten

Alkoholkonsumtion

Material hämtar du från intervjun samt alkoholdagboken. Aktuellt konsumtionsmönster sammanfattas i blanketten på tre olika sätt:

- a) Genomsnittligt antal glas per dryckesdag.
- b) Antal glas per vecka.
- c) Antal dagar med högkonsumtion per vecka.

Be patienten reflektera kring sitt konsumtionsmönster. Vid eventuell diskussion med patienten om vad som är en hög konsumtion brukar det vara till hjälp att använda sig av de riskbruksgränser som finns beskrivna. Dessa är:

- 1) ***Mer än 14 standardglas per vecka för män respektive mer än nio standardglas per vecka för kvinnor.*** Framför allt är det långsiktiga psykiska och fysiska hälsorisker som ökar vid högre konsumtion. Frågan brukar uppstå hur länge man behöver konsumera alkohol på detta sätt för att skador skall uppstå. Det är inte möjligt att besvara på individnivå, bl.a. eftersom vi är olika känsliga för effekterna av alkohol bl.a. eftersom vi är genetiskt disponerade att bryta ner alkohol olika effektivt. Gränserna anger en riktlinje för när en kontinuerlig konsumtion medför väsentligt ökade risker för skador.
- 2) ***Mer än 4 standardglas vid ett och samma konsumtionstillfälle för män respektive mer än 3 standardglas för kvinnor (berusningsdrickande).*** Vid berusningsdrickande ökar risken för olyckor, men också för en del sjukdomstillstånd såsom ångest- och depressionssymtom, sömnproblem samt hjärt- kärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke.
- 3) ***Alkoholkonsumtion i samband med vissa medicinska tillstånd*** betraktas som riskfylld redan vid mängder som är lägre än riskbruksgränserna. Hit räknas bland annat depressions- eller ångestproblematik och förhöjt blodtryck.

Att samtala utifrån gränserna för riskkonsumtion kan vara till hjälp för patienten i förändringsprocessen.

Beroendets svårighetsgrad

AUDIT: Varje fråga kan ge maximalt 4 poäng. Frågorna 1-8 ger poängen 0-4 (från vänster till höger). Frågorna 9-10 ger poängen 0, 2, 4 (från vänster till höger). Summan av poängen på de olika frågorna beräknas därefter, och poängsumman kan alltså variera mellan 0 och 40. Frågorna är indelade i tre delskalor (1-3: alkoholkonsumtion; 4-6: beroendesymptom; 7-10: skadlig konsumtion) men vanligtvis används skalan i sin helhet. AUDIT har olika gränsvärden för kvinnor och män. För kvinnor talar 6 poäng eller mer för en riskabel alkoholkonsumtion. För män är motsvarande gräns 8 poäng eller mer.

Forskning har visat att individer som har över 20 poäng på AUDIT (kvinnor eller män) i stor utsträckning också uppfyller kriterierna för alkoholberoende (Socialstyrelsen, 2015).

Beroendekriterierna: Svaren på ICD-10 frågorna tolkas enligt följande:

- 0-2 ja-svar Beroende föreligger inte
- 3-4 ja-svar Lindrigt/måttligt beroende
- 5-6 ja-svar Hög grad av beroende.

Be patienten beskriva hur han/hon tänkte vid svaren på varje fråga. Syftet med detta är att säkerställa att patienten förstått frågorna korrekt och att patienten får möjlighet att reflektera över innebörden.

Det är viktigt att du som behandlare förmedlar hopp till patienten i genom-gången, speciellt om patienten uppvisar höga poäng på beroendeskalorna. Forskning har visat att människor kan förändras i sitt beroendetillstånd. Många som uppvisat höga poäng på beroendeskalor har vid uppföljningar – efter t.ex. behandling - visat en lägre grad av beroende (eller uppfyller inte längre kriterierna för beroende) (exempelvis Dawson et al., 2005). Det är också viktigt att förmedla att alkoholberoende inte är ett dikotomt begrepp i den bemärkelsen att man är "antingen beroende eller inte". Alkoholproblem kan snarare beskrivas enligt ett kontinuum, där individer har mer eller mindre uttalat beroende. Utifrån detta beskrivs alkoholberoende hellre enligt "mer eller mindre" principen, något som kan upplevas som hjälpsamt för många.

Alkoholens konsekvenser

Varje fråga i SIP-formuläret ger 0-3 poäng, och poängsumman för hela formuläret varierar mellan 0-45 poäng. Högre poäng indikerar svårare alkoholrelaterade konsekvenser. Be patienten reflektera utifrån sin poängsumma. Be också patienten reflektera kring om det går att se mönster i svaren, exempelvis om det huvudsakligen är psykiska, somatiska eller relationella konsekvenser av alkoholen som är mest aktuella.

Psykisk hälsa

GAD: Poängsumman på GAD 7 beräknas genom att varje fråga ges ett värde från 0-3 (från vänster till höger). Summan av svaren beräknas därefter och varierar mellan noll och 21 poäng. Poängen tolkas enligt följande:

- >5 poäng milda besvär
- >10 poäng måttliga besvär
- >15 poäng svåra besvär.

Vid mer än 10 poäng rekommenderas fördjupad diagnostisering.

MADRS-S: Poängsumman på MADRS-S beräknas genom att varje svar ges värdet 0–9 (uppifrån och ned). Summan beräknas därefter och kan variera mellan noll och 54 poäng. Poängen tolkas enligt följande:

- 0–11 poäng depression föreligger inte
- 12–20 poäng mild depression
- >20 poäng indikerar hög sannolikhet för egentlig depression om tillståndet har varat mer än två veckor
- >40 poäng inläggning på psykiatrisk klinik bör övervägas.

Biologiska markörer

Återkopplingen kring alkoholmarkörerna bör till att börja med utgå från eventuellt förhöjda värden på GT, ASAT och ALAT. Vid värden över referensintervallen bör patienten informeras om riskerna för de inre organen vid fortsatt alkoholkonsumtion. Helynkerhet bör förordas till dess att värdena normaliserats. Det finns dock begränsningar med markörerna som man bör vara medveten om som behandlare. Flera har både låg sensitivitet och specificitet för alkoholkonsumtion. I praktiken innebär detta att personer med en kraftig överkonsumtion av alkohol ofta uppvisar normala levervärden, vilket kan fungera kontraindicerat för en del individer, och snarast bli ett skäl för fortsatt hög konsumtion.

Det är också viktigt att betona att förändringar i värdena på alkoholmarkörerna kan ske även inom normalgränserna. Levervärdena sjunker som en konsekvens av minskad leverpåverkan. Även CDT tenderar att sjunka inom normalvärdesgränserna. För att förstärka en förändring av alkoholvanorna kan detta vara användbar information att ge till patienten.

Andra substanser

MET är anpassat efter att arbeta med att förändra en skadlig alkoholkonsumtion. Det är i det sammanhanget också viktigt att kartlägga eventuell användning av andra substanser (narkotika och beroendeframkallande läkemedel). Vid skadligt bruk eller beroende av andra substanser bör andra behandlingsmetoder övervägas, som har fokus på den aktuella substansen.

Avslutande kommentar kring återkopplingen

Nu har ni tillsammans gått igenom resultaten från kartläggningen. Var noga med att patienten har fått möjlighet att reflektera kring resultaten och fått svar på eventuella frågor. Det är vanligt att en genomgång resulterar i många förändringsuttalanden från patienten. Det är viktigt att du som behandlare förstärker detta arbete med reflektivt lyssnande. Avsluta genomgången med att låta patienten med egna ord sammanfatta vad hen tycker att kartläggningen har visat. En vägledande

fråga från Dig som behandlare kan vara: "Nu har vi gått igenom en hel del information kring dina alkoholvanor. Hur skulle du själv sammanfatta det vi gått igenom?".

Helnykterhet eller måttlig konsumtion (kontrollerat drickande)

I samband med återkopplingen (och även senare under behandlingen) kommer frågan om målsättningen för alkoholkonsumtionen oftast upp. Många alkoholberoende individer har frågor kring om det är möjligt att dricka måttligt (benämns också som kontrollerat drickande) eller om det är bäst att sluta dricka helt. Som behandlare är det viktigt att man är lyhörd för patientens frågor kring detta, och inte försöker påverka i någon specifik riktning, t.ex. baserat på vilken uppfattning man själv har avseende möjligheten för alkoholberoende patienter att dricka kontrollerat eller inte. På samma sätt som vi tidigare belyst att råd kan väcka motstånd mot förändring hos patienten. Man kan erbjuda information om den generella kunskap som finns kring vad som försvårar en målsättning med fortsatt alkoholkonsumtion och där avhållsamhet kan vara en mer lämplig målsättning. Dessa faktorer är:

- Att patienten själv önskar en nykter målsättning.
- Hög grad av beroendutveckling – många beroendekriterier uppfyllda, alternativt höga poäng på AUDIT.
- Erfarenhet av tidigare svårare abstinenssymtom.
- Tidigare behandlingar med kontrollerat drickande som målsättning där målsättningen inte nåtts utan patienten har återfallit i hög alkoholkonsumtion.
- Medicinska kontraindikationer – exempelvis organskada eller graviditet.
- Samtidig svår psykisk sjukdom – särskilt om förhöjd suicidrisk föreligger.
- Sociala kontraindikationer – exempelvis aggressivt beteende eller våld i samband med alkoholkonsumtion.
- Samtidigt skadligt bruk av beroendeskapande läkemedel eller narkotika.

Om patienten känner igen sig i någon eller flera av de ovan nämnda faktorerna: Diskutera om en mer realistisk målsättning är att helt avstå från alkohol, i alla fall under en period. Förutom beroendets svårighetsgrad tyder forskning på att patientens egen målsättning för konsumtionen kan ha betydelse för framgång i behandling (se exempelvis UKATT, 2005). Om en person inte alls är motiverad till att avstå helt kan det vara bättre att arbeta med att minska konsumtionen som ett första steg.

Man kan också förmedla att det på individnivå inte finns några exakta gränser för när beroendet är för svårt för att kontrollerat drickande skall vara möjligt. Det finns exempel på personer som

lyckats med att dricka kontrollerat även vid en svårare grad av beroende. Att lyckas minska konsumtionen kan vara positivt även om man inte lyckas sluta helt.

Din roll kan vara rådgivande, givet att patienten efterfrågar det. Beslutet ska alltid vara patientens eget. Det bästa du kan göra är således att aktivt stödja och uppmuntra det beslut som patienten kommer fram till, som en början på en förändringsprocess (se Hammarberg & Wallhed Finn, 2015 för mer utförlig diskussion om när kontrollerat drickande kan vara ett alternativ).

Nästa steg?

En naturlig nästa fråga i arbetet är att låta patienten reflektera hur hen vill gå vidare. Ett lämpligt sätt att gå vidare kan vara att använda någon av de så kallade "nyckelfrågorna" som ingår i MI-metodiken:

- *Utifrån den sammanfattning vi just gjorde – vad skulle nästa steg vara?*
- *Vad tror du att du kommer att göra härnäst?*
- *Om du överväger att förändra dina alkoholvanor – vad skulle du göra nu?*
- *Vad händer härnäst?*
- *Det låter som att du överväger en förändring. Vad tror du att du kommer att göra nu?*
- *Vad skulle fördelarna vara med att genomföra en förändring?*

Vilken av frågorna du väljer kan bero på i vilken mån patienten är redo för en förändring. Om patienten har kommit med många uttalanden som antyder en benägenhet till förändring är en mer riktad fråga lämplig, exempelvis "Det låter som att du överväger en förändring. Vad tror du att du tänker göra nu? Mer öppna frågor passar bättre för patient som uttrycker mer ambivalens inför förändring (exempelvis "Vad tror du att du kommer att göra härnäst").

Andra hjälpbehov?

Det kan i samband med återkopplingen framkomma att patienten behöver hjälp med andra problem som inte omfattas av MET-manualen. Ibland kan komplement till MI-samtalen vara till nytta för patienten. Det kan exempelvis handla om bedömning av behov av depressionsbehandling om patienten uppvisar depressiva symtom. Ibland kan också alternativ till fortsatta MI-samtal komma på fråga. En del patienter har behov av att öka sin kunskap kring vissa färdigheter som "att tacka nej till alkohol" eller tekniker för att dricka långsamt. Då kan i vissa fall andra behandlingsformer (t.ex. återfallsprevention) vara mer lämpliga. Använd återkopplingsamtalet som en möjlighet till att öppet diskutera behandlingsalternativ tillsammans med patienten. Vilka alternativ som kan vara aktuella beror dels på patientens egen vilja och målsättning.

Avslutning av samtal 2

Du avslutar samtalet med att fråga hur patienten tänker att alkoholkonsumtionen kommer att se ut vid nästa besök. I samband med detta frågar du också patienten om denne är intresserad av att ta del av skriften "Fakta kring alkohol" (bilaga 2) som innehåller en sammanfattning av de viktigaste fysiska och psykiska effekterna av alkohol. Om patienten är positiv till detta lämnar du ut skriften. Därefter gör ni upp om återbesökstid.

Ett möjligt komplement till MET-behandlingen - Att involvera närstående i behandlingen

Forskning har visat att behandlingseffekten kan öka om en närstående till den som dricker deltar i MI-behandling (exempelvis Manuel et al., 2012). En närstående definieras som anhörig (make, maka, barn eller annat) eller vän, arbetskamrat eller liknande. Framför allt vissa typer av uttalanden hos närstående har visat sig kunna påverka individer med alkoholberoende till att ge fler förändringsuttalanden, exempelvis:

- Uppmuntrande uttalanden till patienten
- Rådgivande uttalanden (exempelvis om strategier för förändring av konsumtionen)
- Uttalanden som uppmuntrar patientens förmågor till förändring
- Uttalanden som uppmuntrar patientens förmågor att vidmakthålla förändring

Den närstående också kan bidra med viktig information kring potentiellt motivationshöjande faktorer som har att göra med negativa konsekvenser av att fortsätta som förut (relationen, hälsan, arbetet), eller positiva konsekvenser av en förändring. Att närstående är med vid uppföljningen av kartläggningen skall ses mot bakgrund av att det vid detta samtal kan förväntas framkomma mycket information kring olika konsekvenser av patientens alkoholvanor som kan fungera motivationshöjande för en förändring.

Tillvägagångssätt

Till att börja med är det viktigt att introducera den närstående och klargöra dennes roll i behandlingen. Följande allmänna mål kan beskrivas för den närståendes del i samtalet:

- Skapa förtroende för behandlingen hos både patienten och den närstående.

- Vara en hjälp i att klargöra alkoholkonsumtionen och dess konsekvenser för patient, närstående och behandlare.
- Stärka den närståendes möjligheter att vara en hjälp för patienten
- Stärka den närståendes medvetenhet om att han/hon är en viktig del i förändringsprocessen
- Att stärka sammanhållning och samarbete
- Att vända en negativ spiral till en positiv

Det är viktigt att betona att MET inte innebär någon form av parterapi eller rådgivning utan att huvudmålet är att undersöka vilka möjligheter parterna har att hjälpas åt för att förändra en problematisk alkoholkonsumtion. Det är också viktigt att betona att fokus inte är att ägna för mycket tid åt anklagelser, klagomål och kritik. Sådan kommunikation tenderar att bli destruktiv och skapar sämre förutsättningar för förändring. Avsluta gärna med att Din erfarenhet säger att ett samarbete kring det som har med alkohol att göra i många fall har visat sig vara mer framgångsrikt än att patienten arbetar "på egen hand".

Du kan också rikta Dig till patienten med frågor som berör den närståendes närvaro med förändringsinriktade frågor, exempelvis:

- *Hur tror du att (den närstående namn) kan bidra till din förändring av alkoholkonsumtionen?*

Den närståendes roll vid uppföljningen av kartläggningen

Genom att dela med sig information om de direkta konsekvenserna som alkoholkonsumtionen orsakat kan en närstående skapa en känslomässig konflikt inom patienten i relation till alkoholkonsumtionen, något som kanske inte skulle uppstå med "enbart" dig som behandlare närvarande. På detta sätt kan beslutsbalansen ytterligare tippas över till förmån för förändring. Frågor som belyser patientens positiva sidor kan också vara hjälpsamt för att understödja en förändringsprocess:

- *Vad tycker du bäst om hos patienten när han/hon har kontroll över alkoholkonsumtionen?*
- *Vilka positiva tecken på förändring har du noterat som visar att (patienten) verkligen vill göra en förändring?*
- *Vad är det som får dig att tro och hoppas att saker kan ändras till det bättre?*

Uppmuntra vid slutet av samtalet till fortsatt kommunikation kring alkoholvanorna och dess konsekvenser mellan patienten och den närstående.

Samtal 3 till 5

Uppföljande MI - samtal

Kartläggning, uppföljning och att involvera närstående är de komponenter som skiljer MET från "vanlig" MI-samtalsmetodik. Efter återkopplingen arbetar du som behandlare med MI-samtal, där resultaten av kartläggningen (och eventuellt samtalet med den närstående) kan vara något ni återvänder till för att exempelvis hitta motivationsfaktorer för förändring.

Samtal 3

Det tredje samtalet sker 2 veckor efter föregående samtal. Genomför återstående delar av återkopplingen om detta inte fullföljdes vid förra samtalet. Utöver detta arbetar du enligt principerna för MI. I slutet på samtalet sammanfattar du som behandlare vad som framkommit hittills. Be patienten komplettera om du utelämnat något.

Glöm inte: Var noga med att uppmuntra det arbete som patienten lagt ner hittills, oavsett var hen är i sin förändringsprocess.

Vad gör man om ingen förändring skett?

Hur gör man om patienten inte uppvisar några tydliga tecken på förändring? Svaret på frågan kan formuleras ganska enkelt: Fortsätt att med hjälp av MI-metodik undersöka, utveckla och fördjupa patientens tal kring skäl för att minska eller sluta dricka alkohol och reducera tal mot en förändring. Det är lätt att som behandlare frestas till att "pressa på" kring ett åtagande om förändring i detta läge. Man kan drabbas av tvivel på sig själv som behandlare och kanske även tvivel på patientens förmågor. Kom ihåg att en förändringsprocess tar olika lång tid och ser olika ut för olika individer. Om, när och hur en förändring äger rum är patientens eget ansvar. Om du som behandlare alltför ivrigt försöker tvinga fram ett åtagande kan detta istället framkalla motstånd hos patienten, vilket istället försämrar möjligheten till förändring.

Samtal 4

Samtal 4 sker ca fyra veckor efter föregående samtal. Syftet med samtalet är att ytterligare förstärka förändringsprocessen som inletts under de första samtalen. du som behandlare fortsätter att arbeta med MI-metodik som tidigare under arbetet.

Be patienten att beskriva vad som hänt sedan sist. Var noga med att uppmärksamma och reflektera kring det som patienten tar upp avseende förändring av alkoholrelaterade beteenden och tankar. Vid slutet av samtalet sammanfattar du (på samma sätt som i samtal 3) vad som framkommit

hittills kring motiv till förändring och vad du uppfattar att patienten har åstadkommit avseende förändringen. Be patienten komplettera om du utelämnat något.

Efter detta bokar du tid med patienten för det femte och avslutande samtalet.

Samtal 5

Samtal 5 äger rum ca fyra veckor efter föregående samtal.

Du inleder samtalet med att på samma sätt som tidigare be patienten att beskriva vad som hänt sedan föregående samtal. Du är noga med att uppmärksamma och reflektera kring det som patienten tar upp avseende förändring av alkoholrelaterade beteenden och tankar.

Samtal 5 är det avslutande samtalet i MET. Samtalet bör därför fungera som en sammanfattning av uppnådda resultat, ge patienten möjlighet att uttrycka vad hen tycker om behandlingen och ge möjlighet att diskutera framtida planering.

Sammanfattningen bör patienten själv göra med egna ord. Sammanfattningen bör innehålla vilka eventuella förändringar patienten genomfört avseende alkoholkonsumtionen och relaterade beteenden, andra viktiga förändringar, vilka sätt patienten använt sig av som fungerat, vad som fungerat mindre bra eller varit svårigheter, positiva konsekvenser av den uppnådda förändringen, alternativt att tidigare negativa konsekvenser av alkoholkonsumtionen minskat.

Du som behandlare kompletterar med öppna frågor och reflektivt lyssnande. Exempel på frågor kan vara:

- *Nämn de viktigaste faktorerna som motiverade dig att göra en förändring av dina alkoholvanor.*
- *Skulle du kunna sammanfatta vilka förändringar du genomfört sedan vi började träffas? Bekräfta och förstärk patientens uttalanden kring förändringar och planer.*
- *Vilka förändringar har du tänkt fortsätta med även framöver?*
- *Vilka förmågor hos dig själv att förändras har du speciellt lagt märke till under den här tiden som du har haft nytta av?*

Efter sammanfattningen ber du patienten att byta fokus och tänka på framtiden. Fokus i frågorna berör fortsatt förändring, vidmakthållande av uppnådda förändringar samt eventuellt behov av fortsatt stöd/behandling. Några öppna frågor från dig som behandlare kan vara till hjälp:

- *Hur tänker du kring din målsättning avseende alkoholkonsumtionen framöver?*
- *Beskriv hur du tänker att din alkoholkonsumtion skall se ut på kort och på längre sikt*
- *Vilka är de viktigaste skälen till att du vill att förändringen i konsumtionen skall gälla också framöver?*

- *Har du några tankar på hur du kan gå tillväga för att behålla den uppnådda förändringen?*
- *Vilken hjälp behöver du för att behålla förändringen/fortsätta förändringsarbetet?*
- *Hur kan du känna igen tecken på att du är på väg in i "gamla" konsumtionsmönster igen? Hur hanterar du det?*

Genom dessa frågor är det möjligt att få en uppfattning om i vilken utsträckning patienten upplever sig ha tillräcklig motivation eller förmågor att fortsätta förändringsarbetet alternativt vidmakthålla redan uppnådda förändringar. I det fall som patienten ger uttryck för fortsatt behov av hjälp bör du förutsättningslöst diskutera alternativ för detta tillsammans med patienten.

Fler samtal?

Generellt rekommenderas inte att förlänga MET-behandlingen. En överenskommelse har gjorts om fem samtal. Skälet för detta är att det är så behandlingen varit upplagt i de utvärderingar som gjorts av behandlingen. Patienten bör ha fått tillräckligt med tid och hjälp för att påbörja en förändringsprocess. Det är mindre troligt att en betydande förändring äger rum tack vare att patienten erbjuds extra sessioner. Istället för att – så att säga - göra mer av samma sak, bör du tillsammans med patienten reflektera kring vad som eventuellt skulle kunna göras annorlunda framöver för att öka möjligheten att åstadkomma en förändring. I detta sammanhang är det även viktigt att diskutera patientens grad av motivation till förändring, hur viktig målsättningen är och hur patienten ser på sin förmåga att kunna genomföra en förändring. Kanske behöver patienten öva andra färdigheter, såsom att tacka nej till alkohol alternativt att hantera känslor utan att dricka?

Avslutningsvis erbjuder du patienten informationsbladet "Förändring på lite längre sikt" (se bilaga 10) som innehåller råd och tips hur man på egen hand kan vidmakthålla en förändring av alkoholvanorna, med fokus på att "hålla fokus på målsättningen", "repetera uppnådda förändringar", "repetera positiva konsekvenser av förändringen respektive negativa konsekvenser av att fortsätta som förut".

Ett komplement under behandlingen - En skriftlig förändringsplan

Patienter kan ibland ha nytta av att formulera en skriftlig plan kring vilka förändringar hen önskar genomföra (se bilaga 11). Syftet är framför allt att patientens målsättning avseende alkoholkonsumtion, andra mål, vägen dit, resurser och hinder och fördelarna med en förändring förtydligas och konkretiseras, vilket i förlängningen kan gynna ett åtagande till förändring.

Patienten arbetar med förändringsplanen som en hemuppgift efter att ni tillsammans har diskuterat de olika punkterna. Hemuppgiften kan genomföras mellan något av samtalen två-fem, beroende på när patienten finner det vara av värde. Följande punkter tas upp i förändringsplanen:

- Målsättning avseende alkoholkonsumtionen (tidsperiod, frekvens och mängd, konsumtion enbart i vissa situationer, undvika att dricka i vissa situationer, inte dricka något alls).
- De viktigaste förändringarna som patienten vill göra. Det kan handla både om alkoholrelaterade beteenden, såsom att inte förvara alkohol hemma, begränsa konsumtionen eller avstå helt i olika sammanhang, men också annat i livet, t.ex. positiva mål som träning, kost, meditation etc. (att vilja börja, göra med av, förbättra), alternativt att minska negativa beteenden (sluta, undvika, minska).
- De viktigaste skälen till varför patienten vill genomföra förändringen
- De steg som patienten vill ta för att uppnå förändringen: Hur ska förändringen uppnås? Vilka är de första stegen, när skall stegen tas.
- Sätt som andra kan vara till hjälp för patienten. Det kan handla om närstående, arbetskamrater eller behandling. Hur ska patienten se till att få det stödet?

Planen används på det sätt som är till bäst nytta för patienten. En del kan vara intresserade av att enbart formulera mål kring konsumtionen, medan andra tycker att de också har nytta av att formulera mål kring andra aspekter av livet. Det är upp till patienten att avgöra vad som är bäst just för hen. Följ upp förändringsplanen i det efterföljande MI-samtalet. Be patienten beskriva hur hen har tänkt vid ifyllandet och förstärk uttalanden som indikerar åtagande om förändring.

Referenser

Allen E, Polikina O, Saburova L, McCambridge J, Elbourne D, Pakriev S, Nekrasova N, Vasilyev M, Tomlin K, Oralov A, Gil A, McKee M, Kiryanov N, Leon DA. (2011). The efficacy of a brief intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk men) individually randomised parallel group exploratory trial. *Trials*. 2011 Nov 4;12:238.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client Commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol*, 71(5), 862-878.

Annis, H. M. (1985). Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective? Con position. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, 175-190.

Apodaca TR, Longabaugh OR. 2009. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction* 104:705–715.

Baer, J. S., Beadnell, B., Garrett, S. B., Hartzler, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 570-575.

Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., Gaume, J., & Daeppen, J. B. (2010). Change talk sequence during brief motivational intervention, towards or away from drinking. *Addiction*, 105(12), 2106-2112.

Babor TF., Higgins-Biddle JC., Saunders JB. & Monteiro MG. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. 2 uppl. Switzerland: World Health Organization.

Bergman H., Källmén H., Rydberg U. & Sandahl C. (1994). AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test. Manual, svensk översättning. Stockholm: Karolinska institutet.

Bergman H. & Källmén H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alc Alc*. 37; 3: 245-251.

Bien, TH, Miller, WR, Borouhgs, JM. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(4):347-56.

Blondell RD, Frydrych LM, Jaanimagi U, Ashrafioun L, Homish GG, Foschio EM, Bashaw HL. (2011). A randomized trial of two behavioral interventions to improve outcomes following inpatient detoxification for alcohol dependence. *J Addict Dis*. 2011 Apr;30(2):136-48.

Brown, JM, Miller, WR. (1993). Impact of Motivational Interviweing on participation and Outcome in Residential Alcoholism Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(4):211-8.

Cunningham JL., Wernroth L., von Knorring L., Berglund L. & Ekselius L. (2011). Agreement between physicians' and patients' ratings on the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. *J Affect Disord*. 135; 1-3:148-53.

Dawson DA., Grant BF., Stinson FS., Chou PS. & Ruan WJ. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction* 100: 281–92.

Delgadillo J., Payne S., Gilbody S., Godfrey C., Gore S., Jessop D. & Dale V. (2012). Brief case finding tools for anxiety disorders: validation of GAD-7 and GAD-2 in addictions treatment. *Drug Alco Dep*. 125;1-2:37-42.

Derogatis L: SCL-90-R. Administration, scoring & procedures. Manual-II. Edited by Inc. CPR. Towson (MD); 1992.

Dieperink E, Fuller B, Isenhardt C, McMaken K, Lenox R, Pocha C, Thuras P, Hauser P. (2014). Efficacy of motivational enhancement therapy on alcohol use disorders in patients with chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2014 Nov;109(11):1869-77.

Elfström, S, Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE). *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Epub ahead of print. doi:10.1002/cpp.1788

- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., et al. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Fantino B. & Moore N. (2009). The self-reported Montgomery-Asberg Depression Rating Scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*. 27;9:26.
- Feinn, R., Tennen, R. & Kranzler, HR. (2003). Psychometric Properties of the Short Index of Problems as a Measure of Recent Alcohol-Related Problems. *Alc: Clin Exp Res*, 27(9), 1436-1441.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S (2002) SCL-90: Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. SiS, rapport nr 4.
- Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., Daeppen, J-B. (2013) Does change talk during brief motivational interventions with young men predict change in alcohol use? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 177-185.
- Gaume, J., Gmel, G., & Daeppen, J. B. (2008). Brief alcohol interventions: do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol Alcohol*, 43(1), 62-69.
- Glynn, L., Moyers, T. (2010) Chasing change talk: The clinicians role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse treatment*, 39, 65-70.
- Hammarberg, A. & Wallhed Finn, S. (2015). Åter till kontrollerat drickande – en handbok för kliniker. Studentlitteratur, Lund.
- Hodgins, D. C., Ching, L. E., & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 122-130.
- Lawrence, A.J. et al., 2009. Problem gamblers share deficits in impulsive decision-making with alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 104(6), 1006-1015.
- Manuel, JK., Houck, JM. & Moyers, TB. (2012). The Impact of Significant Others in Motivational Enhancement Therapy: Findings from Project MATCH. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 297.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. and Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R. and Heather, N. (Eds.). (1986). *Treating Addictive Behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. And Rychtarik, R.C. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. ProjectMATCH Monograph Series, Vol. 2). Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small Study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? [Article]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 457-471.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. and Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009, 37, 129-140.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people Change*, 3rd Edition. Guilford press.

- Miller, W. R. and Sovereign, R. G. (1989). The check-up: a model for early intervention in addictive behaviors. In T. Løberg, W. R. Miller, P. E. Nathan and G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive Behaviors: prevention and early intervention* (pp. 219–231). Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Montgomery SA. & Åsberg M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 134: 382-9
- Moyers T., Miller, W., (2013) Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav*; 27 (3): 878-84.
- Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcohol Clin Exp Res*, 31(10 Suppl), 40s-47s.
- Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J.M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*, 77(6), 1113-1124.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *J Stud Alcohol*, 59(6):631-9.
- Sellman, JD, Sullivan, PF, Dore, GM, Adamson, SJ, MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *J Stud Alcohol*, 62(3):389-96.
- Socialstyrelsen. (2015). Nationella Riktlinjer för missbruks och beroendevård - Stöd för styrning och ledning. Stockholm.
- Sobell LC. & Sobell MB. (1996). *Timeline Follow Back. User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Spitzer RL., Kroenke K., Williams JB. & Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 166;10:1092-7.
- The World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Switzerland, Geneva.
- UKATT Research Team. (2005) Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ (Clinical research ed)*, 2005; 10;33(7516):541.
- Vader, A.M., Walters, S.T., Prabhu, G.C., Houck, J.M., Field, C.A. (2010) The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 190-197.

Frågorna nedan är tänkta att vara en utgångspunkt för vilken information som är värdefull för behandlare och patient att reflektera kring i samband med återkopplingen. Det är inte nödvändigt att ställa frågorna i tur och ordning som de står uppställda. En del frågor kan också vara mindre aktuella för vissa patienter, exempelvis för dem som söker hjälp som inte upplever några skäl till att förändra sina alkoholvanor (medan andra kan söka hjälp just för att åstadkomma en förändring). Frågeguiden är anpassad till denna situation på så sätt att vissa frågor som är mindre lämpliga att ställa till personer som inte beskriver alkoholen som den främsta anledningen till att de söker hjälp är markerade med en asterisk och kan uteslutas. På nästkommande sidor återfinns ett upplägg med ett urval av frågor tillsammans med svarsutrymme.

BESÖKSORSAK

Vilka är skälen till att du söker hjälp just nu? *Vad är det du upplever som problematiskt med dina alkoholvanor?

Vilken förändring önskar du uppnå avseende alkoholkonsumtionen?

Vad hoppas du uppnå med en förändring av alkoholvanorna? *Hur kommer det sig att denna förändring är viktig för dig?

Om du beslutade dig för en förändring av alkoholvanorna, hur skulle du gå till väga för att genomföra den?

AKTUELL ALKOHOLKONSUMTION Hur har din alkoholkonsumtion sett ut den senaste månaden?

Hur ofta brukar du dricka alkohol en typisk vecka?

Hur mycket brukar du dricka vid varje typiskt tillfälle?

När drack du senast, och vilken mängd?

Beskriv en typisk situation då du dricker alkohol?

Vilka kortsiktiga (negativa respektive positiva) konsekvenser har alkoholen för dig?

ALKOHOLKONSUMTIONEN I ETT LÄNGRE PERSPEKTIV

Hur gammal var du när du drack alkohol första gången?

När började du använda alkohol regelbundet (inte nödvändigtvis ofta och mycket, men när alkoholen blev ett inslag i ditt liv)?

Beskriv kort hur din alkoholkonsumtion sett ut sedan dess.

Hur har konsumtionen varierat mellan olika perioder i livet (perioder med högre respektive lägre konsumtion)?

Vad har bidragit till dessa variationer (förändringar i livet, arbete, familj, sjukdom, etcetera)?

*Hur länge har du druckit på ett sätt som du själv upplever som ett problem?

*När tänkte du för första gången att du skulle vilja förändra den?

*Har du gjort tidigare försök att minska konsumtionen?

*Om ja; hur bar du dig då åt? Hur gick det? Vad fungerade mindre bra? Vad fungerade bra?

Har du sökt behandling tidigare? Vilken/vilka behandling(ar) rörde det sig om? Vilken erfarenhet har du från den behandlingen? Vad fungerade mindre bra? Vad fungerade bra?

Har du behandlats för alkoholabstinens, upplevt abstinenskramp(er) eller Delirium Tremens (DT)?

Känner du till om det finns andra i släkten som druckit för mycket alkohol? Om ja; vilka?

Vilka långsiktiga (negativa respektive positiva) konsekvenser har alkoholen för dig?

SOCIALT NÄTVERK Beskriv kort hur det ser ut runt dig avseende partner, barn, vänner, släkt och övriga relationer?

Har dessa personer uttryckt oro för dina alkoholvanor?

*Vilka personer kan fungera som ett stöd för dig i en förändring av dina alkoholvanor?

*Använder vänner, partner, arbetskamrater alkohol på ett sätt som kan försvåra för dig att förändra dina alkoholvanor?

SYSSELSÄTTNING/FÖRSÖRJNING

Beskriv din huvudsakliga sysselsättning (arbete, studier, arbetslös, pensionär, etcetera)? Hur försörjer du dig?

FRITID Hur tillbringar du den mesta av din fritid?

Vilka är dina främsta fritidsintressen? Hur skulle du beskriva alkoholkulturen i dessa?

Finns det några intressen eller andra fritidssysselsättningar som du vill återuppta alternativt börja med? Vilka?

BOENDE Beskriv hur du bor? Trivs du med ditt boende?

PSYKISK HÄLSA Beskriv din psykiska hälsa.

Har du några pågående psykiska besvär? Har du någon pågående behandling (psykologiskt/läkemedel) för psykiska besvär?

Har du tidigare haft allvarliga psykiska besvär (exempelvis självskada, suicid försök, psykos)? Har du tidigare behandlats för psykiska besvär?

Hur upplever du att alkoholen påverkar dina (eventuella) psykiska besvär?

FYSISK HÄLSA Beskriv din fysiska hälsa.

Har du några pågående fysiska besvär?

Har du någon pågående behandling eller medicinering för fysiska besvär? Har du haft det tidigare?

Hur upplever du att alkoholen påverkar dina (eventuella) fysiska besvär?

ÖVRIGA SUBSTANSER Har du under de senaste tre månaderna använt nikotin (cigaretter, snus eller pipa), beroendeframkallande läkemedel (bensodiazepiner eller smärtstillande läkemedel) eller narkotika? Om ja; hur ser bruket ut?

Har bruket lett till några negativa konsekvenser (fysiskt, psykiskt eller socialt)?

Har du tidigare i livet använt nikotin, beroendeframkallande läkemedel eller narkotika? Om ja; hur såg bruket ut?

Ledde bruket till några negativa konsekvenser (fysiskt, psykiskt eller socialt)?

Hur gick du till väga för att förändra denna/dessa vanor?

BESÖKSORSAK

Vilka är skälen till att du söker hjälp just nu? - *Vad är det du upplever som problematiskt med dina alkoholvanor?

Vilken **förändring önskar du** uppnå avseende alkoholkonsumtionen? - Vad hoppas du uppnå med en förändring av alkoholvanorna? - *Hur kommer det sig att denna förändring är viktig för dig?

Om du beslutade dig för en förändring av alkoholvanorna, hur skulle du gå till väga för att genomföra den?

AKTUELL ALKOHOLKONSUMTION Hur har din alkoholkonsumtion sett ut den senaste månaden? - Hur **ofta** brukar du dricka alkohol en typisk vecka? - Hur **mycket** brukar du dricka vid varje typiskt tillfälle?

När drack du senast, och vilken mängd? - Beskriv **en typisk situation** då du dricker alkohol?

Vilka kortsiktiga (negativa respektive positiva) konsekvenser har alkoholen för dig?

ALKOHOLKONSUMTIONEN I ETT LÄNGRE PERSPEKTIV Hur gammal var du när du drack alkohol första gången? När började du använda alkohol regelbundet (inte nödvändigtvis ofta och mycket, men när alkoholen blev ett inslag i ditt liv)?

Beskriv kort hur din alkoholkonsumtion sett ut sedan dess. Hur har konsumtionen varierat mellan olika perioder i livet (perioder med högre respektive lägre konsumtion)? Vad har bidragit till dessa variationer (förändringar i livet, arbete, familj, sjukdom, etcetera)?

*Hur länge har du druckit på ett sätt som du själv upplever som ett problem? *När tänkte du för första gången att du skulle vilja förändra den?

*Har du gjort tidigare försök att minska konsumtionen? *Om ja; hur bar du sig då åt? Hur gick det? Vad fungerade mindre bra? Vad fungerade bra?

Har du sökt **behandling tidigare**? Vilken/vilka behandling(ar) rörde det sig om? Vilken erfarenhet har du från den behandlingen? Vad fungerade mindre bra? Vad fungerade bra?

Har du behandlats för alkoholabstinens, upplevt abstinenskramp(er) eller Delirium Tremens (DT)?

Vilka **långsiktiga konsekvenser** (negativa respektive positiva) har alkoholen för dig?

Känner du till om det finns andra i **släkten** som druckit för mycket alkohol? Om ja; vilka?

SOCIALT NÄTVERK Beskriv kort hur det ser ut runt dig avseende partner, barn, vänner, släkt och övriga relationer? Har dessa personer uttryckt oro för dina alkoholvanor?

*Vilka personer kan fungera som ett stöd för dig i en förändring av dina alkoholvanor? *Använder vänner, partner, arbetskamrater alkohol på ett sätt som kan försvåra för dig att förändra dina alkoholvanor?

SYSSELSÄTTNING/FÖRSÖRJNING Beskriv din huvudsakliga sysselsättning (arbete, studier, arbetslös, pensionär, etcetera)? Hur försörjer du dig?

FRITID Hur tillbringar du den mesta av din fritid? Vilka är dina främsta fritidsintressen? Hur skulle du beskriva alkoholkulturen i dessa?

Finns det några intressen eller andra fritidssysselsättningar som du vill återuppta alternativt börja med? Vilka?

BOENDE Beskriv hur du bor? Trivs du med ditt boende?

PSYKISK HÄLSA Beskriv din psykiska hälsa. Har du några pågående psykiska besvär? - Har du någon pågående behandling (psykologiskt/läkemedel) för psykiska besvär? - Har du tidigare behandlats för psykiska besvär? - Har du tidigare haft allvarliga psykiska besvär (exempelvis självskada, suicid försök, psykos)?

Hur upplever du att alkoholen påverkar dina (eventuella) psykiska besvär?

FYSISK HÄLSA Beskriv din fysiska hälsa. - Har du några pågående fysiska besvär? - Har du någon pågående behandling eller medicinering för fysiska besvär? - Har du haft det tidigare?

Hur upplever du att alkoholen påverkar dina fysiska besvär?

ÖVRIGA SUBSTANSER Har du under de senaste tre månaderna använt **nikotin** (cigaretter, snus eller pipa), beroendeframkallande **läkemedel** (bensodiazepiner eller smärtstillande läkemedel) eller **narkotika**? Har du gjort det tidigare i livet? Om ja; hur ser användningen ut? - Har den lett till några negativa konsekvenser (fysiskt, psykiskt eller socialt)?

Hur gick du till väga för att förändra denna/dessa vanor?

ÖVRIGT

FAKTA OM ALKOHOL OCH HÄLSA



FLER DRICKER MER

ALLT FLER MÄNNISKOR DRICKER ALKOHOL REGELBUNDNET, OCH I STÖRRE MÄNGD ÄN TIDIGARE.

Ungefär en miljon människor i Sverige har alkoholvanor som medför en ökad risk för ett stort antal hälsoproblem och skador, inklusive alkoholberoende.

Många upplever inte själva att de dricker för mycket. De ser inte heller alkoholen som ett potentiellt hälsoproblem – men kroppen påverkas ändå. Här kan du läsa hur.

Det är lätt att tro att alkoholproblem bara drabbar andra. Ofta förknippas alkoholproblem med socialt utanförskap som arbetslöshet och bostadslöshet.

Även om detta är allvarliga problem, så har de flesta som dricker för mycket alkohol sällan problem som märks utåt. I likhet med människor som röker, äter för mycket eller motionerar för lite lever de oftast sina liv med arbete, familj, vänner och bostad.



Alkohol förknippas ofta med fest och avkoppling, men även med skam och misslyckande när vi inte kan hantera vårt drickande.

VAD ANSES RISKABELT?

Med riskabla alkoholvanor menas att dricka fler än 14 standardglas per vecka om du är man eller fler än 9 standardglas per vecka om du är kvinna. Att dricka sig berusad innebär alltid en risk. Med berusningsdrickande menas fler än 4 standardglas vid ett och samma tillfälle om du är man, eller fler än 3 om du är kvinna.

MED ETT GLAS MENAS:



HJÄRNAN

Redan små mängder alkohol gör att du får sämre omdöme, tankeförmåga, minne och reaktionsförmåga. Du sover sämre och känslorna påverkas. Vid mycket hög och långvarig konsumtion krymper hjärnan och du kan drabbas av epileptiska anfall, demens eller andra hjärnsjukdomar.

HJÄRTAT OCH KÄRLEN

Lågt till måttligt alkoholintag har inga uppenbart skadliga effekter på hjärta och kärl, utan kan möjligen skydda. Att dricka stora mängder alkohol medför dock risk för skador. Puls och blodtrycket ökar när du dricker alkohol. Risken för hjärtarytmier av olika slag ökar, exempelvis förmaksflimmer. Alkoholkonsumtion kan inte rekommenderas för att förebygga hjärt-sjukdomar.

LEVERN

Alkohol ökar risken för levercancer och är en vanlig orsak till fettlever, hepatit och skrumplever.

DEPRESSION OCH SJÄLMORD

Risken att drabbas av depressions-sjukdomar ökar starkt vid hög alkoholkonsumtion. Hälften av alla självmord i Sverige är alkoholrelaterade.

HUDEN

Hög alkoholkonsumtion ökar risken för psoriasis, eksem och andra hudbesvär.

BLODET

Alkoholen hämmar benmärgens förmåga att bilda blodkroppar och kan leda till blodbrist.

CANCER

Alkohol ökar risken för cancer i flera organ. Klara samband finns till cancer i mun och svalg, matstrupe, lever, bröst och tjocktarm.

SKELETTET

Hög alkoholkonsumtion ökar risken för benskörhet och gikt.

MAGEN

Hög alkoholkonsumtion ökar risken för magkatarr och sur mage.

INFEKTIONER

Genom alkoholens effekt på benmärgen påverkas de vita blodkroppar som ska skydda kroppen från infektioner. Detta leder till fler infektioner, exempelvis upprepade och långdragna förkylningar.

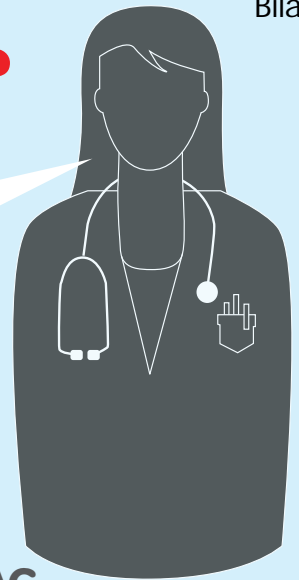
0%

AVSTÅ HELT FRÅN ALKOHOL OM DU PLANERAR ATT BLI GRAVID. FERTILITETEN, HOS BÅDE KVINNOR OCH MÄN, MINSKAR VID HÖG ALKOHOLKONSUMTION OCH DET FINNS INTE NÅGON SÄKER GRÄNS FÖR ALKOHOLKONSUMTION UNDER GRAVIDITET.

KAN DET INTE VARA BRA MED ETT GLAS?

Att dricka måttligt utan att dricka sig berusad innebär i de flesta fall endast små medicinska risker. Ibland bör du så klart inte dricka alls, t. ex. om du är gravid.

Många har hört eller läst att lite alkohol till och med kan vara bra för hälsan. Men sanningen är att alkohol har alldeles för många biverkningar för att kunna rekommenderas som medicin. Den skyddande effekten av alkohol är dessutom alldeles för osäker, den gäller endast äldre och enbart vid låg konsumtion.



VAD MENAS MED BEROENDE?

Med alkoholberoende menas att man fortsätter att dricka mycket alkohol, trots att det har negativa effekter på ens hälsa, relationer och sociala förhållanden.

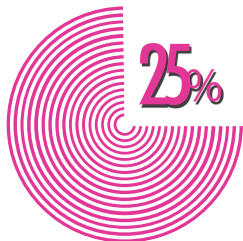
Den som är beroende har i allmänhet ett starkt sug efter alkohol och svårt att begränsa mängden hen dricker. Ofta, men inte alltid utvecklas en tolerans för alkohol, så att man behöver dricka mer för att uppnå avsedd effekt, samt abstinens, som innebär en kraftig obehagskänsla då man slutar dricka.

Beroende innebär för många att alkoholen får en central roll i livet på bekostnad av sånt som tidigare var viktigt, exempelvis relationer, karriären eller fritidsintressen. Den som är beroende vet i många fall att alkoholen är ett problem, men kan ändå inte begränsa drickandet eller sluta dricka.

FÖLJANDE 6 INSLAG

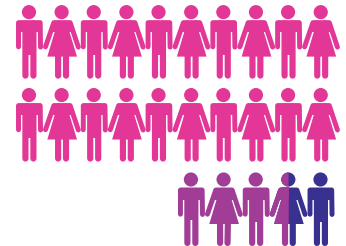
...är vanliga vid alkoholberoende. För att få diagnosen alkoholberoende krävs att man upplevt minst tre av dem samtidigt, senaste 12-månaderna.

- ★ ETT STARKT BEGÄR ELLER TVÅNG ATT DRICKA ALKOHOL, ELLER "SUG"
- ★ SVÅRT ATT BEGRÄNSA MÄNGDERNA MAN DRICKER, ELLER "KONTROLLFÖRLUST"
- ★ DRICKANDET LEDER TILL ATT MINDRE TID ÄGNAS ÅT ARBETE, FRITIDSINTRESSEN ELLER UMGÅNGE MED ANDRA
- ★ STÖRRE MÄNGDER ALKOHOL KRÄVS FÖR ATT FÅ SAMMA EFFEKT SOM TIDIGARE (TOLERANS)
- ★ SKAKIGA HÄNDER, SVETTNINGAR ELLER ORO EFTER ATT MAN MINSKAT ELLER SLUTAT DRICKA (ABSTINENS)
- ★ MAN FORTSÄTTER DRICKA TROTS ATT MAN VET ATT ALKOHOLEN LEDER TILL KROPPSLIGA ELLER PSYKISKA PROBLEM



ENLIGT EN UNDERSÖKNING GJORD PÅ VUXNA SVENSKAR SVARAR 25% ATT DE HAR UPPLEVT MINST EN AV DESSA SEX INSLAG.

AV DE SOM SVARADE HADE:
20% UPPLEVT 1-2 INSLAG
C:A 3,5% UPPLEVT 3-4 INSLAG
C:A 1,5% UPPLEVT 5+ INSLAG



EFFEKTER VID OLIKA PROMILLEHALT

0,2%

- Den första effekten märks.
- Varm, avspänd & väl till mods.
- Din självkritik minskar.



0,5%

- Upprymd, hämningarna släpper.
- Reflexerna långsammare, minskad precision i rörelserna.
- Sämre omdöme, förmåga att ta in information försämras.

0,8%

- Högljudd, yviga rörelser.
- Sämre syn än vanligt.
- Överdrivet självsäker. Alkohollukt.

1,0%

- Sluddrar.
- Sämre på att kontrollera både muskler & känslor.



OBS!

Olika människor påverkas på olika sätt av promillehalten. Risken för skador, hälsoproblem och beroende minskar inte bara för att man upplever att man tål mer (högre toleransnivå).

1,5%

- Svårt att hålla balansen.
- Räkna med ett känsloutbrott.
- Illamående.



2,0%

- Svårt att prata.
- Svårt att gå upprätt.
- Ser dubbelt.

3,0%

- Uppfattar inte vad som händer & sker.
- På gränsen till medvetlös



4,0%

- Medvetlös.
- Andas långsamt.
- Riskerar att dö av alkoholförgiftning.



ANDRA
RISKER

VÅLD



OLYCKOR



RISKTAGANDE



RELATIONER



Då man är berusad av alkohol tar man större risker. Varje år dör ca 3000 personer i olyckor i Sverige. I ungefär en tredjedel av dem finns alkohol med i bilden. Enligt brottsstatistik så är en stor del av alla våldsbrott relaterade till alkoholkonsumtion hos förövaren och/eller hos offret.

DIN ALKOHOLKALENDER

SYFTE

Att få en bild av vilken mängd alkohol du dricker och mönster för alkoholkonsumtion-

INSTRUKTIONER

1. Ta fram din egen almanacka, dagbok eller liknande.
2. Börja med att notera minnesvärda händelser de senaste fyra veckorna. Det kan vara helgdagar, fester, födelsedagar, resor, något som inträffade på jobbet, speciella evenemang (t ex konserter, fotbollsmatcher) etc.
3. Skriv in dessa händelser i alkoholkalendern fyra veckor bakåt och fram till dagens datum. Med hjälp av detta är det sedan lättare att komma ihåg när, hur och hur mycket alkohol du druckit.
4. Ta en vecka i taget och försök komma ihåg vilka dagar du druckit alkohol och mängden räknat i glas (se fig. nedan). Skriv i för varje dag hur många glas du druckit. Det är viktigt att alla rutor fylls i (de dagar du inte druckit skriver du 0).
5. Börja med den senaste hela kalenderveckan, dvs. måndag till söndag. Gå därefter bakåt en vecka i taget. Vecka 1 är den senaste veckan; vecka 2 är veckan dessförinnan; vecka 3 är veckan dessförinnan den osv.

MED ETT GLAS MENAS:



VECKA	MÅNDAG	TISDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG	LÖRDAG	SÖNDAG	SUMMA ANTAL GLAS PER VECKA
1								
2								
3								
4								

GLAS/VECKA

Lägg samman antalet glas för hela perioden (4 veckor):

Dela totala antalet glas med 4:

GLAS/DRYCKESDAG

Räkna antalet dagar som du druckit någon alkohol:

Dela antalet glas för hela perioden (se ovan) med antalet dagar som du druckit någon alkohol:

DAGAR MED HÖG KONSUMTION

(Kvinna) Dagar då du druckit mer än 3 glas:

(Man) Dagar då du druckit mer än 4 glas:

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

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

Med ett "standardglas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR

MAN

KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du <i>sex</i> sådana "standardglas" eller <i>mer</i> vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

Har du besvarat alla frågor? – Tack för din medverkan!

Frågor om alkoholberoende (ICD)

Syfte: Dessa sex frågor beskriver olika sätt på vilket alkoholberoende kan yttra sig.

Frågorna gäller hur det sett ut för dig senaste 12 månaderna

1. Känner du ett starkt begär eller tvång att dricka alkohol?
 Nej
 Ja

2. När du dricker alkohol, brukar det bli så att du dricker mer än du hade tänkt från början?
 Nej
 Ja

3. Har du fått mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av ditt drickande?
 Nej
 Ja

4. Har du druckit mer för att få samma effekt som du fick tidigare?
 Nej
 Ja

5. Har det hänt att du fått skakiga händer, börjat svettas eller känt dig orolig efter att du minskat eller slutat dricka?
 Nej
 Ja

6. Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?
 Nej
 Ja

ALKOHOLRELATERADE KONSEKVENSER

Dessa frågor tar upp ett antal konsekvenser som man kan uppleva av regelbunden alkoholanvändning. Under de gångna tre månaderna, fyll i hur ofta detta hänt dig.

1. Jag har varit olycklig på grund av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

2. Jag har på grund av mitt drickande inte ätit ordentligt.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

3. Jag har inte gjort det som förväntats av mig på grund av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

4. Jag har skämts eller känt mig skuldmedveten på grund av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

5. Jag har tagit dumma risker när jag druckit.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

6. När jag druckit har jag gjort impulsiva saker som jag sedan ångrat.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

7. Min fysiska hälsa har skadats av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

8. Jag har fått ekonomiska problem på grund av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

9. Mitt fysiska utseende har försämrats av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

10. Min familj har farit illa av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

11. En vänskap eller nära relation har skadats av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

12. Mitt drickande har hindrat min personliga utveckling.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

13. Mitt drickande har skadat mitt sociala liv, popularitet eller rykte.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

14. Jag har spenderat för mycket eller förlorat mycket pengar på grund av mitt drickande.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

15. Jag har råkat ut för en olycka när jag har druckit eller varit berusad.

- Aldrig
- En eller ett fåtal gånger
- En eller två gånger per vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

MADRS självskattning

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

Skattningsinstrumentet består av **nio** frågor där man kan få mellan 0 till 6 poäng (så teoretiskt kan man ha mellan 0-54 poäng totalt). Ju högre poäng desto mer deprimerad. Instrumentet är mycket väl studerat och används i många vetenskapliga utvärderingar av depression världen över.

Avsikten med formuläret är att ge en detaljerad bild av ditt nuvarande sinnestillstånd. Vi vill alltså att du skall försöka gradera hur du mått under de senaste tre dygnet.

Formuläret innehåller en rad påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag.

Välj det alternativ som du tycker bäst stämmer med hur du mått **de senaste tre dagarna**. Klicka endast i ett alternativ per fråga. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.

Patientens namn

1. Sinnesstämning

Här ber vi dig beskriva din sinnesstämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dyster till mods. Tänk efter hur du har känt dig de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret eller om det har varit i stort sett detsamma hela tiden, och försök särskilt komma ihåg om du har känt dig lättare till sinnes om det har hänt något positivt.

- 0 Jag kan känna mig glad eller ledsen, allt efter omständigheterna.
- 1 -
- 2 Jag känner mig nedstämd för det mesta, men ibland kan det kännas lättare.
- 3 -
- 4 Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad.
- 5 -
- 6 Jag är totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre.

2. Oroskänslor

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste tre dagarna. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits hela tiden.

- 0 Jag känner mig mestadels lugn.
- 1 -
- 2 Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro.
- 3 -
- 4 Jag har ofta en känsla av inre oro som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra.
- 5 -
- 6 Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor.

3. Sömn

Här ber vi Dig beskriva hur bra du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under de senaste tre nätterna. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, oavsett om du tagit sömnmedel eller ej. Om du sover mer än vanligt, sätt din markering vid 0.

- 0 Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna.
- 1 -
- 2 Jag har vissa sömnsvårigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover ytligare eller oroligare än vanligt.
- 3 -
- 4 Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.
- 5 -
- 6 Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

4. Matlust

Här ber vi dig ta ställning till hur din aptit är, och tänka efter om den på något sätt skilt sig från vad som är normalt för dig. Om du skulle ha bättre aptit än normalt, markera då det på 0.

- 0 Min aptit är som den brukar vara.
- 1 -
- 2 Min aptit är sämre än vanligt.
- 3 -
- 4 Min aptit har nästan helt försvunnit. Maten smakar inte och jag måste tvinga mig att äta.
- 5 -
- 6 Jag vill inte ha någon mat. Om jag skall få någonting i mig, måste jag övertalas att äta.

5. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dig ta ställning till din förmåga att hålla tankarna samlade och koncentrera dig på olika aktiviteter. Tänk igenom hur du fungerar vid olika sysslor som kräver olika grad av koncentrationsförmåga, t ex läsning av komplicerad text, lätt tidningstext och TV-tittande.

- 0 Jag har inga koncentrationssvårigheter.
- 1 -
- 2 Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet (t ex läsning eller TV-tittande).
- 3 -
- 4 Jag har påtagligt svårt att koncentrera mig på sådant som normalt inte kräver någon ansträngning från min sida (t ex läsning eller samtal med andra människor).
- 5 -
- 6 Jag kan överhuvudtaget inte koncentrera mig på någonting.

6. Initiativförmåga

Här ber vi dig försöka värdera din handlingskraft. Frågan gäller om du har lätt eller svårt för att komma igång med sådant du tycker du bör göra, och i vilken utsträckning du måste övervinna ett inre motstånd när du skall ta itu med något.

- 0 Jag har inga svårigheter med att ta itu med nya uppgifter.
- 1 -
- 2 När jag skall ta itu med något, tar det emot på ett sätt som inte är normalt för mig.
- 3 -
- 4 Det krävs en stor ansträngning för mig att ens komma igång med enkla uppgifter som jag vanligtvis utför mer eller mindre rutinmässigt.
- 5 -
- 6 Jag kan inte förmå mig att ta itu med de enklaste vardagssysslor.

7. Känsломässigt engagemang

Här ber vi dig ta ställning till hur du upplever ditt intresse för omvärlden och för andra människor, och för sådana aktiviteter som brukar bereda dig nöje och glädje.

- 0 Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den, och det bereder mig både nöje och glädje.
- 1 -
- 2 Jag känner mindre starkt för sådant som brukar engagera mig. Jag har svårare än vanligt att bli glad eller svårare att bli arg när det är befogat.
- 3 -
- 4 Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta.
- 5 -
- 6 Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste.

8. Pessimism

Frågan gäller hur du ser på din egen framtid och hur du uppfattar ditt eget värde. Tänk efter i vilken utsträckning du ger dig självförelöser, om du plågas av skuld känslor, och om du oroar dig oftare än vanligt för t ex din ekonomi eller din hälsa.

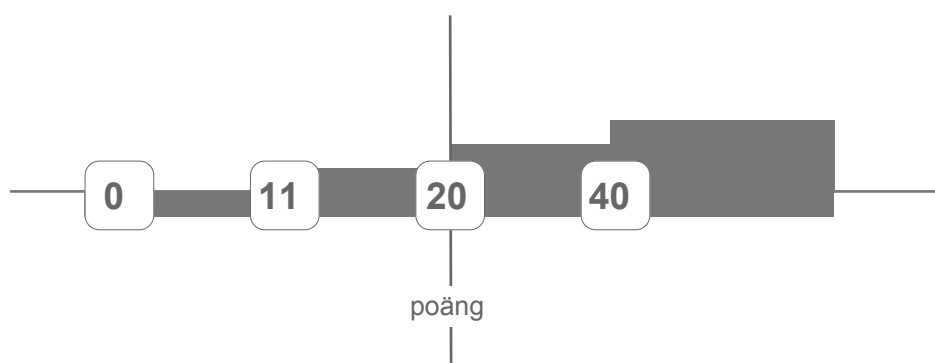
- 0 Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv.
- 1 -
- 2 Ibland klandrar jag mig själv och tycker att jag är mindre värd än andra.
- 3 -
- 4 Jag grubblar ofta över mina misslyckanden och känner mig mindervärdig eller dålig, även om andra tycker annorlunda.
- 5 -
- 6 Jag ser allting i svart och kan inte se någon ljusning. Det känns som om jag var en alltigenom dålig människa, och som om jag aldrig skulle kunna få någon förlåtelse för det hemska jag gjort.

9. Livslust

Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?

- 0 Jag har normal aptit på livet.
- 1 -
- 2 Livet känns inte särskilt meningsfullt men jag önskar ändå inte att jag vore död.
- 3 -
- 4 Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig utväg.
- 5 -
- 6 Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå tillväga för att ta mitt eget liv.

Summa
poäng



Referens:

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979 Apr;134:382-9

GAD-7 självskattningsfrågor

Har du under de senaste två veckorna besvärats av något av detta:

	Inte Alls	Flera Dagar	Flertalet Dagar	Dagligen
Känt mig nervös, orolig, spänd	0	1	2	3
Inte kunnat låta bli att ängslas	0	1	2	3
Ängslats för mycket om olika saker	0	1	2	3
Haft svårt att koppla av	0	1	2	3
Varit så rastlös att det varit svårt att sitta still	0	1	2	3
Varit retlig och lättstörd	0	1	2	3
Varit rädd, som om något förfärligt skulle hända	0	1	2	3

Räkna samman poängen.

Summa poäng:

Om något av detta förekommit, hur påverkade det din arbetsförmåga, hemsysslor och relationer?

Inte alls Lite Mycket Påtagligt störande

Kort sammanfattning av besöksorsak

Alkoholkonsumtion (senaste månaden)		
Glas per dryckesdag		Typisk situation med alkoholkonsumtion
Glas per vecka		
Dagar med högkonsumtion per vecka		

Alkohol i ett längre perspektiv		
Debutålder		
Antal år med riskabel alkoholkonsumtion		

Beroende av alkohol	AUDIT (0-40)	
	Beroendekriterier ICD (0-6)	

Konsekvenser av alkoholkonsumtionen	
SIP (0-45)	

Ärftlighet

Psykisk hälsa	GAD7 (0-21)	
	MADRS (0-59)	

Biologiska markörer									
GT		ASAT		ALAT		CDT		PEth	

Livssituation (nätverk, sysselsättning, boende fritid)	Övriga substanser
---	--------------------------

Förändring på lite längre sikt

Du har inte utvecklat dina alkoholvanor från en dag till en annan. Även om en del människor lyckas ändra sitt drickande direkt, så tar det oftast en viss tid att genomföra en förändring av det här slaget. Att ändra sina vanor kan liknas vid att bestiga ett berg. Målet är att ta sig till toppen. Större delen av tiden går du uppåt. Men av och till kommer du in i svackor, när stigen känns lång eller plötsligt går neråt.

Hur du reagerar på svackor är helt avgörande för hur du lyckas långsiktigt. Du kan uppfatta hela din satsning som misslyckad och bestämma dig för att du inte har den uthållighet som krävs. Då kanske du ger upp, och återgår till dina gamla vanor. Eller så kan du uppfatta ditt avsteg som en tillfällig svacka, som bara för stunden för dig bort från ditt mål. Därefter fortsätter du, fast besluten att lyckas. Då kommer du att ha goda förutsättningar att nå ditt mål.

Det bästa vore naturligtvis om du aldrig mer drack för mycket. Men återfall i gammalt beteende kan inträffa. Och om du får ett återfall, så är din reaktion viktig. Om du blir missmodig, glömmer hur långt du har kommit, ger upp eller vänder tillbaka i gamla vanor, då blir det återfallet som tar kommandot över dig. Du kan begränsa svackan genom att agera i tid – d.v.s. sluta att dricka så fort du kommer på dig själv. Ju snabbare du avbryter din nedåtgående färd, desto snabbare kommer du att vara tillbaka på rätt väg.

En svacka kan få en att stanna till och börja fundera på om man är på rätt väg, om man har rätt strategi och om det verkligen är värt ansträngningarna. Det enklaste sättet att komma vidare är att fortsätta förändringen i samma takt som tidigare. Använd dig av det som du har gjort som har fungerat hittills.

Motivation går alltid upp och ner. När du precis har påbörjat en förändring känner du dig ofta full av energi och som om du klarar allt. I perioder då du inte märker så stora förändringar är det lättare att tappa sugen. Det finns några tips för att hålla motivationen uppe:

- **Håll ögonen på målet.** Kom ihåg vad du vill uppnå med din förändring och kanske varför du bestämde dig för att förändra dina vanor till att börja med.
- **Lägg märke till små framsteg och förändringar.** Använd gärna en dagbok för att skriva ner försök du gör, saker du lyckas med och andra små steg på vägen mot målet.
- **Kom ihåg det arbete du har lagt ner.** Om du ger upp din förändring så förlorar du inte bara chansen att uppnå ditt mål utan även de ansträngningar som du har gjort för att nå så här långt.

Även då allt inte går som det ska kan du göra det bästa av situationen. Och lämna det sedan bakom dig. Då du har kommit vidare kan du se ditt snedsteg som en erfarenhet att lära ifrån. I vilken situation hände det? Vad blev konsekvenserna? Vad kan du göra för att förhindra att något liknande inträffar igen?

Om du skulle märka att dina gamla strategier inte funkar längre. Fastna inte i att prova dem igen och igen. Prova något nytt! Ta hjälp av människor runt omkring dig eller sök inspiration på annat håll.

Lycka till!

Handlingsplan

1) De förändringar jag vill göra avser följande områden:

2) Inom dessa områden vill jag genomföra följande förändringar (Uttryck gärna så konkret som möjligt, exempelvis "träna två gånger i veckan" hellre än "träna mer" eller "max 6 glas/vecka" hellre än "dricka mindre"):

3) De steg jag tänker ta för att åstadkomma förändringen är:

4) Andra (närstående/behandlare/annan) kan hjälpa mig på följande sätt:

5) Hinder för min plan kan vara:

6) Jag kan hantera dessa hinder genom att: