

Diagnosinstrument för alkoholberoende – Granskning av ADDIS konstruktvaliditet och interna konsistens

Detta är den fullständiga studien, inklusive tabeller. En förkortad version är
accepterad för publicering i Nordisk Alkohol Tidskrift, jan. 2009

Arne Gerdner, docent
Institutionen för socialt arbete
Mittuniversitetet, Östersund

Kontaktadress: Institutionen för socialt arbete, Mittuniversitetet, 831 25 Östersund, Sverige
Epost: arne.gerdner@miun.se
Tfn: +46-63-165611

Diagnosinstrument för alkoholberoende – Granskning av ADDIS konstruktvaliditet och interna konsistens

English title:

Assessment instrument for diagnosis of alcohol dependence – Examination of the construct validity and internal consistence of ADDIS

Abstract:

The Swedish National Board on Health and Welfare recommends that structured assessment instruments should be used in medical as well as in social treatment of substance misusers. These should be validated in a Swedish context. Instruments for diagnoses of dependence/abuse (DSM-IV) and dependence/harmful use (ICD-10) have been used in Sweden for many years, although not yet validated in Swedish. ADDIS, Swedish version of the American SUDDS, is the most often used diagnostic instrument in Sweden. This article investigates the psychometric properties of ADDIS alcohol module, including discriminant and construct validity and internal consistency. The two main constructs in DSM – dependence and abuse – as well as the seven criteria for dependence and the four criteria for abuse are studied. Further, the value of each of the 44 specific items in ADDIS for capturing these criteria is studied.

Two samples are explored: 1) a clinical sample (n = 349; incl. 129 women) and 2) a sample of 400 men convicted for driving while intoxicated. Mean age was the same (41 ys.). Using discriminant analyses on lifetime prevalences, the items correctly classify 93,8% of the cases in the two samples. Using one-factor principal component analysis to explore homogeneity of the combined samples, all 28 items on dependence and 15 of 18 items on abuse have loadings above 0,40 (R^2 dependence = 0,46; abuse = 0,40). Separate analyses of the two samples, as well as on women, show similar results. Cronbachs alpha is satisfactory or very high in all analyses. Analyses of specific criteria show excellent results on dependence and acceptable on abuse. Minor revisions are proposed to make ADDIS more user-friendly and to improve some specific items.

In conclusion: ADDIS has acceptable to excellent discriminant and construct validity as well as internal consistency and captures the specific criteria of DSM-IV. It has the preconditions for sensitive assessment of alcohol use disorders in men and women.

Keywords: Diagnostic instrument, alcohol dependence, homogeneity, discriminant validity, reliability,

Ingress:

De svenska nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården understryker vikten av att använda strukturerade utredningsinstrument, validerade för svenska förhållanden. Hittills har det saknats svensk validering när det gäller instrument för strukturerad alkohol- och drogdiagnostik utifrån DSM-IV och ICD-10. ADDIS används i fyra nordiska länder och är det mest använda diagnosinstrumentet i Sverige på detta område.

Introduktion

Strukturerad diagnostisk bedömning av alkohol- och drogberoende underläts vanligen i samband med behandling för dessa tillstånd. Två statliga utredningar har under de senaste åren krävt mer frekvent användning av strukturerade metoder för att förbättra såväl motivationsarbete som behandlingsplanering (SOU 2004:3; SOU 2005:82). De nationella riktlinjerna (SoS, 2007) har också tagit stark ställning för användandet av strukturerade bedömningsinstrument och denna rekommendation omsätts nu alltmer. Emellertid begränsar sig ännu så länge dessa rekommendationer till screeninginstrument (t.ex. AUDIT) och till instrument som fokuserar hjälpbehovet på olika problemområden (t.ex. ASI och DOK), medan diagnostiska instrument av beroendeproblemet i sig självt förbigås. Detta är en situation som inte accepteras vid behandling av alkohol- och drogberoende i t.ex. USA, där det amerikanska sällskapet för beroendemedicin (ASAM) i en kriteriesamling kräver diagnostik *innan* patienter placeras i behandlingsprogram (ASAM PPC-2R, 2001). Det kan vara viktigt att notera att det inte är de starka försäkringsbolagen som kräver detta, utan vårdens egen branschorganisation. Det anses nämligen bryta mot såväl patientens som det allmännas intressen att inte klarlägga att behandlingsprogrammet är relevant för patienten både när det gäller problemets art och svårighetsgrad, dvs det är både oetiskt och oekonomiskt att underlåta diagnostik. Det innebär att man ställer motsvarande krav på diagnostisk precision i detta avseende som vid behandling av andra sjukdomstillstånd här i Sverige. Man kan jämföra med Hälso- och sjukvårdslagen (§ 2b) som kräver att denna bedömning görs och kommuniceras med patienten. I Sverige har dock socialtjänsten ansvaret när det gäller missbruk men motsvarande skyldighet att göra en diagnostisk bedömning och kommunicera denna saknas i Socialtjänstlagens avsnitt om hantering av missbruksproblem (§ 9). När det gäller missbruk och beroende har sådan bedömning en viktig pedagogisk funktion för att stärka insikten och motivationen hos den individ som berörs. Att använda ett instrument som klargör inte bara att problem finns, utan också huruvida *beroende* föreligger – och dessutom

kunna klargöra svårighetsgrad, den eventuella beroendeutvecklingen i ett längre perspektiv och slutligen differentiera detta utifrån respektive drogtyp – lägger en mycket god grund för denna insikt. Sådan förbättrad kunskap om sin diagnostiska status bör kunna bidra till mer realistiska målsättningar när det gäller framtida mönster för tillfrisknande och därmed stärka behandlingsplaneringen. Därtill kommer att forskning på behandlingen riskerar att bli meningslös om man inte först klarlägger vad det är som behandlas.

Behandlingsprofessionella skäl, inklusive förutsättningar för ett etiskt och pedagogiskt förhållningssätt till den som behandlas, kräver också att en sådan utredning av beroendediagnos görs med hjälp av beprövade och valida instrument utifrån bästa tillgängliga kunskap. Det finns två stora internationella diagnossystem: DSM-IV (APA, 1994) och ICD-10 (WHO, 1993). ICD-10 ligger till grund för svensk sjukdomsklassifikation, medan DSM-IV ofta används inom psykiatrisk forskning. I deras tillämpning på substansberoende och relaterade problem finns påtagliga likheter (Cottler, 1993; Grant, 1993; Rounsaville m.fl., 1993). För beroende krävs i DSM-IV att tre av sju diagnoskriterier uppfyllts, medan ICD-10 kräver tre av sex kriterier. Dessa 6-7 kriterier är i hög grad identiska, och ett kriterium i DSM har i ICD delats upp på två. Båda systemen skiljer mellan beroende och ett annat konstrukt av problembruk. I DSM-IV kallas detta andra konstrukt för missbruk (abuse), medan det i ICD-10 kallas för skadligt bruk (harmful use). Båda dessa fungerar som gränsdiagnoser, och är endast tillämpliga då kriterierna för beroende inte uppfyllts. Ofta betonas närvaro av negativa *sociala* konsekvenser för att ställa diagnosen missbruk i DSM-IV, medan närvaro av negativa *hälsokonsekvenser* (eller påtagliga risker) betonas för skadligt bruk i ICD-10. Ett noggrannare studium av manualerna för DSM och ICD visar dock att kriterierna även här överlappar varandra betydligt. I Diagnostic Criteria for Research (WHO, 1993) tydliggörs att negativa sociala konsekvenser av samma slag som de vilka ligger till grund för ”abuse” i DSM också skall ligga till grund för skadligt bruk i ICD. Dessa preciseras där som försämrat omdöme och dysfunktionella beteenden som leder till funktionsnedsättning eller har allvarliga konsekvenser för interpersonella relationer. Dessa problem observeras främst i form av negativa sociala konsekvenser. Detta innebär att de internationellt dominerande diagnossystemen i hög grad är ense, vilket skapar bättre förutsättningar för en konsekvent tillämpning.

Frågan om risken för feldiagnoser har diskuterats på flera sätt. Muthén (1996) fann att specificiteten i de diagnostiska modellerna är utmärkt, men samtidigt att sensitiviteten är låg. Det är alltså i allmänhet större risk att man missar att diagnostisera ett beroende som föreligger, än att man skulle ge någon en diagnos som inte är giltig. Flera har pekat ut

problemet med "de oklassificerbara" ("diagnostic orphans") vars negativa konsekvenser inte passar in på någon diagnos (Hasin & Paykin 1998; Sarr m.fl., 2000). Det sker om 1-2 (men ej fler) beroendesymptom föreligger, samtidigt som tecken på sociala och medicinska skadeverkningar ännu saknas.

Studier som ska hantera dessa nosologiska konflikter behöver instrument som kan undersöka *olika precisa* tecken och symptom, vilka i sin tur relaterar till de diagnostiska kriterierna. Som påpekades av Muthén har en svaghet varit att de instrument som använts har haft låg sensitivitet, dvs de har inte klarat att fånga upp alla dem som uppfyller kriterierna. Delvis kan detta bero på att man i dessa studier använt instrument för bedömning av symptom med ett begränsat antal frågor, vilka därmed blivit mer allmänt formulerade. Genom att använda instrument med flera och mer precisa frågor bör sensitiviteten kunna förbättras. Utifrån såväl behandlingsprofessionella skäl som forskning behövs det alltså välstrukturerade bedömningsinstrument av alkohol- och drogberoendetillstånd och motsvarande missbruk/skadligt bruk.

ADDIS (Alkohol och DrogDiagnos InStrument) är ett instrument som kan användas för systematiskt insamlande av information om konsekvenser av alkohol- och drogbruk samt för att ordna denna information utifrån de kriterier som uppställs i de båda diagnostiska systemen DSM-IV och ICD-10. Det finns flera alkohol- och drogbedömningsinstrument som används i Sverige, och som t.ex. har screeningkaraktär (AUDIT, MAST, CAGE), skattar hjälpbehov av relaterade problem (ASI, DOK) eller beskriver mönster för alkoholbruk (AVI). Till skillnad från dessa är ADDIS uppbyggt för att ge direkt underlag för diagnostisk bedömning utifrån DSM-IV och ICD-10. I Sverige har ADDIS använts sedan 1990. Årligen genomförs där c.a 6000 ADDIS-intervjuer av c.a 1000 personer som certifierats efter utbildning (Lynn Wickström, pers. kommunikation), vilket gör ADDIS till ett av de mest använda strukturerade instrumenten för fördjupad bedömning av alkohol- och drogproblem i Sverige. Sedan 1997/98 genomförs årligen också 600-650 intervjuer i Norge, 50-60 i Finland och 30-40 i Danmark. I sin genomgång av vilka instrument som används vid socialtjänstförvaltningar pekade Bergmark och Lundström (1998) ut ADDIS som det mest använda instrumentet i Sverige, alla kategorier. Av de socialförvaltningar som överhuvudtaget använder strukturerade instrument uppgavs 39 procent använda ADDIS. Sedan Socialstyrelsen börjat lansera ASI har detta gått om. I ORION-studien (SoS, 2003) var ADDIS det näst mest använda, nu efter ASI. Som diagnosinstrument på alkohol- och drogområdet är det dock helt dominerande. ADDIS har också använts i olika forskningsprojekt (Hoffmann m.fl., 1995; Jonasson m.fl., 1997, 1998).

ADDIS är en svensk version av det amerikanska SUDDS. Uppgifter om validitet och reliabilitet för SUDDS har presenterats av Davis m.fl. (1992). SUDDS har god överensstämmelse med erfarna klinikers diagnoser (Cohens Kappa = 0,71-0,87). Test-retest ger hög korrelation (0,81-0,90) vilket visar hög global konsistens. När diagnoser baserade på SUDDS version för DSM-IV (SUDDS-IV) för 700 personer jämfördes med klinikers utlåtande var andelen falskt negativa mindre än en procent och ingen enda var falskt positiv (Hoffmann & Harrison, 1996). Hoffmann och Hoffmann (2003) redovisar mycket god validitet och reliabilitet i SUDDS-IV. Beroende och missbruk framträder som distinkta kategorier och reliabiliteten är likvärdig i olika etniska grupper (afroamerikaner, "Hispanics", "Native Americans" och "Caucasians"; totalt n = 1340), med intern konsistens (Cronbach's alpha) för beroende varierande mellan 0,929 och 0,966 och för missbruk varierande mellan 0,842 och 0,900. Det har emellertid hittills saknats studier om svenska ADDIS psykometriska egenskaper och dess förmåga att skilja mellan olika populationer med skilda profiler av beroende och missbruk. I detta sammanhang är det viktigt att påpeka att det här inte är fråga om att studera själva DSM-IV-konstrukten beroende respektive missbruk eller de kriterier för dessa som anges i DSM-IV. För dessa frågor finns tidigare omfattande forskning (se exempelvis Dawson m.fl., 1995; Feingold & Rounsaville, 1995; Grant, 2000; Grant m.fl., 1992; Hasin m.fl., 1988 & 1997; Hoffmann & Hoffmann, 2003; samt Muthén m.fl., 1993a & 1993b). Däremot studeras i denna studie *hur dessa konstrukt och kriterier fångas av specifika frågor i ADDIS*, dvs om de homogent och konsistent fungerar som indikationer på samma konstrukt och kriterium, samt hur olika frågor kan bidra till detta.

Syftet med den aktuella studien är *att studera ADDIS konstruktvaliditet* vad gäller alkoholfrågorna i form av homogenitet såväl i huvudkonstrukten som i de specifika kriterierna, dess diskriminerande validitet samt dess interna konsistens, *att pröva* enskilda frågors bidrag till sensitivitet, samt *att föreslå* eventuella justeringar av svenska ADDIS med anledning av gjorda undersökningar. Andra aspekter av validitet (t.ex. sensitivitet och specificitet genom jämförelse med annan diagnostisk rutin) och reliabilitet (t.ex. global konsistens genom test-retest) kommer att studeras i kommande artikel, men ej här. Motsvarande studium av drogfrågorna i ADDIS studeras inte i denna artikel – ej heller frågor om angränsande problem såsom ångest, depression och social stress vilka också ingår i det samlade instrumentet.

Metod

Instrument för diagnostisk bedömning

ADDIS (Alkohol Drog Diagnos InStrument – Hoffmann m.fl. 1987, Wickström 1995), är en svensk översättning och bearbetning av SUDDS (Substance Use Disorder Diagnostic Schedule), en strukturerad intervju som utvecklats av Hoffmann och Harrison. SUDDS är i sin tur en utveckling av NIMH-DIS (The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule - Version II), en strukturerad intervju för bedömning av psykiska störningar, med hög validitet och reliabilitet (Robins m.fl., 1982). Hoffmann bedömde dock att dess modul om alkoholberoende saknade viktiga kriterier som ingick i dåvarande DSM-III. Erfarenheterna ledde fram till den första versionen av SUDDS (Harrison & Hoffmann 1985) baserad på DSM-III, följt av version för DSM-III-R. Alla dessa innefattar även andra droger än alkohol. Sedan DSM-IV ersatt DSM-III-R, reviderades SUDDS år 1995 för att vara kompatibelt med DSM-IV. Wickström m.fl. översatte och anpassade SUDDS till svenska förhållanden 1987, och den svenska versionen fick namnet ADDIS. Wickström är också ansvarig för de revisioner som gör ADDIS kompatibelt med DSM-IV samt ICD-10. ADDIS distribueras av 4M i Åre, som också certifierar ADDIS-intervjuare efter en flerstegsutbildning inkluderande handledning. I manualen (Wickström, 1995) betonas att ADDIS ger systematik i informationen, men att diagnos i strikt mening endast får ställas av läkare eller leg. psykolog.

ADDIS använder specifika beteendeorienterade frågor som utforskar olika symptom på diagnoskriterierna. Följande visar fördelningen av frågor som operationaliserar specifika kriterier i DSM-IV: Tolerans (2 frågor); abstinensbesvär (4 frågor); tankar ständigt inriktade på ruset (2 frågor); intag i större mängd eller under längre tidsperiod än planerat (2 frågor); oförmåga att minska ned eller sluta (3 frågor); avsevärd tid går åt till att skaffa drogen, inta den eller återhämta sig efter bruk (5 frågor); givit upp eller begränsat viktiga sociala eller yrkesmässiga aktiviteter pga drogbruket (6 frågor); fortsatt drogbruk trots vetskap om fysiska eller psykiska problem som sannolikt orsakats av eller förvärrats av drogbruket (5 frågor); upprepad droganvändning som medför oförmåga att uppfylla sina förpliktelser i arbete, skola eller hem (4 frågor); upprepad användning i situationer som är fysiskt riskabla (7 frågor); upprepade drogrelaterade problem med rättsvärdande myndigheter (3 frågor); samt fortsatt användning trots upprepade/ihållande sociala eller interpersonella problem som orsakas eller förvärras av drogbruket (5 frågor). Då ett par av dessa gäller endast drogområdet finns 46 frågor direkt inriktade på missbruk eller beroende av alkohol.

Alla frågor ställs för den eller de drogtypen som intervjupersonen använt, inklusive:

alkohol, cannabis, amfetamin, kokain, andra stimulantia, hallucinogener, sömnmedel, lugnande medel, opiater, opiatliknande smärtmediciner, lösningsmedel samt andra (preciseras). För varje grupp finns en förteckning av benämningar för att undvika felklassifikationer. För samtliga kriteriefrågor och för respektive relevant drog noteras dels huruvida tecknet ifråga uppträtt överhuvudtaget (livstidsprevalens), dels huruvida det uppträtt under senaste tolv månadersperioden (aktuell prevalens) samt senaste månaden. För den aktuella prevalensen finns dessutom för ett stort antal frågor möjlighet att notera huruvida tecknet ifråga har uppträtt en eller flera gånger. ADDIS-manualen rekommenderar i dessa fall försiktigtvis att symptomet skall ha upprepats. Därefter noteras första gången symptomet uppträdde överhuvudtaget, vilket ger möjlighet att studera beroendutvecklingen retrospektivt. Därigenom kan man – för varje drog – fastställa när kriteriet först uppträdde, och huruvida det fortfarande föreligger eller ej. Detta ger förutsättningar att studera såväl intensitet som förlopp i olika drogproblem.

Svaren på ADDIS-frågorna kan med hjälp av särskilda formulär överföras dels till DSM-IV, dels till ICD-10. Huvuddelen av frågorna kan tillämpas i båda systemen. Frågesammansättningen när det gäller kriterierna *tolerans*, *abstinens* samt *fortsatt användning trots upprepade psykiska/fysiska problem* är identiska. De frågor som används för att hantera ICD-kriteriet "Offrar andra nöjen och intressen pga planering för bruk, bruk respektive återhämtning efter bruk" är i DSM uppdelat på de två kriterierna *tidsomfattande bruk* respektive *offrar andra aktiviteter pga bruk*. De två ICD-kriterierna "Svårt att kontrollera användning: mängden, tidpunkten eller att sluta" respektive "En stark önskan/känsla av tvång att inta alkohol" ersätts i DSM av *kontrollförlust* respektive *ökad mängd/längre perioder av bruk*. I huvudsak samma frågor används, men två frågor som används för ICD saknar tillämpning för DSM. Det är fråga 36, "Händer det att du ofta tänker på alkohol när du håller på med andra saker?", och 36a, "Ser du till att alkohol alltid finns tillgängligt för eget bruk?" En fråga som rör högkonsumtion av alkohol under graviditet ställs av naturliga skäl endast till kvinnor.

Utöver de frågor som handlar om alkohol- och drogproblem, innehåller ADDIS även korta moduler om social situation, ångestproblem, depression, stressfaktorer under senaste året (det sistnämnda hanterar axel IV i det multiaxiala systemet i DSM) samt konsumtion och problem vad gäller nikotin och koffein.

Material

Studien har använt sig av två skilda avidentifierade material:

Klinisk population (KL): För 349 personer (37 procent kvinnor; genomsnittsålder 41 år [sd = 19,6]). Hälften av dessa avser intervjuer med personer som skrivits in för behandling för alkoholproblem vid något av fyra olika behandlingshem, och hälften består av examensintervjuer, dvs intervjuer av verkliga fall inför certifiering som ADDIS-intervjuare. Examensintervjuerna kan göras både med aktuella patienter och tidigare patienter. För alla dessa har fullständiga ADDIS-intervjuer gjorts. De ger möjlighet att studera såväl livstidsprevalens som aktuell prevalens. Dessa data har ställts till denna studies förfogande av Lynn Wickström.

Rattfylleridömda (RF): Inom ramen för det nationella KAPUBRA-projektet om rattfyllerister som bedrivs under ledning av professor Hans Bergman, Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Karolinska Institutet, har 980 personer som vårdats på två specialfängelser för rattfylleridömda, Rostorp i Malmö och Östragård i Vänersborg, har besvarat formulär vilka inkluderat de 50 alkoholfrågorna i ADDIS (men ej övriga ADDIS-moduler). Totalt 400 personer (alla män, i genomsnitt 41 år gamla [sd = 12,0]) besvarade något modifierade ADDIS-frågor. Från dessa har i vissa analyser ofullständigt ifyllda formulär räknats bort (totalt 27, varav 8 med fler än fem kriteriefrågor, obesvarade). Svartalternativen i KAPUBRA-studien har endast handlat om huruvida symptomet någon gång förelegat (ja/nej), d.v.s. inte när det först uppträdde, inte om det uppträtt vid enstaka tillfälle eller upprepat, och inte om det uppträtt även under senaste året eller under senaste månaden. De ger därmed endast möjlighet att studera livstidsprevalens, men ej aktuell prevalens. Professor Hans Bergman och doktorand Anders Andrén har ställt materialet till förfogande för denna studie.

Analysmetoder

Diskriminantanalys användes för att undersöka frågornas förmåga att skilja de två populationerna åt (diskriminerande validitet). Homogenitet i huvudkonstrukten beroende respektive missbruk samt i de specifika DSM-IV-kriterierna har studerats med principalkomponentanalys (PCA). Eftersom syftet är att pröva homogenitet utifrån befintliga konstrukt och kriterier i DSM-IV, inte att pröva dessa konstrukt och kriterier i sig (faktorstruktur), har enfaktorlösningar för respektive konstrukt och kriterium använts. Intern konsistens för olika kriterier på beroende respektive missbruk samt på diagnos (beroende eller missbruk) har studerats med Cronbach's alpha (α) varvid $\alpha > 0,70$ betecknas som tillfredsställande för skattning av enskild individ medan $\alpha > 0,50$ betecknas som acceptabelt för analys av grupper av individer (Streiner & Normann, 1989). Itemanalys har gjorts genom diskussion om specifika frågor med problematisk laddning och intern konsistens.

Undersökning av varje frågas bidrag till sensitiviteten i respektive kriterium har gjorts genom att utifrån multipla korstabeller av samtliga frågor som hör till respektive kriterium rangordna och beräkna varje frågas "plusvärde" (procentuellt tillskott av personer som uppfyller kriteriet utöver de i tidigare rang) och andelen som frågan fångar unikt.

Resultat

Utfall för olika DSM-IV-kriterier respektive diagnoser

De olika symptomen som ADDIS-frågorna berör samlas ihop under sju kriterier på beroende enligt DSM-IV. För beroendediagnos skall tre av dessa vara uppfyllda. Symptomen för missbruk samlas under fyra kriterier. För missbruksdiagnos skall beroende *ej* föreligga och minst ett av missbrukskriterierna skall vara uppfyllt. Livstids- respektive aktuell prevalens för klinisk population (KL) och livstidsprevalens för rattfylleridömda (RF) ges i Tabell 1.

(Tabell 1 här)

Tabellen visar stora skillnader i livstidsprevalens mellan de två populationerna. Dessa är förväntade eftersom KL kännetecknas av att de vårdats för eller planeras vårdas för missbruk eller beroende, medan RF aktualiserats pga dom. För alla beroendekriterier och för tre av fyra missbrukskriterier är andelen uppfyllda högre i KL än i RF, men när det gäller rättsliga problem som sammanhänger med alkoholbruket är förhållandet det omvända. Detta uppfylls av praktiskt taget alla i RF men endast av drygt hälften i KL. Det senare förklaras av att RF-deltagarna dömts för rattfylleri (utom en som istället dömts för att ha kört påverkad av droger). Därmed är alkoholberoendekriteriet uppfyllt för 88 procent i KL och för 59 procent i RF. I RF uppfylls istället missbrukskriterierna (inkl. avsaknaden av beroendediagnos) för knappt 41 procent jämfört med sex procent i KL. Andelen utan alkoholdiagnos är drygt fem procent i KL men endast tre promille i RF. Alla dessa skillnader är statistiskt säkerställda ($p < 0,001$). Förklaringen till att fem procent i KL saknat varje alkoholdiagnos men ändå varit aktuella för vård är att de vårdats för drogproblem, men utan klara alkoholproblem.

Aktuell prevalens i KL för alkoholberoende är 75 procent, och för missbruk knappt sex procent. Bland dem som *ej* uppfyller aktuell diagnos finns dels de oklassificerbara (samma som vid livstidsprevalens) dels närmare 14 procent som är i fullständig eller partiell remission. Fullständig remission innebär att inga tecken uppträtt under senaste året, medan partiell innebär att 1-2 kriterier uppträtt senaste året, men *ej* tre som krävs för aktuell beroendediagnos. Begreppet remission används inte för missbruk i DSM-IV, men andelen som tidigare uppfyllde detta och nu inte uppfyller någon diagnostisk kategori är 0,6 procent.

Homogenitet i ADDIS

I en första kontroll av i vad mån de 46 olika kriteriefrågorna på beroende respektive missbruk i DSM-IV kan fungera som indikatorer på dessa konstrukt prövades en principal-komponentanalys med separata enfaktorslösningar för vart och ett av konstrukten. Resultatet framgår av Tabell 2 för beroende och av Tabell 3 för missbruk. Analyserna presenteras både separat och gemensamt för de två huvudpopulationerna, dessutom separat för kvinnorna i den kliniska populationen.

Missbruksfråga nr 58 har endast funnits med i klinisk population. Fråga nr 65 var endast tillämplig för kvinnor och därmed ej för de rattfylleridömda som alla var män. När det gäller missbruk (Tabell 3) görs dessutom analyserna om i de två huvudpopulationerna – separat och tillsammans – sedan ytterligare tre problematiska frågor (frågorna 57, 59 och 63) uteslutits (kolumnerna 9-11).

Fråga 35, som handlar om minnesluckor, är i DSM ett tecken på återkommande sociala funktionsproblem och därmed ett symptom på missbruk. Men om vederbörande *har förstått* att dessa minnesluckor är direkt relaterade till alkoholmissbruk, och ändå dricker på detta sätt, så uppfylls istället beroendeindikationen *fortsatt användning trots upprepade hälsoproblem* om vilka individen är medveten. Skillnaden här handlar alltså om huruvida personen varit medveten om kopplingen. (Jämförelse kan göras med fråga 67 som handlar om drickande trots vetskap om att det försämrar hälsan.) För fråga 35 hanteras detta genom tilläggsfrågan 35a, men även denna saknades för RF. För jämförbarheten mellan populationerna har vi här tvingats utesluta denna och använder därför fråga 35 endast som missbrukstecken.

(Tabellerna 2 och 3 här)

Förekomst av olika symptom och deras diskriminerande förmåga

Kolumnerna 1-4 i de två tabellerna (Tabell 2 och 3) visar frekvenser för respektive symptom i de två populationerna separat (med egen analys för kvinnorna i KL) samt gemensamt. Praktiskt taget samtliga beroendesymptom (Tabell 2) förekommer som förväntat mer frekvent i den kliniska populationen än bland de rattfylleridömda. Detta överensstämmer också med tendensen som vi tidigare observerade när det gäller kriterierna. Från detta finns endast ett undantag – delirium tremens (fråga 73), som märkligt nog förekommit oftare bland de rattfylleridömda. Endast två beroendesymptom har förekommit mindre än 10 procent i någon av populationerna – delirium tremens i den kliniska populationen och alkoholhallucinos (fråga 72) bland rattfylleridömda.

Även missbrukssymptomen (Tabell 3) är i allmänhet mer frekventa i den kliniska populationen. De förväntade undantagen rör just rattfylleri (frågorna 59 och 61). Missbruksfrågor som bekräftats i mindre än 10 procent av fallen i den kliniska populationen är dels frågan om langning (fråga 58), dels frågan om högkonsumtion under graviditet (fråga 65) som endast rör kvinnor. Motsvarande frågor som har låg andel jakande svar bland rattfylleridömda män är fråga 63 om sexuellt utnyttjande i samband med alkohol, och fråga 56 om omplacering/avsked/avstängning från arbetet.

Diskriminantanalys användes för att pröva i vilken mån de beroende- och missbruksfrågor som använts i båda materialen förmådde skilja mellan de två populationerna. Total andel korrekt klassificerade är 93,8 procent (676/721), och fördelat på populationerna kunde 92,3 procent av den kliniska populationen (322/349) och 95,2 procent av de rattfylleridömda (354/372) klassificeras korrekt.

Homogenitet och intern konsistens i beroende respektive missbruk

Kolumnerna 4-8 i Tabell 2 prövar homogenitet och faktorladdningar i *beroende* – de två populationerna var för sig och tillsammans – samt för kvinnorna i KL separat. Både när analyserna görs separat för populationerna och sammanslaget har kriteriefrågorna i allmänhet laddningar över 0,40 och ofta långt över. Endast i en av dessa (KL, kolumn 5) finns en (1) kriteriefråga som får en laddning strax under denna gräns. Det gäller fråga 73 som handlar om delirium tremens, vilket är ett allvarligt men dessbättre mindre frekvent symptom. Andelen förklarad varians för de båda populationerna tillsammans är 0,46 och något bättre för rattfylleridömda ($R^2 = 0,50$) än för den kliniska populationen ($R^2 = 0,37$). Faktorladdningarna är i huvudsak acceptabla även då kvinnor analyseras separat (kolumn 6). Endast delirium tremens (fråga 73) hamnar där klart lågt, och två ytterligare frågor ligger strax under gränsen 0,40: dagligt drickande (fråga 32) och alkoholhallucinos (fråga 72). Den interna konsistensen (Cronbachs alpha) är rent av mycket hög i båda populationerna, inklusive separat för kvinnor ($> 0,93$ i samtliga analyser).

Analysen av *missbruk* (Tabell 3) genomfördes i flera steg för de olika populationerna. I steg ett användes alla tillgängliga variabler. Två frågor saknades för rattfylleridömda och ingick ej i analysen av denna grupp, och följaktligen ej heller i analysen av de båda populationerna gemensamt. Det gäller dels fråga 58 som handlar om langning, dels fråga 65 om högkonsumtion under graviditet. Analysen av klinisk population har för jämförbarhetens skull gjorts utan dessa två variabler och redovisas i kolumn 5. (Dock har laddningen för fråga 58, i analys där denna inkluderats, redovisats speciellt.) Motsvarande analys separat för

kvinnor från KL redovisas i kolumn 6, och då har fråga 65 inkluderats. Analysen av rattfylleridömda redovisas i kolumn 7 och av båda populationerna tillsammans i kolumn 8. När det gäller missbruk visade sig främst fyra frågor vara problematiska – frågorna 58, 59, 63 och 65 – genom låga laddningar i flera analyser. I nästa steg (kolumnerna 9-11) prövades att exkludera de tre frågorna 58, 63 och 65. I analysen av rattfylleridömda exkluderades dessutom fråga 59. Då får samtliga resterande frågor laddningar klart över 0,40 och andelen förklarad varians (R^2) höjs i samtliga analyser (jämfört med kolumnerna 5-8). Homogeniteten förbättrades således av att ta bort dessa tre frågor. Frågorna 63 och 65 har dock relativt acceptabla laddningar då kvinnor studeras separat (se kolumn 6). Ytterligare tre frågor har svaga laddningar i separatanalys av kvinnor (nr 52 och 61) medan två tangerar god laddning (nr 56 och 62). Den interna konsistensen (Cronbachs alpha) var hög i samtliga analyser ($\alpha > 0,80$) och påverkades inte av att de tre frågorna exkluderades.

Itemanalys

De problematiska frågorna bör diskuteras närmare:

Fråga 58 (endast KL) handlar om att ha tagits av polis pga innehav och försäljning. Även om privat försäljning av alkohol är förbjuden i Sverige (liksom i övriga Norden), så finns det ingen klar koppling mellan detta och eget alkoholproblem. Man kan langa sprit utan eget alkoholproblem, och även de flesta som har alkoholproblem avstår från att langa sprit. Laddningen här är extremt låg, vilket åskådliggör att frågan inte fungerar som kriterium. Den bör rimligen tas bort, alternativt omformuleras så att det klart framgår att syftet är att få pengar till alkohol. Men detta brott skiljer i så fall inte från andra brott som görs med detta syfte.

Fråga 59 handlar om huruvida man blivit tagen av polis pga att man kört påverkad av alkohol. Att den är problematisk i RF är naturligt eftersom alla där avtjänade straff för rattfylleri (utom någon som avtjänade straff för att ha kört påverkad av droger). I KL är laddningen däremot acceptabel (0,39).

Fråga 63 handlar om utsatts för sexuellt utnyttjande eller sexuellt våld i samband med bruk. Frågan fungerar dåligt för männen och då könen analyseras gemensamt. Samtidigt visar det sig att frågan, när kvinnorna analyseras separat, har en hög laddning (0,54). Fråga 65, som handlar om högkonsumtion av alkohol under graviditet, gäller som framgår endast kvinnor och fanns endast med i KL. Då fungerar frågan relativt väl, med en laddning (0,37) som bara knappt understiger den gräns på 0,40 som eftersträvs.

Homogenitet och intern konsistens inom specifika kriterier

De olika frågorna i ADDIS skall för DSM-IV-diagnos samlas upp som tecken på sju specifika kriterier på beroende respektive fyra kriterier på missbruk. I nedanstående analys prövas homogenitet och intern konsistens separat för vart och ett av dessa kriterier (Tabell 4). Den sista kolumnen anger hur Cronbach's alpha skulle ha blivit "om frågan tas bort". Om detta värde är *lägre* än kriteriets alpha-värde så har denna fråga *tillfört* intern konsistens.

(Tabell 4 här)

Tabellen visar att samtliga beroendefrågor har faktorladdningar högre än 0,62 på respektive kriterium och att den förklarade variansen (R^2) för samtliga beroendekriterier ligger över 0,52, vilket innebär att homogeniteten är god. Den interna konsistensen är också tillfredsställande ($\alpha > 0,70$) för samtliga beroendekriterier utom för tolerans som är på acceptabel nivå ($\alpha > 0,50$). Separat analys inklusive fråga 35a i populationen KL (visas ej i tabellen) klargjorde att frågan laddar dåligt (0,17) och följaktligen sänker R^2 (till 0,50) samt alpha (till 0,73).

Tabellen visar också att samtliga missbruksfrågor utom fråga 63 hade faktorladdningar över 0,60 på respektive kriterium. Den förklarade variansen är högre än 0,43 för alla kriterier utom *risk för fysisk skada* ($R^2 = 0,38$). Problemet i det senare fallet rör just fråga 63, som handlar om sexuellt utnyttjande i samband med alkoholförtäring. Tas frågan bort höjs förklarade varians ($R^2 = 0,47$). Problemet med frågan rör dock endast då frågan ställs till män. Frågan hade god faktorladdning riktad till kvinnor (0,56) och ökar då den förklarade variansen.

Intern konsistens för missbrukskriterierna är tillfredsställande när det gäller *försummat ansvar inför plikter och ständiga eller återkommande sociala problem*. Alpha är acceptabelt ($\alpha = 0,59$) för *risk för fysisk skada* och höjs något ($\alpha = 0,63$) om fråga 63 tas bort. Dock bidrar frågan – liksom fråga 65 om högkonsumtion under graviditet – till att höja alpha då frågan ställs till kvinnor (se tabellnot). För *rättsliga problem* kan alpha endast beräknas i KL och prövades dels inklusive fråga 58, dels utan denna fråga. Alpha är låg i båda fallen men försämras då fråga 58 inkluderas (se tabellnot).

Betydelsen av olika symptomfrågor för sensitivitet

Att varje DSM-IV-kriterium motsvaras av flera konkreta frågor i ADDIS bör klart öka dess sensitivitet. Redan då *ett* tecken på ett kriterium föreligger så är detta uppfyllt. De olika frågorna kan i olika grad överlappa varandra, men även ge unika bidrag. Då många frågor ställs kan dock bidraget från var och en bli relativt lågt. Då de också kräver mer tid bör frågor med alltför lågt bidrag undvikas.

Tabell 5 ger översikt över de enskilda frågornas bidrag. Andelen positiva svar för respektive fråga inom samma DSM-IV-kriterium redovisas i fallande ordningsföljd. Därefter anges det "plus-värde" varje ny fråga har givit, dvs den andel ytterligare positiva svar som erhållits jämfört med de föregående. Slutligen anges respektive frågas fullständigt unika bidrag i förhållande till *alla* andra frågor för samma DSM-IV-kriterium (dvs inklusive även de frågor som kommer senare i ordningsföljden). Undersökningen görs för populationerna tillsammans. I populationen RF, där visst internbortfall finns, har åtta formulär med internbortfall på fler än fem frågor exkluderats.

(Tabell 5 här)

Tabellen skall läsas så här: DSM-IV-kriteriet *tolerans* motsvaras i ADDIS av två frågor, nr 22 respektive nr 34. Av 749 svarande uppfyllde 72,5 procent detta kriterium, dvs någon av de två frågorna. Överlappande ja-svar på de båda frågorna fanns för 36,8 procent. För 67,8 procent hade kriteriet uppfyllts redan med fråga 22, medan för 4,7 procent var det uppfyllt först genom att fråga 34 dessutom hade ställts. Unikt bidrag från fråga 22 (dvs där fråga 34 ej uppfylldes) var 31,0, och från fråga 34 var detta unika bidrag 4,7 procent, vilket innebär att båda frågorna här har givit substantiella bidrag till att fånga kriteriet. Vi har en annan situation exempelvis när det gäller DSM-IV-kriteriet *abstinensbesvär* som i ADDIS motsvaras av fem olika frågor. Totalt uppfyllde 64,2 procent detta kriterium, dvs något av de fem frågorna, och endast 5,3 uppfyllde samtliga kriteriefrågor. Här har två av frågorna (nr 72 och 73) visserligen fått c:a 10-12 procent jagande svar, med deras unika bidrag begränsas till en promille vardera. Man bör därför ifrågasätta om dessa frågor verkligen är nödvändiga.

Missbruksfrågor som på motsvarande sätt kan ifrågasättas är nr 65 (om högkonsumtion under graviditet, i kriteriet *risk för fysisk skada*), vilket inte ens då kvinnor analyseras separat ger ens en promille i plusvärde, samt nr 52 inom kriteriet *ständiga eller återkommande sociala problem*. Den senare handlar om konflikter om alkohol med chefer, arbetskamrater och liknande, vilka tycks fångas upp av andra frågor, t.ex. av fråga 49, som inkluderar att "någon annan" klagar på alkoholbruket.

Frågor med något litet bidrag, men högst en halv procent, är fråga 56 som handlar om omplacering, avsked eller avstängning från arbetet pga alkoholbruk inom missbrukskriteriet *försummat ansvar eller plikter*. Den ger ett plusvärde om 3 promille. Andra är frågorna 40 och 41 i beroendekriteriet *offrar andra aktiviteter pga användning*. De frågorna anknyter nära till kriteriets formulering i DSM-IV. Icke desto mindre tycks de i hög grad fångas upp av andra frågor. Tas båda bort så minskas andelen som fångas upp med 4 promille vardera. Slutligen gäller detta langningsfrågan nr 58 inom *rättsliga problem*. Den ger heller inget påtagligt

bidrag till kriteriet ifråga, utan endast med unika 3 promille, men vi har redan tidigare konstaterat att den frågan ej bör ingå i denna form pga bristande innehållsvaliditet.

I analysen ovan ingick som tidigare nämnts inte kombinationen med fråga 35a under beroendekriteriet *fortsatt användning trots upprepade hälsoproblem*. Den fanns endast med i KL och hade som vi tidigare nämnt en problematisk laddning. Dock gav den ett unikt plusvärde på 3,1 procent då analysen upprepades separat i KL (modellen visas ej).

Diskussion

Den föreliggande studien har undersökt diskriminerande förmåga, homogenitet och intern konsistens i de frågor i ADDIS vilka används som underlag för diagnos av alkoholberoende och alkoholmissbruk samt prövat i vilken mån de relativt många specifika frågorna bidrar till att fånga respektive kriterium i DSM-IV. Studien har undersökt två skilda populationer, en klinisk population och en population rattfylleridömda, som besvarat frågorna med två skilda administrationssätt, skolade intervjuare respektive förenklat självadministrerat skriftligt formulär. En nackdel är att några frågor som ingår i instrumentet saknats i rattfylleripopulationen. Studiens huvudfynd kan sammanfattas i följande:

1. Andelen som uppfyller livstidsprevalens för diagnoserna missbruk respektive beroende skiljer stort mellan populationerna och skillnaderna går i förväntad riktning. Andelen som uppfyller kriterierna för beroende är 88 procent i den kliniska populationen och 59 procent bland rattfylleridömda. Motsvarande uppgifter för missbruk är sex procent för klinisk alkoholpopulation och 41 procent för rattfylleridömda. Aktuell prevalens för beroende i kliniska populationen är 75 procent, vilket kan jämföras med knappt 10 procent för smärtpatienter i samma ålder (medelålder 41,6 år, 64 % kvinnor; Hoffmann m.fl., 1995). Andelen som uppfyllde missbrukskriterierna var ungefär lika (4-6 %).
2. I diskriminantanalys kunde 93,8 procent klassificeras korrekt mellan klinisk population och rattfylleridömda, vilket visar god diskriminerande validitet.
3. Homogeniteten mellan de frågor som används för att fånga DSM:s huvudkonstrukt, beroende och missbruk (livstidsprevalens), är god. Samtliga beroendefrågor laddar högt i PCA då materialen används tillsammans, och i stort sett erhålls dessa höga laddningar även i analyser av de båda populationerna var för sig och även då kvinnorna analyseras separat. För missbruk nås motsvarande goda homogenitet först sedan fyra problematiska frågor tagits bort. Två av dessa är dock relevanta ur könsperspektiv och fungerar väl då kvinnorna analyseras separat. En tredje – om rattfylleri – var av naturliga skäl problematisk för rattfylleridömda (pga bristande variation) men fungerade väl i klinisk

population. En fråga – om langning – fungerar dock dåligt och bör tas bort på saklig grund. Det finns ingen klar koppling mellan langning av sprit och eget missbruk.

4. Intern konsistens är mycket hög för beroendefrågorna såväl i den sammanslagna populationen som i de separata analyserna för populationerna respektive för kvinnorna ($\alpha = 0,93-0,96$). Intern konsistens är hög också för missbruksfrågorna i alla analyserna oavsett om de fyra nämnda frågorna inkluderas eller ej ($\alpha = 0,80-0,88$).
5. Homogenitet och intern konsistens är i regel god också då analysen genomförs för varje kriterium. Samtliga sju beroendekriterier och tre av fyra missbrukskriterier har mer än 52 procents förklarad varians. Intern konsistens är tillfredsställande ($\alpha > 0,70$) för sex av sju beroendekriterier och för två av fyra missbrukskriterier, samt acceptabel ($\alpha > 0,50$) för ytterligare ett beroendekriterium och ett missbrukskriterium. Det kvarstående problemet rör missbrukskriteriet *rättsliga problem*.
6. Kriterierna har i huvudsak god homogenitet även då de studeras separat för kvinnor. Alla beroendekriterierna och tre av missbrukskriterierna har över 42 procents förklarad varians och samtliga faktorladdningar utom två är över 0,43. Undantagen rör fråga 35/35a och fråga 52 som båda låg strax under (0,35). Problemen för fråga 63 finns inte för kvinnorna. Både denna och fråga 65, som endast gäller kvinnor, förbättrar konstruktvaliditet i kriteriet då det tillämpas för kvinnor.

Diagnostiska instruments centrala kvaliteter brukar mätas med specificitet och sensitivitet. Specificitet handlar om att undvika falskt positiva fall, medan sensitivitet handlar om att undvika falskt negativa fall. Båda har visat sig vara excellenta för ursprungsinstrumentet SUDDS. Det egentliga testet på om de är bra även för ADDIS kan dock ske först genom jämförelse med andra accepterade diagnostiska rutiner, vilket planeras i en kommande studie. De fynd som här har preciserats har dock stor relevans. Specificitet tenderar att öka med god kriterievaliditet, medan sensitivitet tenderar att öka med flera frågor som väl fångar den faktor som sökes. Förutsättningarna för både specificitet och sensitivitet bör därför vara goda i ADDIS. Även om studien på detta sätt ger gott stöd för ADDIS psykometriska egenskaper så ger den också underlag för möjliga förbättringar.

Formuleringarna av enstaka problematiska frågor kan övervägas. Två frågor rör missbrukskriteriet *rättsliga problem*. Med nuvarande formulering är fråga 58 inte rimlig att använda som kriteriefråga eftersom langning i sig inte förutsätter missbruk. Om en fråga liknande den skall vara med bör den omformuleras så att tydlig koppling finns till eget

missbruk, t.ex. "...för att få pengar till alkohol." Fråga 59 om rattfylleri bör finnas kvar men med något förändrad formulering. Promille strax överskridande den nuvarande gränsen för rattfylleri (0,2 ‰) kan vara tecken på dåligt omdöme likväl som på missbruk av alkohol. För att göra kopplingen klarare kan frågan formuleras med tillägget "grovt rattfylleri, dvs med 1 promille eller mer".

Fråga 35a handlar om huruvida man känt till att minnesluckor har samband med högkonsumtion av alkohol och fungerar som komplettering till fråga 35 för att kunna fungera som indikation på beroendekriteriet *fortsatt användning trots upprepade hälsoproblem*. Konstruktionen har dock visat sig vara problematisk (låg laddning). Ett förslag är att ersätta fråga 35a med en egen självständig fråga som bakar in den kognitiva förutsättningen, t.ex. "Har du upplevt nya minnesluckor även sedan du har förstått att dessa har samband med högkonsumtion av alkohol?"

En annan möjlig förbättring gäller antalet frågor. Som påpekats hör det till ADDIS styrka att flera frågor används för att täcka de olika kriterierna. Detta gäller dock enbart under förutsättning att frågan bidrar till att fånga in personer som uppfyller kriteriet och som inte annars hade fångats in. I några fall gäller inte detta och man bör då överväga att stryka dessa frågor för att inte i onödan förlänga intervjun. Utifrån de data som presenterats kan detta gälla frågorna om att ha givit upp sociala eller fritidsaktiviteter "för att använda alkohol" (nr 40), eller "för att pengarna gått till alkohol (nr 41), vidare frågorna om problem på arbetsplatsen pga alkoholbruk uppdelat på konflikter (nr 52) respektive omplacering, avsked eller avstängning (nr 56), frågan om högkonsumtion under graviditet (nr 65), två frågor om allvarliga abstinenssymptom uppdelat på hallucinationer och förvirring (nr 72) respektive delirium tremens (nr 73). Då dessa frågor omprövas bör man väga in huruvida det finns ett egenvärde för behandlingsplaneringen att få svar på just dessa precisa frågor. Men man bör undvika att ta med allt som "kan vara intressant" om inte tydligare grund för frågan finns. Man kan också överväga att genom omformulering slå samman de frågor med alltför lågt individuellt bidrag och som är mycket närliggande, dvs frågorna 40-41, frågorna 52 och 56 samt frågorna 72 och 73. När det gäller fråga 73, om delirium tremens finns dels problem med låg laddning dels oförväntat fler ja-svar bland RF än KL. Det är möjligt att just denna fråga fungerat sämre då den administrerats i skriftligt formulär (RF) än av skolad intervjuare (KL). Alla kan förutsättas behärska ett rent diagnostiskt begrepp som delirium tremens.

För ett par kriterier kan man tvärtom överväga att istället tillföra någon fråga. Det gäller främst beroendekriterierna *tolerans* och *ökad mängd/ längre perioder* vilka nu endast har två

frågor var, ev. också missbrukskriteriet *rättsliga problem*, beroende på huruvida fråga 58 tas bort eller omformuleras. För rättsliga problem kan man t.ex. överväga att ställa en fråga om man i under påverkan av alkohol hamnat i bråk eller orsakat förstörelse som lett till åtal eller strafföreläggande, och/eller en fråga om man begått brott under påverkan av alkohol eller för att komma åt alkohol eller för att finansiera alkohol.

Konklusion

Sammanfattningsvis kan vi dra slutsatsen att ADDIS har god konstruktvaliditet, diskriminant validitet och intern konsistens vilket bör ge goda förutsättningar som underlag för diagnos av beroende och missbruk när det gäller alkohol, att det klarar att fånga även de enskilda kriterierna i DSM-IV, samt att dessa egenskaper fungerar väl för såväl kvinnor som män. Några föreslagna ändringar kan dock ytterligare förbättra instrumentet och göra det lättare att använda.

Referenser

- APA (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. rev. (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association (APA), pp. 175-272.
- ASAM PPC-2R (2001) *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second edition-Revised*. Edited by: David Mee-Lee. Chevy Chase, Maryland: American Society of Addiction Medicine, Inc. (ASAM).
- Bergmark, Åke, & Lundström, Tommy (1998) "Metoder i socialt arbete". *Socialvetenskaplig Tidskrift* vol. 5 nr 4, s. 291-314.
- Cottler, Linda B (1993) "Comparing DSM-III-R and ICD-10 substance use disorders". *Addiction* vol. 88 no. 5, pp. 689-696.
- Davis, LJ Jr.; Hoffmann, NG; Morse, RM; Luehr, J (1992) "Substance use disorder diagnostic schedule and an interviewer-administered format". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* vol. 16 no. 2, pp. 250-254.
- Dawson, Deborah A; Grant, Bridget F; & Harford, Thomas C (1995) "Variation in the association of alcohol consumption with five DSM-IV alcohol problem domains". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* vol. 19, pp. 66-74.
- Feingold, Alan & Rounsaville, Bruce (1995) "Construct validity of the abuse-dependence distinction as measured by DSM-IV criteria for different psychoactive substances". *Drug and Alcohol Dependence* vol.39, pp. 99-109.
- Grant, Bridget F (1993) "ICD-10 and proposed DSM-IV harmful use of alcohol/alcohol abuse and dependence, United States 1988: A nosological comparison". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* vol. 17 no.5, pp. 1093-1101.
- Grant, Bridget F (2000) "Theoretical and observed subtypes of DSM-IV alcohol abuse and dependence in a general population sample". *Drug and Alcohol Dependence* vol. 60 no. 3, pp. 287-293.
- Grant, Bridget F; Chou, S Patricia; Pickering, Roger P; Hasin, Deborah S (1992) "Empirical subtypes of DSM-III-R alcohol dependence: United States, 1988". *Drug and Alcohol Dependence* vol. 30 no. 1, pp. 75-84.
- Harrison, Patricia A. & Hoffmann, Normann G (1985). *SUDDS: Substance Use Disorder Diagnostic Schedule*. St. Paul, MN: Ramsey Clinic Associates.
- Hasin, Deborah S; Grant, Bridget G; Harford, Thomas C & Endicott, Jean (1988) "The drug dependence syndrome and related disabilities". *British Journal of Addiction* vol. 83, pp. 45-55.
- Hasin, Deborah & Paykin, Andrea (1998) "Dependence symptoms but no diagnosis: diagnostic 'orphans' in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence* vol. 50, pp 19-26.

- Hasin, Deborah; Van Rosem, Ronan; Mc Cloud, Steven & Endicott, Jean (1997) "Alcohol Dependence and Abuse Diagnoses: Validity in community sample of heavy drinkers". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* vol. 21, pp. 213 – 219.
- Hoffmann, Normann G & Harrison, Patricia A (1996) *SUDDS-IV (Substance use disorder diagnostic Schedule-IV) Manual*.
- Hoffmann, Normann G; Harrison, Patricia A, Wickström, Lynn (1987). *ADDIS - Alkohol, Drog Diagnos Instrument, Manual*. Åre: 4M Konsult AB.
- Hoffmann, Normann G; Hoffmann, Tyson D (2003) "Construct validity for alcohol dependence as indicated by the SUDDS-IV". *Substance Use & Misuse* vol. 38 no. 2, pp. 293-306.
- Hoffmann, Normann G; Olofsson, Olle; Salén, Bo; Wickström, Lynn (1995) "Prevalence of abuse and dependency in chronic pain patients". *International Journal of the Addictions* vol. 30 no 8, pp. 919-927.
- Jonasson, Birgitta; Jonasson, Ulf; Ekselius, Lisa & von Knorring, Lars (1997). "The feasibility of a new intake routine to assess substance use disorders by means of a structured interview". *General Hospital Psychiatry* vol. 19, pp. 36-41.
- Jonasson, Ulf; Jonasson, Birgitta; Wickström, Lynn; Andersson, E; Saldeen, Tom(1998) "Analgesic use disorders among orthopedic and chronic pain patients at a rehabilitation clinic". *Substance Use & Misuse* vol. 33 no.6, pp. 1375-1385.
- Muthén, Bengt; Grant, Bridget & Hasin, Deborah (1993a) "The dimensionality of alcohol abuse and dependence: factor analysis of DSM-III-R and proposed DSM-IV criteria in the 1988 National Health Interview Survey". *Addiction* vol. 88, pp. 1079-1090.
- Muthén, Bengt; Hasin, Deborah & Wisnicki, Kathleen S (1993b) "Factor analysis of ICD-10 symptom items in the 1988 National Health Interview Survey on Alcohol Dependence". *Addiction* vol. 7, pp. 1071-1077.
- Muthén, Bengt O (1996) "Psychometric evaluation of diagnostic criteria: Application to a 2-dimensional model of alcohol abuse and dependence". *Drug and Alcohol Dependence* vol. 41 no. 2, pp 101-112.
- Robins, Lee N.; Helzer, John E.; Ratcliff, Kathryn S., & Seyfried, Warren S. (1982) Validity of the Diagnostic Interview Schedule, Version II-DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*, vol. 12., pp. 855-870.
- Rounsaville, Bruce J; Bryant, Kendall; Babor, Thomas F; Kranzler, Henry R; Kadden, Ronald (1993) "Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10". *Addiction* vol. 88 no. 3, pp. 337-348.
- Sarr, Moussa; Bucholz, Kathleen K & Phelps Deborah L (2000) "Using cluster analysis of alcohol use disorders to investigate 'diagnostic orphans': subjects with alcohol dependence symptoms but no diagnosis". *Drug and Alcohol Dependence* vol. 60, pp. 295-302.

- SOU (2004:3) *Tvång och förändring. Rättsäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Betänkande från LVM-utredningen*. Stockholm: Statens offentliga utredningar, Socialdepartementet.
- SOU (2005:82) *Personer med tungt missbruk – Stimulans till bättre vård och behandling*. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, Socialdepartementet.
- SoS (2003) *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION)*. Stockholm: Socialstyrelsen (SoS).
- SoS (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen (SoS).
- Streiner, David L & Normann, Geoffrey R (1989) *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- WHO (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization (WHO), pp 49-63.
- Wickström, Lynn (1993) *ADDIS - Alkohol, Drog Diagnos Instrument, Manual*. Åre: 4M Konsult AB.

Tabeller

Tabell 1: Procentuell fördelning av andel med uppfyllda kriterier på alkoholmissbruk och alkoholberoende i två populationer (klinisk population [KL] och rattfylleridömda [RF]) dels avseende livstidsprevalens, dels aktuell prevalens..

Kriterier på beroende respektive missbruk av alkohol	n =	RF livstidsprev. 391 (a)	KL livstidsprev. 349	KL aktuell prev. 349
<i>Alkoholberoende</i>				
1. Tolerans		59,3	88,0	65,6
2. Abstinensbesvär		55,8	73,9	61,3
3. Ökad mängd / längre perioder av bruk		63,9	90,5	74,8
4. Kontrollförlust		37,6	75,4	59,6
5. Tidsomfattande bruk		54,2	88,5	71,9
6. Offrar andra aktiviteter pga användning		48,3	79,4	59,9
7. Fortsatt användning trots upprepade hälsoproblem		39,6	80,5	66,8
<i>Alkoholmissbruk</i>				
1. Försummat ansvar inför sina plikter		37,6	67,0	43,3
2. Risk att orsaka skada genom bruket		53,2	77,7	28,9
3. Rättsliga problem pga bruket (b)		98,5	53,3	6,3
4. Ständiga eller återkommande sociala problem pga bruket		59,3	92,0	67,9
Kriterier uppfyllda för alkoholberoende (minst 3)		59,1	88,2	75,1
Kriterier uppfyllda för alkoholmissbruk (minst 1 och ej beroende)		40,7	6,3	5,7
Beroende i fullständig remission (inga tecken senast året)		-	-	7,7
Beroende i partiell remission (några tecken men uppfyller ej kriterier för beroende senaste året)		-	-	5,4
Tidigare missbruk men ej senaste året		-	-	0,6
Kriterier ej uppfyllda för någon alkoholdiagnos		0,3	5,4	5,4
Därav oklassificerbara, s.k. "diagnostic orphans" (c)		#	2,3	2,3

(a) Inklusive 19 med bortfall på högst 5 av de enskilda frågorna; (b) Att det inte blir 100 procent i RF, som dömts för att ha kört påverkade, beror på att några vid brottet varit påverkade av annat än alkohol. Här gäller det endast diagnosen alkoholmissbruk. (c) Avser situationen då 1-2 beroendekriterier uppfyllts, men inget missbrukskriterium, dvs då problem finns men ingen DSM-diagnos kan appliceras. # Rattfylleridomen uppfyller i sig missbrukskriteriet (utom för den som istället dömdes för påverkan av drog).

Tabell 2: Frekvenser av symptom på beroende (kolumnerna 1-4), samt enfaktors principalkomponentanalys med andel förklarad varians (R^2), samt faktorladdningar (kolumnerna 5-8). Detta görs utifrån livstidsprevalenserna för de två populationerna separat och sammanslaget, samt för kvinnor ur kliniska populationen. Faktorladdningar över 0,40 anges i fet stil. Cronbach's alpha (α) för varje lösning.

Fråga nr	Formulering	Kolumn nr							
		1	2	3	4	5	6	7	8
		KL	KL-kv	RF	KL+RF	KL	KL-kv	RF	KL+RF
		349	129	392 (a)	741 (a)	349	129	373 (b)	722 (b)
		%	%	%	%	$R^2=0,37$	$R^2=0,34$	$R^2=0,50$	$R^2=0,46$
						$\alpha=0,94$	$\alpha=0,93$	$\alpha=0,96$	$\alpha=0,96$
16/17	Hur ofta dricker du? (Minst 4-5 dagar/vecka) samt När du dricker, hur mycket dricker du då vanligen? (Minst 18 cl sprit el. motsvarande)	52,7	41,1	19,1	35,1	0,45	0,58	0,55	0,56
22	Har du någonsin druckit en helflaska sprit under en dag (Alternativt 3 flaskor vin eller 12 burkar starköl)?	82,2	76,0	55,5	68,0	0,44	0,44	0,64	0,61
30	Kvinnor: 50 cl sprit, 2 flaskor vin eller 8 starköl.	88,8	89,1	63,4	75,3	0,47	0,47	0,62	0,62
31	Har det hänt att du använt mer alkohol än du hade tänkt dig?	74,2	69,8	40,4	56,3	0,64	0,71	0,81	0,77
32	Har det hänt att du fortsatt att använda alkohol när du inte hade tänkt dig det?	30,1	24,8	16,1	22,7	0,43	0,36	0,57	0,52
33	Har du någonsin använt alkohol dagligen i en månad eller mer?	65,0	44,2	45,3	54,5	0,62	0,56	0,74	0,70
34	Har du någonsin använt alkohol minst ett par dagar i streck utan att nyktra till?	58,2	53,5	26,9	41,6	0,49	0,57	0,69	0,64
36	Behöver du mer alkohol för att få samma effekt som tidigare?	52,1	51,2	17,1	33,6	0,57	0,61	0,69	0,67
37	Händer det att du ofta tänker på alkohol när du håller på med andra saker?	60,7	58,1	27,6	43,2	0,69	0,73	0,75	0,76
38	Har längtan/suget efter alkohol någonsin varit så stark att du inte kunnat stå emot?	49,9	49,6	23,0	35,6	0,56	0,64	0,69	0,66
39	Har du någonsin satt upp regler/scheman för ditt bruk av alkohol som du inte förmått följa?	61,0	53,5	24,3	41,6	0,69	0,62	0,73	0,75
40	Har du någonsin velat minska eller sluta med alkohol, men inte kunnat?	36,4	30,2	17,9	26,6	0,68	0,64	0,74	0,71
41	Har du minskat eller givit upp sociala eller fritidsaktiviteter för att kunna använda alkohol?	28,4	15,5	15,6	21,6	0,56	0,42	0,63	0,59
42	Har du gett upp sociala eller fritidsaktiviteter för att pengarna har gått till alkohol?	70,2	64,3	43,2	55,9	0,70	0,64	0,77	0,76
43	Har det någonsin hänt att du inte kunnat göra det du planerat p.g.a. återhämtning från eller användning av alkohol?	52,7	41,9	31,2	41,3	0,64	0,57	0,72	0,70
44	Har du någonsin varit borta från arbetet eller skolan p.g.a. alkohol?	34,7	22,5	20,3	27,0	0,59	0,47	0,71	0,65
45	Har du försummat ditt arbete, försvårat dina möjligheter att utvecklas i arbetet eller slutat arbetet p.g.a. alkohol?	73,6	64,3	36,7	54,1	0,62	0,62	0,78	0,75
46	Har du någonsin använt en stor del av dagen för att inta eller för att återhämta dig från alkohol?	47,3	47,3	17,4	31,5	0,68	0,67	0,75	0,74
47	Har du känt det som om livet mest kretsar runt alkohol?	55,0	43,4	26,9	40,1	0,66	0,63	0,78	0,74
48	Har du haft problem med minnet eller koncentrationen som du tror beror på din användning av alkohol?	58,5	55,0	21,0	38,6	0,64	0,64	0,70	0,71
66	Har du haft känslomässiga problem (t.ex. känt dig nedstämd, värdelös eller haft ångest) som du eller någon annan tror beror på ditt bruk av alkohol?	55,3	44,2	27,4	40,5	0,68	0,67	0,80	0,76
67	Har du fortsatt använda alkohol, fast du visste att det kunde förvärra ett fysiskt/psykiskt problem, t.ex. matsår, depression?	54,2	46,5	26,3	39,4	0,67	0,70	0,76	0,74
68	Har du dragit dig undan familjen/nära vänner för att istället kunna använda alkohol antingen ensam eller med andra?	50,4	41,9	18,2	33,4	0,69	0,69	0,72	0,73
69	Har du någonsin känt minst två av följande när du minskade eller slutade använda alkohol? (Av 11 uppräknade abstinenssymptom)	68,8	63,6	51,7	59,6	0,69	0,63	0,68	0,70
70	Har du haft påtagliga skakningar efter att du slutat med/ minskat användning av alkohol?	40,1	29,5	21,6	30,4	0,61	0,57	0,68	0,65
71	Har du använt alkohol eller likartad drog för att lindra eller undvika skakningar eller andra abstinensbesvär?	48,1	34,1	25,2	41,3	0,71	0,62	0,79	0,74
72	Har du drabbats av hallucinationer eller allvarlig förvirring efter att du slutat eller trappat ned på alkoholanvändning?	16,3	7,8	7,8	11,9	0,45	0,37	0,52	0,48
73	Har du haft delirium tremens när du slutat med alkoholanvändning?	6,9	1,6	13,3	10,2	0,35	0,24	0,63	0,42

(a) Inklusive 19 med bortfall på högst 5 av frågorna, (b) Formulär med fullständig datauppsättning.

Tabell 3: Frekvenser av aktuella symptom (%) på alkoholmissbruk, i klinisk population (KL, inklusive separat för kvinnor [KL-kv]) bland rattfylleritömda (RF), och i båda populationerna tillsammans (kolumnerna 1-4). Principalkomponentanalys (enfaktorlösningar) presenteras med andel förklarad varians (R²), samt faktorladdningar, dels för tillgängliga variabler dels utan variablerna 58,63 och 65 samt för RF och kombinerat – utan variabel 59. Faktorladdningar över 0,40 anges i fet stil. Cronbach's alpha (α) anges för varje lösning.

Nr	Formulering*	Kolumn nr										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Population	KL	KL-kv	RF	KL+RF	KL	KL-kv	RF	KL+RF	KL	RF	KL+RF
	n =	349	129	392 (a)	741 (a)	349	129	373 (b)	722 (b)	349	373 (b)	722 (b)
						R ² =0,30 α = 0,84	R ² =0,25 α = 0,80	R ² =0,39 α = 0,88	R ² =0,35 α = 0,85	R ² =0,32 α = 0,84	R ² =0,41 α = 0,88	R ² =0,40 α = 0,86
49	Har din familj, vänner eller någon annan någonsin klagat på ditt bruk av alkohol?	77,4	68,2	39,6	57,4	0,53	0,50	0,80	0,73	0,53	0,80	0,73
50	Har din användning av alkohol någonsin skadaten relation till någon som du brydde dig om?	55,0	44,2	29,9	41,7	0,61	0,62	0,75	0,71	0,61	0,75	0,71
51	Har du någonsin slagit någon eller blivit våldsam när du druckit alkohol?	45,0	38,8	27,6	35,8	0,57	0,65	0,61	0,61	0,57	0,61	0,61
52	Har du någonsin haft konflikter med en chef, kollegor/lärare eller klasskamrater pga ditt bruk av alkohol?	24,6	18,6	11,3	17,5	0,47	0,29	0,65	0,57	0,47	0,65	0,57
53	Har du någonsin struntat i överenskomelser eller vardagliga sysslor p.g.a. alkohol?	59,6	47,3	30,4	44,1	0,69	0,75	0,81	0,78	0,69	0,81	0,78
54	Har det hänt att du inte betalat räkningar eller skött dina andra ekonomiska förpliktelser p.g.a. att du använt pengarna till alkohol?	30,4	11,6	22,5	26,2	0,66	0,47	0,72	0,67	0,66	0,72	0,68
55	Har du någonsin haft svårigheter att utföra ditt jobb eller skolarbete p.g.a. alkohol?	40,7	33,3	22,0	30,8	0,64	0,67	0,73	0,71	0,64	0,74	0,70
56	Har du någonsin blivit omplacerad eller avskedad /eller avstängd från skola/p.g.a. ditt bruk av alkohol?	14,9	6,2	5,6	10,0	0,52	0,38	0,51	0,51	0,52	0,51	0,51
57	Har du blivit gripen av polisen p.g.a. ditt beteende i samband med användning av alkohol? (Ej trafikbrott)	39,0	17,8	36,3	37,5	0,57	0,52	0,62	0,57	0,57	0,62	0,58
58	Har du någonsin blivit tagen av polisen p.g.a. innehav eller försäljning av alkohol? (c)	3,7	0,8	-	-	0,08 (e)	- 0,02 (e)	-	-	-	-	-
59	Har du någonsin blivit tagen av polisen p.g.a. att du kört påverkad av alkohol?	32,1	12,4	98,0 (d)	66,8	0,39	0,26	0,03	-0,09	0,40	-	-
60	Har du kört påverkad av alkohol utan att åka fast?	58,5	34,1	51,8	54,9	0,58	0,46	0,79	0,58	0,59	0,79	0,59
61	Har du någonsin, som förare, varit inblandad i en trafikolycka när du har använt alkohol?	15,2	9,3	17,9	16,6	0,53	0,29	0,46	0,44	0,53	0,46	0,45
62	Har du någonsin skadat dig när du har använt alkohol, så att du behövt medicinsk vård?	35,8	23,3	22,3	28,6	0,60	0,36	0,62	0,61	0,60	0,62	0,61
63	Har du blivit sexuellt utnyttjad eller utsatt för sexuellt våld i samband med bruk av alkohol?	11,2	24,8	0,8	5,7	0,13	0,54	0,24	0,22	-	-	-
64	Har du utsatt dig för risker – sexuella eller andra – när du har använt alkohol? (Endast kvinnor)	52,4	49,6	16,1	33,2	0,54	0,54	0,48	0,56	0,53	0,48	0,55
65	borde, fast du visste att du var gravid?	3,2	7,8	-	-	-	0,37	-	-	-	-	-
35	Har det hänt att du inte kunnat komma ihåg vad du har sagt eller gjort när du har använt alkohol, fast du blev påmind?	83,7	81,4	50,4	66,0	0,50	0,46	0,69	0,67	0,50	0,70	0,67

(a) Inklusive 19 med bortfall ≤ 5 frågor; (b) Formulär med komplett datauppsättning; (c) Fr. 58 ej inkluderad i RF; (d) < 100 då några döms för att ha kört drogpåverkad; (e) Denna faktorladdning avser separat analys med denna variabel inkluderad (övriga laddningar i kolumnen avser för jämförbarhetens skull då denna exkluderats).

Tabell 4: *Principalkomponentanalys (enfaktors) med faktorladdningar för respektive fråga (livstidsprevalens), andelen förklarad varians (R^2) samt den interna konsistensen (Cronbachs alpha) för respektive kriterium. (n = 741, utom där kvinnor analyseras separat n = 129).*

DSM-IV-kriterier	Fråga nr	Resp. frågas faktorladdning		Andel förklarad varians, R^2		Cronbachs' Alpha, α	
		Alla	Endast kvinnor	Alla	Endast kvinnor	Om frågan tas bort	
<i>Beroendekriterier</i>							
Tolerans	22	0,83	0,79	0,69	0,62	0,55	-
	34	0,83	0,79				-
Abstinensbesvär	69	0,71	0,64	0,52	0,43	0,77	0,73
	70	0,79	0,73				0,70
	71	0,78	0,77				0,69
	72	0,68	0,59				0,75
	73	0,66	0,51				0,75
Ökad mängd/ längre perioder	30	0,89	0,88	0,80	0,77	0,74	-
	31	0,89	0,88				-
Kontrollförlust	37	0,85	0,83	0,71	0,67	0,80	0,71
	38	0,82	0,81				0,75
	39	0,85	0,81				0,71
Tidsomfattande bruk	16/17	0,68	0,66	0,52	0,42	0,77	0,74
	32	0,62	0,47				0,76
	33	0,75	0,67				0,74
	45	0,79	0,72				0,69
	46	0,75	0,69				0,71
Offrar andra aktiviteter pga användning	40	0,79	0,76	0,59	0,46	0,86	0,83
	41	0,73	0,61				0,84
	42	0,74	0,61				0,84
	43	0,77	0,63				0,83
	44	0,77	0,66				0,83
	68	0,80	0,78				0,83
Fortsatt användning trots upprepade hälsoproblem (a)					0,53		
	Nr 35a ej med i RF	35/35a	-	0,35	0,69 (a)	0,64 (a)	0,86 (a)
		47	0,81	0,69			-
		48	0,81	0,76			0,83
		66	0,88	0,88			0,79
		67	0,85	0,84			0,81
<i>Missbrukskriterier</i>							
Försummat ansvar inför plikter	53	0,80	0,81	0,57	0,50	0,75	0,65
	54	0,80	0,64				0,68
	55	0,77	0,76				0,65
	56	0,64	0,59				0,75
Risk för fysisk skada:	60	0,70	0,66	0,38 (b)	0,33	0,59 (b)	0,50
	61	0,66	0,45				0,41
	62	0,69	0,43				0,39
	63	0,23	0,56				0,54
	64	0,68	0,66				0,43
	Ej med i RF	65	0,63	0,63			-
Rättsliga problem (i)	57	0,79	0,57	0,43	0,46	0,34	0,04
	Ej med i RF	58	0,46	0,67			0,39
		59	0,68	0,75			0,19
Ständiga eller återkommande sociala problem	35	0,76	0,65	0,53	0,52	0,77	0,71
	49	0,81	0,72				0,69
	50	0,79	0,79				0,70
	51	0,64	0,64				0,76
	52	0,60	0,35				0,77

(a) Exklusive fråga 35a, som ej ingick i formuläret till RF. (b) Om fråga 63 tas bort höjs R^2 till 0,47 och Alpha till 0,63. Om istället kvinnor analyseras separat och inklusive frågorna 63 och 65 så är alpha 0,57, och då har alla frågorna bidragit till att höja alpha. Utan frågorna 63 och 65 är alpha för kvinnor endast 0,49. (c) Exklusive fråga 65 som endast gällde kvinnor. (d) Vid analys av kvinnor separat. (e) Analys endast på KL, då frågan saknades i RF. (f) Endast i KL, pga att fråga 59 var problematisk i RF (gällde i stort sett alla). (g) Endast frågorna 57 och 59 (ej fråga 58) till båda populationerna. (i) Analysen gjord utan RF, då fråga 59 är problematisk för denna grupp. Om fråga 58 tas bort så höjs R^2 till 0,62 och alpha till 0,39.

Tabell 5: Kriteriefrågornas frekvenser och bidrag till ADDIS sensitivitet för livstidsprevalens (n = 741). För de sju beroendekriterierna i DSM-IV anges dels frekvensen, dvs andelen som uppfyller detta kriterium utifrån minst en fråga (kolumn II), dels andelen som uppfyller samtliga frågor inom detta kriterium (kolumn IV). Frågorna anges i samma ordning som de uppfylls. För varje fråga anges andelen som uppfyller symptomet (kolumn III), plusvärdet, dvs hur stor andel som ytterligare tillförs kategorin med uppfyllt kriterium (kolumn V) samt andelen unikt uppfyllda, dvs uppfyllda endast genom denna fråga men ej på annan fråga inom samma kriterium. Dessutom separata analyser för kvinnor (n = 129) för kriteriet risk för fysisk skada och endast KL (n=349) för rättsliga problem.

DSM-IV-kriterier	I Frågans nr	II Kriteriets frekvens, %	III Frågans frekvens, %	IV Därav alla globalt över- lappande, %	V Plus- värde, %	VI Unikt uppfyllda %
<i>Beroendekriterier</i>						
Tolerans		72,5		36,8		
	22		67,8		67,8	31,0
	34		41,5		4,7	4,7
Abstinensbesvär		64,2		5,3		
	69		59,8		59,8	16,3
	71		41,3		3,0	2,0
	70		30,4		1,5	1,1
	72		11,9		0,1	0,1
	73		10,2		0,1	0,1
Ökad mängd/ längre perioder		76,4		55,2		
	30		75,3		75,3	20,1
	31		56,3		1,1	1,1
Kontrollförlust		55,3		23,8		
	37		43,2		43,2	6,1
	39		41,6		9,0	4,9
	38		35,6		3,1	3,1
Tidsomfattande bruk		70,0		9,3		
	33		54,5		54,5	6,2
	45		54,1		10,0	4,3
	16/17		35,1		3,1	2,2
	46		31,5		1,5	1,3
	32		22,7		0,8	0,8
Offrar andra aktiviteter pga användning		62,9		10,7		
	42		55,9		55,9	9,0
	43		41,3		3,6	2,2
	68		33,4		1,9	1,1
	44		27,0		0,8	0,7
	40		26,6		0,5	0,4
	41		21,6		0,4	0,4
Fortsatt användning trots upprepade hälsoproblem		58,8		10,9		
	66		40,5		40,5	1,6
	47		40,1		9,0	3,8
	67		39,4		3,8	2,3
	48		38,6		3,4	3,4
<i>Missbrukskriterier</i>						
Försummat ansvar inför plikter		51,4		6,1		
	53		44,1		44,1	10,8
	55		30,8		4,3	3,4
	54		26,2		2,7	2,4
	56		10,0		0,3	0,3
Risk för fysisk skada (båda könen):		64,6		0,7 (a)		
	60		54,7		54,7	17,0
	64		33,2		7,0	3,2
	62		28,6		4,0	3,9
	61		16,6		1,3	1,3
	63		5,4		0,5	0,5

	65		3,1		0,0	0,0
Risk för fysisk skada (endast kvinnor):		70,5		0,8		
	64		49,6		49,6	11,6
	60		34,1		8,5	4,7
	62		23,3		7,0	6,2
	63		24,8		3,1	2,3
	61		9,3		2,3	2,3
	65		7,8		0,0	0,0
Rättsliga problem (endast 2 frågor, KL+RF)		76,9		27,4		
	59		66,8		66,8	39,4
	57		37,5		10,1	10,1
Rättsliga problem (alla tre frågorna, endast KL)		77,1		0,9		
	57		38,9		38,9	18,9
	59		32,0		14,0	13,4
	58		3,7		0,3	0,3
Ständiga eller återkommande sociala problem		74,6		9,3		
	35		66,0		66,0	8,2
	49		57,4		6,6	3,0
	50		41,7		0,8	0,7
	51		35,8		1,2	1,2
	52		17,5		0,0	0,0