

## Severity of Dependence Scale (SDS)

**Nr 1. Skriv in medikamentnavnet i de tomme feltene (\_\_\_\_) som spørsmålet er relatert, begynn med første medisin.**

1. Tror du din bruk av  
(medisin)\_\_\_\_\_ er  
ute av kontroll?       0 -       1 -       2 -       3 -  
aldri/nesten      noen      ofte      alltid  
aldri      ganger

2. Blir du engstelig eller  
bekymret ved tanken på å  
droppe en dose  
av(medisin)\_\_\_\_\_?  
 0 -       1 -       2 -       3 -  
aldri/nesten      noen      ofte      alltid  
aldri      ganger

3. Er du bekymret for din bruk  
av  
(medisin)  
\_\_\_\_\_  
 0 -       1 -       2 -       3 -  
aldri/nesten      noen      ofte      alltid  
aldri      ganger

8

4. Ønsker du at du kunne slutte  
å bruke  
(medisin)  
\_\_\_\_\_  
 0 -       1 -       2 -       3 -  
aldri/nesten      noen      ofte      alltid  
aldri      ganger

5. Hvor vanskelig synes du det  
er å la være å ta/ slutte med  
(medisin)  
\_\_\_\_\_  
 0 - ikke  
vanskelig       1 -  
ganske  
vanskelig       2 -  
veldig  
vanskelig       3 -  
umulig

Skår: \_\_\_\_\_