

Diagnoskoder för beroende i remission – rekommendationer från Svensk förening för beroendemedicin 2023-10-01

Svensk förening för beroendemedicin rekommenderar följande definitioner av tilläggskoderna för beroendetillstånd i remission i svenska ICD-10:

C. Aktiv droganvändning: Patienten har uppfyllt kriterier för beroendediagnosen under de senaste 3 månaderna.

D. Tidig fullständig remission: Patienten har inte uppfyllt några kriterier för beroendediagnosen (utöver craving-kriteriet) under de senaste 3 till 12 månaderna.

E. Långvarig partiell remission: Patienten har sedan minst 12 månader en minskad användning av substansen och har under denna tid inte uppfyllt tillräckligt antal kriterier för beroendediagnosen, även om enstaka diagnoskriterier varit uppfyllda.

F. Långvarig fullständig remission: Patienten har sedan minst 12 månader inte uppfyllt något kriterium för beroendediagnosen (utöver craving-kriteriet).

Bakgrund

1 januari 2022 införde Socialstyrelsen en rad nya tilläggskoder för remission av opioidberoende (F11.2) i svenska ICD-10, och ett år senare tillfogades motsvarande koder även för övriga substansberoenden (F10-F19). Det innebär att beroendediagnosen nu kan kompletteras med bokstaven C, D, E eller F: den kompletta diagnoskoden blir då exempelvis F11.2F Opioidberoende, långvarig fullständig remission. Dessa nya koder tillkom på förslag från oss inom Svensk förening för beroendemedicin, då vi såg ett behov av att kunna särskilja olika faser i ett beroende. I både ICD- och DSM-systemen är beroende en kronisk diagnos, men det är naturligtvis stor skillnad mellan en patient i aktivt substansbruk, och en där substansbruket sedan länge upphört. Remissionskoderna gör det möjligt att specificera detta, vilket kan vara värdefullt på systemnivå för verksamhetsuppföljning och kvalitetsregister, men också i vården av enskilda patienter som nu kan erhålla en mer kliniskt informativ diagnos.

Skilda remissionsbegrepp i DSM-5 och ICD-11

Socialstyrelsen har således lagt till dessa koder, men specificerar inte hur de ska tolkas. Man har istället uppmanat oss i specialistföreningen att arbeta fram en rekommendation för användningen av remissionskoderna. Saken är inte helt självklar, då DSM-5 och ICD-11 (som ännu inte föreligger i svensk version) definierar remission på olika sätt. Enligt DSM-5 innebär remission att patienten sedan en viss tid inte längre uppfyller några kriterier för substansbruksyndromet (med undantag för craving-kriteriet), medan ICD-11 istället definierar remission som att patienten sedan en viss tid inte längre använder substansen ifråga. ICD-11 har även begreppet "partiell remission", som innebär att substansanvändningen minskat och att patienten inte längre uppfyller kriterier för beroende. En liknande kod fanns även i DSM-IV, men avskaffades till DSM-5.

I praktiken kommer dessa två definitioner ofta sammanfalla: om en patient varit fri från substansbruk en längre tid är flera av diagnoskriterierna inte längre aktuella. Men det finns också situationer där definitionerna går isär, exempelvis för patienter med alkoholberoende som uppnår ett kontrollerat drickande, med en lågrisk-konsumtion utan negativa konsekvenser under längre tid. För att dra det till

sin spets så kan en person som någon gång i livet uppfyllt kriterier för alkoholberoende, men är fri från alkoholproblem sedan flera decennier och endast dricker ett standardglas alkohol varje nyårsafton, inte uppnå långvarig fullständig remission enligt ICD-11. ICD-11 specificerar inte heller vad som gäller för patienter som ordinerar en substans ur samma klass som behandling för sitt beroende, exempelvis inom ramen för underhållsbehandling.

En annan diskrepans mellan systemen är att "tidig remission" börjar efter tre månader i DSM-5, men redan efter en månad i ICD-11. Bägge systemen anger dock tolv månader som gränsen för långvarig remission.

Motivering och kliniska reflektioner

Vår rekommendation ligger närmare definitionerna i DSM-5, med fokus på om aktuella beroendesymtom föreligger, och inte enbart om substansintag förekommit eller ej. Eftersom beroendediagnosen i sig inte grundas på konsumtionsmått, ter det sig mest logiskt att definiera remission från diagnosen utifrån samma principer. Att undanta craving-kriteriet ter sig också rimligt, med tanke på att stress- eller situationsutlöst sug för många patienter är något som återkommer emellanåt, trots att de varit stabilt fria från substansbruk i årtal.

En invändning är att ICD-11:s definition – substansintag eller ej – kan tyckas mer entydig och därmed enklare att tillämpa kliniskt. Exempelen med alkoholberoende individer som uppnår ett kontrollerat drickande och liknande situationer, som beskrivna ovan, gör dock en sådan definition problematisk. Det är samtidigt värt att betona att de två definitionerna i praktiken kommer att sammanfalla för de flesta patienter i beroendevården.

Vi har också gått på DSM:s förslag avseende tidsgräns för när tidig remission kan anses föreligga. Tre månaders remission är kliniskt signifikant, och därmed en relevant tidsrymd att markera med en ny diagnos. Med endast en månad som gräns skulle det för vissa patienter bli väldigt täta, upprepade diagnosändringar till föga nytta.

Klinisk erfarenhet tyder på att tilläggskoderna är viktiga av flera skäl. C- och D-koderna tydliggör att olika faser i ett behandlingsförlopp kräver fokus på olika typer av åtgärder. F-koden för långvarig fullständig remission är angelägen, då den markerar att patienten är långt ifrån det aktiva beroende som är vanligast när man först söker hjälp. För dessa patienter kan en beroendediagnos där remission inte specificerats uppfattas som stigmatiserande och leda till missförstånd i kontakter med vården, medan en remissionsdiagnos istället blir en positiv bekräftelse på den återhämtning som skett.

Slutligen är det viktigt att betona att dessa tilläggs-koder inte är obligatoriska att använda, det går fortfarande att använda grundkoderna utan några tillägg precis som förut. Vår erfarenhet är dock att denna diagnostiska precisering kan vara till hjälp både i vården av enskilda patienter och för verksamhetsuppföljning.

För Svensk förening för beroendemedicin

Joar Guterstam

Ordförande