

Beroendemedicin

Utredning av reglering som läkarspecialitet

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2013-10-30
Publicerad www.socialstyrelsen.se oktober 2013

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utreda om beroendemedicin bör bli en medicinsk specialitet. Uppdraget avser även att utarbeta målbeskrivningar för specialiteten om beslut fattas att beroendemedicin ska regleras som en egen specialitet.

Kunskapsinhämtningen har skett genom hearingar med patientorganisationer och specialitetsföreträdare. Vidare har möten hållits med experter, utbildningsansvariga, kriminalvården samt Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL). Skrivelser har också mottagits av bland annat specialitetsföreningar. Projektgruppen har också tagit del av interna rapporter samt haft möten med utredare och medicinskt sakkunniga på Socialstyrelsen.

Rapporten är framtagen av projektledaren Nela Söder tillsammans med en projektgrupp bestående av utredarna Ida Mogensen, Richard Walls vid Socialstyrelsen samt medicinsk sakkunnig Stefan Borg. Pernilla Ek har varit ansvarig enhetschef.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Uppdraget	8
Bakgrund	10
Den offentligrättsliga regleringen	10
Beteckningar och definitioner	11
Sjuklighet och demografisk utveckling	12
Organisation av missbruk- och beroendevård	13
Kunskapsutveckling	14
Personal och kompetensförsörjning	15
Missbruksutredningens slutsatser	16
Metod och genomförande	18
Frågeställningar	18
Kunskapsinhämtning	19
Diskussion	20
Kompetens	20
Kompetensbehov	20
Rekrytering och vårdorganisation	20
Rekrytering och kompetens	21
Fältets avgränsbarhet och risker med en avgränsning	22
Specialitet	23
Socialstyrelsens bedömning och slutsatser	24
Referenser	25
Bilaga 1: Underlag	27

Sammanfattning

Missbruks- och beroendeproblematik är orsak till omfattande sjuklighet och är därmed ett viktigt hälsoproblem i Sverige idag. Mot bakgrund av den stora gruppen drabbade och de ofta allvarliga konsekvenser som beroendeproblem medför, både för samhället och för enskilda individer, finns det flera starka skäl att förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp. Socialstyrelsen har påvisat flera problemområden relaterade till läkarkompetens inom missbruks- och beroendemedicin:

- Det är mycket varierande kompetens hos specialistläkare som verkar inom missbruks- och beroendevården.
- Det finns stora regionala skillnader avseende organisation och kompetens vilket medför ojämlik vård.
- Ny kunskap saknar vägar att nå ut till verksamheterna.
- Patientgruppen har ofta både psykiatrisk och kroppslig samsjuklighet, vilket kräver särskild kompetens och omhändertagande.
- Det finns ett behov av läkare med specifik beroendekompetens även inom andra områden.

Det finns en risk att kompetensen blir för utspridd då beroendepatienter behandlas inom många olika verksamheter på grund av de varierande sam- och följsjukdomarna. Med ett mer sammanhållet omhändertagande och kompetenscentrering skulle omhändertagandet av patienter med beroendeproblematik kunna förbättras. Centrering av kunskapsfältet bedöms även underlätta spridning av vetenskapligt underbyggda behandlingsmetoder. Beroendesjuklighet behandlas i dag till stor del inom psykiatri, men är ett område med tydlig särprägel i fråga om behandlingsmetoder och relationer till andra specialiteter.

Reglering av beroendemedicin som en egen specialitet i form av gren- eller tilläggspecialitet bedömer Socialstyrelsen kunna bidra till att minska de problem som i dag ses i omhändertagandet av beroendepatienter. Beroendemedicin föreslås därför bli en reglerad specialitet.

Inledning

Socialstyrelsen har sedan den 1 februari 2009 i uppdrag av regeringen att dela in och benämna de specialiteter där specialistkompetens kan uppnås samt att utarbeta målbeskrivningar enligt 4 kap. 1 och 5 §§ patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF¹. Myndigheten ansvarar också för att pröva och besluta om specialistkompetensbevis, se 4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring².

I januari 2012 presenterade Socialstyrelsen rapporten *ST i teori och praktik*, en uppföljning av kvaliteten i läkarnas ST-utbildning. I juli samma år redovisade myndigheten ytterligare en utredning om läkarnas ST-utbildning, *Översyn av läkarnas specialitetsindelning*. Båda rapporterna visade på behov av revidering av regelverket SOSFS 2008:17. Revidering av dessa påbörjades i september 2012 och planeras träda i kraft den 1 januari 2015. Den nya föreskriften planeras att få en ny struktur och indelning med en förändrad gemensam kunskapsbas för vissa grupper av specialiteter samt att en majoritet av grenspecialiteterna i dessa kluster förändras till basspecialiteter. Översynsrapporten har även föreslagit att fem nya specialiteter ska inrättas, däribland flera tilläggsspecialiteter som till exempel äldrepsykiatri.

Översynen av specialitetsindelningen föreslog inte att beroendemedicin skulle inrättas som en specialitet. I efterhand har det framförts synpunkter om att frågan inte utretts tillräckligt utförligt, bland annat av det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet)³. Synpunkter framfördes även av Svenska Läkaresällskapet samt Svensk förening för Beroendemedicin vilka inkom med remissvar på översynsrapporten där man förespråkade en reglering av beroendemedicin.

I Missbruksutredningens slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (SOSU 2011:35) som presenterades i april 2011 framfördes brister inom området där man såg ett behov av att stärka kompetens hos flera yrkesgrupper, däribland läkare. Utredningen betonade även ett behov av kunskapsbaserade insatser.

Uppdraget

Med anledning av ovan framförda omständigheter har Socialstyrelsen av regeringen fått i uppdrag att utreda om beroendemedicin ska inrättas som en offentligrättsligt reglerad specialitet. Syftet med utredningen är att utreda om

¹ Innan 1 januari 2011 4 kap. 1 och 3 §§ förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

² Det finns ytterligare en föreskrift om läkarnas specialiseringstjänstgöring, SOSFS 1996:26. Regelverket gäller för alla som erhållit svensk läkarlegitimation före 1 juli 2006. Föreskriften gäller till och med 31 december 2013 och upphör därefter att gälla.

³ ST-rådet är bildat på uppdrag av regeringen enligt förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen. Rådet är ett rådgivande organ som har i uppdrag att bistå myndigheten i sitt arbete med läkarnas specialiseringstjänstgöring.

en reglering av specialitetsområdet skulle verka för en förbättrad missbruks- och beroendevård. I det fall Socialstyrelsen bedömer att beroendemedicin ska inrättas som ny specialitet har myndigheten även i uppdrag att utreda var i specialitetsindelningen specialiteten ska inrättas samt utarbeta målbeskrivningar för utbildningen. Denna rapport omfattar endast utredning om beroendemedicin ska bli en offentligrättsligt reglerad specialitet.

Bakgrund

Den offentligrättsliga regleringen

Läkarnas specialiseringstjänstgöring har i Sverige varit reglerad sedan 1960. Specialitetsindelningen, strukturen för utbildningen samt även antalet specialiteter har sedan dess kommit att förändras. Men syftet med regleringen, vilken bland annat är att allmänhet och patienter ska veta vilken kompetens olika läkare besitter, är idag densamma. Avsikten med regleringen är alltså att specialistkompetens ska utgöra en kvalitetsgaranti om en hög kunskapsnivå inom respektive område [1]. Regleringen och bestämmelser om målbeskrivningar för specialistkompetens medför också att utbildningen blir enhetlig vilket är en förutsättning för lika och jämställd vård i Sverige.

I detta sammanhang har Socialstyrelsen valt att definitera vad som konstituerar en specialitet enligt följande kriterier:

- En medicinsk specialitet bör vara kunskapsmässigt sammanhållen och av tillräcklig omfattning.
- En medicinsk specialitets kunskapsmassa bör vara avgränsbar från andra specialiteter.
- En medicinsk specialitet bör ha ett tillräckligt antal utövande specialister för att möjliggöra att specialiteten kan inrättas och upprätthållas.
- En medicinsk specialitet bör avspegla patienternas och hälso- och sjukvårdens behov [1,2].

PSL reglerar bland annat behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården. Av 4 kap. 8 § framgår att en legitimerad läkare som har genomgått viss vidareutbildning efter ansökan ska få bevis om specialistkompetens. I lagen anges även att den som innehar specialistkompetens åtnjuter ett titelskydd, vilket innebär att endast den som meddelats specialistkompetens inom ett visst område får beteckna sig som specialist. I 4 kap. 1 § PSF anges att: för att en legitimerad läkare ska uppnå specialistkompetens ska han eller hon förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivs för specialistkompetensen genom att genomgå specialiseringstjänstgöring under minst fem år. Specialiserings-tjänstgöringen ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning.

Föreskrifter och allmänna råd

Det är vidare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring som de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som PSF hänvisar till regleras. Myndigheten

har i uppdrag att bestämma innehållet i specialistutbildningen för alla reglerade specialiteter vilket görs genom 2008 års författning.

Reglering av beroendemedicin i Norden

Kunskapsbaserad vård och kompetens inom missbruk- och beroendemedicin tillgodoses på olika sätt i våra grannländer och i övriga Europa. I Norge reglerades beroendemedicin (*rus og avhengighetsmedisin*) år 2012 som en specialitet [3]. Sammantaget finns nu 45 specialiteter reglerade i Norge. Det pågår ett arbete med att utarbeta en målbeskrivning för specialiteten, samt med att ta fram en godkännandeprocess för läkare som sedan tidigare varit verksamma inom området [4].

Finland har 49 reglerade specialiteter, där beroendemedicin inte är inkluderad. Finlands läkarförbund, Lääkäriliitto, har ett certifieringssystem med 36 kompetensområden för icke-reglerade specialistområden där addiktionsmedicin är en av specialiteterna inom vilken man, efter prövning och examination, kan få certifikat [5]. Danmark och Island har inte reglerat specialitetsområdet beroendemedicin och inte heller European Union of Medical Specialists har beroendemedicin som en av deras 41 ”specialist sections”.

Beteckningar och definitioner

Problem med alkohol och droger definieras inom olika områden men definitionerna är inte alltid helt överensstämmande. Inom det medicinska fältet har man två diagnostiska system som delvis överensstämmer. Inom hälso- och sjukvården används officiellt ICD 10 vid diagnossättning i samband med alla, både somatiska och psykiatriska, vårdtillfällen. Inom den psykiatriska professionen används även DSM IV-klassifikationen som ursprungligen utvecklades av amerikanska psykiatriska sällskapet. DSM-diagnostiken är spridd internationellt och används inom all klinisk psykiatrisk forskning.

I båda klassifikationssystemen definierar man substansberoende (*dependence*) och definitionerna är i praktiken identiska. Definition av diagnosen bygger på förekomst av toleransutveckling, abstinenssymtom, kontrollförlust och stark önskan att fortsätta bruka substansen. Vidare definieras beroende av att mycket tid ägnas åt användningen, liksom att användningen fortsätter trots vetskap om konsekvenser i form av kroppsliga eller psykiska besvär.

Missbruk (*abuse*) enligt DSM-diagnostiken motsvaras i ICD 10 av skadligt bruk (*harmful use*). Till skillnad från beroendedefinitionen överensstämmer inte definitionen av missbruk mellan de båda klassifikationssystemen. I DSM IV definieras diagnosen missbruk som ett tillstånd där konsumtion av en substans fortsätter trots återkommande skador eller risk för skador. Tillståndet definieras vidare av legala-, sociala- eller relationsproblem liksom svikt i sociala funktioner. Inom ICD 10 definieras skadligt bruk som konsumtionsmönster som åstadkommer skada vilket kan uttrycka sig såväl kroppsligt som psykiskt [6,7].

Klassifikationssystemet DSM är nyligen reviderat, och har i den nya versionen DSM 5 endast begreppet ”*substance use disorder*” som kan variera från lättare till mer uttalade former, beroende på hur många kriterier som är uppfyllda. Till den nya versionen inkluderas även spelberoende i samma kapitel som en ”*addictive disorder*” [8]. Översättningen av DSM 5 till svenska väntas komma under 2014.

Den senaste utvecklingen går således mot användning av ett sammantaget begrepp för sjuklighet som har sin grund i beroendedefinitionen. Med anledning av detta kommer begreppet beroende att användas i rapporten och avser både missbruk och/eller beroende.

Sjuklighet och demografisk utveckling

Sjukdomspanoramat i Sverige har kommit att förändras när det gäller konsumtionsmönster och medicinska konsekvenser vid beroendeproblematik. Från att tidigare främst ha rört sig om ett beroende av alkohol så har det under senaste decennierna allt fler droger differentierat bilden. Samtidigt har alkoholkonsumtionen i Sverige genomsnittligt sjunkit sedan toppnoteringen år 2004. År 2012 var det tillbaka på samma nivå som i början av 2000-talet. Det beror framförallt på att vissa grupper minskat sin konsumtion, främst personer 20-29 år [9]. Folkhälsoinstitutet har påvisat att 13 procent av befolkningen mellan 16-84 år har riskabla alkoholvanor och andelen har varit stabil de senaste 10 åren [10]. Det motsvarar knappt 1 000 000 personer med riskkonsumtion⁴ av alkohol.

Av Missbruksutredningens slutbetänkande från 2011 framgår att 330 000 personer över 18 år är alkoholberoende vilket utgör 4,38 procent av befolkningen. När det gäller narkotika uppskattar utredningen att det finns cirka 29 500 personer med tungt missbruk⁵. Narkotikakonsumtionen i Sverige bedöms ha ökat med 13 procent mellan 2003 och 2007. Antalet riskkonsumenter av narkotika har uppskattats till 77 000 personer [11].

Antalet personer med läkemedelsberoende, vilket inbegriper lugnande läkemedel och smärtstillande av opioidtyp, uppskattas av Missbruksutredningen uppgå till 65 000 personer. Läkemedelsberoende bedöms vara den vanligaste typen av beroende efter alkoholberoende. Ytterligare en grupp är personer med frekvent bruk/missbruk av dopingpreparat vilket anges vara omkring 10 000 personer [11].

Andra typer av beroendetillstånd såsom spelberoende är mindre studerat men bedöms drabba cirka 2 procent av befolkningen [12]. Inom den vuxna slutenvårdspsykiatrien år 2009 fanns ett 40-tal vårdavdelningar för beroendepatienter av totalt ca 250 och drygt 400 vårdplatser av totalt 3249 [11,13]. Totalt 12 procent av vårddygnet inom psykiatrien avsåg beroendesjuklighet [13].

Personer med en beroendeproblematik återfinns som patienter inom alla medicinska specialitetsområden, antingen som en direkt följd av sitt

⁴ Riskbruk avser konsumtion av narkotika eller alkohol som är hög och riskerar att övergå till att bli sjukligt, men som ännu inte diagnostiseras som beroende.

⁵ Med tungt missbruk menas dagligkonsumtion samt injektionsmissbruk.

missbruk eller där substansanvändning komplicerar behandling eller symptombild. Förutom att beroende ofta leder till omfattande somatiska följsjukdomar som till exempel påverkan på hjärna, hjärta och lever, finns ofta också en social problematik relaterad till missbruket. Psykiatrisk samsjuklighet är mycket vanligt. Det finns få svenska studier på området, men den internationella forskningen talar för att 30-50 procent av den kliniska missbruks/beroendepopulationen, det vill säga de som söker vård, har en livstids- eller aktuell prevalens för psykisk sjukdom. På samma vis har 20-30 procent av de som söker för psykisk ohälsa ett samtidigt beroende. Beroendepatienter utgör således en väsentlig andel av psykiatrins patienter [14].

Organisation av missbruks- och beroendevård

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2001:453) ansvar för psykosocial behandling och psykosocialt stöd, medan landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har ansvar för den medicinska behandlingen. Ansvarsfördelningen kommer delvis ur en tradition där synen på missbrukets orsaker haft en starkt normerande tendens och fokus på de personer som drabbats socialt som en följd av sitt missbruk. Missbruks- och beroendevården inom sjukvården har vuxit fram successivt sedan slutet av 1950-talet då alkoholskadorna kom i fokus efter motbaksreformen liksom den ökade spridningen av narkotikamissbruk under 1960-talet. HIV innebär också kraftiga satsningar när det gäller narkomansjukvården under 1980-talet och medförde introduktion av underhållsbehandling vid opiatberoende [11].

Det delade ansvaret mellan socialtjänst och sjukvård tolkas olika i samarbetet mellan olika sjukvårdshuvudmän och kommuner vilket innebär kraftiga lokala variationer när det gäller ansvarsfördelningen. Det medför skillnader som berör exempelvis polis vad gäller tillnyktring. Olika kommuner är också organiserade på olika sätt när det gäller stöd till personer med missbruk vilket påverkar hur samarbetet ser ut. Hur vården av personer med beroende är organiserad skiljer sig således mycket åt mellan olika landsting och kommuner [11].

I storstadsområdena samt i Örebro och Linköping finns sammanhållna specialiserade beroendekliniker med akut- och korttidsvård samt specialiserad öppenvård med olika program för till exempel riskbrukare, opiatunderhållsbehandling, läkemedelsberoende, cannabissmissbruk, gravida, missbrukare med neuropsykiatriska tillstånd och frivård. Inom flera landsting finns missbruksavdelningar inom den psykiatriska kliniken verksamhet. I några fall finns det enstaka platser på andra avdelningar.

Öppenvården sköts ofta av primärvård och specialister i allmänmedicin i samverkan med lokal socialtjänst. Underhållsbehandling⁶ vid opiatberoende får bara skötas av specialist i psykiatri enligt Läkemedelsverkets föreskrifter

⁶ Behandling med långverkande opiater som efter en tid inte ger upphov till rusupplevelse och minskar effekt av andra opioida droger.

(LVFS 2004:15) om förordnande och utlämnande av narkotikaklassade läkemedel för behandling av opiatberoende. I samtliga landsting finns speciella mottagningar, s.k. LARO-mottagningar (läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering vid opiatberoende), där detta sköts. Några psykiatriska kliniker har också utvecklat team för patienter med psykiatrisk diagnos och beroende, så kallade dubbeldiagnoser. Vissa landsting har specialiserad beroendevård medan andra har valt att ha beroendevården integrerad i den psykiatriska verksamheten. SKL:s utvecklingsprojekt *Kunskap till praktik* har verkat för förbättrat samarbete mellan landsting och kommun inom beroendevårdsområdet och idag finns samarbetsavtal i 19 av 21 landsting.

Missbruksutredningens kartläggning av missbruks- och beroendevården i Sverige visar på stora regionala skillnader avseende vård och behandling [11]. De farmakologiska medel som introducerats under senare år med evidensbaserad effekt mot alkoholsug och förbättrad kontroll av alkoholvanor har i det kliniska arbetet endast använts i blygsam omfattning och främst i geografiska områden runt beroendeklinikerna. I alla landsting finns LARO-mottagningar för läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende, dock är tillgängligheten tillfredsställande i endast hälften av landstingen [15]. Andra behov som identifieras är mer målgruppsspecifika behandlingsprogram för bland annat minoritetsgrupper, vilket idag bara finns i storstadsområdena [14]. Sprututbytesprogram som är en åtgärd för att minska smittspridning drivs av infektionskliniker. Tre landsting har fått tillstånd att bedriva sprututbytesprogram: Skåne har tillstånd sedan länge och nyligen fick Stockholm och Kalmar tillstånd till sprututbyte [16].

Utveckling av nya öppenvårdsformer har inneburit att slutenvården har kunnat krympas kraftigt under senare år. Den nya öppenvården kräver dock personal med mer kvalificerad kompetens för utredning och behandling såväl beteendevetenskapligt som farmakologiskt och medicinskt.

Kunskapsutveckling

Såväl internationellt som nationellt bedrivs forskning kring beroende. Forskningen avser alkohol, droger samt även spel om pengar. Internationella och nationella föreningar för forskning inom missbruks- och beroendområdet finns sedan länge såväl prekliniskt som kliniskt och epidemiologiskt. Under senare år har det tillkommit en rad farmakologiska behandlingsalternativ som förbättrar behandlingsresultat vad gäller alkohol- och opiatberoende. Lovande forskningsresultat inom det farmakologiska området finns också vad gäller missbruk av centralstimulantia. Patienter med beroendeproblem har också i stor utsträckning neuropsykiatriska tillstånd och har i många fall god hjälp av långtidsbehandling med centralstimulerande medel, med effekt även på missbruks- eller beroendeproblematiken.

Ett flertal psykoterapiformer som anpassats till beroendområdet har visat goda resultat när det gäller beroendetillstånd såväl hos vuxna som unga. Framförallt gäller detta olika varianter av kognitiv beteendeterapi, KBT, men även psykodynamiska terapier. Psykologiska tekniker till exempel i form av

motiverande samtalsbehandling har introducerats och används i allt större omfattning. Andra behandlingsinsatser med kunskapsstöd är bland andra *Community Reinforcement Approach* och 12-stegsprogram som i forskning visat sig effektiva [17].

Samtidigt är det tydligt att nya kunskapsbaserade behandlingsinsatser endast i mindre omfattning tillämpas i det praktiska vårdarbetet. Missbruksutredningen konstaterade att få huvudmän kunde erbjuda mer än en psykosocial behandlingsform med kunskapsstöd för vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem. Ett problem som lyfts fram är att det nationellt saknas specifika utbildningsstrukturer för utbildning inom området missbruk och beroende såväl inom grundutbildning som inom vidareutbildning. Detta gäller samtliga yrkesgrupper som har kontakt med patienter med beroendeproblematik [11]. Under senare år har satsningar på vidareutbildning skett via SKL på regeringens uppdrag, *Kunskap till praktik*. Ett utvecklingsarbete vilket har erbjudit stöd till kommuner och landsting för att utvärdera missbruks- och beroendevården, att utbilda personal i kunskapsbaserade behandlingsmetoder samt fördjupningskurser för olika yrkeskategorier [18].

Personal och kompetensförsörjning

Flertalet läkare i slutenvården som arbetar med beroende är, så som det ser ut idag, specialister i psykiatri. Dessa läkare kan även komma från andra specialiteter så som allmänmedicin och de verkar framförallt inom öppenvården. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring finns målbeskrivningar för respektive specialitet. I målbeskrivning för psykiatri framgår av delmål 6 kraven på beroendekompetens:

*Att kunna **handlägga** vanliga substansberoendetillstånd samt **ha kännedom** om deras komorbiditet med internmedicinska tillstånd och med övriga psykiska sjukdomar.*

I målbeskrivningen används olika begrepp vilka syftar till att förtydliga vilken kompetensnivå som krävs för måluppfyllelse. Begreppet *handlägga* definieras enligt följande:

aktivt utföra åtgärder avseende utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av en patient, eller motsvarande, och ha övergripande ansvar för att dessa åtgärder utförs

Kompetensnivå *ha kännedom* definieras:

genom teoretiska studier och/eller praktisk yrkesutövning ha tillägnat sig visst vetande inom ett område

Begreppet ”behärska” används i målbeskrivningen för att identifiera en högre kompetensnivå och definieras som att:

fullständigt kunna bedöma och handlägga utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av en patient, eller motsvarande, och att fullständigt kunna använda för området relevanta tekniker.

Specialiseringstjänstgöring i psykiatri syftar således inte till att man som specialist till fullo ska behärska utredning, vård och behandling av patienter med beroendeproblematik. Inom andra specialitetens målbeskrivningar nämns inte missbruks- eller beroendesjuklighet.

Inom beroendevården är vissa delar förbehållna specialister i psykiatri. Läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin får endast förskrivas av specialist i psykiatri enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2004:15) om förordnande och utlämnande av narkotikaklassade läkemedel för behandling av opiatberoende. Detsamma gäller inom psykiatrisk tvångsvård, sålunda är beslut om tvångsvård förbehållet en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård (se 6b § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård). Psykiatri som specialitet är en av de specialiteter till vilken landstingen har störst rekryteringssvårigheter även om antalet specialister per 100 000 invånare ökat med 30 procent under åren 1995-2008 [19].

Missbruksutredningens slutsatser

I Missbruksutredningen görs en övergripande kartläggning av missbruks- och beroendevården i Sverige. Några av de motiv utredningen bedömer som centrala för en reform är att:

- missbrukssituationen förändras och därmed skapas nya vårdbehov
- vården har svårt att nå ut till behövande, endast en av fem med missbruk eller beroende får behandling
- vården uppfattas inte som attraktiv
- ojämlik tillgång på vård, kunskapen och kompetensen är otillräcklig
- tidig upptäckt och kort intervention vid riskbruk, missbruk eller beroende är eftersatt
- evidensbaserade behandlingsmetoder har svårt att nå ut till verksamheterna och det finns behov av mer målgruppspecifika insatser
- det föreligger ett utbildningsbehov av vårdpersonal och specialistutbildningar i beroende- och missbruksvård.

Rörande kompetensen inom beroendevården föreslog utredningen ökad beroende- och missbrukskompetens inom primärvården, insatser via företagshälsovård, mödra- och barnhälsovård, elevhälsa, studenthälsa och utökade möjligheter till internet- och telefonbaserat stöd.

Utredningen avstod från att föreslå en tilläggsspecialitet i beroendemedicin för läkare, framförallt då det inte var en del av utredningens kärnuppdrag att

ta ställning till detta. Istället föreslogs att specialistutbildningen i psykiatri skulle utvecklas för att bättre kunna möta behoven inom missbruks- och beroendevården med utökade inslag av beroendekunskap. Samtidigt framhölls att beroendeområdet är ett expansivt kunskapsfält med stora icke tillgodosedda vårdbehov och att inrättandet av en specialitet möjligen skulle kunna underlätta rekrytering genom ökad status, även om det finns en farhåga om att ytterligare specialisering skulle kunna ha en negativ inverkan på rekrytering [11].

Metod och genomförande

Utgångspunkten för utredningen har varit att följa samma arbetsmetod som låg till grund för rapporten *Översyn av läkarnas specialitetsindelning*. Detta med anledning av att översynsutredningen föranledde revideringen av regelverket för specialiseringstjänstgöringen samt föreslog en ny specialitetsindelning och nya specialiteter.

Utredningen har således följt översynsutredningens bedömningskriterier som legat till grund för analysen. Inhämtat material och framförda synpunkter har analyserats utifrån följande kriterier [2]:

- befolkningsutveckling och sjukdomspanorama
- vårdens utveckling inom ett område
- möjlighet till vetenskaplig utveckling inom området
- möjlighet till professionell utveckling och regional kunskapsutveckling
- tillgång till specialistkunnskap på området
- tillräckligt bred kunskapsbas för att möta stora patientgrupper med multiproblematik
- förutsättningar att bemanna jourlinjer på ett effektivt sätt
- genusaspekter
- EU-perspektiv.

Dessa kriterier grupperades om till fyra övergripande kriterier:

- befolkningsutveckling och sjukdomspanorama
- vårdens utveckling på området
- möjlighet till vetenskaplig och professionell utveckling
- personal- och kompetensförsörjning.

Frågeställningar

Ytterligare frågeställningar har framtagits vilka syftar till att undersöka frågan mer ingående. Socialstyrelsen har i sitt arbete utgått från följande frågeställningar:

- Vilka är beroendevårdens brister idag som kan relateras till läkarkompetens?
- Är det framförallt inom den specialiserade missbruksvården eller inom andra specialiteter som man kan se behov av högre kompetens?
- Skulle en spetskompetensreglering ha återverkningar som även skulle främja breddkompetensen eller andra delar av vården som inte är direkt relaterade till läkarkompetens? Med andra ord, hur påverkas kompetensen inom övriga specialiteter och vårdkedjan som helhet av att beroendemedicin är definierat?

- Hur påverkas rekryteringen till specialiteten av en reglering? Vad innebär det för rekrytering av utbildningsläkare till specialiteten, och vad innebär det för dem som har behov av att rekrytera läkare med beroendekompetens?
- Vad innebär det för forskningsfältet? Både avseende hur forskningsresultat och evidensbaserade behandlingsmetoder når ut i verksamheten och för forskningens förutsättningar?

Kunskapsinhämtning

Socialstyrelsen har granskat relevanta författningar, rapporter och statistiska undersökningar rörande missbruks- och beroendområdet. Projektgruppen har även hållit hearingar med representanter för patientorganisationer, specialitetsföreningar samt specialiserade vårdinrättningar. Vidare har möten hållits med enskilda personer av särskilt intresse inom beroendevården. Dessa var forskare, en tidigare studierektor inom psykiatri med inriktning mot beroendemedicin, en representant för kriminalvården samt den särskilde utredaren för Missbruksutredningen med flera. Projektgruppen har mottagit skrivelser från specialitetsföreningar och haft möten med representanter från specialitetsföreningar. Se bilaga 1 för mer detaljerad uppgift om vilka organisationer, föreningar och specialister som hörts.

Diskussion

Utifrån de övergripande bedömningskriterierna, samt frågeställningarna presenteras nedan rapportens diskussion och analys.

Kompetens

Inom samtliga grupper som rådfrågades under utredningen lyftes behovet av kompetensförstärkning inom beroendområdet på läkarsidan. Kunskapen kring missbruk och beroende är bristfällig på många håll både inom psykiatri liksom inom andra specialiteter så som allmänmedicin. Näst intill samtliga tillfrågade lyfte detta som ett problem. Det rörde således konsensus kring att kunskapsmålen i beroendemedicin behöver stärkas eller införas även i andra specialiteters målbeskrivningar samt att kompetensen behöver säkerställas både inom specialiserad beroendevård såväl som inom andra specialiteter.

Kompetensbehov

Från framförallt psykiatrins håll har behovet av psykiatrisk kompetens vid beroende- och missbruksproblematik lyfts. Många missbrukare har även en psykiatrisk problematik som är mer eller mindre synlig under det pågående missbruket. Att i ett tidigt skede kunna diagnostisera detta lyfts av flertalet tillfrågade som mycket prognostiskt värdefullt. Många beroendetillstånd kan också medföra psykiska symptom i form av nedstämdhet eller depression, psykotiska symptom, oro, ångest samt ökad suicidrisk. I och med detta framhålls ytterligare behovet av psykiatrisk kompetens i handläggningen inom den specialiserade beroendevården.

Dock har fler än hälften av patienterna inte någon annan psykiatrisk problematik. Under diskussionerna framkommer att många av patienterna med ett mindre allvarligt risk- eller missbruk utan komplicerande faktorer ofta har svårt att få adekvat vård. Möjligheten för exempelvis specialister i allmänmedicin att vidareutbilda sig till specialister inom beroendemedicin för att behandla i första hand alkoholberoende har framförts som ett önskemål för att bättre tillgodose den gruppens behov.

Rekrytering och vårdorganisation

En väl utbyggd organisation med differentierade behandlingsalternativ och samlat processansvar har visat sig fungera bra i storstadsområdena. Det är då lättare att nå fler patientgrupper tidigare, innan sjukligheten djupnar, och även att nå grupper som inte har sociala problem. En utbyggd organisation har även visat sig attraktivt vid läkarrekryteringen och de större beroendecentra som finns i Sverige idag har ett gott rekryteringsläge. Vad det gäller glesbygd är situationen mer problematisk. Generellt är det svårt att

rekrytera lämplig personal och flera landsting driver sin specialiserade beroendevård med hjälp av hyrläkare. Vanligtvis är det psykiatriker som arbetar inom missbruks- och beroendevården men i vissa landsting bemannas beroendemottagningarna av specialister inom allmänmedicin.

Beroendepatienter har också ofta uttalade somatiska symptom, vilket gör att de behandlande instanserna behöver kunskap i gränsområdena till specialiserade somatiska specialiteter. Därtill finns i många fall en social problematik och behov av kontakt med sociala myndigheter. Vid den akuta behandlingen av t.ex. intoxicationer, abstinens, drogutlösta psykoser och delirium tremens behövs också en somatisk kunskap vilket ha visats sig saknas bland de som behandlar denna patientgrupp. Även inom polis, socialtjänst och kriminalvård finns behov av läkare med ökad kompetens.

Det har även framkommit att drogmissbrukare med samtidiga psykiska störningar och kriminalitet ofta har mycket svårt att komma i åtnjutande av vård inom ordinarie vårdssystem, det vill säga socialtjänst och hälso- och sjukvård. I många fall är ett längre fängelsestraff den enda möjligheten att idag kunna erbjuda de här patienterna psykiatrisk utredning och beroendevård. Kortare fängelsestraff kan innebära att medicinsk behandling inte möjliggörs, vilket kan medföra förödande konsekvenser för drabbade individer.

Kriminalvården har byggt upp en egen medicinsk organisation för att säkerställa att de intagnas behov av medicinska bedömningar tillgodoses. Kriminalvården konstaterar att den sedvanliga psykiatriska kompetensen inte är tillräcklig utan kräver numera alltid särskilt definierad kompetens i beroendetillstånd vid upphandlingar av läkare. Vidare har man internutbildningar inom beroendemedicin för läkare samt även för annan vårdpersonal.

Rekrytering och kompetens

Många av de problem som framkommit avseende missbruks- och beroendevården är inte enbart relaterade till regleringen av beroendemedicin som specialitet utan avhängigt organisatoriska faktorer. Socialstyrelsens bedömning är dock att regleringen av en specialitet skulle stärka specialitetsområdet, vilket utredningen visat att det finns ett behov av. Regleringen skulle bland annat kunna underlätta för verksamheter som inte har stationära läkare utan är beroende av konsultläkare för att få kompetent personal, till exempel kriminalvården, HVB samt landsting med vakanta tjänster inom missbruks- och beroendevården. Detta är en utveckling som bör gynna patienterna och ge bättre vård.

Socialstyrelsen kan inte se att en reglering skulle sänka kompetensen i landsorten. En risk vad avser rekrytering är att en längre utbildningsväg, på grund av grens specialitet eller tilläggsspecialitet, kan avskräcka läkare under utbildning och således försvåra rekryteringsunderlaget. Dock talar erfarenhet från de områden som har mer specialiserade beroendecentra mot att en sådan risk finns. Med en tydlig specialisering och behandlingsprofil har

attraktiviteten ökat. På de specialiserade beroendeklinikerna återfinns inte de rekryteringssvårigheter som finns på andra områden inom psykiatrin.

Fältets avgränsbarhet och risker med en avgränsning

Beroendemedicin är ett tydligt definierat område och ett specifikt forskningsfält även om missbruks- och beroendepatienter återfinns inom alla specialiteter. Patienterna har särskilda behov som skiljer sig från andra psykiatriska patienters i form av särskilda terapeutiska metoder, andra farmaka samt behov av särskild kunskap kring användande av psykiatriska farmaka med missbruks- och beroendepotential.

En farhåga som lyfts på flera håll är att en ny specialitet i beroendemedicin skulle kunna urholka psykiatrin på beroendekompetens. Risken att splittra eller utarma psykiatrin på kompetens är ett viktigt perspektiv. Den subspecialisering som redan idag ses i områden med specialiserade beroendekliniker förefaller dock inte ha gett upphov till sådana effekter. På landets beroendecentra bedrivs redan idag specialitetsutbildningar med inriktning mot beroendemedicin, vilket påvisar behov av ytterligare specialisering inom området. Det har inte heller vittnats om negativa konsekvenser som följd av utbildningen och specialiseringen kring beroendemedicin. En reglering av beroendemedicin skulle säkerställa en nationell likvärdig utbildning och en kvalitetshöjning.

En grupp som ofta lyfts som särskilt utsatt är patienter med en samtidig missbruks- eller beroendeproblematik och psykisk sjukdom. Ett adekvat omhändertagande av den gruppens särskilda problematik ser Socialstyrelsen som viktigt att beakta. Socialstyrelsens utredning visar att det redan idag finns stora brister i omhändertagandet av den gruppen. Det finns ofta både kompetensbrist och samordningssvårigheter avseende att behandla beroendepatienter inom psykiatrin.

Ett stärkande och säkrande av kompetensen kring detta inom beroendevården ser därför Socialstyrelsen som helt central. Psykiatrisk samsjuklighet omfattar en stor andel av patienterna och kunskap kring behandling och diagnostik av annan psykisk sjukdom under pågående missbruk samt vid beroendetillstånd bedöms därmed som ett fält där en specialitet i beroendemedicin ska ha särskild kompetens. Samtidigt ses ett behov av ökad kompetens kring missbruks- och beroendefrågor även inom psykiatrin generellt.

Missbruks- och beroendepatienter har ofta somatiska följsjukdomar och arbete med beroendepatienter innebär mycket arbete i gränssnittet till framförallt vissa andra specialiteter. Men även om det finns omfattande somatiska följsjukdomar som kräver specialistvård inom andra fält och mindre allvarliga beroendetillstånd utan komplikationer som i likhet med andra sjukdomar kan och bör handläggas inom primärvården så bedömer Socialstyrelsen att missbruks- och beroendemedicin är ett tydligt avgränsbart fält med en omfattande kunskapsmassa som expanderar.

Det finns underlag både avseende problemets omfattning och kunskapsmassa för en tilläggspecialitet alternativt grenspecialitet i beroendemedicin. Därtill finns samhälleliga behov av specialistkompetens inom missbruks- och beroendområdet vilket lyfts tidigare. Socialstyrelsens förhoppning är även att det kan bidra till en positiv utveckling avseende organisation av missbruks- och beroendesjukvården då området lyfts och det ökade fokus på problematik och kompetensområde som det för med sig.

Specialitet

Socialstyrelsen anser att fältet beroendemedicin utgörs av ett område inom framförallt den psykiatriska specialiteten. En reglering i form av basspecialitet bedöms kunna ge ofördelaktiga instängningseffekter då en specialist i beroendemedicin inte skulle kunna arbeta inom andra områden vilket framförts som negativt ur attraktivitetssynpunkt. Beroendekunskap kommer fortsatt vara en integrerad del av psykiatri liksom att beroendeläkare har en psykiatrisk grundkompetens. En eventuell specialitet bör således vara antingen en grenspecialitet till psykiatri, alternativt tilläggspecialitet.

Om beroendemedicin regleras som tilläggspecialitet finns det skäl att överväga även somatiska ingångar, i första hand från allmänmedicin. Socialstyrelsen ser dock att en ny specialitet ska kunna handha även komplicerade fall av abstinens samt behärska alla typer av beroendetillstånd. Specialister inom beroendemedicin skulle även ha kompetens att behandla patienter med beroende och samtidig annan psykisk sjukdom, vilket är eftersträvarsvårt då det är en grupp som idag ofta har svårt att få adekvat hjälp. Socialstyrelsen tar i det här skedet inte ställning till ingångar till en tilläggspecialitet.

Socialstyrelsen bedömer att en definierad specialistkompetens kan underlätta utbyggandet av en behandlingsorganisation, vilket skulle kunna ha positiva effekter på upptäckande och behandling av riskbrukspatienter i primärvård, då det skapar en trygghet att arbeta med frågorna genom remitterings- och konsultationsmöjlighet.

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Socialstyrelsen bedömer utifrån detta att beroendemedicin bör regleras som tilläggspecialitet alternativt grenspecialitet. Utredningen bedömer att beroendemedicin uppfyller definitionen av specialitet. Det är en verksamhet med tydlig särprägel, särskilda behandlingsmetoder och behov. Det finns ett vetenskapligt forskningsfält som är avgränsbart gentemot annan forskning. Mängden verksamma läkare inom området är tillräckligt stor för att kunna upprätthålla en specialitet. Inom hälso- och sjukvården idag finns ett tydligt behov av behandling för missbruks- och beroendetillstånd. Behovet berör en mycket stor grupp patienter.

Kring de kriterier utifrån vilka behovet av specialiteten utvärderats resonerar Socialstyrelsen enligt följande i enlighet med diskussionen ovan:

1. **Befolkningsutveckling och sjukdomspanorama:** Missbruk och beroende är ett stort folkhälsoproblem med många drabbade individer och som ger upphov till en omfattande sjuklighet. Problemets omfattning i form av diversifiering har ökat på senare år och kräver allt mer kunskap kring olika typer av substanser och beroendetillstånd.
2. **Vårdens utveckling på området:** Missbruks- och beroendemedicin är ett expanderande fält. Nya läkemedel och terapeutiska behandlingsmetoder ställer nya krav på vården. Inom psykiatrin har inte den kompetens som det funnits behov av kunnat tillgodoses.
3. **Möjlighet till vetenskaplig och professionell utveckling:** Det finns möjlighet till fortbildning och forskning inom området. Inom forskningsfältet finns redan särskilda nationella och internationella strukturer för forskning inom alkohol och drogområdet. Reglering av specialiteten skulle ge en motsvarande struktur inom vilken det skulle kunna bli lättare att driva kompetensutvecklingsfrågor.
4. **Personal och kompetensförsörjning:** En möjlig negativ följd av en reglering är den längre utbildningsvägen vilket kan inverka negativt på rekrytering. Samtidigt finns det positiva effekter av en reglering, den läkare som har en särskild beroendemedicinsk kompetens får en skyddad specialistbeteckning; för arbetsgivare med behov av den specifika kompetensen blir det lättare att hitta personal med rätt kompetens vilket i slutändan bedöms i högsta grad gynna patienterna.

Referenser

1. Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
2. Översyn av läkarnas specialitetsindelning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin for leger. Hämtad 2013-10-18 från <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/nyheter/2012/ny-spesialitet-i-rus--og-avhengighetsmed.html?id=686768#>.
4. Helsedirektoratet. Spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Hämtad 2013-10-18 från <http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistomradet/delprosjekter/spesialitet-i-rus-og-avhengighetsmedisin/Sider/default.aspx>.
5. Lääkäriliitto/Läkarförbundet. Erityispätevyysdet. Hämtad 2013-10-18 från <http://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyysdet/>.
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10. Hämtad 2013-10-18 från <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV : prepared by the Task Force on DSM-IV. 4 uppl. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
8. American Psychiatric Association. Substance Use Disorder Fact Sheet. Hämtad 2013-10-18. från: <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.
9. Ramstedt M, Lindell A, Raninen J. Tal om alkohol 2012 - en statistisk årsrapport från Monitorprojektet. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD); 2013.
10. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Alkoholvanor - tidserier och regionala resultat 2012. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013.
11. Bättre insatser vid missbruk - Individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:35).
12. Swedish Longitudinal Gambling Study. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
13. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Stockholm: SKL; 2010.
14. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6).

15. Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
16. Socialstyrelsen. Stockholm får tillstånd att bedriva sprututbyte för narkomaner. Hämtad 2013-10-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012juli/stockholmfartillstandattbedrivasprututbytefornarkomaner>.
17. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
18. Sveriges Kommuner och Landsting. Om Kunskap till praktik. Hämtad 2013-10-18 från http://kunskaptillpraktik.skl.se/var_verksamhet_kunskap_till_praktik_2.
19. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2012. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
20. Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

Bilaga 1: Underlag

Utredningens har inhämtat underlag som rapporten bygger på från möten, hearingar och inkomna skrivelser från följande:

- Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)
- Svenska Nätverket - Dubbeldiagnoser
- Svensk psykiatrisk förening
- Svensk förening för allmänmedicin
- Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri
- Svensk förening för beroendemedicin
- Svensk internmedicinsk förening
- Svenska företagsläkarföreningen
- Specialist i barn- och ungdomsmedicin
- Specialist i socialmedicin
- Specialist i rättspsykiatri
- Utbildningsansvariga i psykiatri
- Representanter för olika beroendecentra i Sverige
- Forskare inom psykiatri
- Verksamhetschefer och enhetschefer
- Kriminalvården
- Sveriges kommuner och landsting
- Representant för missbruksutredningen