

2015-10-28

PRELIMINÄR UTVÄRDERING AV SPRUTUTBYTESPROJEKTET FÖR
INDIVIDER SOM INJICERAR DROGER I STOCKHOLMS LÄN

Anders Hammarberg (Centrum för Psykiatrforskning Stockholm)
Kristina Sinadinovic (Centrum för Psykiatrforskning Stockholm)

HUVUDMAN: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholm

Innehållsförteckning

Sidan

| | |
|-------|--|
| 3 | BAKGRUND |
| 3 | <i>Motiv för införandet av sprututbytesprogrammet i Stockholms län</i> |
| 3 | <i>Kort beskrivning av sprututbytesmottagningen</i> |
| 4 | <i>Utvärderingen</i> |
| | <i>Upplägg</i> |
| | <i>Studiedeltagare</i> |
| | <i>Utvärderingsmått</i> |
| 5 | RESULTAT – FRÅN INSKRIVNING I PROGRAMMET TILL 12-MÅNADERSUPPFÖLJNING |
| 5-9 | <i>Sociodemografiska bakgrundsfaktorer</i> |
| 9 | <i>Droganvändning</i> |
| 11 | <i>Status avseende blodsmitta</i> |
| 12 | <i>Prevalensdata</i> |
| | <i>Nysmitta/Incidensdata</i> |
| 13 | <i>Vaccinationsstatus</i> |
| 14 | <i>Andra infektionssjukdomar</i> |
| | <i>Besöksfrekvens vid mottagningen</i> |
| 15 | <i>Riskbeteende för smittspridning</i> |
| | <i>Sterila sprutor/kanyler och annan paraferalia från andra källor</i> |
| 16 | <i>Miljön i samband med injicering</i> |
| | <i>Delning av sprutor/kanyler och annan paraferalia (riskbeteende) – förändring över tid</i> |
| | <i>Antal tillfällen med delning</i> |
| 17 | <i>Antal individer som delning skett tillsammans med</i> |
| 18 | <i>Index för riskbeteende</i> |
| 19 | <i>Samband mellan nivå på riskindex vid inskrivning och förändring över tid</i> |
| | <i>Antal besök vid mottagningen och riskindex</i> |
| | <i>Ålder och riskbeteende</i> |
| | <i>Kön och riskbeteende</i> |
| 20 | <i>Typ av drog och riskbeteende</i> |
| | <i>Boendesituation och riskbeteende</i> |
| 21 | <i>Antal år med injektionsmissbruk och droganvändning</i> |
| 21-23 | <i>Hälsostatus, vårdkonsumtion och droganvändning</i> |
| 23-24 | <i>Länkning till beroendevård</i> |
| 25 | <i>Störningar i anslutning till verksamheten</i> |
| 25-26 | SAMMANFATTNING AV DE VIKTIGASTE RESULTATEN I DEN PRELIMINÄRA RAPPORTEN |

BAKGRUND

Beslut om att implementera ett sprutbytesprogram i Stockholm fattades i Stockholms läns landsting och Kommunfullmäktige i Stockholms stad under 2011 och tillstånd att bedriva verksamheten beviljades av Socialstyrelsen i juli 2012. Programmet uppstartades under april 2013 och har således varit pågående i knappt 2.5 år vid tiden för denna skrivning. Den preliminära utvärderingen avser att belysa vissa av de centrala frågeställningarna som beskrevs i den utvärderingsplan som sammanställdes före programmets start.

Motiv för införandet av sprututbytesprogrammet i Stockholms län

Följande syften för programmet formulerades av huvudmannen (Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholm):

Programmet skall syfta till att:

1. Minska spridningen av blodburna infektioner bland individer som injicerar droger;
 - Begränsa ökning och utbrott av HIV-infektioner
 - Minska spridningen av HIV och hepatit bland injektionsnarkomaner
 - Minska riskbeteendet bland injektionsnarkomaner
2. Främja hälsa och förbättra livskvaliteten hos deltagarna i programmet;
3. Förbättra livskvaliteten (inklusive självskattad hälsa och livskvalitet) hos deltagarna i programmet;
4. Fånga upp motiverade individer och erbjuda dem en så snabb ingång som möjligt till beroendevård;
5. Skapa kontakt och allians för långsiktigt förändringsarbete.
 - Få kontakt med fler injektionsnarkomaner som förut inte varit kända
 - Informera och öka kunskapen om riskerna med injektioner och smittrisker.
 - Motivera fler injektionsnarkomaner att påbörja substitutionsbehandling eller annan behandling.

Syftet var också att kartlägga eventuella icke förväntade negativa konsekvenser av programmet såsom en ökning av omfattningen av det intravenösa narkotikamissbruket länet, polisingripanden i anslutning till lokalerna påpekanden från omkringliggande verksamheter om t.ex. nedskräpning och liknande.

Att på bästa sätt belysa i vilken utsträckning dessa syften uppnåddes genom införandet av programmet var utgångspunkten vid planeringen av utvärderingen. Utvärderingsplanen framtoogs under vetenskaplig ledning av en referensgrupp bestående av tio kliniker och forskare på området.

Kort beskrivning av sprututbytesmottagningen

Målgruppen för verksamheten är personer som är 20 år och äldre och som injicerar narkotika. Deltagarna ska kunna styrka sin identitet i form av korrekt namn och personnummer. Mottagningen är belägen på St. Görans sjukhusområde i centrala Stockholm. Vid första besöket utdelas 3 sprutor och 3 kanyler och det maximala antalet ska uppgå till 15 sprutor och

15 kanyler per besök. Sterila foliekoppar, tussar, filter samt kondomer utdelas också. Programmets grundbemanning utgörs av läkare, sjuksköterskor samt kurator. Andra tjänster som tillhandahålls är barnmorska vid vissa tidpunkter under veckan. Mottagningen organiseras under infektionskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Utvärderingen

Denna preliminära rapport omfattar den del av utvärderingsplanen som berör de individer som blivit inskrivna vid sprututbytesmottagningen och som accepterat att ge sitt informerade samtycke om att delta i utvärderingen. Andra delar av utvärderingsplanen (t.ex. förändring i registrerad vårdkonsumtion) rapporteras i enlighet med ursprunglig utvärderingsplan 5 år efter sprututbytesprogrammets uppstart.

Upplägg

Monitorering av den kohort av besökare som blir inskrivna vid sprutbytesprogrammet och som accepterar att delta. Deltagarna inkluderas konsekutivt efter att ha tillfrågats vid besök på mottagningen.

Utvärderingsplanen är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Studiedeltagare

Studiepopulationen består av besökare i sprututbytesprogrammet som uppfyller följande kriterier:

- 1) Injektionsmissbruk av narkotiskt preparat (skall styrkas med anamnestiska uppgifter och/eller stickmärken);
- 2) 20 år eller äldre;
- 3) Villighet att uppge identitet i form av namn och personnummer (vid nybesök eller om besökaren inte är välkänd ska identiteten styrkas med legitimation).

Utvärderingsmått som omfattas av rapporten

Primärt

- 1) Förändring av riskbeteenden för blodsmitta relaterade till intravenöst missbruk (delning av sprutor och verktyg) från en månad före till efter påbörjat deltagande i sprutbytesprogrammet.

Sekundära

- 2) Incidens av hiv, hepatit A, B och C bland studiedeltagare med tidigare negativ status.
- 3) Punktprevalens av hiv, hepatit A, B och C.
- 4) Förändring av självrapporterad fysisk hälsa från inklusion till efter påbörjat deltagande i sprutbytesprogrammet.
- 5) Förändring i självrapporterad livskvalitet från före till efter påbörjat deltagande i monitoreringsstudien.

Utöver detta innefattar rapporten också uppgifter om oönskade incidenter kopplade till mottagningen samt förmedling av deltagare till beroendevård och liknande insatser.

RESULTAT – FRÅN INSKRIVNING I PROGRAMMET TILL 12-MÅNADERSUPPFÖLJNING

I det följande redovisas resultat i första hand för de 552 individer som i samband med inskrivningen tackade ja till att medverka i utvärderingen. Det skall betonas att de flesta av de uppgifter som inhämtas av deltagarna som ingår i utvärderingen, också insamlas i den kliniska uppföljningen.

I några fall redovisas också kliniska data för deltagargruppen som helhet där dessa data kan anses tillföra viktig kunskap. För att bedöma undersökningsgruppens representativitet har i relevanta fall jämförelser gjorts med samtliga besökare vid sprututbytet. Om skillnader av betydelse funnits nämns det specifikt i texten.

Sociodemografiska bakgrundsfaktorer

Kön, etnicitet och ålder

Av deltagarna var 113 kvinnor (20.5%) och 439 män (79.5%).

(82.2%) av deltagarna angav Sverige som sitt födelseland. 37 andra länder förekom som födelseland, med Finland som födelseland som det vanligaste (3.5% av deltagarna).

Deltagarnas ålder varierar mellan 20 och 66 år med en genomsnittlig ålder på 40.5 år (standardavvikelse 11.2) vilket också utgör medianvärdet.

Hemort

Sprututbytet har Stockholms län som upptagningsområde, med sammanlagt 26 kommuner. Deltagarna angav både hemkommun och vistelsekommun i samband med inskrivning i programmet. Drygt hälften angav Stockholm som hemkommun (50.9%) (Tabell 1). Samtliga kommuner i länet finns representerade i olika hög utsträckning. En betydligt större andel av deltagarna angav Stockholms kommun som vistelseort (73%) (Tabell 2). En viktig fråga är i vilken mån den geografiska placeringen av sprututbytet är optimalt för att nå ut till de som har behov av att utnyttja verksamhetens tjänster. För att uppskatta detta skulle antalet besökare från respektive kommun behöva sättas i relation till det uppskattade antalet individer som injicerar droger i samma kommun. På så sätt skulle också ett underlag kunna skapas för att bedöma var ytterligare eventuella mottagningar skulle placeras för att nå så många som möjligt med behov av verksamheten.

Tabell 1. Hemkommun vid inskrivning (i bokstavsordning).

| Hemkommun | Antal (procentandel) |
|----------------|----------------------|
| Annan | 60 (10.9) |
| Botkyrka | 12 (2.2) |
| Danderyd | 3 (0.5) |
| Ekerö | 5 (0.9) |
| Haninge | 22 (4.0) |
| Huddinge | 24 (4.3) |
| Järfälla | 12 (2.2) |
| Lidingö | 1 (0.2) |
| Nacka | 6 (1.1) |
| Norrtälje | 9 (1.6) |
| Nykvarn | 2 (0.4) |
| Nynäshamn | 3 (0.5) |
| Salem | 2 (0.4) |
| Sigtuna | 7 (1.3) |
| Sollefteå | 1 (0.2) |
| Sollentuna | 9 (1.6) |
| Solna | 22 (4.0) |
| Stockholm stad | 281(50.9) |
| Sundbyberg | 6 (1.1) |
| Södertälje | 24 (4.3) |
| Tyresö | 3 (0.5) |
| Täby | 5 (0.9) |
| Upplands Väsby | 7 (1.3) |
| Upplands-Bro | 8 (1.4) |
| Vallentuna | 6 (1.1) |
| Vaxholm | 1(0.2) |
| Värmdö | 6 (1.1) |
| Österåker | 3 (0.5) |
| Total | 552 (100.0) |

Tabell 2. Vistelsekommun vid inskrivning (i bokstavsordning).

| Vistelsekommun | Antal (procentandel) |
|----------------|----------------------|
| Annan | 11 (2.0) |
| Botkyrka | 5 (0.9) |
| Danderyd | 2 (0.4) |
| Ekerö | 2 (0.4) |
| Haninge | 10 (1.8) |
| Huddinge | 16 (2.9) |
| Järfälla | 10 (1.8) |
| Lidingö | 1 (0.2) |
| Nacka | 5 (0.9) |
| Norrälje | 4 (0.7) |
| Nynäshamn | 2 (0.4) |
| Salem | 2 (0.4) |
| Sigtuna | 6 (1.1) |
| Sollentuna | 8 (1.4) |
| Solna | 18 (3.3) |
| Stockholm stad | 403 (73.0) |
| Sundbyberg | 4 (0.7) |
| Södertälje | 19 (3.4) |
| Täby | 3 (0.5) |
| Upplands Väsby | 7 (1.3) |
| Upplands-Bro | 5 (0.9) |
| Vallentuna | 1 (0.2) |
| Vaxholm | 1 (0.2) |
| Värmdö | 5 (0.9) |
| Österåker | 1 (0.2) |
| Total | 552 (100.0) |

Utbildning och sysselsättning

Deltagarna vid sprututbytet uppvisar en stor variation avseende utbildningsnivå och sysselsättning. Av tabell 3 framgår det att knappt hälften av deltagarna har antingen yrkesskola, gymnasieutbildning eller högskoleutbildning, medan 10 % saknar grundskolekompetens.

Tabell 3. Utbildningsnivå hos deltagarna vid inskrivning.

| Utbildningsnivå | Antal (Procentandel) |
|-------------------------|----------------------|
| Ej fullgjord grundskola | 55 (10.0) |
| Grundskola | 250 (45.3) |
| Yrkesskola | 66 (12.0) |
| Gymnasiet | 146 (26.4) |
| Högskola/universitet | 35 (6.3) |
| Ej fullgjord grundskola | 55 (10.0) |

En stor majoritet av deltagarna är av naturliga skäl arbetslösa alternativt uppbär sjukpenning eller aktivitetsersättning (82.1 %) (Tabell 4). Samtidigt anger drygt 10 % av deltagarna att de arbetar del- eller heltid, alternativt studerar.

Tabell 4. Huvudsaklig sysselsättning de senaste 3 månaderna före inskrivning.

| Nuvarande sysselsättning | Antal (procentandel) |
|---------------------------|----------------------|
| Heltidsarbete | 36 (6.5) |
| Deltidsarbete | 17 (3.1) |
| Studerande | 15 (2.7) |
| Ålderspensionär | 6 (1.1) |
| Sjuk/aktivitetsersättning | 132 (23.9) |
| Arbetslös | 321 (58.2) |
| Annat | 25 (4.5) |

Civilstånd, barn och boendeform

En stor majoritet av deltagarna angav att de är ensamstående (tabell 5). Knappt en fjärdedel angav att de är antingen gift, sambo eller särbo.

Tabell 5. Civilstånd vid inskrivning.

| Civilstånd | Antal (procentandel) |
|--------------|----------------------|
| Ensamstående | 388 (70.3) |
| Sambo | 81 (14.7) |
| Gift | 23 (4.2) |
| Särbo | 57 (10.3) |

Andelen som anger att de har barn uppgår till 46.9 % medan 51.4 % anger att de inte har barn. 2,0 % av deltagarna hade vid inskrivningen hemmavarande barn som de försörjer.

Mottagningen har som rutin att kontakta socialtjänsten om det framkommer att en deltagare/patient har vård av minderårigt barn eller om det finns misstanke om att ett barn far illa enligt socialtjänstlagens kap 14 § 1.

Även avseende boendeform syns en stor variation i resultaten (tabell 6). Den största enskilda gruppen utgörs av personer som uppgav att de hade eget boende men majoriteten uppgav andra boendeformer. Boendeform har i studier visat ett samband med riskbeteende i samband med injektionsmissbruk. Individer utan fast boende tenderar att uppvisa en högre grad av riskbeteende, medan individer med eget boende har bättre förutsättningar att i mindre grad utsätta sig själv och andra för risker.

Tabell 6. Huvudsaklig (mest typisk) boendesituation under de senaste 3 månaderna före inskrivning.

| Boendeform | Antal (procentandel) |
|--------------------------|----------------------|
| Eget boende | 197 (35.7) |
| Inneboende | 111 (20.1) |
| Stödboende | 79 (14.3) |
| Kriminalvården | 12 (2.2) |
| Behandlingshem | 12 (2.2) |
| Härbärke | 26 (4.7) |
| Bostadslös/bott på gatan | 76 (13.8) |
| Annat | 39 (7.1) |

Droganvändning (typ och användningssätt)

Droger delas vanligtvis in i klasser baserade på dess verkningsmekanism i centrala nervsystemet. De vanligaste utgörs av centralstimulerande medel (t.ex. amfetamin, kokain, nikotin), sedativa (t.ex. alkohol, opioider) samt hallucinogena (t.ex. THC, PCP, LSD). Utöver detta finns vad som räknas som så kallade designerdroger, vilka kan ha olika sammansättning, men vanligtvis en kombination av centralstimulerande och hallucinogena (t.ex. ecstasy). Också receptbelagda läkemedel förekommer relativt frekvent såsom metylfenidat, metadon, buprenorfin, bensodiazepiner m.fl. Även hormonpreparat (t.ex. nandrolon) uppmärksammas alltmer, och tas i vissa fall intramuskulärt.

Vid varje tillfälle då sprututbyte genomförs tillfrågas deltagarna/patienterna om vilken drog de injicerat senast, vilket ger unik möjlighet att följa drogtrender i gruppen och få information om nya droger är aktuella i gruppen. Det tillhör vanligheten att använda flera olika typer av preparat. De flesta har dock en huvuddrog som de föredrar eller oftast använder om den finns tillgänglig. Av tabell 7 framgår att en stor majoritet angav antingen amfetamin eller heroin som huvuddrog.

Tabell 7. Huvuddrog vid inskrivning.

| Typ av huvuddrog | Antal vid inskrivning (procentandel) |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| Amfetamin | 257 (46.6) |
| Heroin | 186 (33.7) |
| Buprenorfin | 34 (6.0) |
| Benzodiazepiner | 13 (2.4) |
| Metylfenidat | 13 (2.4) |
| Metadon | 10 (1.8) |
| THC/Marijuana. Hasch | 6 (1.1) |
| Kokain | 5 (0.9) |
| Opioider (tablett/lösning) | 8 (0.9) |
| Heroin + Amfetamin | 5 (0.9) |
| MDPV | 3 (0.5) |
| Hormonpreparat | 3 (0.4) |
| Alkohol | 2 (0.4) |
| Ecstasy | 1 (0.2) |
| Spice/ (syntetisk cannabis) | 1 (0.2) |
| Annan | 5 (0.9) |
| Total | 552 (100) |

Över 90 % av deltagarna angav att de injicerat narkotika under den senaste månaden i samband med inskrivning (tabell 8).

Tabell 8. Injektionsfrekvens under månaden före inskrivning.

| Injektionsfrekvens | Antal (siffror i parentes anger procentandel) |
|----------------------------------|---|
| Inga injektioner senaste månaden | 44 (8.0) |
| En gång per vecka eller mindre | 107 (19.4) |
| Flera gånger per vecka (2-6 ggr) | 115 (20.8) |
| Dagligen | 69 (12.5) |
| Flera gånger per dag | 216 (39.1) |
| Vet ej | 1 (0.2) |

Variationen är stor bland deltagarna avseende injektionsfrekvens med den relativt sett största gruppen som anger att de injicerar flera gånger per dag (39.1 %).

Deltagarnas genomsnittliga ålder för drogdebut var 14.9 år (medianålder = 13.5 år) (tabell 9) medan den genomsnittliga åldern för första injektionen var 21.8 år (medianålder = 20 år).

Variationen kring dessa siffror är som synes stor, och i sprututbytet deltar individer som injicerat narkotika i allt från 1 till över 50 år.

Tabell 9. Antal år (medelvärde samt spridning) sedan första gången deltagarna använde narkotika respektive första gången för injicering av narkotika.

| | Genomsnitt (standardavvikelse*) | Spännvidd (år) |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Debutålder för droganvändning | 14.9 (4.4) | 7-50 |
| Debutålder för injicering | 21.8 (7.8) | 11-58 |
| Antal år sedan första droganvändning | 25.7 (11.7) | 1-51 |
| Antal år med injektionsmissbruk | 18.8 (12.8) | 0-50 |

*Standardavvikelse innebär den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet, och förkortas i fortsättningen sd)

Mer detaljerad genomgång av konsumtionsmönster under tiden för deltagande i programmet redovisas under rubriken ”Alkohol och drogkonsumtion”.

Status avseende blodsmitta

I samband med att besökarna skriver in sig på sprututbytet ställs frågor om självrapporterad status avseende blodsmitta. Då samtliga patienter lämnar prover i samband med inskrivning kan man sedan korrelera patienterna uppfattning om eget status med faktiskt status enligt provsvar. Tidigare studier har konstaterat att individer som injicerar droger är angelägna om att inte utsätta sig själv eller andra för smitta. Att ha en korrekt uppfattning om status avseende blodsmitta är därför mycket viktig kunskap ur smittskyddssynvinkel.

Preliminär analys av data finns för de första 1504 inskrivna besökarna och dessa visar att det finns stora missuppfattningar angående egen status avseende blodsmitta (se tabell 10).

Tabell 10. Status vid provtagning (hiv, hepatit B, hepatit C) i relation till självrapporterad status (n=1386) vid inskrivning.

| | Positiv i provtagning /Självrapporterat ja % (n1/n2) | Positiv i provtagning/ Självrapporterat nej (= nyupptäckt) % (n1/n2) | Positiv i provtagning/ Vet ej % (n1/n2) |
|---|--|---|---|
| Svar på frågan ”Har du hiv?” | 96,7% (88/91) | 0,4% (5/1220) | 0% (75/75) |
| Svar på frågan ”Har du hepatit B?” | 17,7% (11/62) | 1,0% (10/1012) | 2,6% (8/312) |
| Svar på frågan ”Har du hepatit C?” (hepatit C-ak positiv) = utsatt för smitta | 99,1% (777/784) | 59,3% (256/432) | 62,3% (106/170) |
| Svar på frågan ”Har du hepatit C?” (hepatit C-RNA positiv) = aktiv infektion | 84,7% (664/784) | 27,3% (118/432) | 46,5% (79/170) |

Sammanfattningsvis kan sägas att kunskapen om huruvida man har hiv eller inte är god, men att 5 nya fall av hiv hittills har diagnostiserats i samband med första provtagningen. När det gäller hepatit B noteras att det var fler som felaktigt trodde att de hade hepatit B utan att ha det. Det mest framträdande för hepatit C var att en majoritet av de som inte trodde att de var infekterade, eller inte visste, faktisk var infekterade (59.3 % respektive 62.3 %).

Dessa data behöver analyseras vidare men visar tydligt på vikten av att regelbundet provta gruppen och återkoppla svaren för att individen ska ha korrekt kunskap om sin status avseende blodsmitta och kunna förhålla sig korrekt till detta smittskyddsmässigt. Planerade fortsatta analyser kommer undersöka huruvida självrapporterad status påverkat det egna riskbeteendet. Vidare uppföljning skall också återupprepa frågorna om självrapporterad status för att undersöka om gruppen ökar sina kunskaper vid frekvent provtagning och provsvar på sprututbytet.

Prevalensdata

Sedan sprututbytets start har verksamheten tagit totalt 3575 hiv-prover vilket är en tydlig markör för frekvent provtagning av gruppen. Under 2014 var sprututbytet den enhet i Stockholm som tog flest hiv-prover i målgruppen enligt Smittskydd Stockholms statistik. Av totalt 1399 aktuella patienter 2014 har 1356 (96,9%) provtagits någon gång under perioden de har varit inskrivna. Under 2014 togs totalt 1517 hivtester, 872 hepatit A-tester, 771 hepatit B-tester och 906 hepatit C-tester.

Prevalensdata som presenteras nedan (tabell 11) är prevalensdata för 2014 för patienter som skrivit in under 2013- 2014 och representerar väl det aktuella läget.

Tabell 11. Prevalensdata december 2014. Hepatit C-ak motsvarar att personen ”träffat på” hepatit C-viruset, medan hepatit C-RNA indikerar aktiv (smittsam) infektion.

| | |
|---------------|---|
| Hiv | 6,5% |
| Hepatit B | 2,0% |
| Hepatit C-ak | 83,0% |
| Hepatit C-RNA | 76,1% (av hepatit C-ak positiva, motsvarande 63,2% av samtliga provtagna) |

Under 2014 har sprututbytet startat och fortsatt behandling av patienter med hiv på sprututbytet. Flera patienter är ny- eller återuppstartade. 19 patienter har hämtat sina hiv-mediciner på sprututbytet vid ett flertal tillfällen, och 9 patienter har hämtat sin medicin enstaka gånger. Genom sprututbytet har patienter som tidigare varit svåra att följa upp fått möjlighet till enklare kontakt med den hiv-specialiserade vården och även fått ökad tillgänglighet till kontinuerlig medicinering.

Nysmitta/Incidensdata

Data som presenteras nedan (tabell 12) motsvarar de antal nya fall som diagnostiserats där det går att fastställa att det gäller en nysmitta hos personer som är inskrivna i programmet. Trots att det förekommit att patienter nydiagnostiserats med såväl hiv, hepatit B och hepatit C, så är det vid första provtagningen inte möjligt att med säkerhet fastslå när smittotillfället i tid kan ha inträffat. I beräkningen av nysmitta måste också tas i beaktande att alla individer inte är

mottagliga för nysmitta. Det gäller de som är kroniskt infekterade och de som har egen immunitet eller vaccinationsskydd.

Tabell 12. Nysmitta (%) av mottagliga individer 2013-2014.

| | 2013 (n=963) | 2014 (n=1399) |
|-----------|--------------|---------------|
| Hiv | 0% | 0% |
| Hepatit B | 0% | 0,02% (n=1) |
| Hepatit C | 3,6% (n=13) | 12,0% (n=62) |

Under 2013 läkte 6 personer ut sin hepatit C spontant och under 2014 läkte 30 personer ut sin hepatit C spontant. Data gällande hepatit C ska i nuläget tolkas med viss försiktighet eftersom virusnivåerna kan fluktuera något. För att med säkerhet kunna konstatera en ny kronisk hepatit C krävs två positiva HCV-RNA med 6-12 månaders mellanrum. En liknande situation gäller vid utläkt hepatit C där det krävs två negativa HCV-RNA med 3-6 månaders mellanrum.

Vaccinationsstatus

I samband med inskrivning tas prover avseende hepatit B och dessa visade att 20,7% av deltagarna hade vaccinationsskydd för hepatit B vid inskrivning. Det är närmast en fördubbling jämfört med data från Baslinjestudien som genomfördes i Stockholm 2007-2008, vilket indikerar att hepatit B-vaccinering har ökat i målgruppen mellan 2008 och 2013. Samtidigt visar data att 37,8% fortsatt är oskyddade mot hepatit B.

Antal vaccinationer årsvis sedan uppstarten i april 2013

2013

Totalt gavs 453 vaccinationer under 2013 till 371 patienter. 527 patienter hade i provtagning inte vaccinationsskydd för hepatit A och 291 patienter hade inte skydd mot hepatit B, varav 213 inte heller haft skydd mot hepatit A.

2014

Totalt gavs 1002 vaccinationer under 2014 till 719 patienter. 476 vaccinationer gavs för hepatit A/hepatit B i kombination, 368 för hepatit A och 158 för hepatit B.

Preliminära data för de första 1504 individer som skrivits in på sprututbytet visade att 68,3% av de som inte initialt hade skydd mot hepatit A påbörjade vaccination för detta på sprututbytet. Motsvarande siffra för hepatit B är 70%

Preliminär bedömning av i vilken utsträckning sprututbytesprogrammet påverkat smittspridning

Då sprututbytet i Stockholm startade i april 2013 går det inte att i detta tidiga skede uttala sig om hur verksamheten påverkat eventuell smittspridning på samhällsnivå. Det ska samtidigt påpekas att sprututbytet är ett komplement till redan befintligt smittskydd som finns i länet. Andra aktörer är bl.a. Smittskydd Stockholm och den reguljära hälso- och sjukvården, inklusive beroendevården och infektionssjukvården.

Det enda år som går att säga något meningsfullt kring vad gäller smittspridning i gruppen individer som injicerar droger är 2014 (2013 var programmets startår, och siffror för 2015 saknas i skrivande stund). Smittspridningen av hiv i länet låg under 2014 på sin lägsta nivå sedan registreringen av nyupptäckta fall påbörjades. Även om antalet nysmittade var låg redan före programmets igångsättande kan den låga nivån vara *en* indikator (vid sidan av den minskning i riskbeteende som registrerats i kohorten av besökare vid mottagningen och som beskrivits i tidigare delar i rapporten). Under 2014 har det varit ett utbrott av hepatit B i Sverige bland personer som injicerar droger. På sprututbytet har fem fall av akut hepatit B konsaterats, vilket har skett i samband med att nya patienter provtagits i samband med inskrivning. Det innebär att fall av akut hepatit B har identifierats i ett tidigt skede och patienterna har fått direkt återkoppling med smittskyddsinformation och smittspårning har påbörjats. Det är troligt att dessa insatser bidragit signifikant till att begränsa spridningen av hepatit B i Stockholm.

Andra infektionssjukdomar

Vid sidan av hiv och hepatitsjukdomar är andra infektionssjukdomar ett stort problem bland individer som injicerar droger. En stor andel (22%) av deltagarna angav vid inskrivning att de vårdats på sjukhus under de senaste 12 månaderna för infektionssjukdomar (Tabell 13). I tabell 13 redovisas också motsvarande uppgifter bland deltagarna vid 12-månadersuppföljningen. Som synes minskar andelen med något av tillstånden över tid för deltagarna i programmet (från 22.6 % till 17.0 %) vilket är en statistiskt signifikant minskning. Den största förändringen utgörs för kategorin rapporterade hud/mjukdelsinfektioner.

Tabell 13. Självrapporterade hud/mjukdelsinfektioner bland deltagarna vid inskrivning respektive uppföljning vid 12 mån. Siffror inom parentes anger andel av deltagarna vid respektive mätning (n= 400-552)

| | Inskrivning – antal (procentandel) | 12 mån. antal (procentandel) |
|---|--|------------------------------------|
| Sepsis/blodförgiftning | 30 (5.4) | 25 (6.2) |
| Spondylit/Osteit/Infektion i skelettet | 11 (2.0) | 3 (2.0) |
| Endokardit/Infektion i hjärtklaff | 4 (0.7) | 5 (1.2) |
| Hud/mjukdelsinfektion | 72 (13.0) | 35 (8.7) |
| Total | 125 (22.6) | 68 (17.0) |

I slutversionen av rapporten skall kompletteras med registerdata avseende sjukvårdsbesök med infektionsorsak bland deltagarna (avidentifierade data) för att korroborera självskattningarna. Utvärderingen indikerar dock såhär långt att deltagandet i programmet kan ha bidragit till den minskade andelen hud/mjukdelsinfektioner.

Besöksfrekvens vid mottagningen

De 552 deltagarna i utvärderingen har gjort i genomsnitt 37.3 besök vid mottagningen (standardavvikelse 36.6, spannvid 1 – 287) sedan inskrivning i programmet (obs att detta

avser tiden sedan inskrivning för varje deltagare fram till 2015-07-31, dvs. inte enbart under de 12 första månaderna).

Inga skillnader i besöksfrekvens konstaterades vid separata analyser avseende kön respektive sysselsättningsform. Däremot visade sig bostadslösa besöka sprututbytet vid fler tillfällen ($m=47.9$, $sd=52.37$) jämfört med de flesta andra boendekategorier, t.ex. personer med eget boende ($m=33.25$, $sd=31.69$). En annan skillnad som gick att fastställa statistiskt var att individer som vid inskrivning angav heroin som huvuddrog besökte mottagningen vid färre tillfällen ($m=34.4$, $sd=28.90$) jämfört med individer som angav amfetamin som huvuddrog ($m=40.13$, $sd=42.53$).

Antal utdelade sprutor, kanyler och annan parafernalialia

Det genomsnittliga antalet sprutor, kanyler och annan parafernalialia (sammanräknat) som utdelats till deltagarna (som inkluderats i utvärderingen) var 29.4 ($sd=16.85$, spännvid= 4-84).

Riskbeteende för smittspridning

Det primära syftet med sprututbytet är att gynna beteenden hos deltagarna som minskar risken för olika typer av sjukdomar som är relaterade till injektionsmissbruk. Detta innebär att inte utsätta sig själv för risken att använda sprutor, kanyler eller annan parafernalialia (droglösning, kärl, filter mm) som redan använts av andra, eller att dela utrustning vidare som man själv redan använt. Ett annat riskbeteende är att använda samma nål vid många tillfällen, och då är det framför allt den ökade risken för mjukdelsinfektioner som ökar.

Att följa deltagarnas riskbeteende över tid har också varit det viktigaste uppföljningsmålet för utvärderingen, och redovisas utförligt utifrån olika perspektiv i de kommande styckena.

Sterila sprutor/kanyler och annan parafernalialia från andra källor

Deltagarna tillfrågades vid inskrivning om de mottagit steril kanyl/spruta på något sätt under den senaste månaden (tabell 14).

Tabell 14. Sätt på vilka deltagarna erhållit steril kanyl/spruta under månaden före inskrivning i programmet ($n=552$).

| | Antal (procentandel inom parentes) |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Inte erhållit steril spruta/kanyl | 119 (21.6) |
| Vän/Partner/Bekant | 156 (28.3) |
| Annat | 17 (3.1) |
| Via recept från läkare | 2 (0.4) |
| Internet | 23 (4.2) |
| Uppsökande verksamhet | 3 (0.5) |
| Apotek (utan recept) | 4 (0.7) |
| Från annat sprutbyte | 5 (0.9) |
| Utomlands | 5 (0.9) |
| Langare | 73 (13.2) |

Resultatet visade att en stor andel av deltagarna (78.4%) uppgav att de mottagit ren kanyl eller spruta från något annat håll. Som synes i tabell 14 var vän eller langare de vanligaste sätten. Även internet uppgavs som ett sätt att få tag på sprutor/kanyler av en del. Det skall betonas att en stor del av deltagarna genomförde inskrivningsintervjun under det första halvåret efter sprututbytets uppstart varför andelen som erhåller sterila sprutor/kanyler från andra håll än sprututbytet i Stockholm kan tänkas minska i takt med att verksamheten täcker en större del av behovet. Resultatet indikerar att gruppen vidtagit smittskyddsåtgärder för sig själva redan före deltagandet i sprututbytet.

Miljön i samband med injicering

Miljön som injiceringen sker i har ett samband med risken för smittspridning. Att injicera utanför hemmet har i tidigare studier visat sig vara en sådan riskfaktor. I tabell 15 redovisas under vilka omständigheter den senaste injektionen skedde. Knappt hälften uppgav att de injicerade i det egna hemmet, en knapp fjärdedel hemma hos bekant eller partner, medan resten injicerade i andra typer av miljöer.

Tabell 15. Plats för senaste injektionstillfället för deltagarna i samband med inskrivning.

| | Antal (Procentandel) |
|-------------------------|----------------------|
| I eget hem | 252 (46.2) |
| Hos vän/bekant/partner | 122 (22.3) |
| Hos langare | 10 (0.2) |
| På gatan/park (utomhus) | 64 (11.7) |
| I bil | 11 (2.0) |
| Offentlig toalett | 70 (12.8) |
| Annat | 26 (4.8) |

Delning av sprutor/kanyler och annan paraferalia (riskbeteende) – förändring över tid

Deltagarnas riskbeteende kartläggs utifrån olika parametrar genom frågor till deltagarna i samband med att de bytesbesöken.

Antal tillfällen med delning

Deltagarna angav vid besöken dels om de delat sprutor/kanyler respektive paraferalia under den senaste månaden samt i så fall vid hur många tillfällen. I tabell 16 redovisas deltagarnas svar på frågorna vid inskrivning samt vid uppföljningsbesöket efter 12 månader (Vid framtida rapporter redovisas resultat för längre uppföljningstid, uppgifter som insamlas för tillfället i takt med att deltagarna fullföljer dessa besök vid mottagningen).

Tabell 16. Deltagarnas uppskattningar av med vilken frekvens de under den senaste månaden delat sprutor/kanyler respektive annan paraferalia vid inskrivning samt efter 12 månader.

| | Delat spruta/kanyl antal gånger vid inskrivning | | Delat annan paraferalia antal gångar vid inskrivning | | Delat spruta/kanyl antal gånger vid 12 mån | | Delat annan paraferalia antal gånger vid 12 mån | |
|------------------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| | Antal | Andel av total (517) | Antal | Andel av total (517) | Antal | Andel av total (328) | Antal | Andel av total (328) |
| Inga | 348 | 67.3 | 325 | 58.9 | 245 | 78.5 | 230 | 70.1 |
| En gång per vecka | 101 | 19.5 | 69 | 12.5 | 54 | 17.3 | 50 | 15.2 |
| Flera gångar per vecka | 23 | 4.4 | 41 | 7.4 | 6 | 1.9 | 22 | 6.7 |
| En gång per dag | 11 | 2.1 | 28 | 5.1 | 3 | 1.0 | 10 | 3.0 |
| Flera gångar per dag | 19 | 3.7 | 29 | 5.3 | 3 | 1.0 | 13 | 4.0 |
| Vet ej | 15 | 2.9 | 31 | 5.6 | 1 | 0.3 | 0.3 | 0.9 |
| Antalet delade (m) | m=0.64 (sd=1.2) | | m=0.97 (sd=1.5) | | m=0.29 (sd=0.7) | | m=0.58 (sd=1.1) | |

Som framgår av tabellen anger en relativt stor andel av besökarna att de inte delat sprutor/kanyl eller annan paraferalia den senaste månaden före inskrivning i programmet. Troligtvis hänger detta samman med att en relativt stor andel av deltagarna på andra sätt (som redovisades i tabell 14) skaffat sig rena sprutor/kanyler eller annan paraferalia redan före inskrivning.

Som också synes i tabell 16 ökar andelen deltagare som använder sterila sprutor, kanyler och annan paraferalia från inskrivning till 12-månadersuppföljningen. Det genomsnittliga antalet delade sprutor/kanyler respektive annan paraferalia minskade över tid (från 0.64 till 0.29 för sprutor/kanyler samt från 0.97 till 0.58 för annan paraferalia). Ett statistiskt test (parat t-test) visar också att denna skillnad är signifikant (dvs. skillnaden beror med väldigt låg sannolikhet på slumpen ($t(311)=5.86$, $p<0.000$ för sprutor/kanyler, respektive $t(327)=4.94$, $p<0.000$ för annan paraferalia).

Antal individer som delning skett tillsammans med

Utöver frågan om hur många gånger deltagarna delat sprutor och/eller annan paraferalia är frågan om hur många andra individer som ett delande eventuellt skett med viktig för risken att utsättas för smitta. Det är t.ex. ur risksynvinkel mer fördelaktigt att dela spruta med en person (även om detta skett flera gånger) jämfört med om delningen skett med flera olika individer. Deltagarna angav antalet från 0 till 5 eller flera (dvs. deltagarna kunde få en poäng som varierade mellan 0-5). De deltagare som vid inskrivningen angav att de delat spruta eller kanyl uppgav att de gjort detta med i genomsnitt 1.63 (standardavvikelse (sd) = 1.33) andra personer. Vid 12-månadersuppföljningen hade denna siffra sjunkit till 1.25 (sd=0.87), dvs. även om en deltagare hade delat spruta/kanyl under senaste månaden så skedde detta med

färre andra personer vid 12-månadersuppföljningen jämfört med i samband med inskrivning i programmet. På samma sätt analyserades förändringen i antalet individer som delning av annan paraferalia skett med mellan inskrivning och 12 månaders uppföljning. Vid inskrivning angav deltagarna att de delat annan paraferalia med i genomsnitt 1.96 andra personer (sd = 1.54) medan denna siffra vid 12 månaders-uppföljningen var 1.68 personer (sd = 1.01).

Sammanfattningsvis visar resultatet att det mellan inskrivning och 12-månadersuppföljningen skett en minskning i andelen deltagare som delat sprutor/kanyler respektive annan paraferalia, samt också en minskning av antalet individer som en eventuell delning av sprutor/kanyler respektive annan paraferalia skett tillsammans med.

Dessa resultat bekräftar tidigare studier av effekten av sprutbytesverksamhet avseende riskbeteendet hos personer om injicerar droger.

Index för riskbeteende

För att möjliggöra beräkningar av samband mellan riskbeteende och ett antal bakrunds faktorer beräknades ett riskindex. Ett index möjliggör att sammanväga olika riskbeteenden i en och samma poängsumma. Riskindex består i detta fall av de variabler som redovisas ovan:

- 1) Antal tillfällen som deltagaren använt spruta/kanyl som någon redan hade använt (även om den var rengjord). Ett nej-svar gav 0 poäng och max-poäng var 5 (5 = ”vet inte”).
- 2) Hur många personer som använt spruta/kanyl före deltagaren. Poäng mellan 0 till 5 (5 eller fler respektive ”vet inte”).
- 3) Antal tillfällen som deltagaren använt annan paraferalia som någon redan hade använt. Ett nej-svar gav 0 poäng och max-poäng var 5 (5 = ”vet inte”).
- 4) Hur många personer som använt annan paraferalia före deltagaren. Poäng mellan 0 till 5 (5 eller fler respektive ”vet inte”).

Sammantaget kunde en deltagares indexpoäng variera mellan 0-20. Resultatet av beräkningen visas i tabell 17 (inkluderar även resultat för de deltagare som inkommit med uppgifter efter 24 månader – för att få en uppfattning om trenden i materialet).

Tabell 17. Indexpoäng för riskbeteende för deltagarna vid tre olika mätpunkter (n=173- 494).

| | Poäng (m) | Min-Max | Standardavvikelse |
|-------------|-----------|---------|-------------------|
| Inskrivning | 2.63 | 0-20 | 3.62 |
| 12 mån. | 1.57 | 0-13 | 2.65 |
| 24 mån. | 1.52 | 0-13 | 2.68 |

I enlighet med tidigare redovisade data visar riskindex en högre poäng (2.63) vid inskrivning jämfört med vid 12-månadersuppföljningen (1.57). Att döma av de preliminära resultaten för uppföljningen efter 24 månader kvarstår trenden med minskat riskbeteende bland de deltagare som deltar i sprututbytet över tid. Minskningen i riskindexpoäng mellan inskrivning och 12-månadersuppföljningen är statistiskt signifikant ($t(273)=5.25$, $p>0.000$).

Samband mellan nivå på riskindex vid inskrivning och förändring över tid

Ett syfte med sprututbytesverksamhet kan vara att i första hand bidra till att minska riskbeteendet hos den grupp av personer som injicerar droger som har mer utpräglat riskbeteende, dvs. i detta fall de som har jämförelsevis högre riskindex. Detta kan beräknas genom att först beräkna skillnaden i riskindex från inskrivning till 12-månadersuppföljning för varje deltagare och därefter korrelera denna förändring med riskindexpoängen vid inskrivningen. En sådan korrelationsberäkning visade ett mycket starkt samband mellan indexpoäng vid inskrivning och relativ riskminskning ($r=0.74$, $p<0.000$).

Med andra ord visade resultatet att ju högre riskindex en individ hade vid inskrivning, desto mer minskade riskbeteendet under tiden fram till 12-månadersuppföljningen.

Antal besök vid mottagningen och riskindex

En naturlig förklaring till ett minskat riskbeteende kan vara antal besök som en deltagare gjort vid mottagningen, samt antalet utlämnade sprutor/kanyler och/eller annan paraferalia. Man kan anta att fler besök vid mottagningen (och med det fler uthämtade artiklar) kan förutsäga lägre riskindex. Det genomsnittliga antalet besök som deltagarna genomförde var 37.3 (spännvidd 1-287, $sd=36.5$) och det genomsnittliga antalet uthämtade sprutor, kanyler, annan paraferalia vid ett och samma besök var 29.4 stycken (4-84, $sd=16.8$). Analysen visade dock inget statistiskt säkerställt samband mellan riskindex och vare sig antal besök vid mottagningen eller antalet uthämtade sprutor, kanyler och annan paraferalia. Denna brist på samband kan ha olika förklaringar. En möjlighet är att då många deltagare redan från start uppvisade ett lågt riskindex (i många fall 0) minskar den statistiska möjligheten att upptäcka eventuella samband. Det är naturligtvis tänkbart att deltagarna (som tidigare föreslagits) tillhör en grupp som redan från början hade ett högre riskmedvetande och därför använt sprututbytet mer för att bibehålla ett mindre riskfyllt injektionsbeteende.

Ålder och riskbeteende

En sambandsanalys gjordes mellan deltagarnas ålder och riskindex. En korrelationsanalys visade ett svagt negativt samband mellan deltagarnas ålder och riskindex ($r=-0.11$, $p<0.05$), vilket innebär att deltagare i yngre åldrar tenderade att uppvisa högre index än äldre deltagare. Den minskning i riskindex som konstaterades mellan inskrivning och uppföljning visade dock inget samband med ålder, dvs. den relativa förbättringen i riskbeteende var lika stor oavsett ålder på deltagarna.

Kön och riskbeteende

En separat analys genomfördes av materialet baserat på deltagarnas kön (se tabell 18).

Tabell 18. Riskindex baserat på deltagarna kön vid inskrivning och uppföljningar.

| | Genomsnittlig poäng på riskindex vid inskrivning (sd) | Genomsnittlig poäng på riskindex vid 12-månadersuppföljning | Genomsnittlig poäng på riskindex vid 24-månadersuppföljning |
|---------------|---|---|---|
| Kvinnor (109) | 3.79 (1.2) | 2.0 (2.9) | 1.7 (2.9) |
| Män (408) | 2.33 (1.2) | 1.4 (2.5) | 1.4 (2.6) |

Som synes i tabell 18 uppvisade kvinnor en högre poäng på riskindex vid inskrivning, en skillnad som är statistiskt säkerställd ($p<0.000$). Analysen visar dock att kvinnor minskar i riskindexpoäng i relativt sett högre utsträckning än män från inskrivning till uppföljning vid

12 månader $F(1.272)=5.84$, $p<0.05$). Detta resultat bekräftar att sprututbytet förefaller vara mest till nytta för de individer som initialt har den högsta risknivån, och att kvinnor förefaller vara en andel av dessa högrisk-individer med relativt sett större nytta av sprututbytet.

Typ av drog och riskbeteende

Som tidigare redovisats skiljer deltagargruppen i sprutbytesprogrammet ut sig i två huvudsakliga grupper avseende droganvändning: de som anger centralstimulantia som huvuddrog (med amfetamin som den mest typiska) respektive opiater (med heroin som den mest typiska).

En separat analys av riskindex genomfördes baserat på gruppering enligt den huvuddrog (senaste månaden) som deltagarna angav i samband med inskrivning. Resultatet redovisas i tabell 19.

Tabell 19. Riskindex fördelat utifrån huvuddrog.

| Huvuddrog | Genomsnittlig poäng på riskindex vid inskrivning (sd) | Genomsnittlig poäng på riskindex vid 12-månadersuppföljning (sd) | Genomsnittlig poäng på riskindex vid 24-månadersuppföljning (sd) |
|-----------|---|--|--|
| Amfetamin | 3.27 (3.93) | 1.82 (2.88) | 1.97 (3.07) |
| Heroin | 1.99 (3.10) | 1.45 (2.5) | 0.95 (2.13) |

Resultatet visade att deltagare med amfetamin som huvuddrog uppvisade ett högre riskindex vid inskrivning jämfört med de som angav heroin som huvuddrog ($t(396)=3.45$, $p<0.000$). Denna skillnad kvarstod inte efter 12 månader vilket indikerar att de deltagare med amfetamin som huvuddrog minskade sitt riskbeteende i högre utsträckning än de med heroin som huvuddrog.

Boendesituation och riskbeteende

Boendesituation har i tidigare studier visat sig vara en viktig faktor avseende riskbeteende. Enkelt uttryckt kan sambandet beskrivas som att ju sämre boendesituation, desto högre är risken för ett ökat riskbeteende. I tabell 20 redovisas deltagarnas poäng på riskindex baserat på boendesituation.

Tabell 20. Riskbeteende fördelat utifrån boendesituation.

| | Genomsnittlig poäng på riskindex vid inskrivning (sd) | Genomsnittlig poäng på riskindex vid 12-månadersuppföljning (sd) |
|-----------------------|---|--|
| Eget boende (n=185) | 1.90 | 1.14 |
| Inneboende (n=106) | 2.98 | 1.53 |
| Stödboende (n=77) | 2.41 | 1.19 |
| Kriminalvården (n=12) | 3.64 | 1.14 |
| Behandlingshem (n=11) | 3.20 | 4.33 |
| Härbärke (n=23) | 3.39 | 4.36 |
| Bostadslös (n=64) | 3.84 | 2.51 |

Som synes i tabell 1 skiljer sig den genomsnittliga poängen på riskindex utifrån deltagarnas boendeform, en skillnad som också är statistiskt säkerställd ($F(7.486)=2.96$). Även om skillnaden i antal individer i respektive boendeform försvårade vidare analyser, visade

resultatet att bostadslösa individer uppvisade ett högre riskindex än individer med respektive eget boende, inneboende och stödboende. Intressant är att analysen på förändring av riskindex över tid visade att individer i kategorin bostadslösa minskade sitt riskindex i relativt sett störst utsträckning (från 3.84 till 2.5, $p < 0.05$) jämfört med deltagare i de andra kategorierna.

Antal år med injektionsmissbruk och droganvändning

Analyserna visar inget samband mellan poäng på riskindex och antalet år med vare sig injektionsmissbruk eller antal år med droganvändning.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis syntes en minskning avseende riskbeteende i deltagargruppen som helhet. Mer finfördelade analyser påvisade intressanta variationer i resultaten där ett antal subgrupper av användare uppvisade ett högre initialt riskbeteende (bostadslösa, amfetamin som huvuddrog, kvinnor). Sett över tid uppvisade dessa kategorier av användare också den relativt största förbättringen i indexpoäng. En kompletterande analys i samband med slutrapporten kan vara att genomföra en multipel regressionsanalys där det kan tydliggöras i vilken mån respektive faktor (och kanske ännu fler) bidrar till variationen i riskbeteende hos deltagarna, och inte minst förändringen över tid. En mer finfördelad analys av sambandet mellan antal besök och uthämtning av sprutor/kanyler respektive annan paraferalia kan kasta mer ljus över den lite överraskande bristen på samband mellan dessa faktorer och förändring i riskbeteende för deltagarna.

Hälsostatus, vårdkonsumtion och droganvändning

Utöver det primära undersökningsmättet riskbeteende har också inkluderats andra variabler som kan användas som mått på om sprututbytet bidrar till att förbättra deltagarnas situation i olika avseenden, samt också frånvaro av oönskade negativa konsekvenser av deltagandet, såsom t.ex. ett ökat drogintag (även om sådana negativa effekter inte har konstaterats i tidigare utvärderingar).

Förändring av självskattat hälsotillstånd

Deltagarna skattade sin självupplevda hälsa genom formuläret SF12, som på delskalorna fysisk hälsa, psykisk hälsa, social funktionsnivå samt "global" hälsostatus.

Resultatet redovisas i tabell 21 för självskattad hälsa i samband med inskrivning respektive vid 12 månaders uppföljning.

Tabell 21. Poäng på SF 12 för deltagarna vid inskrivning och 12-månadersuppföljning (sd).

| | Genomsnittlig poäng vid inskrivning (sd) | Genomsnittlig poäng vid 12-månadersuppföljning (sd) |
|---------------------------------------|--|---|
| Global hälsa | 1.64 (0.97) | 1.63 (1.06) |
| Psykisk hälsa | 0.34 (0.42) | 0.47 (0.43) |
| Fysisk hälsa | 1.06 (0.43) | 1.08 (0.49) |
| Social funktionsnivå pga. problematik | 1.95 (0.42) | 2.14 (0.43) |

En analys av förändringen över tid visade förbättrad självskattad hälsotillstånd på två av delskalorna. Till att börja med ökade poängen på den självskattade psykiska hälsan ($t(300) = -3.9, p < 0.05$). Vidare ökade poängen på delskalan för social funktionsnivå relaterad till den egna hälsan ($t(301) = -2.55, p < 0.05$). Även om förändringarna i absoluta tal var små uppnåddes statistisk signifikans vid analyserna.

Livskvalitet

Självskattningsformuläret EuroQoL (EQ-5D) (mäter graden av tillfredsställelse i livet i fem dimensioner (ju högre poäng desto bättre upplevd livskvalitet). Resultatet redovisas i tabell 22.

Tabell 22. Poäng på EuroQol för deltagarna vid inskrivning och 12-månadersuppföljning (sd)

| | Genomsnittlig poäng vid inskrivning | Genomsnittlig poäng vid 12-månadersuppföljning |
|--------------------------|-------------------------------------|--|
| Rörlighet | 2.78 (0.46) | 2.73 (0.51) |
| Hygien | 2.96 (0.37) | 2.97 (0.42) |
| Huvudsakliga aktiviteter | 2.34 (0.38) | 2.67 (0.33) |
| Smärtor/besvär | 2.13 (0.41) | 2.12 (0.43) |
| Oro/nedstämdhet | 1.90 (0.38) | 2.04 (0.42) |
| Index | 12.11 (2.18) | 12.52 (2.25) |

Den självskattade oron visade en förbättring från tiden för inskrivning till uppföljningen efter 12 månader. I övrigt visade resultatet ingen förändring över tid i denna preliminära analys.

Utöver delskalorna erhålls en global skattning av livskvaliteten med poäng mellan 0 – 100 (ju högre poäng desto större tillfredsställelse). Resultatet (Tabell 23) visade en förändring avseende deltagarnas självskattade upplevda livskvalitet från tiden för inskrivning till 12-månadersuppföljningen (från 48.2 till 56.9), en förändring som statistiskt säkerställd ($t(378) = 3.35, p < 0.000$). En trend till fortsatt förbättring kan också konstateras om data för de individer som fullföljt 24-månadersuppföljningen inkluderas (148 stycken vid tiden för rapportens skrivande).

Tabell 23. Självskattad livskvalitet (hälsotillstånd) för deltagarna vid inskrivning, 12-samt 24-månadersuppföljning (min= 0, max= 100).

| | Inskrivning | 12-månadersuppföljning | 24-månadersuppföljning |
|---|-------------|------------------------|------------------------|
| Genomsnittlig poäng för självskattad livskvalitet | 48,20 | 56,97 | 62,71 |

Alkohol- och Narkotikakonsumtion

Deltagarnas självrapporterade alkohol- och drogkonsumtion mättes med Timeline follow back (TLFB), som är ett intervjuinstrument för retrospektiv kartläggning. Intervjun avsåg intaget 30 dagar före intervjutillfället. Resultatet redovisas i tabell 24. Tabellen anger dels andelen av deltagarna som anger att de konsumerat respektive substans, samt andelen dagar av de senaste

30 som de i så fall konsumerat respektive substans. Vidare anges genomsnittlig konsumtionsmängd per dag med användning.

Tabell 24. Självskattad alkohol- och narkotikakonsumtion (enligt TLFB) för deltagarna vid inskrivning och 12-månadersuppföljning.

| Typ av drog | Inskrivning | | | 12 månaders | | |
|-----------------|--|--|-------------------|--|--|-------------------|
| | Procentandel av deltagarna som anger konsum. | Procentandel dagar med drog-användning (m) | Mängd per dag (m) | Procentandel av deltagarna som anger konsum. | Procentandel dagar med drog-användning (m) | Mängd per dag (m) |
| Alkohol | 51 | 37 | | 64 | 33 | |
| Amfetamin | 60 | 64 | 1.53g | 63 | 58 | 1.68g |
| Bensodiazepiner | 48 | 55 | 444mg | 54 | 35 | 250mg |
| Buprenorfin | 23 | 64 | | 35 | 63 | |
| Cigaretter | 82 | 92 | 16st | 85 | 89 | 15st |
| Ecstasy | 2 | 12 | 4.0g | 9 | 7 | 1.35g |
| GHB/GBL | 0 | 0 | - | 1 | 3 | 1.0g |
| Hallucinogener | 2 | 6 | | 3 | 7 | |
| Heroin | 41 | 62 | 1.21g | 42 | 41 | 0.47 |
| Hormonpreparat | 1 | 38 | - | 1 | 35 | - |
| Kokain | 5 | 27 | 0.88g | 9 | 10 | 0.78g |
| MDPV | 6 | 55 | 73mg | 7 | 25 | 88mg |
| Metadon | 11 | 81 | 91mg | 18 | 76 | 75mg |
| Metylfenidat | 10 | 63 | 205mg | 14 | 49 | 198mg |
| Opium/morfin | 7 | 49 | 77mg | 10 | 35 | 98 |
| Spice | 6 | 20 | - | 10 | 15 | - |
| THC | 39 | 43 | 1.1g | 47 | 37 | 0.8g |

Sammanfattningsvis visar resultatet ingen indikation på att konsumtionen skulle ha gått upp bland de deltagare som genomförde 12-månadersuppföljningen. Snarare visar resultatet i vissa avseenden (t.ex. heroin) en minskning av det självrapporterade intaget mellan inskrivning och uppföljning. Detta resultat skall dock tolkas med försiktighet och behöver analyseras vidare i den slutliga rapporten.

Länkning till beroendevård

Samtliga inskrivna besökare får information om att sprututbytet erbjuder samtal och bedömningar avseende missbruk/beroende/psykiatri. Vidare ges information om kontakt med och länkning till socialtjänsten, beroendevården och psykiatrin. Arbetet med patienterna innefattar såväl hänvisningar som direkta kontakter/remisser till socialtjänsten och andra vårdgivare. Pga. sekretess mellan olika vårdgivare saknas i nuläget registerdata för hur patienterna fullföljer dessa hänvisningar. Uppgifterna bygger således på självrapport.

Uppgifter om länkning årsvis

2013

Av de som skrevs in 2013 uppgav 59% att de hade pågående kontakt med socialtjänsten, 43% hade pågående kontakt med beroendevården. Sammanlagt 73% uppgav att de hade pågående kontakt med antingen socialtjänsten, beroendevården eller psykiatrin.

2015-10-28

Under 2013 registrerades läkarbesök för 126 deltagare med syfte att fastställa beroendediagnos och vidare eventuell hänvisning. Totalt skrevs 32 remisser, både akuta och icke akuta. Av dessa var 5 stycken relaterade till enbart akuta somatiska tillstånd. Två patienter skickades till beroendevården som LOTS-patienter (definition: aktuell beroendeproblematik, mantalsskriven i Stockholms Stad, ej uppknuten inom beroendevård och socialtjänst, godkänner kontakt med socialtjänst och beroendevård). En LVM-anmälan skrevs och 10 anmälningar till socialtjänsten gjordes avseende orosanmälan för minderåriga barn.

2014

Av de som skrevs in 2014 uppgav 60% att de hade pågående kontakt med socialtjänsten, 40% hade pågående kontakt med beroendevården. Sammanlagt 78% uppgav att de hade pågående kontakt med antingen socialtjänsten, beroendevården, psykiatrin eller frivården.

Under 2013 registrerades läkarbesök för 221 deltagare med syfte att fastställa beroendediagnos och vidare eventuell hänvisning. Totalt skrevs 70 remisser, både akuta och icke akuta (en ökning med 223% sedan 2013). Majoriteten av remisser (57%) gällde underhållsbehandling vid opiatberoende (LARO). 13 remisser (19%) var relaterade till enbart akuta somatiska tillstånd. Fem patienter skickades till beroendevården som LOTS-patienter. En LVM-anmälan skrevs under 2014.

Antal samtal med kurator

Kuratorn på sprututbytet är aktivt deltagande i själva sprutbytesverksamheten och har därigenom kontakt med de flesta av deltagarna. Totalt 478 möten registrerades avseende kuratorkontakt, varav 100 besök varit av specifikt rådgivande eller stödjande karaktär (hänvisning, länkning eller direktkontakt med socialtjänsten). Totalt hade kuratorn 1 207 patientbesök inklusive möten över ett sprututbyte. Under 2013.

En ökning av antalet kuratorsinsatser registrerades under 2014. Totalt 2816 registrerades patientmöten med 787 enskilda individer varav ca 230 var av direkt stödjande, rådgivande eller motiverande karaktär. Under 2014 genomfördes 14 vårdplaneringsmöten tillsammans med socialtjänst och patient.

Antal samtal med läkare och sjuksköterskor

Läkare har sedan uppstarten funnits tillgänglig 3 dagar i veckan på sprututbytet. Under 2013 genomfördes 328 besök till läkare. Av dessa var 85 besök relaterade till akuta och subakuta infektionstillstånd där bölder och andra mjukdelsinfektioner dominerat som diagnos. Övriga besöksorsaker var klåda, knivskada, STI, luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner samt bedömningar och information kring blodsmittor och dess prognos och behandling. 126 besök renderade i en beroendediagnos vilket innebär att konsultationen fokuserat på aktuellt beroendetilstånd med fokus på att informera kring och erbjuda kontakt och remiss till beroendevården.

Sjuksköterskorna på mottagningen hade under 2013 5 949 besök som innefattat sprututbyte, blodprovstagning, vaccination, stödjande/motiverande samtal samt såromläggningar.

Antalet läkarbesök för besökarna ökade under 2014 jämfört med 2013. 680 besök till läkare genomfördes under 2014. Av dessa var 228 relaterade till akuta och subakuta somatiska tillstånd där bölder och andra mjukdelsinfektioner dominerar som diagnos. Övriga besöksorsaker var STI, luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner, buksmärta, akuta tromboser samt bedömningar och information kring blodsmittor och dess prognos och behandling.

Sjuksköterskorna på mottagningen hade under 2014 13 425 besök.

Störningar i anslutning till verksamheten

Majoriteten av dessa utgörs av incidenter som har att göra med att personer injicerar narkotika på offentlig plats. Rapporterna om detta kommer huvudsakligen från väktare vid det närbelägna sjukhuset. Denna typ av störningar förekom även före öppnandet av sprututbytesverksamheten och har till viss del troligen ett samband med att andra vårdinrättningar för målgruppen finns placerade i området. Statistiken ser ut som följer:

2013: 2,5 incidenter/vecka med 39,7 individuella deltagarbesök/dag vid mottagningen.

2014: 2,2 incidenter/vecka med 66,8 individuella deltagarbesök/dag vid mottagningen.

2015: 3,5 incidenter/vecka med 78,5 individuella deltagarbesök/dag vid mottagningen

Ökningen i incidentrapporteringen kan troligtvis hänga samman med det ökade antalet besök vid mottagningen. Ett ökat patientantal vid mottagningen innebär det att en större grupp individer blir koncentrerade till samma område vilket innebär en ökad belastning på närområdet.

SAMMANFATTNING AV DE VIKTIGASTE RESULTATEN I DEN PRELIMINÄRA RAPPORTEN

Den preliminära rapporten visar:

- Andelen av deltagarna som har en felaktig uppfattning om sin status avseende blodsmitta är relativt hög (vilken med hög sannolikhet kan minska med upprepade provtagning och upplysning).
- Minskning i riskbeteende bland deltagarna mellan inskrivning och uppföljning efter 12 månader.
- Minskningen i riskbeteende var störst bland deltagare som från början visade en relativt sett högre poäng på riskindex.
- Minskningen förefaller vara större i vissa subgrupper av besökare såsom kvinnor, de med amfetamin som huvuddrog, samt bostadslösa.
- Andelen besökare som behandlats för allvarliga infektionstillstånd relaterat till intravenöst missbruk förefaller minska (självrapporterade data).
- Självsattad livskvalitet ökade bland deltagarna mellan inskrivning och uppföljning efter 12 månader.
- Självsattad hälsa visade på vissa utvärderingsmått en förbättring mellan inskrivning och uppföljning efter 12 månader.
- Negativa konsekvenser programmet har i nuläget inte kunnat konstateras bland deltagarna, såsom ökad narkotikaanvändning.

2015-10-28

- Antalet deltagare som utnyttjar kurativa tjänster har ökat mellan 2013 och 2014, liksom antalet länknings till andra vårdformer (beroendevård, socialtjänst).