



Sprututbytet i Stockholm

Verksamhetsberättelse 2015

INFEKTIONSKLINIKEN KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

16-04-01

INNEHÅLL

1. Bakgrund uppdrag

Personal/organisation på sprutbytet	3
-------------------------------------	---

2. Årets deltagare

Åldersfördelning	4
Vistelse- och mantalsskrivningsort	5
Födelseland	6
Senaste injicerad drog	6
Antalet utlämnade kanyler och sprutor	7
Prevalens blodsmittor	7
Vaccinationer	8
Utdelning av kondomer	8
Dödlighet och dödsorsak	8
Preventivt arbete för att förebygga död	10
Antal länkningar till, samt kontakter med socialtjänst, beroendevård och psykiatri	12
Somatisk vård och besöksorsaker	13
Barnmorska	14
Antal tvångsvårdade LVU/LVM	14

3. I vilken utsträckning verksamheten bedöms ha påverkat eventuell smittspridning	14
---	----

4. Hur samarbetet med missbruks- och beroendevården, den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten har organiserats	15
---	----

Samarbete med missbruks- och beroendevården	15
Samarbete med övriga hälso- och sjukvården	15
Samarbete med socialtjänsten	15
Samarbete med brukar- och frivilligorganisationer	16
Samarbete med polis och säkerhetsorganisation	16

5. I vilken omfattning resurserna har motsvarat behoven av vård	16
---	----

6. Preliminär utvärdering av sprututbytesprojektet	17
--	----

BILAGA

Betänkande gällande "Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige"	19
---	----

Bakgrund uppdrag

Stockholms läns landstingsfullmäktige beslutade i november 2007 om att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att genomföra "en bred narkotikapolitisk utredning för att få en mer sammanhållen, effektiv och evidensbaserad strategi mot narkotikaberoendet och dess konsekvenser. Utredning skulle också omfatta smittspridningsproblematiken och sprutbytesprogram". I december 2009 presenterades resultatet av denna utredning. En av de föreslagna slutsatserna var att på försök införa ett sprututbyte för injektionsmissbrukare med syfte att reducera spridning av hiv och hepatit i gruppen.

Våren 2010 startade förberedande arbete avseende en sprutbytesverksamhet inom SLL. Beslut om försöksverksamhet togs i landstingsfullmäktige i juni 2010 och i kommunfullmäktige i maj 2011. Uppdraget som huvudman för verksamheten har tilldelats Infektionskliniken Karolinska Universitetssjukhuset under försöksperioden på 4 år. Verksamheten arbetar efter de riktlinjer som finns enligt *Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler*, *Socialstyrelsens föreskrifter om utbyte av kanyler och sprutor till personer som missbrukar narkotika (SOFs 2007:2)* samt den verksamhetsbeskrivning som utformats av styrgruppen för sprutbytesverksamheten (Stockholms Stad/SLL). Den 8 april 2013 öppnades sprututbytet på St Görans sjukhusområde.

De data som presenteras i denna verksamhetsberättelse är i första hand de data som sprututbytet är ålagda att rapportera enligt Socialstyrelsens föreskrifter samt de data som har fastslagits som kvalitetsindikatorer i en specifik uppdragsbeskrivning från Hälso- och sjukvårdens förvaltning, Stockholms Läns Landsting.

Personal/organisation på sprututbytet

Sprututbytet ligger organisatoriskt under Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset.

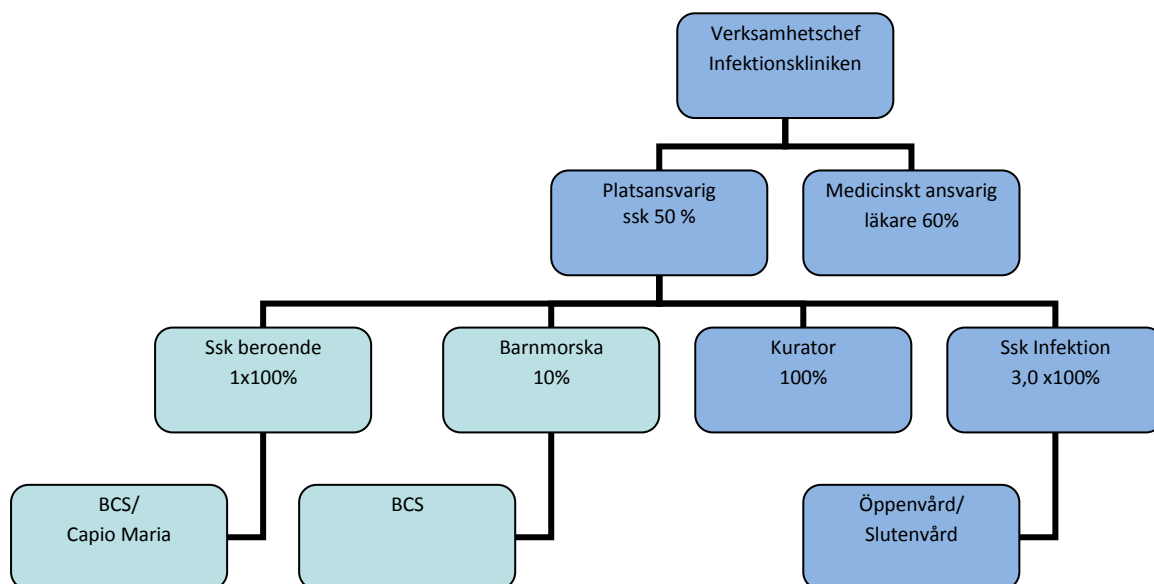


Fig.1. Organisation på sprututbytet

Sprututbytet har en platsansvarig sjuksköterska, Fredrik Lindström, med övergripande verksamhets-, personal- och budgetansvar. Specialistläkare Martin Kåberg, medicinskt ansvarig läkare, är tillsammans med platsansvarig sjuksköterska vårdutvecklare av verksamheten samt har det yttersta medicinska ansvaret.

Sjuksköterskor har roterande schema från hemkliniken (öppenvård/slutenvård). Samtidigt upprätthålls kontinuitet på sprututbytet med längre rotationspass och återkommande personal. Infektionssjuksköterskor

kommer från Infektionskliniken. Beroendesjuksköterskor kommer från både Beroendecentrum (BCS) och Capio Maria. Barnmorska är placerad på deltid på konsultbasis från BCS, Rosenlunds mödravårdsteam. Sedan september 2014 är tandläkare inte längre placerad på sprututbytet utan ett snabbspår till tandläkare på Pelarbacken har istället utvecklats.

1. Årets deltagare

Under år 2015 skrevs 495 nya individer in som deltagare i programmet. Av dessa var 124 (25,1%) kvinnor. Totalt har 1608 enskilda individer besökt verksamheten och av dessa var 24,6% kvinnor. Sedan mottagningen öppnade i april 2013 och fram till 31/12 2015 har 2087 enskilda individer skrivit in sig.

Tillsammans har årets besökare gjort 20 302 besök. Antalet besök per dag har ökat över tid. I januari var antalet besök/dag i medeltal 72. I december var antalet besök/dag i medeltal 88 och utslaget på hela året har det i medeltal varit 83 besökare/dag. Under 2015 har det i medeltal varit 2 nyinskrivna/dag.

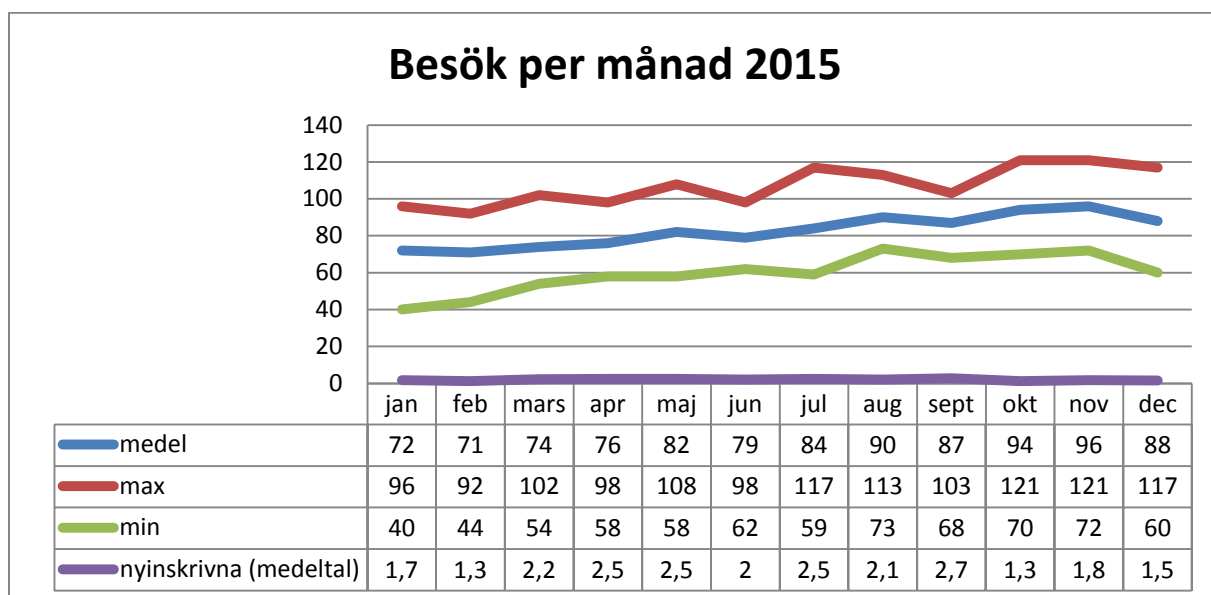


Fig. 2. Antalet besök/dag har ökat i takt med antalet inskrivna. Antalet nybesök/dag har varierat under året med mellan 1,3-2,7/dag beroende på månaden men i snitt varit konstant med 2 nyinskrivningar/dag.

Den stora majoriteten besök har gjorts i samband med sprututbyte men patienter har också kommit enbart för att träffa läkare, sjuksköterska, kurator, barnmorska eller tandläkare.

Åldersfördelning

Sprututbytet riktar sig till personer som är 20 år eller äldre. Personer som är yngre än 20 år är välkomna att träffa läkare, sjuksköterska, kurator, barnmorska eller tandläkare. Vidare erbjuds provtagning och vaccination till de som är yngre än 20. Under 2015 besökte inte någon under 20 år verksamheten. (I december 2015 presenterade Socialdepartementet en promemoria om "Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige", med bl.a. förslag om att ändra åldersgränsen till 18 år. Bifogat i verksamhetsberättelsen för sprututbytet i Stockholm 2015 finns verksamhetens remissvar på denna promemoria.)

Medelåldern för 2015 års deltagare var 39,3 för hela gruppen, 40,2 för män respektive 36,2 för kvinnor. För nya deltagare 2015 var medelåldern 37,6 (38,6 för män respektive 34,6 för kvinnor).

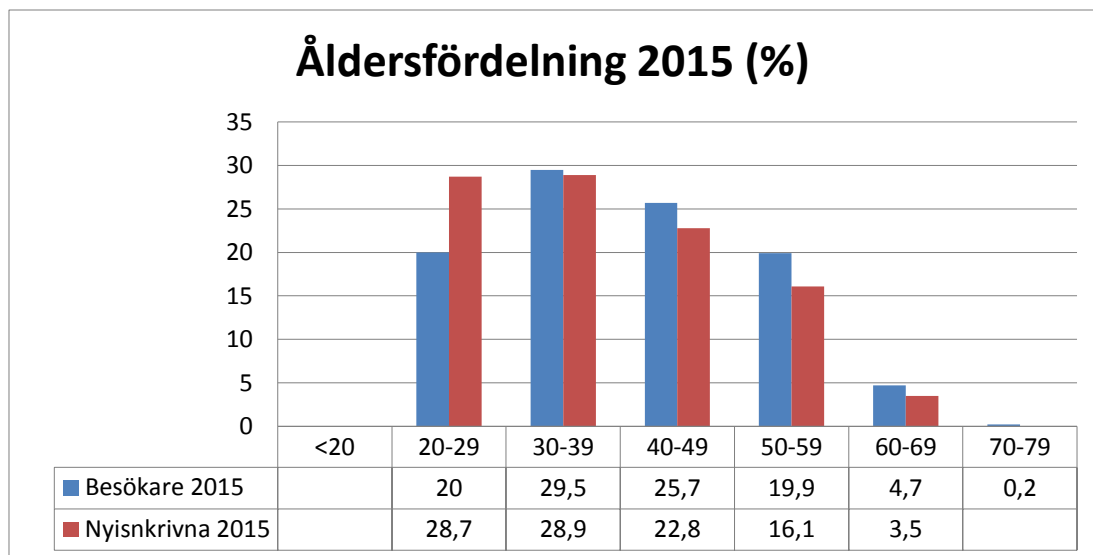


Fig. 3. Åldersfördelning.

Vistelse- och mantalsskrivningsort

Vistelsekommun	%		Hemkommun	%
Stockholms stad	68,8		Stockholms stad	48,4
Botkyrka	2,5		Botkyrka	3,0
Danderyd	0,4		Danderyd	0,5
Ekerö	0,6		Ekerö	0,8
Haninge	1,9		Haninge	3,0
Huddinge	2,9		Huddinge	3,7
Järfälla	1,0		Järfälla	1,4
Lidingö	0,6		Lidingö	0,8
Nacka	0,6		Nacka	1,0
Norrtälje	1,2		Norrtälje	1,4
Nykvarn	0,2		Nykvarn	0,5
Nynäshamn	0,4		Nynäshamn	0,6
Salem	0,1		Salem	0,1
Sigtuna	0,5		Sigtuna	0,8
Sollentuna	1,5		Sollentuna	1,6
Solna	2,5		Solna	2,5
Sundbyberg	1,6		Sundbyberg	2,1
Södertälje	4,1		Södertälje	4,9
Tyresö	0,9		Tyresö	1,0
Täby	0,3		Täby	0,8
Upplands-Bro	0,5		Upplands-Bro	0,6
Upplands Väsby	0,5		Upplands Väsby	0,8
Vallentuna	0,2		Vallentuna	0,5
Vaxholm	0,2		Vaxholm	0,2
Värmdö	0,5		Värmdö	0,7
Österåker	0,5		Österåker	0,6
Annan	4,5		Annan	17,7

Fig. 4 Vistelse- och mantalsskrivningsort. Inga större avvikelser jämfört med 2014

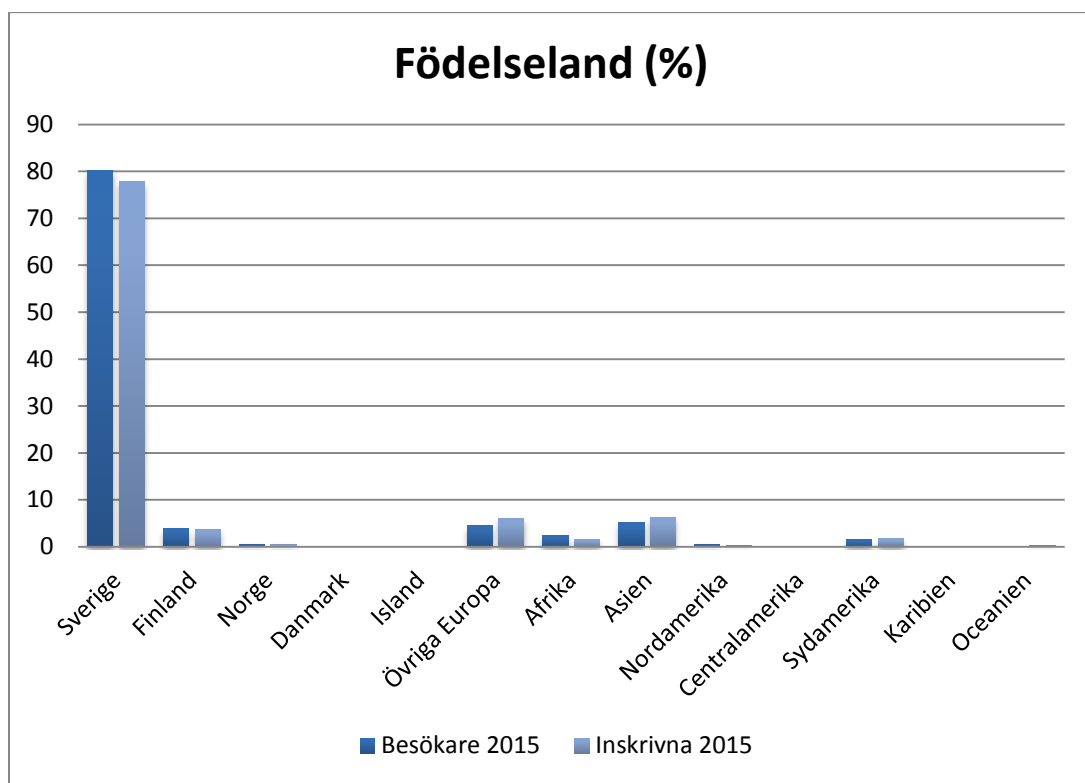


Fig. 5. Födelseland 2015 (%). Inga tydliga trender bland nyinskrivna.

Senaste injicerad drog

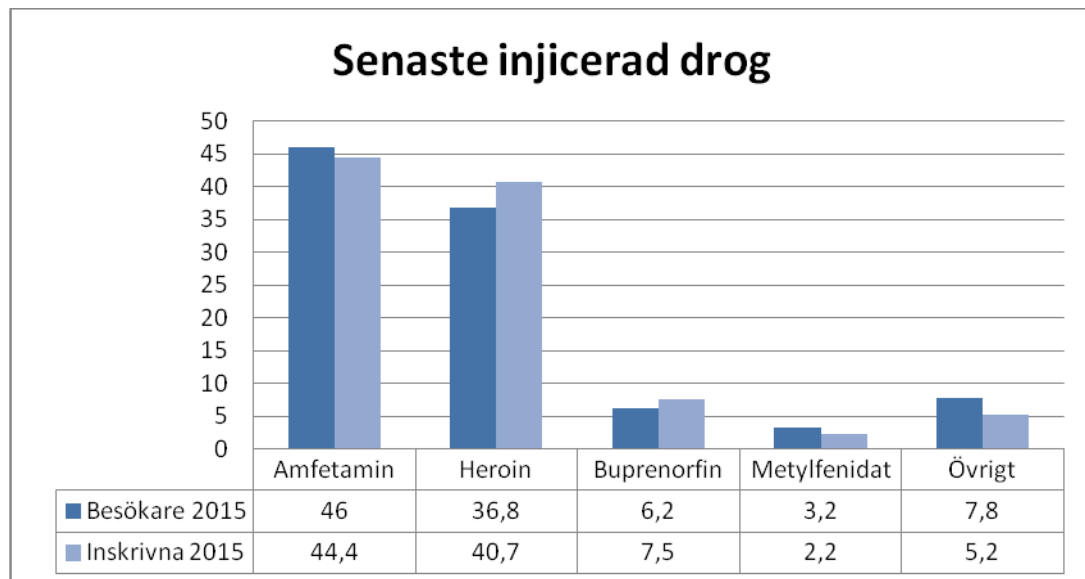


Fig. 6. Amfetamin dominerar som mest använd drog både vad gäller samtliga besökare under 2015 och de som var nyinskrivna. Tillsammans utgör dock heroin och buprenorfin (=opioider) tillsammans den dominerande klassen av drog bland inskrivna under 2015.

Antalet utlämnade kanyler och sprutor

Enligt lagen om utbyte av sprutor och kanyler står att:

”en spruta eller en kanyl får lämnas ut av landstinget endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.”

Exempel på särskilda fall är då patienter skriver in sig på sprututbytet där 3 sprutor och kanyler delas ut. Andra särskilda fall kan till exempel vara då sprutor och kanyler har blivit omhändertagna i samband med sjukvård eller ingripanden (polis, väktare och kriminalvård). Maximalt tre sprutor och nålar delas ut om det finns särskilda skäl att lämna ut sprutor och nålar utan att motsvarande antal lämnas in.

Under året har 207 937 kanyler lämnats ut och 192 167 (92,4%) återlämnats. 168 232 sprutor har delats ut och 142 010 (84,4%) har återlämnats. Återlämningsgraden av kanyler och sprutor för de som skrevs in i programmet 2015 är 94,3% respektive 81,6%.

Prevalens blodsmittor

Samtliga som skriver in sig på sprututbytet ska provtas avseende hiv och hepatiter. De som inte har skydd mot hepatit A och hepatit B erbjuds vaccination. Provtagning avseende hiv erbjuds var tredje månad och beroende på blodsmittestatus erbjuds provtagning av andra blodsmittor var tredje till var sjätte månad. Sprututbyte genomförs vanligtvis inte om inte blodprover är tagna de senaste tolv månaderna.

Av aktuella patienter 2015 har 99% provtagits någon gång under perioden de har varit inskrivna. Under 2015 togs totalt 1829 hivtester, 836 hepatit B-tester och 723 hepatit C-tester.

Hiv

Under 2013 - 2015 har 128 personer med diagnosen hiv varit aktuella på sprututbytet. Sedan verksamheten öppnades har fyra personer nydiagnostiserats med hiv som inte har varit kända sedan tidigare. Dessa har diagnostiserats i samband med första provtagningen på sprututbytet. Två av dessa diagnostiserades under 2013 (båda bedöms som smittade utomlands) och en diagnostiserades under 2014 (smittad i Sverige) och en under 2015 (smittad i Sverige). 114 personer (7,2% av provtagna) har diagnosen hiv på sprututbytet under 2015. Av dessa var 17 nyinskrivna i programmet (prevalens nyskrivna = 3,5%) varav 1 person blev nydiagnostiserad vid första besöket på sprututbytet. Under 2015 avled 5 personer som hade hiv.

Under 2015 har sprututbytet startat och fortsatt behandling av patienter med hiv på sprututbytet. Sedan 2013 har vi nystartat 5 patienter och under 2015 har 45 patienter regelbundet hämtat sina hiv-mediciner på sprututbytet. 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.

Hepatit B

Under 2015 har 29 personer (total prevalens = 1,8%) med en kronisk (smittsam) hepatit B varit aktuella på sprututbytet, vilket är en förväntad siffra. 2 av dessa skrevs in under 2015 (prevalens nyinskrivna = 0,4%).

Hepatit C

1672 personer (82,5% av provtagna) som skrivits in mellan 2013-15 har antikroppar mot hepatit C, vilket indikerar att de någon gång smittats av hepatit C. Av dessa har 75,8% en aktiv hepatit C med ett positivt HCV-RNA, och är alltså fortsatt smittsamma. Detta ger en total prevalens på aktiv hepatit C på 62,5% - en siffra som är förväntad mot bakgrund av tidigare prevalensdata i gruppen.

Av de nyinskrivna 2015 har 98% provtagits avseende hepatit C. Av dessa är 73,4% positiva för HCV-ak. 74,4% av dessa har en aktiv hepatit C-infektion och den faktiska HCV-prevalensen hos nyinskrivna 2015 är 54,6%. Till

skillnad från samtliga inskrivna ses en lägre prevalens av hepatit C hos nyinskrivna 2015, vilket indikerar att vi når dem som inte smittats av hepatit C tidigare. Detta möjliggör ett tidigare preventionsarbete på sprututbytet.

Nysmitta hiv/hepatiter

När det gäller nysmitta av hiv och hepatiter kan vi konstatera att ingen nysmitta har skett av hiv bland deltagarna i sprututbytesprogrammet. När det gäller hepatit B har 4 redan inskrivna personer smittats under 2015. Av dessa har 2 smittats trots att de påbörjat hepatit B-vaccination och 2 som inte påbörjat vaccination har smittats mellan första och andra, respektive första och tredje besöket.

När det gäller hepatit C har 27 patienter som varit negativa i antikroppar mot hepatit C blivit smittade av hepatit C (serokonverterat). Vi vet från tidigare studier att av dem som serokonverterar mellan första och andra provtagningen så är ungefär 60% redan infekterade med hepatit C. Det har man kunnat visa genom att i efterhand analysera HCV-RNA i antikroppsnegativa prover. Vidare har 33 patienter som har varit HCV-RNA negativa blivit HCV-RNA positiva som sannolikt tecken på reinfektion. 45 patienter har sannolikt blivit av med sin hepatit C då de har blivit virusfria, d.v.s. gått från positivt HCV-RNA till negativt HCV-RNA. Dessa data ska i nuläget tolkas med viss försiktighet eftersom vi känner till att virusnivåerna kan fluktuerar 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 månader mellanrum. För att helt utesluta re-aktivering av hepatit C (samma infektion som fluktuerar i virusnivåer) till skillnad från re-infektion (infektion med ett nytt virus) krävs djupare mikrobiologiska analyser.

Vaccinationer

Totalt har 1059 vaccinationer givits till 946 patienter under 2015. 431 vaccinationer har givits för hepatit A/hepatit B i kombination, 429 för hepatit A och 199 för hepatit B.

Utdelning av kondomer

Under året har patienter fått information om sexuellt riskbeteende och vid varje besök erbjuds fria kondomer. Under år 2015 har över 9 500 kondomer delats ut.

Dödlighet och dödsorsak

Sprututbytet kan inte automatiserat få reda på dödlighet i gruppen då ingen möjlighet finns att samköra befolkningsregistret med dem som är inskrivna på sprututbytet. Genom egen kvalitetssäkring och information från andra besökare registreras dödsfall som kan bekräftas. Antalet avlidna ska därför tolkas med viss försiktighet eftersom det kan finnas ytterligare avlidna som mörkertal. Dödsorsak kan vi ej heller säkert uttala oss om i analogi med resonemanget ovan och behöver studeras mer grundligt.

Under 2013 och 2014 rapporterades 13 respektive 46 avlidna. Under 2015 har 61 dödsfall kommit till vår kännedom. 12 (19,7%) av de som rapporterats och bekräftats som avlidna är kvinnor. Medelåldern var 40,3 år, 41,4 respektive 35,8 för män och kvinnorna. Medianåldern för samtliga var 39 år (21-67). Durationen av injektionsmissbruk har i snitt varit 20,1 år.

29 personer (47,5%) uppgav, vid senaste besöket innan dödsfallet, att de senast injicerat heroin. 30 personer (49,1%) uppgav att de senast injicerat opiater/opioider/heroin. 30 personer (49,1%) uppgav heroin som huvuddrog de senaste 12 månaderna. 54,1% uppgav opiater/opioider/heroin som huvuddrog de senaste 12 månaderna. 63,9% uppgav att de någon gång under den period de var inskrivna på sprututbytet injicerat heroin och 65,6% uppgav att de injicerat opiater/opioider/heroin någon gång under den period de var inskrivna på sprututbytet. Sammantaget kan vi fortsatt dra slutsatserna att överdödligheten hos dem som injicerar heroin eller andra opiater/opioider är påtaglig. Samtidigt kan noteras att 22 personer (36,1%) uppgav att de injicerat

amfetamin vid senaste tillfället och att 20 (32,8%) uppgav amfetamin som huvuddrog senaste 12 månaderna vilket är högre siffror jämfört med tidigare år.

42 personer (68,9%) uppgav, vid senaste besöket innan dödsfallet, pågående kontakt med socialtjänsten och 32 personer (52,5%) pågående kontakt med beroendevården eller psykiatri. 51 personer (83,6%) uppgav kontakt med antingen socialtjänsten, beroendevården, psykiatri eller frivården.

Dödlighet	2013	2014	2015
Totalt	15	46	61
Dödsfall/månad (snitt)	1,7	3,8	5,1
Senast injicerat heroin	11 (73,3%)	27 (58,9%)	29 (47,5%)
Senast injicerat heroin/opioider	11 (73,3%)	30 (65,2%)	30 (49,1%)
Ngn gång injicerat heroin	12 (80,0%)	36 (78,2%)	39 (63,9%)
Ngn gång injicerat heroin/opioider	12 (80,0%)	40 (87,0%)	40 (65,6%)
Huvuddrog heroin (12m)	9 (60,0%)	26 (56,5%)	30 (49,1%)
Huvuddrog heroin/opioider (12m)	10 (66,7%)	31 (67,4%)	33 (54,1%)
Dödsfall/antal inskrivna	1,6%	3,3%	3.8%

Fig. 7. Kännedom om dödsfall och droganvändning bland inskrivna på sprututbytet 2013-2015. Av de 61 avlidna under 2015 var endast 33 aktuella på sprututbytet under 2015.

5 personer (8,2%) uppgav att de vårdats enligt LVM det senaste 12 månaderna och en person uppgav vård enligt LVU. 5 personer uppgav vård enligt LPT de senaste 12 månaderna. 15 personer (24,6%) uppgav att de vårdats inneliggande på beroendeklinik för "avgiftning" de senaste 12 månaderna. 22 personer (36,1%) hade suttit i fängelse (12 personer) eller häkte (19 personer) de senaste 12 månaderna.

Dessa data indikerar att överdödligheten i gruppen är stor, särskilt hos de som använde heroin eller opiater/opioider. Majoriteten var uppknutna inom sjukvård eller socialtjänst eller hade haft kontakt med kriminalvården. Slutsatsen blir att det finns ett ökat behov av preventionsarbete avseende narkotikadödlighet inom socialtjänsten, sjukvården och kriminalvården.

Preventivt arbete för att förebygga död

Överdödligheten är generellt hög i gruppen som injicerar droger med en påtaglig överrepresentation bland personer som injicerar heroin/opiater. Det är i högsta grad relaterat till drogens natur som vid överdosering leder till andningsstopp och död. Aktuell forskning från Torkel Richert, Malmö högskola, som presenterades 2014, identifierade olika bidragande faktorer i avhandlingen "Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering – Livsvillkor för personer som injicerar narkotika".



Fig 8. Bidragande orsaker till överdos, "Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering – Livsvillkor för personer som injicerar narkotika", Torkel Richert 2014.

För att arbeta effektivt för att minska överdoserna av heroin behövs multipla insatser. Sprututbytet i Stockholm har en viktig funktion i att identifiera personer som är i risk för överdos och erbjuda preventiva insatser. Sprututbytet remitterar patienter till psykiatri och beroendevården i den mån patienterna uttrycker önskemål om detta. I särskilda fall finns också möjlighet att göra LVM-anmälningar. Under 2015 har en informationsbroschyr producerats för deltagarna på sprututbytet som hanterar och utbildar patienterna i överdoshantering. Målet är vidare att erbjuda patienterna praktisk utbildning i överdoshantering och utbildning i hjärt- och lungräddning.

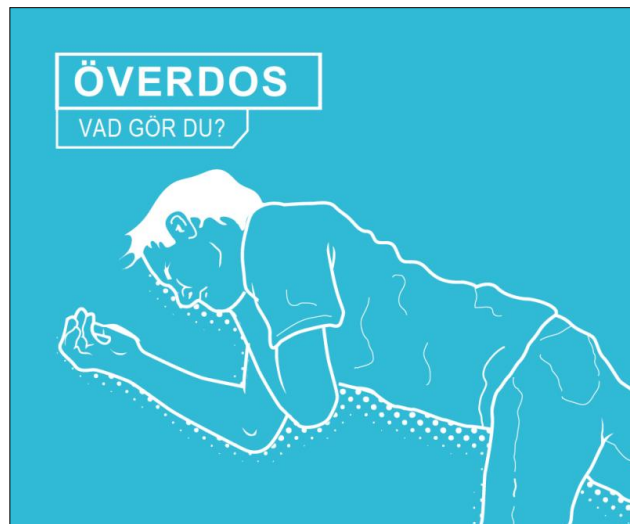


Fig. 9a. Utdrag ur informationsbroschyr "Överdosis – vad gör du?"



Fig. 9b. Utdrag ur informationsbroschyr "Överdosis – vad gör du?"

Sedan 2014 har frågan om Naloxon nässpray som en ytterligare möjlighet att minska död i överdos diskuterats i Sverige. Naloxon är en antidot (motgift) till heroin/opiater som har använts länge av prehospital vård (ambulansen) och akutvården för att behandla överdoser. Sedan ett antal år har detta preparat också delats ut till personer som befinner sig i överdosmiljöer i sju länder i Europa samt i USA och Australien, för att snabbt kunna starta behandling samtidigt som man tillkallar ambulans. Preparatet är säkert, ofarligt och saknar helt missbrukspotential. I beredningsformen nässpray är också Naloxon ett lätthanterat preparat. Naloxon nässpray finns sedan 2012 i Danmark och ett försök i Oslo och Bergen startade under 2014. Målet var att kunna starta ett projekt kring detta under 2015 i samarbete med Lunds Universitet och sprututbytet i Malmö. På grund av att det har varit svårt att få fram ett preparat på den Svenska marknaden har dock denna verksamhet dröjt. Förhoppningen är att kunna inleda ett projekt med nasalt Naloxon under 2016.



Fig. 10. Möjliga preventiva insatser för att minska dödligheten i opiatöverdoser.

Antal länknings till, samt kontakter med socialtjänst, beroendevård och psykiatri – hur många som har fått avgiftning, vård, behandling och eftervård för sitt narkotikamissbruk

Av de som skrivits in 2015 uppgav 64% att de hade pågående kontakt med socialtjänsten, 44% hade pågående kontakt med beroendevården, 18% hade kontakt med frivården och 13% hade kontakt med psykiatri. Sammanlagt uppgav 82% att de hade pågående kontakt med antingen socialtjänsten, beroendevården, psykiatri eller frivården.

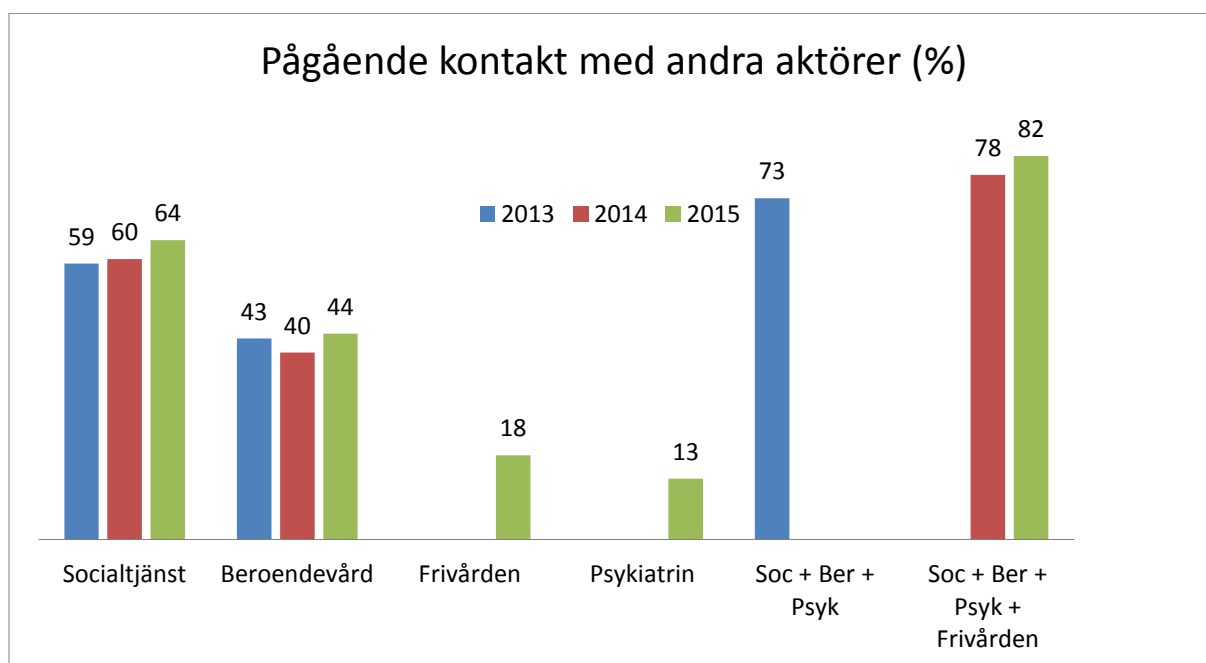


Fig. 11. Kontakt med Socialtjänst, Beroendevården, psykiatri och Frivården åren 2013 och 2014.

Under året har samtliga inskrivna besökare fått information om att sprututbytet erbjuder samtal och bedömningar avseende missbruk/beroende/psykiatri. Vidare ges information om kontakt med och länkning till socialtjänsten, beroendevården och psykiatri. Vi anser att varje möte med patienten är en intervention som genom bemötande och i det dagliga samtalet är en ingång till ett förändrat riskbeteende.

Arbetet med patienterna innefattar såväl hänvisningar som direkta kontakter/remisser till socialtjänsten och andra vårdgivare. Något heltäckande system för att följa upp hur patienterna fullföljer dessa hänvisningar finns inte på grund av bl.a. den sekretess som gäller mellan andra vårdgivare och socialtjänsten.

Kuratorn på sprututbytet har under 2015 träffat många patienter i samtal vid sprututbytet eller vid kortare kontakter väntrummet. Utöver detta har kuratorn haft mer strukturerade och längre motivationssamtal. Kuratorn har 3235 registrerade patientmöten med 888 enskilda individer. Minst 220 patientmöten har varit av direkt stödjande, rådgivande eller motiverande karaktär, vilket innefattar någon form av hänvisning, länkning eller direktkontakt med socialtjänsten. Under 2015 har minst 11 vårdplaneringsmöten genomförts tillsammans med socialtjänst och patient på sprututbytet. Vidare har minst 76 direkta telefonkontakter tagits med socialtjänsten gällande en enskild individ.

Under 2015 har läkare på sprututbytet samtalat specifikt med patienter om beroendetillstånd och dess behandlingsmöjligheter. 126 besök har renderat i en beroendediagnos vilket innebär att konsultationen fokuserat på att hänvisa, länka eller skapa direktkontakt med socialtjänsten och/eller beroendevården. Totalt har 48 remisser skrivits, både akuta och icke akuta (en minskning jämfört med 2014 då 70 remisser skickades). Majoriteten av remisser (60%) har gällt beroendebehandling, inklusive ITOK (som samordnar insatser via Socialtjänst, Kriminalvård och Beroendecentrum). 7 remisser har varit relaterade till akuta somatiska tillstånd.

Alla patienter som kommer till sprututbytet informeras om möjlighet till länkning till socialtjänst och beroendevård. Ingen patient har nekats remiss eller länkning till socialtjänst eller beroendevård. Det finns ingen uppenbar förklaring till nedgången i remisser till beroendevården (40 st 2014 och 29 st 2015). Patienter med ett opiat/opioidberoende tillfrågades därför upprepat under slutet av 2015 om intresse av LARO-behandling i ett försök att intensifiera ett remissflöde till denna behandling.

Somatisk vård och besöksorsaker

Läkare finns tillgänglig 3 dagar i veckan på sprututbytet och under året har 1042 besök till läkare genomförts. Av dessa har 307 besök varit relaterade till akuta och subakuta somatiska tillstånd där bölder och andra mjukdelsinfektioner dominerar som diagnos. Övriga besöksorsaker har varit STI, luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner, buksmärta, akuta trombosor samt bedömningar och information kring blodsmittor och dess prognos och behandling.

126 besök har renderat i en beroendediagnos vilket innebär att konsultationen fokuserat på aktuellt beroendetillstånd med fokus på att informera kring och erbjuda kontakt och remiss till beroendevården.

Sjuksköterskorna på mottagningen har haft 16 288 besök som innefattar sprututbyte, blodprovstagning, vaccination, stödjande/motiverande samtal, medicindelning, STI-provtagning samt såromläggningar.

Barnmorska

En eftermiddag i veckan finns barnmorska på plats på sprututbytet i Stockholm. Kvinnliga besökare erbjuds undersökningar, provtagningar för STI samt gynekologiska cellprover, graviditetstest samt medicinsk rådgivning inklusive preventionsmedel. Vidare gör barnmorskan bedömning, uppföljning samt länkning till specialistmödravården vid eventuell graviditet. Under 2015 har 51 patienter träffat barnmorska vid minst ett tillfälle.

Antal tvångsvårdade LVU/LVM

Av de patienter som varit aktuella under 2015 rapporterade 51 att de varit föremål för LVM senaste 12 månaderna och 2 hade varit föremål för LVU. Av de som skrivits in 2015 var motsvarande siffror 27 respektive 2. Vidare rapporterade de som skrivits in under 2015 att 117 har varit föremål för LVM någon gång i livet och 114 har varit aktuella för LSU/LVU. 45 av dessa hade varit aktuella för både LVM och LSU/LVU.

Under året har två LVM-anmälningar skrivits.

2. I vilken utsträckning verksamheten bedöms ha påverkat eventuell smittspridning

Då sprututbytet i Stockholm startade i april 2013 går det fortsatt 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.

Smittspridningen av hiv har aldrig varit så låg i länet som under 2014-15. Under 2014-15 har det varit ett utbrott av hepatit B i Sverige bland personer som injicerar droger. På sprututbytet har vi under 2015 diagnostiserat 7 fall av hepatit B. Av dessa 7 var en känd kronisk hepatit B sedan tidigare och en nydiagnostiserad kronisk hepatit B. 5 fall av akut hepatit B hittades där ett fall hittades i samband med en nyskrivning. Resterande fyra fall var patienter som hade besökt verksamheten tidigare och provtagits som hepatit B-negativa. Av dessa fyra fall hade 2 påbörjat hepatit B-vaccination innan de smittades och 2 haft 1 respektive 2 besök utan vaccination och sedan smittats med hepatit B. Sammanfattat innebär detta att fall av akut hepatit B har identifierats i ett tidigt skede och patienterna har fått direkt återkoppling med smittskyddsinformation och smittspårning har påbörjats. Sprututbytets bedömning är att ett sådant förfarande har varit viktigt för att begränsa spridningen av hepatit B i Stockholm. Av de fall som smittats trots att de haft 1 respektive två besök kan vi lära oss att "blind vaccination" (vaccination innan provtagning) kan vara av stor vikt i vissa fall.

Det sammanfattade evidensläget, beskrivet i aktuella översiktsartiklar, visar att det finns stark evidens för att sprututbyte minskar självrapporterat riskbeteende. När det gäller hiv-prevention finns det möjlig (tentativ) evidens för att sprututbyte har förebyggande effekt. För hepatit C (HCV)-smitta har det varit svårare att finna tydlig evidens för att sprututbyte som isolerad åtgärd är tillräckligt (även om det under de senaste åren kommit data som talar för en sådan HCV-preventiv effekt). Genom matematisk modellering har beräkningar visat att sprututbyte tillsammans med andra insatser som läkemedelsassisterad rehabilitering för opiatberoende (LARO) och behandling av HCV är en effektiv åtgärd för att minska incidens och prevalens av HCV i gruppen.

Världshälsoorganisationen (WHO) menar att målet bör vara att nå minst 60 procent av de personer som injicerar droger i ett geografiskt område för att ha en optimal smittskyddseffekt och Europeiska Smittskyddsenheten (ECDC) menar att varje person som injicerar droger bör ha tillgång till minst 100 rena sprutor per år som ett lägsta mått på ett rimligt smittskyddsmål. Båda dessa mål uppfylls nu under 2015 för sprututbytet i Stockholm.

En effektiv smittskyddsverksamhet med sprututbyte bygger på hög tillgänglighet och låga trösklar in i verksamheten. Internationellt betyder det att verksamheterna så gott som alltid erbjuder anonymitet och att de som befinner sig i riskbeteende är välkomna oavsett ålder eller geografisk tillhörighet.

I Sverige finns dock, genom lagen om sprututbyte, begränsningar som kan påverka smittskyddsmålet negativt. I synnerhet är det tre faktorer som begränsar smittskyddsarbetet:

- Åldersgräns 20 år
- Kravet på styrkt identitet (vilket omöjliggör anonymitet)
- Endast personer som anses bosatta i ett landsting som har ett sprututbyte får delta i verksamheten

Medianåldern för injektionsdebut hos deltagarna i Stockholms sprututbyte ligger på 20 år vilket innebär att en stor grupp med riskbeteende stängs ute från verksamheten med nuvarande åldersgräns. Kravet på styrkt identitet kan avskräcka besökare eftersom oro finns för att bristande sekretess kan öka stigma eller leda till sociala eller vårdmässiga konsekvenser. Den geografiska begränsningen kan resultera i att personer med riskbeteende som tillfälligt vistas i landstinget utesluts från verksamheten, vilket kan leda till ökad smittspridning i regionen. Under 2015 presenterades ett förslag på lagändring gällande åldersgränsen på 20 år, men inte gällande den geografiska begränsningen. Stockholms sprututbyte var inbjudet att lämna remissvar på denna promemoria och det svaret bifogas som bilaga till verksamhetsberättelsen för 2015.

3. Hur samarbetet med missbruks- och beroendevården, den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten har organiserats

Samarbete med missbruks- och beroendevården

Sprututbytet är ett samarbete med Beroendecentrum Stockholm och Capio Maria där sjuksköterskor från båda klinikerna gemensamt bemannar sprututbytet med en heltidstjänst (100%) på ett roterande schema. Barnmorskan som är på sprututbytet en eftermiddag per vecka kommer från beroendecentrum Stockholm (Rosenlunds Specialistmödravård).

Ett flertal patienter har remitterats såväl akut som icke akut till båda beroendeklinikerna. De flesta antalet icke akuta remisser har gällt underhållsbehandling vid opiatberoende.

Samarbete med övriga hälso- och sjukvården

I de fall patienter har behövt komma i kontakt med övrig hälso- och sjukvård för specialiserad vård har de remitterats eller hänvisats till den reguljära hälso- och sjukvården. Patienter har remitterats både akut och icke akut (till somatiska akutmottagningar, hudklinik, SESAM-klinik, vårdcentral m.fl).

Samarbete med socialtjänsten

Samarbetet med socialtjänsten är av största vikt eftersom kommunen har det yttersta ansvaret för att personer med missbruksproblem får den hjälp och den vård som de behöver för att komma ifrån missbruket. I socialtjänstens uppdrag ligger även frågor rörande ekonomi och boende. Samarbetet och länkningen till socialtjänsten kan sammanfattas i två huvudpunkter; Uppsökarenheten och kurativ insats.

- Uppsökarenheten

Uppsökarenheten jobbar inom Stockholms stad och täcker stadens 14 stadsdelar avseende uppsökande

verksamhet. Övriga 25 kommuner i länet har eget ansvar för uppsökarverksamhet men Stockholms Stads Uppsökarenhet kan även hjälpa till att länka till dessa kommuner om man träffar dessa klienter i sitt uppsökande arbete.

Uppsökarenheten har inkluderat sprutbytet i sin reguljära verksamhet vilket i praktiken betyder att de händelsevis besöker Sprutbytet för att bistå patienter/klienter på plats. Vidare bistår Uppsökarenheten sprututbytet med akuta insatser, enligt sitt uppdrag, på förfrågan.

- Kuratorn

Kuratorn har en viktig roll på sprutbytet som länk mellan besökaren och socialtjänst och beroendevården. Kuratorn kan knyta upp patienten mot socialtjänsten om patienten inte har en aktuell kontakt eller aktualisera en vilande kontakt. Under året har det även skett samordnad planering på sprututbytet mellan patient och socialtjänst. Kuratorn skriver också remisser till Beroendevården och ITOK.

Samarbete med brukar- och frivilligorganisationer

Sprututbytet samarbetar med Stockholms Brukarförening och Convictus. Stockholms Brukarförening är under perioder av året närvarande två dagar i veckan genom att dels vara synliga i väntrummet och ge information om sin verksamhet. Vidare rör sig representanter från Stockholms Brukarförening i närområdet och samtalat med brukare om att värna om verksamheten. <http://www.svenskabrukarforeningen.se/stockholm>

Convictus finns representerade i väntrummet en eftermiddag i veckan. Representanter från Convictus informerar om sin verksamhet som bl.a. har möjlighet att bistå med skjuts till Infektionskliniken i Huddinge. <http://www.convictus.org/>

Samarbetet med brukar- och frivilligorganisationer är viktigt och uppskattat. Genom samarbetet kan vi dela erfarenheter och kunskaper om målgruppen.

Samarbete med polis och säkerhetsorganisationen St Görans sjukhus

Sprututbytet har under året haft ett nära samarbete med polisen på Kungsholmen och Säkerhetsorganisationen på St Görans sjukhus genom frekvent kontakt och även genom återkommande säkerhetsmöten på sprututbytet. Dessa möten har ägt rum två gånger per "termin". Vid de mötena har polis på Kungsholmen, säkerhetspersonal på St Görans sjukhus, säkerhetspersonal från Trygghetscentralen (tunnelbanan), säkerhetschef från närliggande Electrolux, verksamhetschef från Stadsmissionen och personal på sprututbytet varit närvarande.

Säkerhetsvakter från St Görans rondar regelbundet sprututbytets lokaler och finns tillgängliga vid behov.

4. I vilken omfattning resurserna har motsvarat behoven av vård

Under 2015 har mottagningen varit högt belastad. Mellan augusti och december månad har det i snitt varit 90 besök/dag. Vi har därmed upplevt att behovet att avlasta mottagningen med ytterliga mottagningar i Stockholms län har blivit stort. Detta har delvis avspeglats i att vi i perioder upplever att vi inte kan erbjuda lika högkvalitativ vård till besökarna då mycket av verksamheten kan behöva fokuseras på att få flyt i själva sprututbytena. Vidare har också närområdet i perioder varit högt belastad av bl.a. deltagare från sprututbytet vilket har uppfattats som "störande" av närboende. Det ska tilläggas att i samma område som sprututbytet finns verksamheter i form av en beroendeakut, länsakuten för psykiatri, dagverksamhet för hemlösa, LARO-mottagningar, stödboenden samt en somatisk akutmottagning. Diskussioner har under 2015 fortsatt gentemot politiker och beställare på Hälso- och sjukvårdens förvaltning gällande verksamhetens tidigare önskemål att

starta en mobil verksamhet som kan knytas till sprututbytet. Syftet med det är att dels nå en målgrupp som inte kommer till sprututbytet men också för att avlasta den fasta verksamheten.

Sprututbytet som försöksverksamhet är fortsatt under en uppbyggnadsfas och kontaktnätet gentemot socialtjänsten och beroendevården behöver stärkas ytterligare för att hitta mer effektiva insatser för att hjälpa de patienter som är motiverade till att komma ur sitt missbruk.

5. Preliminär utvärdering av sprututbytesprojektet för individer som injicerar droger i Stockholms län

I oktober 2015 presenterade Centrum för Psykiatriforskning, Karolinska Institutet, sin preliminära utvärdering av sprututbytet i Stockholm. Den preliminära rapporten visar sammanfattat:

1. 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).
2. Minskning i riskbeteende bland deltagarna mellan inskrivning och uppföljning efter 12 månader.
3. Minskningen i riskbeteende var störst bland deltagare som från början visade en relativt sett högre poäng på riskindex.
4. Minskningen förefaller vara större i vissa subgrupper av besökare såsom kvinnor, de med amfetamin som huvuddrog, samt bostadslösa.
5. Andelen besökare som behandlats för allvarliga infektionstillstånd relaterat till intravenöst missbruk förefaller minska (självrapporterade data).
6. Självskattad livskvalitet ökade bland deltagarna mellan inskrivning och uppföljning efter 12 månader.
7. Självskattad hälsa visade på vissa utvärderingsmått en förbättring mellan inskrivning och uppföljning efter 12 månader.
8. Negativa konsekvenser programmet har i nuläget inte kunnat konstateras bland deltagarna, såsom ökad narkotikaanvändning.
9. Antalet deltagare som utnyttjar kurativa tjänster har ökat mellan 2013 och 2014, liksom antalet länknings till andra vårdformer (beroendevård, socialtjänst).

Rapporten kan läsas i sin helhet på:

<http://karolinska.se/globalassets/global/infektionskliniken/sprututbytet/preliminar-utvardering-av-sprutbytesverksamheten-i-stockholms-lan.pdf>

Besökarna på sprututbytet 2015 fick under en tvåveckors-period svara på en enkät om hur de upplever vården på sprututbytet. Resultatet presenteras i figuren nedan.

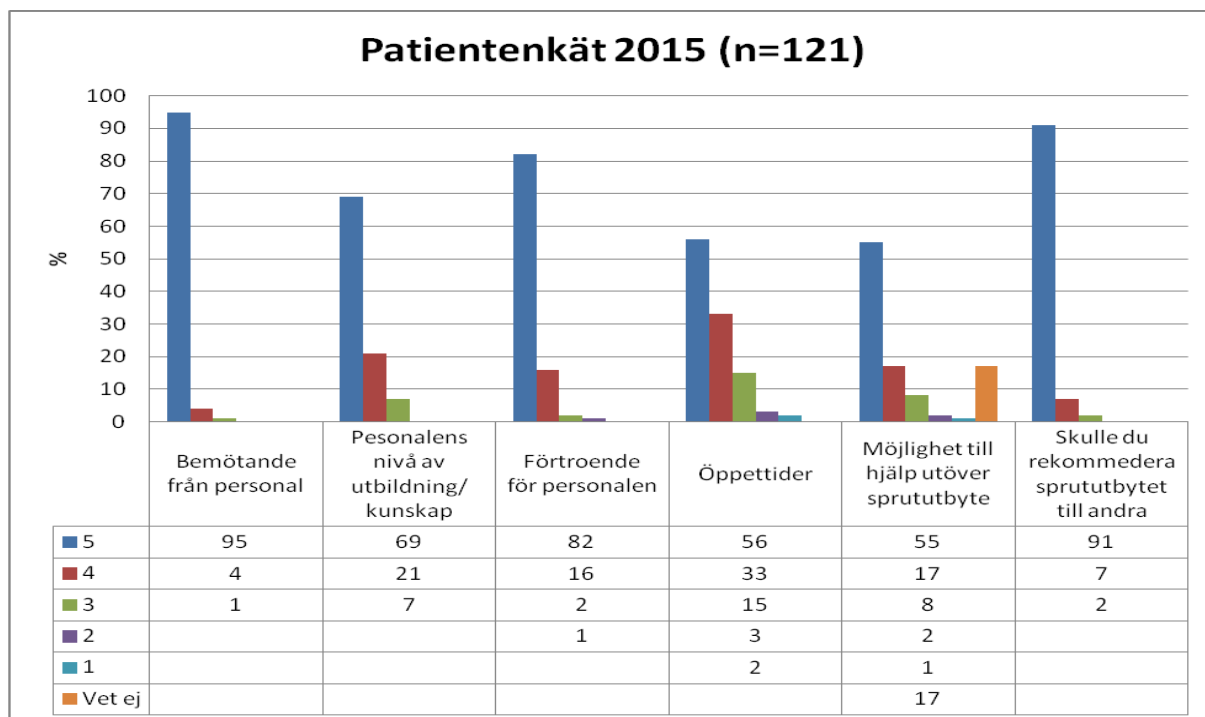


Fig. 12. Utdrag från patientenkät på sprututbytet 2015. Svar markeras på skalan från 1 ("mycket dåligt") till 5 ("mycket bra").

Martin Kåberg

Medicinskt ansvarig Läkare

Fredrik Lindstöm

Platsansvarig sjuksköterska

Socialdepartementet

Enheten för familj och Sociala tjänster

Lina Pastorek

s.registrator@regeringskansliet.se

s.fts@regeringskansliet.se

Betänkande gällande "Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige" (Ds2015:56)

Sammanfattning

Stockholms Sprututbyte tillstyrker de förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler. Stockholms sprututbyte anser att föreslagna lagändringar är ett steg i rätt riktning för att som rubriken i promemorian antyder – "öka tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige". Sprututbytet i Stockholm har dock identifierat ett par fortsatta motstridiga resonemang i promemorian där evidensbaserat smittskydd fortfarande ställs emot LVU-lagen och visionen om det narkotikafria samhället, vilket riskerar att hämma smittskyddsarbetet i en marginaliserad och riskutsatt grupp.

§2: "Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av landsting inom ramen för dess hälso- och sjukvård och sedan Inspektionen för vård och omsorg har meddelat tillstånd till verksamheten"

Stockholms sprututbyte tillstyrker förslaget av lagändring av §2 (2006:323)

På flera håll i landet har landstingen varit positiva till att starta sprututbytesverksamhet som en del i smittskyddsarbetet i regionen. Som det hittills sett ut enligt lag (2006:323) har kommunerna vetorätt om man ej anser att sprututbyte ska införas. En ytterligare komplicerande faktor är att alla kommuner i ett landsting måste tillfrågas eftersom samtliga som är bosatta i landstinget har möjlighet att delta i sprututbytet. Detta gäller även vid förnyat tillstånd efter 2 år. I Stockholm valde man trots ett tidigare politiskt godkännande i Landstings- och Kommunfullmäktige om en försöksverksamhet på fyra år, att göra en ny politisk process på kommunal nivå efter två år för fortsatt godkännande.

Ett samarbete mellan kommuner och landsting fortsatt är av stor vikt för den här patientgruppen. Däremot bör landstinget, som har det yttersta ansvaret för smittskyddsverksamheten i länet, ges möjlighet att själv besluta om ett införande av sprututbyte som en viktig del av smittskyddsarbetet.

Promemorian beskriver att "Samråd bör även fortsättningsvis ske mellan landsting och samtliga kommuner inom landstinget innan en ansökan om tillstånd kan lämnas in". Stockholms sprututbyte menar att detta är en olycklig skrivning då det kan finnas risk för att en implementering av sprututbyte kan dra ut på tiden om man på kommunal nivå avstår att ta upp frågan om sprututbyte eller skjuter på att ta beslut i frågan.

Inte heller bör bristen på "en fungerande vårdkedja med abstinensvård, vård och behandling" vara ett hinder för att starta ett sprututbyte. Tvärtom kan ett sprututbyte identifiera individer som just är i behov av detta och ställa krav på att "en fungerande vårdkedja med abstinensvård, vård och behandling" tillskapas, om den inte redan finns.

En stor fördel med sprututbytesverksamheten, vilket sprututbytet i Stockholm har erfarit, är möjligheten att nå individer som inte har någon kontakt med socialtjänsten, eller som har en bristfällig sådan. Genom en kontinuerlig kontakt på sprututbytet kan individen, om den så önskar, länkas till socialtjänsten för att initiera eller återuppta en kontakt i samarbete med landstinget för optimerad beroendebehandling. Vi menar att

kommunen på intet sätt frångår sitt ansvar eller möjlighet att hjälpa individer med beroende utan att sprututbytet är en viktig faktor till att individer länkas till och aktualiseras inom socialtjänsten.

§6: "Sprutor och kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 18 år"

Stockholms sprututbyte tillstyrker förslaget av lagändring av §3 (2006:323) men med tillägget att vi anser att det inte ska finnas någon nedre åldersgräns

Den aktuella begränsning i lagen innebär att personer som injicerar droger som är under 20 år nekas möjlighet att byta injektionsverktyg. Detta trots att de utsätter sig själva och andra för samma smittorisk som de som är 20 år och äldre. Det är känt från flera studier att majoriteten debuterar med injektionsmissbruk innan 20 års ålder. I Folkhälsomyndighetens publicerade vägledning "Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger" presenteras data som visar att medianåldern för injektionsdebut är 18 för kvinnor och 19 för män. Liknande data finns från sprututbytet i Stockholm där medianåldern för injektionsdebut är 20 för både kvinnor och män.

Vi har inför svaret till denna promemoria tittat närmare på debutåldern för injektionsmissbruk hos samtliga 2139 individer som har skrivits in i programmet mellan mars 2013 och februari 2016. I tabellen nedan presenteras resultatet av detta.

Ålder (år)	Antal (n)	%
<20	1017	47,5
<19	876	41,0
<18	722	33,8
<17	529	24,7
<16	336	15,7
<15	212	9,9
<14	115	5,4
<13	41	1,9
<12	16	0,7

Tabellen visar att 47,5% debuterar med injektionsmissbruk innan de har fyllt 20 år men också att hela 33,8% debuterar redan innan de fyllt 18 år. I en subanalys av de första 1500 individerna som skrev in sig i sprutbytesprogrammet i Stockholm var det 161 individer som var under 26 år. Medelåldern för injektionsdebut i denna yngre grupp var 18,4 år (12-25) och medianåldern för injektionsdebut var 18 år. Dessa data visar med tydlighet att en åldersgräns på 20 år inte är rimlig ur ett smittskyddsperspektiv. Det visar vidare att injektionsdebuten i den yngre gruppen i medel är yngre än 20 och att hälften haft sin injektionsdebut redan innan 18 års ålder.

Mot bakgrund av detta menar Stockholms sprututbyte att frånvaro av nedre åldersgräns är det lämpligaste ur ett smittskyddsperspektiv. Vi ser inte någon konflikt med LVU-lagstiftningen utan anser att en person som är yngre än 18 år ska kunna skrivas in på sprututbytet. Det innebär förvisso att verksamheten är skyldiga att göra en LVU-anmälan vilket givetvis kommer att göras enligt den skyldighet vi har enligt lag. Samtidigt har vi erfarenheten av att personer som har informerats om att vi avser att göra en orosanmälan gällande minderåriga barn, eller där vi gjort en LVM-anmälan ändå har valt att skriva in sig/eller fortsätta i verksamheten. Vi menar därför att "risken att förtroendet för personalen ska minska" i och med anmälningsskyldighet som beskrivs i promemorian är av en hanterbar karaktär och något som redan är en del av vår dagliga verksamhet.

Det kan t.ex. också vara så att en minderårig person redan är känd av socialtjänsten men ändå fortsätter att utsätta sig för smittorisk via injektionsmissbruk. I de fallen kan sprututbytet vara en möjlig verksamhet där individens vårdbehov uppmärksammas socialtjänsten, utöver de smittskyddsvinster som finns med att individen har tillgång till rena sprutor.

Ytterligare kommentarer gällande lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Stockholms sprututbyte önskar i anslutning till svar ovan även kommentera ytterligare aspekter av lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, samt skrivningar i promemorian, ur ett infektions- och smittskyddsperspektiv.

1) Gällande remisspromemorian om ändring av lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, märkning av sprutor och kanyler:

Ur ett infektions- och smittskyddsperspektiv bedöms lagkravet på märkta sprutor inom sprututbytesverksamheter i Sverige som icke relevant, eftersom den åtgärden inte bedöms ha någon påverkan på smittspridning och smittskyddsuppdraget. Sprututbytet i Malmö har noggrant utrett möjligheterna att uppfylla kravet om märkning av sprutor och kanyler samt också försökt implementera flera åtgärder - vilka ej har varit praktiskt genomförbara.

Inför starten av sprututbytet i Stockholm april 2013, hade Infektionskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset nya kontakter med tillverkare av sprutor och kanyler för att ånyo se över möjligheterna att märka sprutor och kanyler. Denna undersökning genomfördes på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (Stockholms Läns Landsting), trots vetskapen om tidigare genomförd utredning i Malmö redan 2009. Svaret blev detsamma, d.v.s. att märkning av sprutor och kanyler ej var praktiskt genomförbart. Med stöd av tidigare utredning och Socialstyrelsens synpunkter i ärendet bedömdes det därför som omöjligt att uppfylla kravet om märkta sprutor och kanyler inför verksamhetsstarten i Stockholm.

Mot bakgrund av ovan tillstyrker Stockholms sprututbyte förslaget om lagändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler gällande *avskaffandet av kravet på märkning av kanyler och sprutor.*

2) Gällande §6: "Endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget"

Denna begränsning står helt i motsats till smittskyddslagen som "inte sätter upp gränser eller hinder för smittskyddsinsatser baserade på bosättning". Begränsningen i lagen (2006:323) innebär att personer som injicerar droger som är på besök eller tillfälligt vistas i ett landsting nekas möjlighet att byta injektionsverktyg trots att de utsätter sig själva och andra för samma smittorisk som de som är bosatta i landstinget. På intet sätt är det korrekt att skriva att "sprututbytesverksamhet bedöms lämpa sig mindre väl för utomlänspatienter" ur ett smittskyddsperspektiv. Även för utomlänspatienter är en sprututbytesverksamhet en effektiv smittskyddsåtgärd och kan dessutom leda till motivationsarbete och länkning till befintlig vård och socialtjänst i hemlandet. Att detta kan vara mer komplicerat ska inte vara en legal orsak till att neka dessa individer tillgång till rena sprutor. Att promemorian skriver att utomlänspatienter kan ta del av annan vård såsom "vaccination, testning m.m.", men inte byte av sprutor är svårt att förstå och motsägelsefullt.

Förslag till ändring: Stockholms sprututbyte anser att sprututbyte som smittskyddsåtgärd bör vara tillgänglig för all som injicerar droger, oavsett landstingstillhörighet eller nationalitet

3) Sprututbyte ska vara tillgängligt i hela Sverige där behov finns

Sprututbytet i Stockholm finner motstridigheter i promemorian gällande skrivningen att "Sprututbytesverksamhet för personer som injicerar droger ska vara tillgänglig i hela landet där det föreligger behov av sådan verksamhet i syfte att minska riskbeteende och smittspridning". Ett behov finns om individer i regionen injicerar och detta bör ur smittskyddssynpunkt vara en skyldighet. När en behovsanalys överlämnas till att göras på lokalt plan finns risken att behoven till fullo inte tillgodoses. Folkhälsomyndigheten har i sin vägledning "Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger"

identifierat personer som injicerar i Sveriges samtliga län – alltså finns behovet av sprututbyte i samtliga län. Nysmitta av hepatit C kan användas som en markör för existerande injektionsmissbruk i länet.

4) Gällande 3 § i förordningen (2012:596)

Sprututbytet i Stockholm anser att försäljning av sprutor och kanyler på apotek ska möjliggöras, precis som i övriga Europa. Med hänsyn till begränsningen av sprututbyten i landet är detta en effektiv åtgärd för att minska riskbeteende vid injicering av droger.

5) Behandling av hepatit C hos personer som injicerar droger

WHO planerar under våren 2016 att presentera en "Global Hepatitis Strategy 2016-2021". Den innehåller en plan för att närma sig en eliminering av hepatit B och hepatit C till år 2030. I denna strategi ingår preventiva åtgärder, inklusive sprututbyte, men också ökad behandling av hepatit C i gruppen som driver epidemin – personer som injicerar droger. I de svenska riktlinjerna för hepatit C-behandling skriver Läkemedelsverket: "Patienter med fortsatt intravenöst missbruk som botats från sin HCV-infektion bör erbjudas lämpliga stödåtgärder, inklusive deltagande i sprututbytesprogram, för att skyddas mot nysmitta."

En utebliven implementering av sprututbytesverksamhet kan leda till ojämlik vård över landet där endast de regioner som har sprututbyte kan erbjuda behandling av hepatit C hos personer som injicerar droger.

Vänliga hälsningar

Stockholms sprututbyte

Genom:

Martin Kåberg

Specialistläkare Infektionsmedicin

Överläkare Psykiatri/beroende

Medicinskt ansvarig för sprututbytet i Stockholm