

Ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler

– förslag till systematisk och samordnad
uppföljning av sprututbytesverksamhet
i Sverige

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-12-6462

publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2019

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp konsekvenserna av ändringar i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler samt att utveckla systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamheter i Sverige.

Annica Bergendal och Axana Haggar har varit ansvariga projektledare och Maria State ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen vill tacka medarbetare från Folkhälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som bidragit till rapporten. Folkhälsomyndigheten har tagit fram texten om lågröskelverksamhet och skadereduktion (harm reduction). IVO har deltagit i arbetet med framtagande av en rapporteringsmall för nationell uppföljning.

Socialstyrelsen vill även tacka specialistläkarna Marianne Alanko Blomé och Anna Jerkeman vid Sprutbytet i Malmö som har bidragit till avsnittet om hepatit C-behandling vid lågröskelverksamhet.

Ett tack riktas också till övriga företrädare för sprututbytesverksamheter och organisationer som vi haft kontakt med inom uppdraget.

Uppdraget redovisas den 1 december 2019.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Introduktion	9
Uppdraget	10
Bakgrund	12
Lågtröskelverksamheter (Harm reduction)	12
Omfattningen av intravenös droganvändning.....	13
Sprututbyten som plattform för forskning och vetenskap:.....	14
Uppföljning av den förändrade lagstiftningen	16
Landstingen blir ensam huvudman	16
Sänkt åldersgräns	20
Socialtjänstens kontakt med klienter som injicerar narkotika	21
Bosättningsprincipen.....	29
Myndighetssamverkan samt informationsspridning	33
Utveckla ett systematiskt, samordnat och nationellt uppföljningsarbete. 35	
Informationskällor som kan utgöra grund för strukturerad uppföljning ..35	
Slutsatser	40
Kommande arbeten.....	41
Referenser	42
Bilaga 1 Addiction Severity Index (ASI)	45
Bilaga 2 Strukturerad mall för sprutbytesverksamheternas inrapportering till IVO	47
Bilaga 3 Summary in English.....	57

Sammanfattning

Den 1 mars 2017 trädde ett antal ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler i kraft. Lagändringarna syftar till att förbättra tillgången till sprututbyten i hela landet (prop. 2016/17:15 s. 1). Även om den primära målsättningen med sprututbytesverksamhet är att begränsa smitta och smittspridning kan verksamheterna också fungera som en ingång för att möta en utsatt grupp i samhället och etablera kontakt, erbjuda råd och stöd kring personernas hälsosituation samt motivera till frivillig vård och behandling för missbruk eller beroende. Ändringarna innebär att ansvaret för sprututbytesverksamheterna renodlas till regionen samt att den tidigare åldersgränsen sänks från 20 till 18 år (prop. 2016/17:15 s. 1). Dock gäller fortfarande att endast personer som *anses bosatta* i en region som har beviljats tillstånd att bedriva sprututbyte får delta i sprututbytesverksamhet i den regionen (bosättningsprincipen).

Lagändringarna har inneburit en ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet för personer som injicerar droger i Sverige. Socialstyrelsens kartläggning visar att antalet regioner med sprututbytesverksamhet ökat från åtta till 16 av totalt 21 regioner sedan lagändringen trädde kraft. Den nya lagen har således medfört en tydlig ökning av antalet regioner som har startat sprututbytesverksamhet vilket innebär att en större andel av personer som injicerar droger har tillgång till de åtgärder som finns vid verksamheterna.

För att tidigare kunna påverka unga människors riskbeteenden och förebygga att de smittas av, eller sprider vidare, blodburna infektioner sänktes åldersgränsen för deltagande i sprututbyte från 20 till 18 år. Sedan lagändringen har antalet (hela landet) 18–19-åringar som besökt sprututbytesverksamheterna varit få, åtta personer 2017 och 12 personer 2018. Gruppen 18–19-åringar som besöker sprututbytet är inte stor, men den sänka åldersgränsen har gjort det möjligt för unga personer som besöker sprututbytesverksamheterna att få tillgång till sterila injektionsverktyg för att skydda sig själva och andra från risken för blodsmittor. Detta är viktigt eftersom data från socialtjänsten baserat på den standardiserade bedömningsmetoden ASI (Addiction Severity Index) visar att en större andel personer i åldersgruppen 18–25 år uppger att delat spruta, 52 procent att jämföra med 40 procent i åldersgruppen 26–40 år och 27 procent i åldersgruppen 41–65 år. Enligt ASI-data uppger 80 procent av männen i Skåne att de aldrig delat spruta jämfört med 69 procent i övriga landet. Även bland kvinnor i Skåne är det en större andel som uppger att de aldrig har delat spruta, 74 procent jämfört med 56 procent i övriga landet. En möjlig förklaring kan vara att region Skåne har mer än 30 års erfarenhet av arbete med sprututbyte och dessutom erbjuder god geografisk tillgänglighet med verksamheter på fyra platser.

Utifrån verksamhetsberättelserna 2018 framgår det att mellan 40 och 80 procent av deltagarna på sprututbytesverksamheterna har en pågående kontakt med socialtjänsten. Ökad kunskap om målgruppen kan bidra till att utveckla vård- och stödinsatser anpassade till gruppens behov. ASI visar att den vanligaste registrerade åtgärden för personer som injicerar droger är stödboende/boende, även stödjande samtal och 12-steg är vanliga åtgärder.

Socialstyrelsen föreslår att kravet att endast personer som anses bosatta i landstinget ska få delta i verksamheten med utbyte av sprutor och kanyler tas bort. Bosättningsprincipen utgör ett hinder för personer att besöka sprututbytesverksamhet utanför sitt hemlandsting vilket kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen. Delning av osterila injektionsverktyg med andra personer utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom gruppen personer som injicerar droger. Genom att tillhandahålla sterila injektionsverktyg går det att reducera riskbeteenden, minska antalet nya fall av hepatit C eller hiv, och stärka en persons eget skydd vid eventuella sjukdomsutbrott. Ett borttagande av bosättningsprincipen bidrar därför till att öka möjligheten för individen att skydda sig själv och andra mot smitta.

Systematiskt uppföljningsarbete kan utgöra ett underlag för att öka kunskapen om personer som injicerar droger. Uppföljning kan även ge värdefull information om regionala och lokala förutsättningar för jämlik och tillgänglig vård för målgruppen. Verksamheterna ska enligt 13 § i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika årligen inkomma med en verksamhetsberättelse till IVO. För att underlätta rapportering för verksamheterna och för att informationen i verksamhetsberättelserna ska bli mer jämförbar och strukturerad har Socialstyrelsen utformat en elektronisk mall. Denna mall medför att data kan rapporteras till IVO på ett enhetligt och strukturerat sätt. Socialstyrelsen bedömer att detta kan utgöra ett tillräckligt underlag för systematisk och samordnad statlig uppföljning av sprututbytesverksamheterna.

Introduktion

Rätten till hälsa utgör en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och i det innefattas rätten till att kunna skydda sig mot sjukdom [1,2]. Enligt FN nya ställningstagande ska *hela* befolkningen i alla världens länder ha tillgång till hälso- och sjukvård [3]. Sprututbytesverksamheter, utformade som låg-tröskelmottagningar, kan bidra till en mer positiv kontakt med vården för personer som injicerar droger. Den primära målsättningen med sprututbytesverksamhet är att begränsa smitta och smittspridning men verksamheterna kan också fungera som en ingång för att möta en utsatt grupp i samhället och etablera kontakt, erbjuda råd och stöd kring personernas hälsosituation samt motivera till frivillig vård och behandling för missbruk eller beroende.

Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet i hela landet behövs för att Sverige ska nå upp till den täckningsgrad som WHO rekommenderar när det gäller nivån av antalet utdelade rena sprutor och kanyler för att effektivt förhindra smittspridning (effektiv skadebegränsning ”harm reduction”) inom gruppen personer som injicerar droger [4]. Via sprututbyten kan man även nå ut med överdosprevention till målgruppen. Det kan exempelvis handla om informationsinsatser kring hur man kan agera om man bevittnar en överdos samt utdelning av naloxon vilket rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [5]

Sprututbytesverksamhet ska ses som ett komplement, och inte en ersättning för vård- och behandlingsinsatser för missbruk eller beroende.

Uppdraget

Lagändringarna syftar till att förbättra tillgången i hela landet till sprututbyten för personer som injicerar droger och av propositionen framgår att sprututbytesverksamhet bör vara tillgängligt i hela landet där det föreligger ett behov av sådan verksamhet (prop. 2016/17:15 s. 19). Även om den primära målsättningen med sprututbytesverksamhet är att begränsa smitta och smittspridning av sjukdomar är avsikten med verksamheterna även att utgöra en kontaktyta för att motivera personer till vård- och behandling för missbruk eller beroende. Av detta skäl finns en separat lagstiftning som tydliggör bryggan mellan smittskydd och beroendevård (prop. 2016/17:15 s. 21).

Den 1 mars 2017 trädde ett antal ändringar i lagen i kraft. Ändringarna innebär att

- ansvaret för sprututbytesverksamheterna renodlas till landstinget som blir ensam huvudman för att ansöka om, och att driva verksamheten
- den tidigare åldersgränsen sänks från 20 till 18 år.

Även det särskilda kravet på märkning av kanyler och sprutor som delas ut via sprututbyten togs bort. Dock gäller fortfarande att endast personer som anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd att bedriva sprututbyte får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget (bosättningsprincipen), se 6 § tredje stycket lagen om utbyte av sprutor och kanyler. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp konsekvenserna av ovanstående ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler samt att utveckla en systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamheter i Sverige. Syftet med uppdraget är att genom nationell uppföljningen öka kunskapen om patientgruppen för att bättre kunna utveckla vården.

Uppdraget består av fyra olika delar som berör sprututbytesverksamheter:

1. Följa upp konsekvenserna av lagändringen, (landstinget blir ensam huvudman samt sänkt åldersgräns för att kunna delta i sprututbytesprogrammet).
2. Genomföra en analys av konsekvenser av, samt om det bedöms motiverat, lämna förslag på förändringar avseende, principen om bosättning.
3. Verka för myndighetssamverkan i syfte att sprida kunskap och stimulera till fler sprututbytesverksamheter.
4. Utveckla ett systematiskt, samordnat och nationellt uppföljningsarbete för att öka kunskapen om personer som injicerar droger och som deltar i sprututbyten.

Uppdraget har delredovisats i december 2017 och december 2018. Denna rapport utgör slutredovisning av uppdraget.

Uppdraget berör mål 3 av de globala målen i Agenda 2030: *att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar*. Mer specifikt berör uppdraget punkterna

- 3.3 Senast 2030 utrota epidemierna av aids, tuberkulos, malaria och försummade tropiska sjukdomar samt bekämpa hepatit, vattenburna sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar.
- 3.5 Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk.

Bakgrund

Lågtröskelverksamheter (Harm reduction)

Skadebegränsande åtgärder för att minska riskutsatthet för infektioner, så kallad "harm reduction", är en pragmatisk hållning med starkt vetenskapligt stöd. Den har i Sverige varit omdiskuterad, men nu pågår utbyggnad av lågtröskelverksamheter som innefattar mottagningar för sprututbyten. Det är vanligt att lågtröskelverksamheter delas upp i fast, mobil och uppsökande lågtröskelverksamhet. En fast lågtröskelverksamhet är en större hälsocentral som till skillnad från allmänna hälso- och sjukvårdsverksamheter är särskilt anpassad för personer som injicerar droger. En mobil lågtröskelverksamhet bör ses som ett komplement eller en "satellitfunktion" till den fasta. En uppsökande verksamhet är ett bra komplement till den fasta eller mobila lågtröskelverksamheten eftersom den syftar till att söka upp och skapa kontakt med målgruppen i närmiljön. Ofta möts här människor som inte själva är villiga att ta kontakt eller söka hjälp [6].

En lågtröskelverksamhet utformas efter principen att det ska vara lätt att komma till den (ju lägre tröskel, desto lättare att ta steget). Skillnaden mot generella verksamheter är att en lågtröskelverksamhet erbjuder aktiviteter som är anpassade efter, och som i största möjliga mån täcker målgruppens specifika behov.

Dessutom ska den

- ha generösa öppettider
- vara avgiftsbefriad
- ha hög toleransnivå för eventuella olikheter i tankesätt, uppförande och uttryck
- bemöta besökarna på ett öppet och fördomsfritt sätt.

Källa: Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger – en vägledning Folkhälsomyndigheten 2015

Folkhälsomyndigheten har i flera år framhållit sprututbyten som ett hälsofrämjande och förebyggande arbete inom ramen för allas rätt till hälsa. År 2018 rapporterade 179 länder i världen förekomst av personer som injicerar droger, men bara 86 av dessa länder bedrev någon form av sprututbytesprogram [7].

Byte av injektionsverktyg och läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO)

Delning av en kanyl eller spruta utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom målgruppen och syftet med att byta ut osterila injektionsverktyg är att motverka fortsatt spridning inom riskgruppen [8-11]. Genom att tillhandahålla sterila injektionsverktyg går det att reducera riskbeteenden [12, 13], minska antalet nya fall av hepatit C eller hiv, och stärka en persons eget skydd vid eventuella sjukdomsutbrott [8,10,14-16].

En annan viktig evidensbaserad aktivitet i arbetet att reducera hepatiter är LARO-behandling [17]. Forskning visar att sprututbytesaktivitet i samtidig kombination med LARO ger bäst effekt i att reducera hepatit C jämfört med enbart sprututbytesaktivitet [18-19]. Utbyggnad och samverkan mellan båda är nyckel till att reducera hepatit C då respektive program kan fänga olika delar av riskgruppen. Den 15 februari 2016 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende i kraft med syfte att öka tillgängligheten till LARO-behandling (20) och under 2018 bedrevs LARO vid cirka 80 vårdenheter för cirka 4 000 personer (30 procent kvinnor). För närvarande pågår lokala samverkansprojekt mellan sprututbyte och LARO i Malmö och Stockholm [21-22].

Omfattningen av intravenös droganvändning

Att beräkna hur många personer som injicerar droger är förknippat med svårigheter. Att beräkna antalet utifrån från äldre studier att eller använda prevalensuppgifter från internationell litteratur riskerar att ge en missvisande bild. Ett alternativ utgör då så kallade indirekta mått, dvs. uppgifter som indikerar ett injektionsmissbruk utan att direkt mäta det.

En skattning baserad på indirekta mått från PAR togs fram av Socialstyrelsen 2013. Då uppskattades antalet personer som injicerar droger i Sverige till ca 8000 personer. En viktig slutsats från undersökningen var även att droganvändning genom injektion förekommer i hela landet, bland både män och kvinnor där de senare utgör ungefär en fjärdedel. Det fanns variationer och nivåerna ska inte tolkas som exakta utan snarare som storleksordningar. Då det nu har förflutit några år sedan skattningen gjordes pågår ett arbete med att göra en uppdaterad beräkning på Folkhälsomyndigheten.

Eftersom uppdaterade uppgifter på nationell nivå saknas behöver lokal information tillföras för att komplettera bilden. Eventuellt kan uppgifter om smittspridning av hepatit utgöra en viktig indikator på problemets omfattning. En analys som involverar t.ex. socialtjänst och frivilliga aktörer kan ge viktig information.

Med utgångspunkt i det faktum att droganvändning genom injektion förekommer i samtliga regioner men med oklar prevalens, behöver ett planerat sprutbytesprogram ha ett flexibelt förhållningssätt med en beredskap att succesivt anpassa verksamheten till efterfrågan. Flera faktorer utöver populationens uppskattade storlek kan påverka behovet, såsom att patienter rör sig

mellan regioner, förser sig själva med rena verktyg, eller att närheten till andra verksamheter (grannländer) påverkar efterfrågan.

Sprututbyten som plattform för forskning och vetenskap:

Erfarenheter från Malmö om hepatit C bland personer som injicerar droger

En kombination av god tillgång till sprutbytesprogram och en välutbyggd beroendevård kan ge effekt på Hepatit C (HCV)-spridning [23]. HCV-infektion är idag den ledande orsaken till kronisk leversjukdom i västvärlden och den vanligaste anledningen till levertransplantation. Sjukdomen överförs i de flesta fall via delade injektionsverktyg och personer som injicerar droger utgör därför kärnan i HCV epidemin. Ett växande antal rapporter har visat att HCV blir en allt viktigare orsak till sjuklighet och död i en åldrande grupp av personer som injicerar droger [24-25]. Majoriteten av de smittade (50–80%) kommer att utveckla en kronisk HCV-infektion, även om förloppet kan variera mellan individer [26]. Trots detta har andelen som behandlats för HCV-infektion varit fortsatt låg. För att tillgängliggöra HCV-behandling för hela patientgruppen och kunna stoppa spridningen krävs att samtliga tänkbara plattformar där gruppen kan nå tas i bruk. WHO har satt ett globalt mål om att eliminera Hepatit B (HBV) och HCV som folkhälsorisk till år 2030 [27]. Tillgång till HBV-vaccination och HCV-behandling är nyckelbegrepp i det arbetet. Målet är att uppnå en direkt hälsovinst för den enskilda individen och minskad morbiditet och mortalitet på gruppnivå i enlighet med WHOs mål.

Möjligheterna till diagnostik och framförallt behandling av HCV har dramatiskt förbättrats under det sista årtiondet. Det finns nu tillgång till effektiva HCV-läkemedel (> 95 % utläkning), så kallade direktverkande antiviraler (DAA) med korta behandlingstider (8–12 veckor) och få biverkningar. Behandlingen med DAA var initialt reglerad till att omfatta endast dem med avancerad leverskada, men sedan 2018 kan behandling erbjudas alla HCV infekterade i Sverige utan hänsyn till leverskadans svårighetsgrad.

Utmaningen i HCV omhändertagandet är inte längre en fråga om läkemedlens effektivitet eller tillgången till behandling, utan istället att hitta plattformar där målgruppen, PID, kan få kontaktytor med vården. Sprutbyten kan här tjäna som viktiga arenor.

Aktuellt forskningsprojekt: Hepatit C-behandling vid Sprutbytet i Malmö

Målsättningen med det aktuella forskningsprojektet är att arbeta för de av WHO uppsatta globala målen och använda sprutbytesmottagningen i Malmö som plattform för diagnostik, utredning och behandling av HCV hos den viktigaste målgruppen både vad gäller förekomst och nysmitta – personer med ett pågående injektionsmissbruk. Genom att erbjuda ett multidisciplinärt omhändertagande där företrädare för både hepatitspecialiserad infektionssjukvård och beroendevård samarbetar hoppas man kunna visa att man genom

HCV-behandling utöver utläkning av infektionen kan motivera patienterna till minskat riskbeteende och därmed minska risken för dels fortsatt drogbruk och dels återsmitta (reinfektion).

Preliminära resultat 2018–2019:

Preliminär sammanställning av screeningdata från de 50 inkluderade deltagarna visar att medelålder, könsfördelning, genotyp, fibrosgrad och angiven senast injicerade drog motsvarar tidigare observationer bland sprutbytsdeltagarna. Samtliga deltagare som hittills fullföljt behandlingen och uppnått tidpunkten för evaluering (n=41) har läkt ut sin HCV-infektion.

Parallellt med projektet har infektionsläkare från Region Skånes samtliga fyra infektionskliniker bedrivit uppsökande verksamhet vid regionens 20 LARO-mottagningar. Det råder ett dynamiskt flöde av patienter mellan sprutbyten och LARO, varför HCV behandling inom båda dessa verksamheter är viktig för att kunna påverka viremigraden inom hela gruppen. Trots stabilt LARO-deltagande är det ofta besvärligt för patienterna att utnyttja en bokad tid på en infektionsmottagning. Betydliga vinster kan uppnås genom att uppsökande infektionsvård kan erbjudas på plats på LARO. Hittills har ca 20 % av samtliga LARO-patienter med kronisk HCV-infektion kunnat behandlas på detta vis i Region Skåne, på plats på LARO-mottagningar i nära samarbete med infektionssjukvård. Förenklade rutiner för behandling av HCV inom kriminalvården samt i rutinverksamheten vid de fyra skånska sprutbytesmottagningarna ska nu implementeras.

Uppföljning av den förändrade lagstiftningen

Landstingen blir ensam huvudman

Flera regioner har infört sprututbytesverksamhet

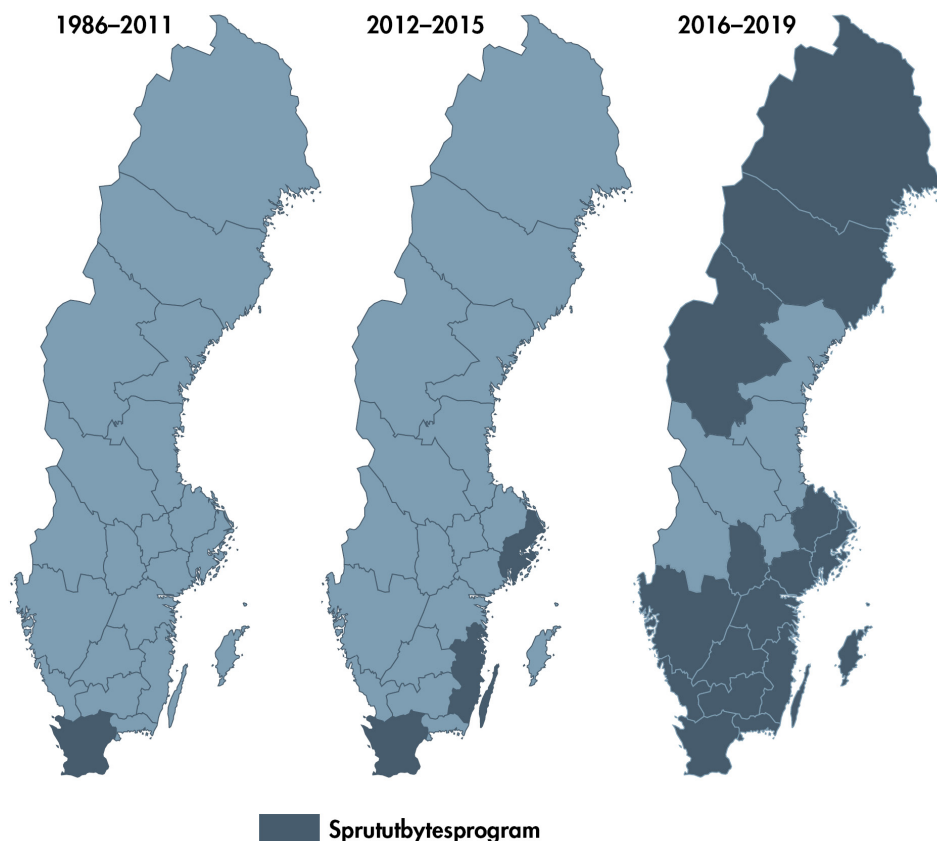
Trots att lagen om utbyte av sprutor och kanyler trädde i kraft redan 2006 så hade endast åtta av regionerna sprututbytesverksamhet år 2017. Att verksamheter fanns på så få platser kan ha haft flera orsaker. Den tidigare bestämmelsen i 2 § ovan nämnda lag som innebar att IVO endast fick bevilja tillstånd om den eller de kommuner i regionen där verksamheten ska bedrivas hade *biträtt* ansökan kan ha gjort processen svårare än nödvändigt (prop. 2016/17:15 s. 23). Bestämmelsen togs bort i samband med lagändringen som trädde i kraft 2017.

Enligt 3 § i lagen om utbyte av sprutor och kanyler framgår det att samråd ska ske mellan landstinget och samtliga kommuner inom landstinget innan en ansökan om tillstånd ges in. Samverkan mellan huvudmännen i enlighet med befintlig lagstiftning är av stor betydelse för att behålla ett patient- och klientfokus. Enligt propositionen är därför bedömningen att samråd med samtliga kommuner i landstingets upptagningsområde behövs innan ansökan om att upprätta sprututbyte lämnas in, ett samråd som både kommuner och landsting är förpliktigade att medverka i (prop. 2016/17:15 s. 26).

Sedan lagändringen trädde i kraft har antalet regioner med sprututbytesverksamhet ökat från åtta till 16 (figur 1). Den nya lagen har således medfört en kraftig expansion av antalet regioner som har sprututbytesverksamhet.

I oktober 2019 fanns sprututbytesverksamhet i 16 av 21 regioner (Blekinge, Gotland, Halland, Jämtland-Härjedalen, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Västerbotten, Västra Götaland, Örebro, Östergötland). I fyra av de 16 regionerna finns sprututbytesverksamhet på flera platser (Halland, Skåne, Stockholm och Västra Götaland). I Stockholm pågår även ett samverkansprojekt med sprututbytesverksamhet på en mobil öppenvårdsmottagningen för hemlösa. Utöver sprututbyte erbjuder den mobila mottagningen vaccination mot hepatit samt utbildning i överdosprevention och utdelning av naloxon. Det mobila sprututbytet är ett komplement till de fasta mottagningarna och ett sätt att öka tillgängligheten. Samverkansprojektet ska inledningsvis pågå under två år.

Figur 1. Utvecklingen av sprututbytesverksamheten i Sverige 1986–2019.



Källa: Folkhälsomyndigheten

I oktober 2019 saknades sprututbytesverksamhet i fem regioner: Dalarna, Gävleborg, Värmland, Västernorrland och Västmanland. För att undersöka vilka skäl och bedömningar som ligger till grund för att sprututbytesverksamhet ännu inte öppnats skickade en förfrågan till smittskyddsläkaren i respektive region. Skälen till att det ännu inte öppnats sprututbytesverksamhet i dessa fem regioner varierar, i region Dalarna och region Gävleborg finns ett beslut om öppnande under 2020 och planering pågår, i de tre övriga regionerna nämns svårigheter att finna lämplig lokal och att det saknas beslut i regionerna gällande frågan om sprututbytesverksamhet.

Sammanfattning av verksamhetsberättelserna 2018

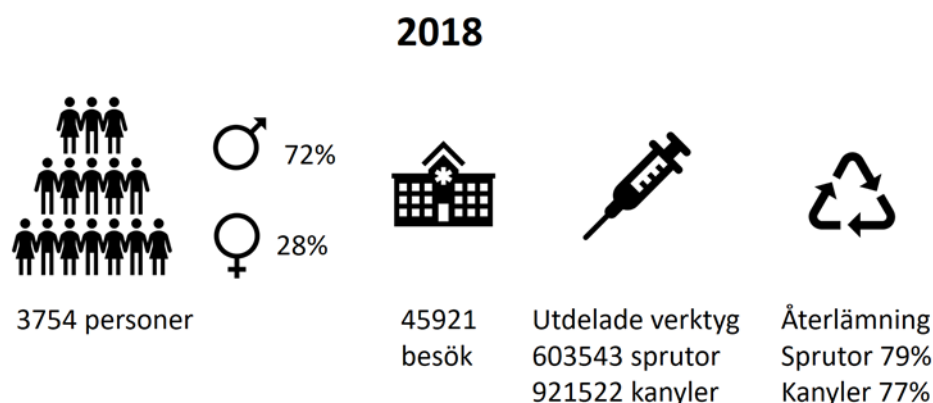
Enligt 13 och 14 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika, ska landstinget årligen inkomma med en verksamhetsberättelse till IVO. Verksamhetsberättelsen ska bland annat innehålla uppgifter om antalet besök och hur många som har fått avgiftning, vård, behandling eller eftervård för sitt narkotikamissbruk. Vidare ska det framgå uppgifter om ålders- och könsfördelning, antalet utbytta sprutor och kanyler, hur många hiv- och hepatittester som genomförts, förekomsten av vissa infektionssjukdomar, dödlighet, i vilken omfattning resurserna har motsvarat behoven av vård m.m., i vilken ut-

sträckning verksamheten bedöms ha påverkat eventuell smittspridning, personalens antal och kompetens samt hur samarbetet med missbruk- och beroendevården, den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten har organiserats och utfallet av detta samarbete. I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av de verksamhetsberättelser gällande sprututbyte som inkommit till IVO för år 2018.

Till IVO inkom verksamhetsberättelser (n=17) från 14 regioner för år 2018. Dessa kom från region Blekinge, region Gotland, region Halland (en samlad rapport för sina tre mottagningar i Halmstad, Kungsbacka och Varberg), region Jönköping, region Kalmar, region Kronoberg, region Norrbotten, region Skåne (städerna Helsingborg, Malmö, Lund och Kristianstad), region Stockholm, region Sörmland, region Uppsala, region Västerbotten, Västra Götalandsregionen (städerna Skövde, Trollhättan och Göteborg) samt region Östergötland.

Under år 2018 deltog totalt 3754 personer (28 procent kvinnor och 72 procent män) i sprututbytesverksamhet, vilket är en ökning jämfört med 2017 då 3394 personer deltog. Totalt gjordes 45921 besök på sprututbytesverksamheter runt om i landet. Under 2018 har totalt 603543 sprutor och 921522 kanyler delats ut. Återlämningsandelen var i genomsnitt 79 procent för sprutor respektive 77 procent för kanyler (figur 2).

Figur 2. Fakta sprututbytesverksamhet 2018 – personer, kön, besök, utdelade verktyg och återlämning.



Bemanning

Enligt berättelserna bestod bemanningen på sprututbytet huvudsakligen av sjuksköterskor och undersjuksköterskor, mestadels med vidareutbildning inom infektionssjukvård. Även medicinsk ansvariga läkare, barnmorskor och kuratorer bemannade sprututbytesverksamheten. Samtliga verksamheter erbjuder tillgång till barnmorska. De vanligaste anledningarna för besök hos barnmorska är preventivmedelsrådgivning, gynekologiska undersökningar, cellprover, provtagningar för STI (sexuellt överförbara sjukdomar) samt graviditetstest. Vid behov remitterar barnmorskan även deltagarna vidare till gynekolog eller specialistmödravård.

Förhindra spridning av blodsmitta

Sprututbytets primära mål är att förhindra spridning av blodsmitta bland personer som injicerar droger. Utifrån verksamhetsberättelserna kan man konstatera att ingen smittspridning av HIV eller hepatit B har förekommit bland deltagare. Samtliga verksamheter erbjuder deltagare provtagning för HIV, hepatit B och C. Spridning av hepatit B kan effektivt förebyggas genom vaccination, vilket samtliga verksamheter erbjuder sina deltagare. Enligt rapporteringen erbjuder tre verksamheter även HIV-behandling.

Sju verksamheter angav att de under 2018 erbjudit hepatit C-behandling. Två verksamheter remitterade sina deltagare vidare till behandling och två verksamheter har beslutat om att börja erbjuda behandling under 2019.

Dödsfall

Under 2018 rapporterade verksamheterna totalt 126 (3,3 procent) inträffade dödsfall. Siffror om dödsfall ska tolkas med viss försiktighet. Av berättelserna framkommer att verksamheterna inte har någon möjlighet att samköra befolkningsregister med dem som är inskrivna på sprututbyte. Det finns således inga officiella vägar för denna information, utan verksamheterna får oftast muntlig information om dödsfall via andra patienter, vilket medför att siffror om dödsfall uppdateras i efterhand.

Bosättning

Enligt 6 § tredje stycket lagen om utbyte av sprutor och kanyler, får endast personer som anses bosatta i ett landsting som har ett sprututbyte delta i den verksamheten. Majoriteten av deltagarna i sprututbyte var folkbokförda och bosatta i det landsting där de besökte sprututbytet. Siffran gällande deltagare som besöker en sprututbytesverksamhet men som är skriven på annan ort ingår inte som obligatorisk uppgift enligt föreskriften och rapporteras därför inte av alla verksamheter. Utifrån de verksamhetsberättelser som lämnat denna typ av uppgift för år 2018 framkommer det att mellan 6 och 21 procent av deltagarna som besökte ett sprututbyte var skrivna på annan ort. Enligt verksamhetsberättelserna är anledningen till att personer besöker sprututbytet på annan ort än i hemregionen, framförallt att de vill skydda sig själva och andra från blodsmitta när de vistas under en kortare tid på annan ort.

Naloxonutdelning

Under 2018 angav 6 av 19 sprututbytesverksamheter att de hade startat utdelning av naloxon som en ytterligare komponent inom överdosprevention. Hos resterande berättelser fanns inga uppgifter gällande naloxon. Hos samtliga verksamheter som delade ut naloxon ingick även en kort utbildning på mottagningen. I utbildningen ingick hur man identifierar en opioidöverdos, information om att alltid larma 112 för att tillkalla ambulans, hur man håller fria luftvägar, hur man administrerar naloxon på ett säkert sätt samt instruktion i hjärt- och lungräddning.

Socialtjänsten

Samtliga sprututbytesverksamheter samarbetar med socialtjänsten. Från verksamhetsberättelserna 2018 går det att uppskatta att mellan 40 och 80 procent av deltagarna har en pågående kontakt med socialtjänsten. Vid samtliga

sprututbyten erbjöds deltagare hjälp med att kontakta beroendevård, vuxenvård, psykiatri, kurator, mödravård och socialtjänst. I Skåne och Stockholm bedriver socialtjänsten uppsökande arbete i sprututbytesverksamhetens väntorum. Hänvisningar som direktkontakt eller remisser till socialtjänsten och andra vårdgivare som sprututbytesverksamheterna gör, går inte att följa upp utifrån verksamhetsberättelserna. Något heltäckande system för att följa upp hur deltagare fullföljer dessa hänvisningar finns inte, på grund av bl.a. den sekretess som gäller mellan andra vårdgivare och socialtjänsten.

Sänkt åldersgräns

Få personer i åldersgruppen 18–19 år besöker sprututbytesverksamheter

För att tidigare kunna påverka unga människors riskbeteenden och förebygga att de smittas av, eller sprider vidare, blodburna infektioner sänktes åldersgränsen för deltagande i sprututbyte från 20 till 18 år vid lagändringen 2017. Varje person som kan fångas upp och där smitta kan förhindras är av betydelse. En sänkt åldersgräns möjliggör dessutom en kontaktyta till unga som kan användas för att motivera till vård och behandling på frivillig väg. Sprututbytesverksamheterna arbetar systematiskt med provtagning, vaccinationsprogram, samtal om riskbeteende för alla inskrivna patienter och samtliga verksamheter samarbetar med socialtjänsten.

Enligt verksamhetsberättelserna som inkommit till IVO var det totala antalet (hela landet) 18–19-åringar som besökte sprututbytesverksamheterna 8 personer (2017) och 12 personer (2018). Enligt företrädare från verksamheten hämtades siffran om 12 personer från InfCare sprututbyte. Eftersom inte samtliga verksamheter använder InfCare kan siffran vara något högre.

Eftersom den aktuella åldersgruppen utgörs av få individer i en definierad population bedöms det med hänsyn till den personliga integriteten inte möjligt att presentera några analyser av geografiska skillnader eller specifika insatser såsom exempelvis sekretessbrytande åtgärder vid smitta och vaccinationer eftersom rökjanderisken blir för stor. Uppgifter om populationens storlek och sammansättning samt antalet observationer är viktiga i den totala bedömningen av rökjanderisken [28]. Det finns åtminstone två möjliga förklaringar till det låga antalet 18–19-åringar i programmen: a) de finns få personer som injicerar droger i åldersgruppen eller b) endast en liten andel av de personer med injektionsmissbruk som är i åldrarna 18–19 år, har deltagit i sprututbytesverksamheterna. Eftersom prevalensen är okänd går det inte att ge ett bra svar på den frågan. Även debutålder har varit svårt att fastställa. I propositionen framkom att olika studier visar olika debutålder för gruppen unga (Propositionen 2016/17:15). Folkhälsomyndighetens statistik om hepatit C infektion för gruppen unga och unga vuxna (15–24 år) i Sverige visar att cirka 90 procent är smittade via oräna injektionsverktyg [29].

Med hänsyn till att olika studier visar olika debutålder för gruppen är det viktigt att följa gruppen och vid behov utreda om en åldersgräns på 18 år för sprututbytesverksamhet fortfarande är rimlig ur ett smittskyddsperspektiv.

Socialtjänstens kontakt med klienter som injicerar narkotika

Sprututbytesverksamheterna har ofta uppgifter om *att* en person har kontakt med socialtjänsten men inte *hur* kontakten med socialtjänsten ser ut (vilka insatser/åtgärder som personen erhåller). Inom ramen för uppdraget skickades år 2017 och 2018 därför en enkät ut till socialtjänster i samtliga kommuner i de landsting som hade sprututbytesverksamhet. Utifrån enkätsvaren konstaterades att Socialtjänsten saknar information om vilka klienter som besöker sprututbytesverksamhet på gruppnivå, däremot har verksamheterna och handläggarna kännedom om detta om klienterna själva berättar det i kontakten med handläggarna. Detta dokumenteras i den enskilda klientens ärende när det är relevant och för att få denna information måste alltså handläggarna titta i varje enskild klients akt. Det har därför varit svårt att få en bild av hur kontakten med socialtjänsten ser ut för den grupp av personer som injicerar droger om besök vid sprututbyte ska definiera populationen Socialtjänsterna kunde i de flesta fall endast göra en uppskattning när de svarade på frågorna i enkäten.

I de utskickade enkäternas kommentarer framkom att det inte finns någon skillnad i hur kontakten med socialtjänsten ser ut med avseende på utredning och eventuella insatser mellan de som haft kontakt med sprututbyte eller andra klienter med injektionsmissbruk. För att få kunskap om gruppen och för att kunna följa upp vilka insatser som socialtjänsten erbjuder personer som injicerar droger på ett systematiskt sätt valdes därför istället data från Addiction Severity Index, ASI.

Addiction Severity Index, ASI

ASI är en standardiserad bedömningsmetod i intervjuform som används i Socialtjänsten för personer med missbruks- och beroendeproblem för utredning och uppföljning [30]. Socialstyrelsen förvaltar instrumentet sedan 1996. Mer än 90 procent av Sveriges kommuner har tillgång till ASI.

ASI-grundformulär består av ca 180 frågor, fördelat på sju livsområden. Frågorna i det aktuella uttaget handlar om injektionsmissbruk inom livsområdet Alkohol- och narkotikaanvändning (bilaga 1). Data ger alltså en bild av gruppen personer som injicerar droger och som har kontakt med socialtjänsten samt vilka typer av insatser som denna grupp erhåller. Det framgår dock inte från ASI-intervjun om klienterna har haft kontakt med sprututbytesverksamhet eller inte, eftersom ASI inte innehåller någon fråga kring deltagande i sprututbytesverksamhet.

Det finns en kvalitetssäkrad forskningsdatabas för ASI och Institutet för klinisk psykologi vid Umeå universitet fick uppdraget av Socialstyrelsen att sammanställa en beskrivning av gruppen klienter som injicerar droger utifrån frågor i ASI och UBÅT (Uppföljning och Beskrivning av Åtgärder). UBÅT är ett tillägg som har börjat användas av allt fler kommuner, i nuläget registrerar ca 100 kommuner i UBÅT. Registreringen i UBÅT är frivillig och svaren är baserade på åtgärder inom socialtjänsten som registreras av handläggare.

I denna rapport ingår ASI-data från 1 januari 2017 – 30 juni 2019. Resultatet gäller gruppen klienter som har haft kontakt med socialtjänsten under den aktuella tiden och som svarat att de någon gång har injicerat narkotika. I underlaget ingår ASI-data från hela Sverige. I redovisning har vi för vissa frågor valt att presentera data från Skåne separat. Skälet till denna uppdelning är att vi ville ha möjlighet att jämföra Skåne med övriga landet. Skåne är en region som har 30 års erfarenhet av sprututbyte och dessutom god geografisk tillgänglighet med verksamheter på fyra platser i regionen.

Data presenteras alltså på följande sätt: hela landet, alternativt för vissa specifika frågor, region Skåne samt övriga landet.

Beskrivning av klienter som injicerat utifrån frågor i ASI-Grund

Det totala antalet ASI intervjuer under den aktuella perioden var n=13190. Av dessa svarade ca en fjärdedel (n=3162, 76 procent män och 24 procent kvinnor) att de någon gång hade injicerat narkotika. Genomsnittsålder vid intervjutillfället var 38 år för män och 36 år för kvinnor. Genomsnittlig debutålder var 23 år för både män och kvinnor, för båda könen fanns en stor spridning gällande debutålder. Män uppgav att de i genomsnitt har injicerat droger i 7 år och kvinnor i 6 år.

Tabell 1. Genomsnittlig debutålder och antal år av injektionsmissbruk.

Män och kvinnor i hela landet

	Debutålder (spridning)	Antal år av injektionsmissbruk (spridning)
Män (n=2403)	23 år (9–54 år)	7 år (<1–50 år)
Kvinnor (n=759)	23 år (11–61 år)	6 år (<1–45 år)

Av de klienter som uppgivit att de någon gång hade injicerat narkotika uppgav drygt 1400 personer att de även hade injicerat någon gång de senaste sex månaderna. De personer som uppgivit att de injicerat de senaste sex månaderna kan sägas ha ett aktuellt injektionsmissbruk och utgör således den population som utgör potentiella besökare till sprututbytesverksamhet.

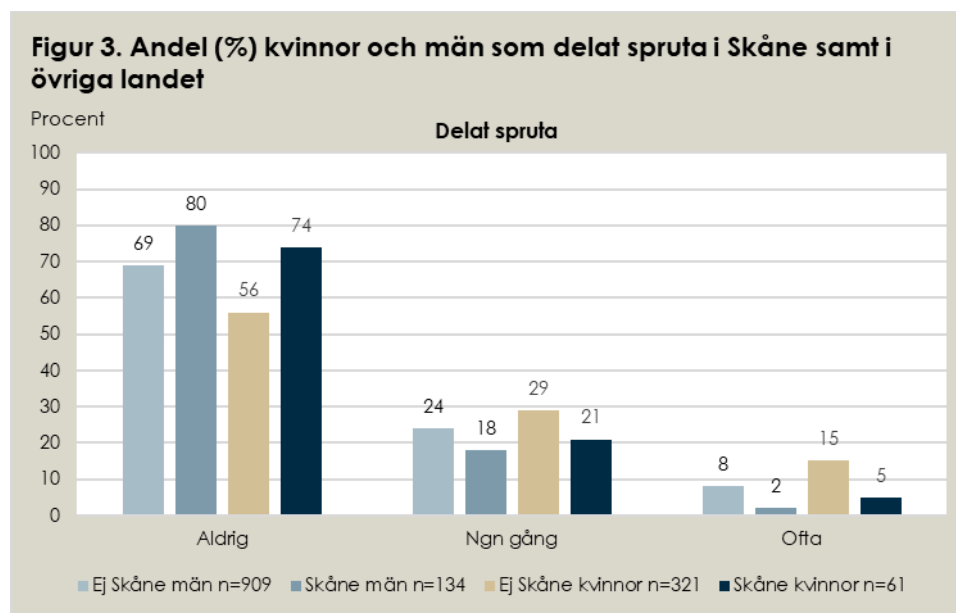
Nedan presenteras svar på frågan ”Om du injicerat de senaste sex månaderna, har du delat spruta aldrig, några ggr, ofta?” (ASI E23e). Frågan är inte specificerad med avseende på spruta, kanyl eller paraferalia (uppdragningskärl, droglösning eller filter).

Det är en större andel klienter i åldersgruppen 18–25 år uppgav att delat spruta, 52 procent att jämföra med 40 procent i åldersgruppen 26–40 år och 27 procent i åldersgruppen 41–65 år (tabell 2).

Tabell 2. Antal och andel (%) personer som delat spruta i olika åldersgrupper i hela landet. Antal och procent.

Hela landet			
Åldersgrupp	Aldrig	Några ggr.	Ofta
18 – 25 år n=218	103 (47%)	77 (35%)	38 (17%)
26 – 40 år n= 801	479 (60%)	240 (30%)	82 (10%)
41 – 65 år n=385	280 (73%)	73 (19%)	32 (8%)

Om man jämför Skåne med övriga landet (figur 3) framkommer att Skåne har en högre andel klienter som uppger att de aldrig delat spruta de senaste sex månaderna. I Skåne uppger 80 % av männen att de aldrig delat spruta jämfört med 69 % i övriga landet. Även bland kvinnor i Skåne är det en större andel som uppger att de aldrig har delat spruta, 74 procent jämfört med 56 procent i övriga landet.



Andelen klienter som aldrig delat spruta varierar i regionerna. I Skåne, Jönköping, Kalmar, Sörmland och Stockholm anger högst andel klienter (mellan 71–76 procent) att de aldrig delat spruta under den aktuella tidsperioden. Att man ofta delat spruta är ovanligt i alla regioner och högst andel som anger att de ofta delar spruta finns i region Värmland, region Gävleborg och region Norrbotten.

Tabell 3. Klienternas uppgifter om sprutdelning i olika regioner. Antal och andel (%). klienter för respektive alternativ per region. Regioner med färre än 30 svar är borttagna på grund av för små tal.

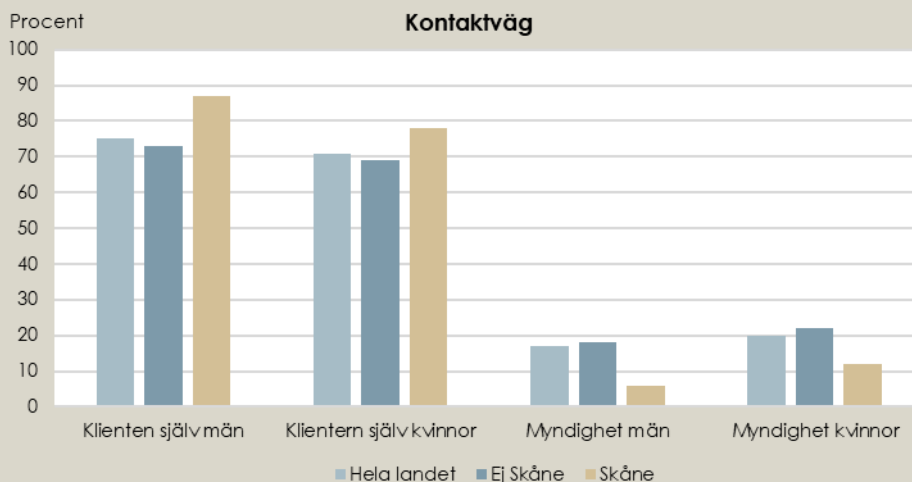
Alla				
Region	Totalt antal	Aldrig %	Några ggr %	Offta %
Dalarna	41	66	32	2
Gävleborg	38	55	26	18
Jämtland-Härjedalen	50	56	33	12
Jönköping	122	75	19	6
Kalmar	42	74	24	3
Norrbottn	68	57	27	18
Skåne	239	76	19	5
Stockholm	441	71	23	5
Sörmland	41	73	15	12
Uppsala	38	66	24	11
Värmland	135	55	27	18
Västerbotten	95	54	33	14
Västmanland	48	56	33	10
Västra Götaland	257	67	25	8
Östergötland	125	61	30	9

Kontaktväg

Data från ASI visar att 75 % av männen och 71 % av kvinnorna i aktuell grupp själva har kontaktat socialtjänsten (fig 4). I ASI definieras kontakt från myndighet som remiss eller anmälan från en myndighet eller hälso- och sjukvården. Enligt data har en myndighet varit initiativtagare till kontakten hos 17 % av männen och 20 % bland kvinnorna. Övriga kontaktvägar kan vara familj eller vänner eller annan, dessa är inte redovisade här.

I Skåne har 87 % av männen själva kontaktat socialtjänsten jämfört med 73 % av männen i övriga landet. Också bland kvinnor i Skåne har en större andel själva kontaktat socialtjänsten, 78 % jämfört med 69 % i övriga landet. Av ASI framgår inte om klienten har fått hjälp att kontakta socialtjänsten. Om klienten på något sätt har fått hjälp att kontakta socialtjänsten så noteras oftast klienten själv som initiativtagare till kontakten, förutsatt att det är klienten som för sin talan. Även i enkäterna som skickades till kommunerna 2017 och 2018 uppgavs egen ansökan vara det vanligaste sättet att inleda kontakt med socialtjänsten.

Figur 4. Kontaktväg för män och kvinnor i Hela landet, Skåne och övriga landet

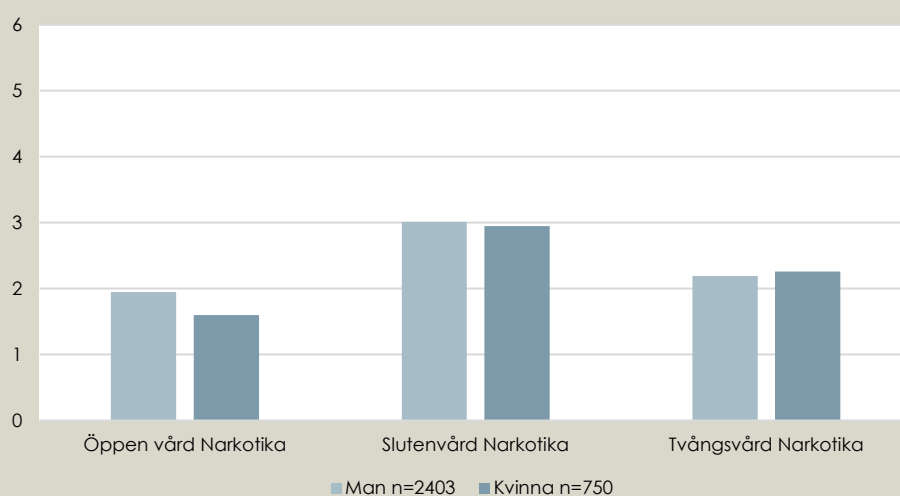


Beskrivning av insatser utifrån ASI

I ASI-intervjun efterfrågas antalet gånger klienten fått öppen och slutenvård för narkotika från 18 års ålder, samt hur många gånger slutenvården varit tvångsvård (e27bNark). Med slutenvård i ASI avses kortare eller längre tid i heldygnsvård för behandling av beroendeproblem. Slutenvården kan vara abstinensbehandling på sjukhus eller vistelse på behandlingshem. Uppgifterna baseras på klienternas egna svar i ASI. Här redovisas förekomsten av öppen- och slutenvård samt hur många av dessa som haft tvångsvård under livstiden för de klienter som ingår i urvalet för ASI, dvs personer som uppger att de injicerat de senaste sex månaderna under den aktuella tidsperioden. Slutenvård är den vanligaste vårdformen för både män och kvinnor (fig 5). Den äldsta åldersgruppen har i genomsnitt något färre vårdtillfällen i olika vårdformer för problem med narkotika i hela landet (fig 6).

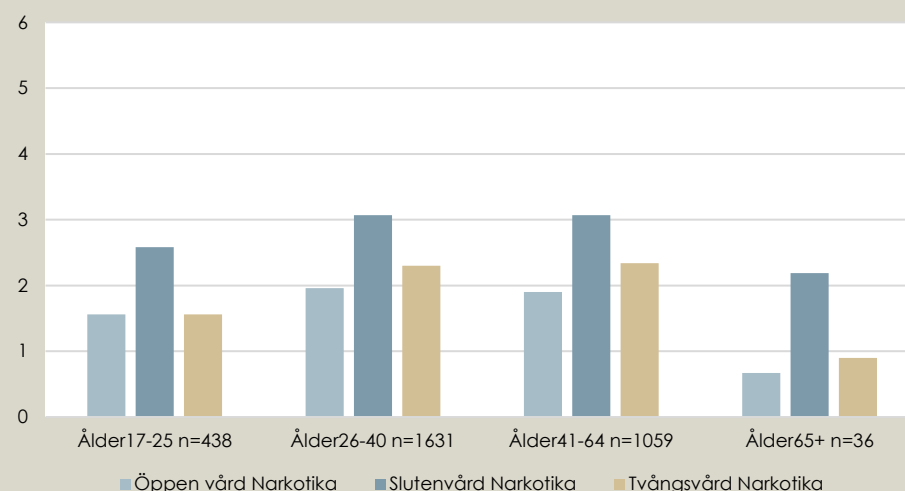
Figur 5. Genomsnittligt antal vårdtillfällen

Hela landet Narkotika: Genomsnittligt antal vårdtillfällen



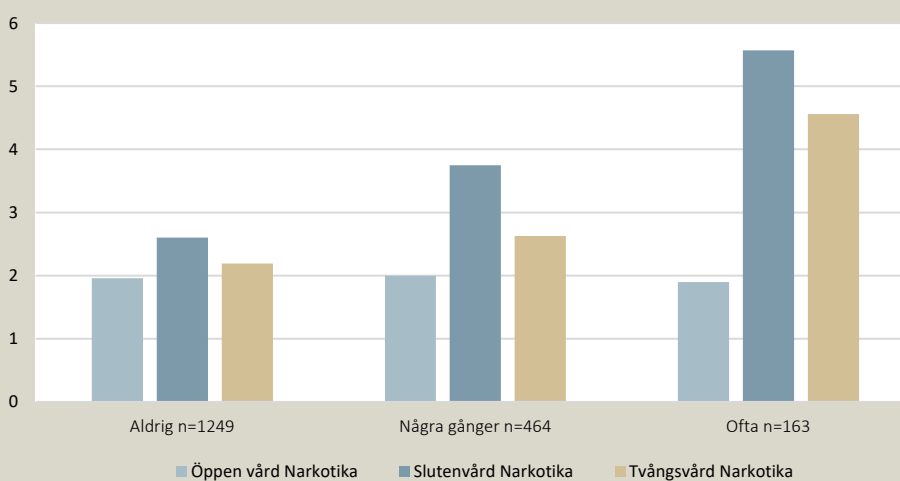
Figur 6. Genomsnittligt antal vårdtillfällen, åldersgrupper

Hela landet Narkotika: Genomsnittligt antal vårdtillfällen i olika åldersgrupper



I hela landet varierar det genomsnittliga antalet vårdtillfällen i slutenvård och tvångsvård för problem med narkotika med hur ofta man delat spruta, ju oftare man delat spruta, desto fler vårdtillfällen (fig 7). Lägst antal slutenvårdstillfällen ses i gruppen som uppger att de aldrig delar spruta. För tvångsvård finns en liknande tendens. För öppenvård ses inget sådant mönster.

Figur 7. Hela landet Narkotika: Genomsnittligt antal vårdtillfällen för de som delat/aldrig delat spruta



Socialtjänstens insatser registrerade i UBÅT

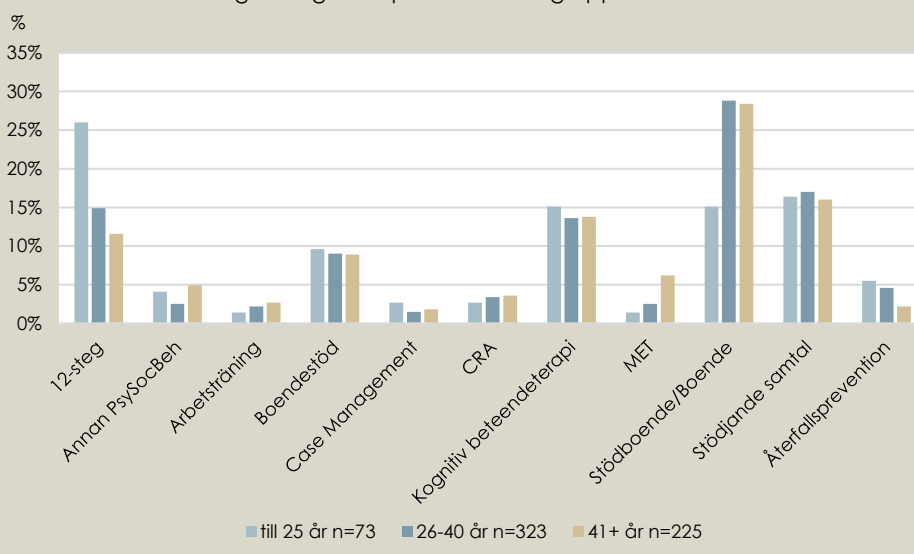
UBÅT (Uppföljning och Beskrivning av Åtgärder för ASI-användare) ger en beskrivning av socialtjänstens åtgärder. Här beskrivs åtgärder som pågått någon gång under den aktuella tidsperioden. Urvalet av åtgärder har gjorts antingen så att slutdatum inträffat någon gång efter 2016 eller om slutdatum saknas så har startdatum inträffat efter 2016.

Tabell 4. Antal och procent av olika åtgärder sorterat efter antal i Hela landet.

	Antal	Procent
	Hela landet	Hela landet
Stödboende/Boende	169	27
Stödjande samtal	103	17
12-steg	93	15
KBT	87	14
Boendestöd	56	9
Återfallsprevention	24	4
MET	23	4
Annan PsySocBeh	22	4
CRA	21	3
Arbets träning	14	2
Case Management	11	2

Figur 8. Procentuell fördelning av åtgärder registrerade av handläggare för olika åldersgrupper. De två äldsta grupperna har slagits ihop eftersom det är för få i den äldsta gruppen (65+)

Procentuell fördelning av åtgärder på olika åldersgrupper



Stödboende/boende, är den vanligast registrerade åtgärden i hela landet Även Stödjande samtal och 12-steg är vanliga åtgärder. Åtgärden Annan PsySo-cBeh (psykosocial behandling) handlar mestadels om miljöterapi eller någon icke angiven åtgärd.

Sammanfattning ASI

Resultaten från de tidigare utskickade enkäterna 2017 och 2018 var osäkra eftersom kommunerna endast kunde redovisa uppskattningar. Att använda ASI-data är något säkrare eftersom kommunerna registrerar ASI-intervjuer som görs i utredande syfte och att man därifrån kan få tillräckligt mycket data för att beskriva en population. Av kommentarerna i kommunenkäterna

framgick dock att Socialtjänstens bedömningar och åtgärder inte skiljer sig åt mellan de klienter som besöker sprututbyte och övriga klienter.

Trots osäkra data från tidigare enkäter verkar populationen, personer som injicerar narkotika och som har kontakt med socialtjänsten, vara i stort sett lika i ASI som i kommunenkäterna. I ASI-data var könsfördelningen 76 % män och 24 % kvinnor, åldersfördelning, med vanligaste åldersgruppen 26–40 år (50 %), där den yngsta åldersgruppen 18–25 är 14 procent. Vanligaste kontaktväg till socialtjänsten var egen ansökan.

Man kan i ASI se en viss skillnad hos socialtjänstens klienter vad gäller att dela spruta i regioner som Stockholm och Skåne, som har sprututbyten, där en större andel klienter uppger att de aldrig delar spruta. Bland män och kvinnor och i alla åldersgrupper är det en större andel klienter i Skåne jämfört med klienter i resten av landet som svarat att de aldrig delat spruta. Skåne är den region som haft sprututbyte längst. Svaren från en del regioner är osäkra på grund av färre registrerade intervjuer. Skillnaden mellan Skåne och resten av landet syns även när det gäller kontaktväg till socialtjänsten. I Skåne har nästan 90 procent av alla män och nästan 80 procent av alla kvinnor som har ett injektionsmissbruk, själva kontaktat socialtjänsten jämfört med drygt 70 procent för män och kvinnor i för resten av landet. Det går dock inte att se om skillnaden beror på kontakt med sprututbytet.

Av enkäterna som skickades till socialtjänsten inom ramen för uppdraget år 2017–2018 var det svårt att få en tydlig uppfattning om insatser eftersom svaren till stor del var uppskattningar. Här är ASI och UBÅT något mer tydliga när det gäller registrering av behandlingsinsatser. Någon form av slutenvård är den vanligaste vårdformen för personer som injicerar narkotika.

I hela landet varierar det genomsnittliga antalet vårdtillfällen i slutenvård och tvångsvård för problem med narkotika med hur ofta man delat spruta, ju oftare man delat spruta, desto fler vårdtillfällen. Lågst antal slutenvårdstillfällen ses i gruppen som uppger att de aldrig delar spruta. För tvångsvård finns en liknande tendens. För öppenvård ses inget sådant mönster. Bland de registrerade åtgärderna för personer som injicerar narkotika som registrerats i UBÅT under den aktuella tidsperioden, verkar stödboende/boende vara den vanligaste åtgärden i socialtjänsten. Stödjande samtal och 12-steg är också vanliga åtgärder. Åtgärden 12-steg är vanligast för den yngsta gruppen medan Stödboende/boende är vanligast för de som är i medelåldern eller äldre.

Bosättningsprincipen

Enligt 6 § tredje stycket lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler får endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget.

Socialstyrelsen ska enligt uppdraget genomföra en analys av konsekvenser av, samt om det bedöms motiverat, lämna förslag på förändringar avseende, principen om bosättning.

Tidigare lagstiftningsärenden m.m.

Den så kallade bosättningsprincipen vid sprututbytesverksamhet har tidigare varit föremål för diskussion i en rad olika sammanhang.

Missbruksutredningen föreslog i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) att personer som vistas i ett landsting med sprututbytesverksamhet ska kunna delta i verksamheten. Utredningen anförde att verksamheten därmed även kan nå personer med intravenöst missbruk som rör sig mellan olika landsting eller olika länder (s. 431).

I departementspromemorian Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige (Ds 2015:56) föreslogs att bosättningskravet skulle kvarstå för att underlätta vård- och behandlingskedjan (s. 31). I remissyttranden till förslagen i promemorian har flera remissinstanser haft invändningar mot bosättningsprincipen.

När vissa ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler trädde i kraft den 1 mars 2017 lämnades bosättningsprincipen oförändrad. Regeringen ansåg att det fanns skäl att behålla kravet att en person som vill delta i sprututbytesverksamhet ska anses bosatt i det landstinget där verksamheten bedrivs. Skälen var bl.a. att det bedömdes vara av betydelse att sprututbytet används som kontaktyta för att kunna slussa vidare till missbruks- och beroendevård inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Vidare ansågs den tillståndsprövande myndigheten (Inspektionen för vård och omsorg) behöva ett krav på bosättning och inte bara vistelse för att kunna bedöma om de samlade resurserna för abstinensbehandling, vård, behandling och eftervård är tillräckliga. Även om sprututbyte i huvudsak är en smittskyddsinsats bedömde regeringen att den behöver ses i ett större sammanhang där motivation för vård och behandling är betydelsefull (prop. 2016/17:15 s. 27–28).

Verksamhetsberättelser

Enligt 13 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika ska landstingen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid verksamhetsårets slut lämna in en verksamhetsberättelse som innefattar en utvärdering av sprututbytesverksamheten.

I de verksamhetsberättelser från år 2018 som innehåller uppgifter om bosättning anges det att upp till ca 20 procent av deltagarna i sprututbytesverksamheterna var folkbokförda på annan ort. Om dessa personer ändå – i lagens mening – kan anses bosatta i landstinget framgår inte av berättelserna. Den

främsta anledningen till besöket var att deltagarna ville skydda sig själva och andra från smitta även när de vistades på annan ort. Det noteras också i flera verksamhetsberättelser från år 2017, att nyöppnade verksamheter rapporterade att flera av deras nyinskrivna besökare hade deltagit i sprututbyte tidigare, vilket indikerar att personer tidigare har sökt sprututbytesverksamhet på annan ort än där de anses bosatta.

Rörande IVOs erfarenheter i tillsynen de senaste åren kan det sägas att utifrån hur verksamheterna rapporterar i sina verksamhetsberättelser så följs inte bosättningsprincipen strikt. Det tenderar att förhindrandet av smittspridning bedöms vara viktigare än i vilken region en person bor. Detta kan antas spegla den problematik som blir konsekvensen av 6§ i lagen om utbyte av sprutor och kanyler. Bosättningsprincipen utgör ett hinder för personer att delta i sprututbytesverksamhet utanför sitt hemlandsting vilket försvårar ett hälsofrämjande och förebyggande arbete såväl som ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen.

Socialstyrelsens bedömning och förslag

Personer som injicerar droger hör till de mest utsatta i samhället. Sverige har de senaste åren uppvisat en negativ trend när det gäller antalet dödsfall där narkotika varit en bidragande eller underliggande dödsorsak.

Som nämnts tidigare (s. 13) är det svårt att beräkna hur många personer i Sverige som injicerar droger. Med utgångspunkt i det faktum att narkotikaanvändning genom injektion förekommer i samtliga landsting men med oklar prevalens, behöver ett planerat sprutbytesprogram ha ett flexibelt förhållningssätt med en beredskap att successivt anpassa verksamheten till efterfrågan. Flera faktorer utöver populationens uppskattade storlek kan påverka behovet av att kunna delta i sprututbytesverksamhet. Till exempel rör sig patienter mellan landstingen och förser sig själva med rena sprutor och kanyler. Även närheten till andra verksamheter (t.ex. i grannländer) kan påverka efterfrågan. Svårigheten att beräkna populationens storlek och vårdbehov för en given tidsperiod, samt det faktum att upp till var femte person som besökte sprututbytesverksamheterna 2018 var folkbokförd på annan ort, leder till Socialstyrelsens bedömning att den tillståndsprövande myndigheten krav på bosättning för att kunna bedöma om resurserna är tillräckliga inte utgör något skäl till att behålla bosättningsprincipen.

Sprututbytesverksamhet är enligt förarbetena främst en smittskyddsinsats (prop. 2016/17:15 s. 22). Enligt 1 kap. 8 § smittskyddslagen (2004:168) ansvarar varje landsting för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Socialstyrelsen ifrågasätter att det, ur ett smittskyddsperspektiv är lämpligt att undanta själva utbytet av sprutor och kanyler från möjligheten att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård när det gäller en verksamhet med den primära målsättningen att begränsa smitta och smittspridning. Delning av icke sterila injektionsverktyg, det vill säga kanyl, spruta eller paraferalia (uppdagningskärl, droglösning eller filter) med andra personer utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom målgruppen. I 4 kap. smittskyddslagen anges bland annat att behandlande läkare ska besluta om individuellt utformade förhållningsregler.

På smittskyddsläkarföreningens webbplats ges exempel på sådana förhållningsregler. Där anges bl.a. följande: *Om du injicerar droger måste du ha egna sprutor och kanyler och inte låta andra använda dessa. Du får inte heller använda gemensam blandningskopp och andra tillbehör. Injektionsverktygen måste förvaras så att de inte utgör en smittrisk för andra* [31] Det är också tydligt i smittskyddslagen att den enskilde har en skyldighet att förebygga smittspridning.

Sedan lagändringen trädde i kraft har antalet regioner med sprututbytesverksamhet ökat från åtta till 16. Ytterligare två regioner planerar att öppna sprututbytesverksamhet under år 2020. Den geografiska tillgängligheten till sprututbytesverksamhet för personer som injicerar droger har förbättrats och därmed finns idag möjlighet för fler personer som injicerar droger att erhålla vård som är anpassad efter målgruppens specifika behov i sin hemregion.

Bosättningsprincipen utgör ett hinder för personer att besöka sprututbytesverksamhet utanför sitt hemlandsting vilket kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen. Målet med sprututbytesverksamhet är att förebygga spridning av blodsmitta som hiv, hepatiter och andra blodburna infektioner bland personer med intravenöst missbruk. Delning av osterila injektionsverktyg med andra personer utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom målgruppen (prop. 2016/17:15 s. 14).

I ett internationellt perspektiv kan det nämnas att WHO har satt ett globalt mål om att eliminera HCB och HCV som folkhälsorisk till år 2030. När det gäller HCV överförs sjukdomen i de flesta fall via delade injektionsverktyg och personer som injicerar droger utgör därför kärnan i HCV epidemin. Genom att tillhandahålla sterila injektionsverktyg går det att reducera riskbeteenden, minska antalet nya fall av hepatit C eller hiv, och stärka en persons eget skydd vid eventuella sjukdomsutbrott. Socialstyrelsen bedömer att ett borttagande av bosättningsprincipen bidrar till att öka möjligheten för individen att skydda sig själv och andra mot smitta.

Förutom att bosättningsprincipen motiverades med att den skulle medföra att fler regioner skulle ansöka om att få öppna sprututbytesverksamhet hade den som syfte att kunna slussa vidare personer från verksamheten till missbruks- och beroendevården inom regionen. Enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska dock en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Detta medför att det redan idag finns en lagstadgad möjlighet för patienter att välja utförare av öppen hälso- och sjukvård inom eller utom landstinget. Detta innefattar även de vårdåtgärder som erbjuds vid en sprututbytesverksamhet såsom testning, vaccinationer, somatisk vård, behandling m.m. Vad gäller själva utbytet av sprutor och kanyler gäller istället bosättningsprincipen (Prop. 2016/17:15 s. 27 f.).

Patientgruppen har således redan, liksom alla patienter, en möjlighet att välja utförare av öppen vård utanför sitt eget landsting.

Socialstyrelse bedömning är att samma princip bör gälla även för utbytet av sprutor och kanyler, eftersom det primära målet med den verksamheten är att begränsa smitta och smittspridning.

Ytterligare en olägenhet med bosättningsprincipen är att den kan vara svår att tillämpa i verksamheterna. Det kan inte uteslutas att formuleringen anses

bosatt i 6 § lagen om utbyte av sprutor och kanyler kan tolkas på olika sätt av verksamheterna, vilket kan resultera i lokala skillnader i bedömningen av huruvida en person kan anses bosatt eller inte och i slutändan en ojämlik vård för personer som injicerar droger.

Erfarenheterna av sprututbytesverksamheterna är goda. Inte minst ur ett smittförebyggande perspektiv. Mot bakgrund av att principen inte efterlevs strikt, att så pass många regioner idag bedriver sprututbytesverksamhet och att det i enlighet med 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) redan idag finns möjlighet att välja utförare inom eller utanför landstinget bedömer Socialstyrelsen att de skäl som angavs som motiv till bosättningsprincipen inte längre kan anses vara motiverade. Fördelarna ur ett smittförebyggande perspektiv anser Socialstyrelsen väger tyngre än de eventuella nackdelar som ett borttagande av principen möjligtvis skulle kunna få. Sammanfattningsvis anser Socialstyrelsen att bosättningsprincipen tas bort.

Myndighetssamverkan samt informationsspridning

Inom ramen för regeringsuppdraget fick Socialstyrelsen även i uppdrag att verka för att myndighetssamverkan sker. I detta ingår att verka för att olika aktörers roller i arbetet för att sprida kunskap om sprututbytesverksamheter, att regelverk tydliggörs, samt att myndighetssamverkan sker i arbetet med att stimulera till fler sprututbytesverksamheter i Sverige.

Meddelandeblad

Socialstyrelsen publicerade i mars 2017 meddelandebladet nr 1/2017 ”Information angående ändring i lagen om utbyte av sprutor och kanyler” (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2017-3-63.pdf>). Meddelandebladet riktar sig till sprututbytesmottagningar, landsting och kommuner. Meddelandebladet innehåller information om ändringarna i lagen om utbyte av sprutor och kanyler samt vissa följdändringar i Socialstyrelsens föreskrifter.

Seminarier

Socialstyrelsen har under åren 2017–2019 arrangerat årliga seminarier. Inbjudan till dessa seminarier har skickats till samtliga regioner och riktade sig till företrädare för landstingens arbete med sprututbytesverksamhet (etablerad verksamhet eller verksamhet under planering). Vid dessa seminarier har även representanter för folkhälsomyndigheten och IVO deltagit. Tanken med seminarierna har varit att skapa en plattform för erfarenhetsutbyte och lärande kring sprututbytesverksamhet. Ett tillfälle för företrädare för verksamheterna att mötas och utbyta erfarenheter kring arbetet med att införa och driva sprututbytesverksamhet. Seminarierna har haft olika tema:

- **2017** – Hur stimulerar vi till fler sprututbytesverksamheter-workshop
- **2018** – Kvinnors situation i drogmiljöer. Tydliggörande av ansvarsområden för respektive myndighet inklusive möjliga förbättringar inom myndigheternas arbete med sprututbytesverksamhet
- **2019** – Förslag till uppföljning av sprututbytesverksamheter

Vid seminarierna har mellan 15–17 regioner varit representerade. Vid 2017 års seminarium var även Sveriges kommuner och landsting (SKL) representerade. Seminarierna har varit välbesökta och återkopplingen från deltagarna har varit positiv. Även för deltagande myndigheter har detta givit en bra möjlighet till dialog med företrädare för landstingen men även för utveckling och innovation inom området som ju delas av myndigheterna med avseende normering (Socialstyrelsen), tillstånd och tillsyn (IVO) samt smittskyddsarbete (Folkhälsomyndigheten).

Utformande av rapporteringsmall

Digitalisering medför nya möjligheter att lämna, inhämta samt analysera information. För att underlätta rapportering för verksamheterna och för att informationen i verksamhetsberättelserna bli mer jämförbar och strukturerad har Socialstyrelsen i samverkan med IVO, Folkhälsomyndigheten och företrädare för verksamheterna utformat en elektronisk mall för verksamhetsberättelserna (se nedan).

I arbetet med mallen har det framkommit att både IVO och representanter för verksamheterna finner arbetet med ansökan om förlängt tillstånd enligt 5 § i ovan nämnda föreskrifter onödigt omfattande.

Samråd med brukarorganisationer och civila samhället organisationer

I syfte att skapa en dialog med representanter från det civila samhället har regeringssuppdraget vid två olika tillfällen presenterats på Socialstyrelsens externa råd för missbruks- och beroendefrågor. Rådet består av företrädare för brukar-, patient- och professionsorganisationer med riksintresse som verkar inom ANDTS-området (alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel) samt representanter för Socialstyrelsen. Samtliga deltagande organisationer i rådet har givits möjlighet att inkomma med medlemmarnas erfarenheter av, och synpunkter på bosättningsprincipen. Socialstyrelsen har även varit på besök på Brukarföreningen i Stockholm.

Utveckla ett systematiskt, samordnat och nationellt uppföljningsarbete

Kunskapen om gruppen personer som injicerar droger behöver öka, eftersom ökad kunskap om målgruppen kan bidra till att utveckla vård- och stödinsatser anpassade till gruppens behov. I uppdraget ingår därför att i samband med lagens ikraftträdande utveckla systematisk och samordnad uppföljning vad gäller sprututbytesverksamheter. Systematiskt uppföljningsarbete kan utgöra ett underlag för att öka kunskapen om personer som injicerar droger. Uppföljning kan även ge värdefull information om regionala och lokala förutsättningar för jämlik och tillgänglig vård för målgruppen.

I takt med att fler sprututbytesverksamheter startar ökar också behovet av att kunna beskriva och följa upp verksamheterna nationellt. Systematisk uppföljning av sprututbytesverksamheter kan fokusera på olika saker; hur verksamheterna lever upp till avtal, överenskommelser och regelverk som styr verksamheten. Uppföljningen kan även avse patientsäkerhet, effektivitet, jämlikhet, säkerhet, individanpassning eller tillgänglighet. Systematisk insamlad data kan även utgöra underlag för internationella jämförelser samt rapportering till internationella organisationer såsom ECNN (Europeiska Centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk) och FN/WHO.

En viktig förutsättning för att kunna följa upp verksamheten är tillgången på relevanta data om verksamheterna och patienterna. En verksamhet kan göra en självständig uppföljning med utgångspunkt i de uppgifter som finns om patientgruppen och den egna verksamheten. En regional uppföljning kräver ibland data från flera verksamheter, varav vissa uppgifter kan finnas registrerade medan andra kan behöva samlas in. En nationell uppföljning innebär att uppgifter från många verksamheter sammanställs och analyseras, alternativt att befintliga nationella registerdata tas som utgångspunkt för uppföljningen. Detta kan göras med stöd av aggregerade data (mängddata) men även baserat på mikrodatabaser (individdata).

Informationskällor som kan utgöra grund för strukturerad uppföljning

Hälsodataregister

Socialstyrelsen förvaltar en rad olika register för att kunna analysera och följa utvecklingen i hälso- och sjukvården, däribland hälsodataregister såsom t ex patientregistret (PAR) eller läkemedelsregistret.

Patientregistret

Både den öppna och den slutna vården har uppgiftsskyldighet till Patientregistret enligt 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS

2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister, primärvården är dock undantagen. De uppgifter som myndigheten får behandla framgår av 4 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens föreskrifter preciserar hur vårdgivarnas uppgiftsskyldighet till registret ska fullgöras. Registreringen ska ske med särskilda diagnoskoder ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och åtgärds-koder KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder).

När det gäller öppen vård som inte är primärvård innehåller PAR endast uppgifter om vårdkontakter som läkarevarit inblandad i. För den specialiserade öppenvården inom psykiatri får Socialstyrelsen sedan 2017 behandla sådana uppgifter som rör patienter som har behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

I klassifikationssystemet KVÅ finns en kod avsedd att användas vid sprututbyte (AU115 Sprututbyte-Åtgärd då patienten erhåller nya sprutor och kanyler i utbyte mot begagnade). Runt 500 personer har registrerats per år de senaste åren, fördelat på nära 900 vårdtillfällen, vilket är en begränsad men inte obetydlig andel av de som använder de befintliga programmen (se tabell 5).

Tabell 5. Uppgifter om sprutbyte i patientregistret, 2011–2018 (uppgifterna baseras på KVÅ-koden AU115 sprutbyte)

År	Antal vårdtillfällen	Antal personer	Könsfördelning% kvinnor/män	Medianålder kvinnor/män
2011	8	8	50/50	22/44
2012	8	8	50/50	44,5/51,5
2013	176	8	32/68	39/41
2014	387	153	36/64	33/41
2015	806	285	34/66	35/41
2016	893	506	34/66	36/42
2017	880	502	31/69	35/42
2018	509	355	38/62	37/41

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret slutet och specialiserad öppenvård

Den tydliga nedgången under 2018 är svårförklarad och framtida inrapportering får visa om detta är ett undantag. Som framgår av tabellen är det en övervikt män som bytt sprutor och kanyler och andelen pendlar runt två tredjedelar. Medianåldern är också genomgående lägre bland kvinnorna. Geografiskt är inrapporteringen mycket starkt koncentrerad till en specifik region; Stockholm. Endast några få procent av de individer som bytt sprutor kan hänföras till andra landsting och närmast i form av sporadisk inrapportering av enstaka patienter utan något tydligt mönster.

Med ökad inrapportering skulle dock koden kunna användas för att skapa en population av patienter i sprututbytesverksamheterna. Åtgärden att genomföra sprututbyte i de enskilda fallen utförs oftast av andra personalkategorier än läkare. Det utgör i nuläget en begränsning i rapporteringen av koder. Möjligheten för den specialiserade psykiatriska öppenvården att rapportera andra personalkategorier kan komma att leda till en ökad inrapportering kommande år. Dock är det idag endast verksamheten i Stockholm

som organisatoriskt ligger under verksamhetsområde psykiatri, övriga sprututbytesverksamheter finns organisatoriskt under verksamhetsområde infektion eller primärvård/närvård.

Ett sätt att säkerställa att fler personalkategorier än idag skulle kunna rapportera in vårdinsatser till PAR skulle kunna vara att sprututbytesverksamhet omfattas av 4 § i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Som ett resultat skulle den tidigare redovisade KVÅ-koden (AU-115) högst sannolikt öka i användning då flertalet behandlingar och vårdåtgärder vid sprututbytesverksamheterna utförs av annan personal än läkare. På sikt skulle denna typ av uppföljning kunna ge relevant information om populationen, sprutbytesmönster och, inte minst, skapa länkmöjligheter till andra hälsodata vilket skulle möjliggöra epidemiologiska analyser rörande sjuklighet, läkemedelsuttag med mera.

Kvalitetsregister

För kvalitetsregister finns den egentliga registerorganisationen med registerhållare och registerstyrgrupp hos vårdgivarna. Registerhållarnas uppdrag är bland annat att vara huvudansvarig för registrets utveckling och drift, ha kunskap om de regelverk som finns inom kvalitetsregisterområdet och vara väl förankrad i berörda professioner. Styrgruppen för ett kvalitetsregister ska utveckla registret i enlighet med de kriterier och inriktningsmål som fastställts. De ska samarbeta med deltagande kliniker och verksamheter, utforma registrets innehåll och design, göra registret användbart för förbättringsarbete och forskning och arbeta för god datakvalitet.

Samtliga nationella kvalitetsregister tilldelas en certifieringsnivå. Att beskriva hur registret arbetar för att nå nästa certifieringsnivå ingår varje år i ansökningsprocessen inför tilldelningen av medel. Certifieringsnivåerna är fyra till antalet. Startpunkten är som registerkandidat, varefter registret kvalificerar sig till som mest certifieringsnivå 1.

InfCare Sprututbyte

För närvarande finns inget nationellt kvalitetsregister för sprututbytesverksamhet men det pågår ett utvecklingsarbete för att skapa ett kvalitetsregister baserat på det digitala beslutsstödet InfCare Sprututbyte. Planerna är långt framskridna med målsättningen att bli ett nationellt kvalitetsregister under 2020. Under hösten 2019 kommer man att tillföra programmet en bortvals- eller ”opt-out” funktion som en anpassning till kvalitetsregisterkriterierna.

Täckningsgrad är en viktig aspekt när det gäller ett kvalitetsregisters funktion. Idag använder de flesta av sprutbytesverksamheterna beslutsstödet InfCare Sprututbyte. Verksamheterna verkar för att InfCare Sprututbyte ska bli ett nationellt register, med möjlighet till regionala särredovisningar som kan utgöra underlag för rapportering till exempelvis tillsynsmyndigheten IVO.

Systemet är uppbyggt kring fyra frågeformulär; *inskrivning*, *besök sprututbyte*, *besök 3–6 månader* samt *besök 12 månader*. Vidare registreras data gällande provtagning, provsvar och vaccinationer. Data från ett kvalitetsregister, där deltagande kliniker och verksamheter utformat innehåll och design för att

göra registret användbart för förbättringsarbete och forskning, utgör ofta ett underlag som är väl anpassat för uppföljning av de aktuella verksamheterna.

Verksamhetsberättelse

Sprutbytesverksamheterna och regionerna har på olika nivåer behov av att kunna följa upp verksamhetens resultat på olika nivåer. Staten har olika kanaler för att följa upp hälso- och sjukvårdens olika delar. Som exempel kan nämnas rapporteringskravet i 13–14 §§, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika. I föreskrifterna regleras vilka uppgifter som ska framgå av verksamhetsberättelsen och att landstinget vid verksamhetsårets slut ska lämna in en verksamhetsberättelse till IVO. Enligt kravet i föreskriften ska verksamhetsberättelsen innefatta följande:

- ålders- och könsfördelning,
- antalet besök och utbytta sprutor och kanyler,
- hur många hiv- och hepatitester som genomförts och utfallet av dessa,
- förekomsten av infektioner med hiv, hepatit B och hepatit C samt andra infektionssjukdomar som kan vara en konsekvens av narkotikamissbruket,
- dödlighet,
- hur många som har fått avgiftning, vård, behandling eller eftervård för sitt narkotikamissbruk, och i vilken omfattning resurserna har motsvarat behoven av vård m.m.

Verksamhetsberättelsen ska även innehålla uppgifter om:

- personalens antal och kompetens,
- i vilken utsträckning verksamheten bedöms ha påverkat eventuell smittspridning, och
- hur samarbetet med missbruks- och beroendevården, den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten har organiserats och utfallet av detta samarbete

Ovanstående uppgifter är aggregerade data (mängduppgifter), där inga personuppgifter ingår men kan användas för beskrivningar av utvecklingen av sprutbytesverksamheter i landet, i termer av patientsammansättning, volym eller geografi. Socialstyrelsen kan dock konstatera att dessa berättelser skiljer sig från varandra i innehåll och analys, vilket i nuläget gör det svårt att erhålla en nationell helhetsbild av verksamheterna. Detta beror till stor del på att verksamheternas årsberättelser är varierande med avseende på form och struktur. De variabler som verksamhetsberättelsen ska innehålla enligt föreskriften ger dock förutsättningar för att ge en tillräckligt god bild av verksamheterna för nationell uppföljning på myndighetsnivå. Det finns dessutom möjlighet för IVO att begära in ytterligare uppgifter vid behov enligt 15 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika. Med en mall kan inrapporteringen förenklas för verksamheterna och data rapporteras på ett enhetligt sätt vilket gör att data kan användas som underlag för strukturerad och systematisk upp-

följning. I mallen, som inte utgör en bilaga till föreskriften, kan det även finnas möjlighet att lägga till frågor vid behov, det kan exempelvis gälla uppföljning av utdelning av naloxon eller särskilda insatser för kvinnor.

Framtida uppföljning

Socialstyrelsen ser utifrån ovan tre viktiga bidrag till att skapa en datainfrastruktur som skulle ge underlag för en framtida uppföljning av sprutbytesverksamheterna, nationellt, regionalt och även som effektutvärderingar. Förslagen är inte varandra uteslutande utan kan ses som komplementära.

- a) En elektronisk strukturerad mall för sprutbytesverksamheternas inrapportering av aggregerade data till IVO, för möjlighet till systematisk nationell uppföljningar med aggregerad data.
- b) Verka för att InfCare Sprututbyte implementeras nationellt och att det interna bortfallet minimeras, samt att systemet kan fungera som nationellt kvalitetsregister
- c) Utreda möjligheterna att ändra i den förordning som reglerar vilka uppgifter som får ingå i Socialstyrelsens patientregister, i betydelsen att ett tillägg görs till förordningens 4 §.

Elektronisk mall för verksamhetsberättelserna

Styrningen av offentlig sektor bör ske med tillit som utgångspunkt vilket bland annat innebär att styrningen ska utvecklas i en riktning som innebär att medarbetarnas kunskande, erfarenhet och yrkesetik ska bli mer vägledande. Därutöver ska inte dokumentationsbördan ökas, man ska istället finna vägar för hur administrativa krav kan minska. Verksamheterna inkommer redan nu årligen med verksamhetsberättelser till IVO. Digitalisering medför nya möjligheter att lämna, inhämta samt analysera information. För att underlätta rapportering för verksamheterna och för att informationen i verksamhetsberättelserna bli mer jämförbar och strukturerad har Socialstyrelsen i samverkan med IVO, Folkhälsomyndigheten och verksamheterna utformat en elektronisk mall för verksamhetsberättelserna (bilaga 2). På detta sätt kan inrapporteringen förenklas för verksamheterna och medföra rapportering på ett enhetligt sätt vilket gör att data kan användas som underlag för strukturerad och systematisk uppföljning. Socialstyrelsen bedömer att detta kan utgöra ett tillräckligt underlag för systematisk och samordnad statlig uppföljning av sprututbytesverksamheterna.

Slutsatser

Lagändringarna har inneburit en ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet för personer som injicerar droger i Sverige.

Efter lagändringarna 2017 har det skett en tydlig ökning av antalet regioner som har sprututbytesverksamhet. Sedan lagändringen trädde i kraft 1 mars 2017 har antalet regioner med sprututbytesverksamhet ökat från åtta till 16 av 21 regioner. År 2018 deltog 3756 personer i sprututbytesverksamhet att jämföra med 3190 2016.

Att fler personer som injicerar droger har fått tillgång till sprututbytesverksamhet är viktigt då varje person som kan fångas upp och där smitta kan förhindras är av betydelse. Sedan lagändringen har även antalet (hela landet) 18–19-åringar som besökt sprututbytesverksamheterna ökat, från åtta personer 2017 till 12 personer 2018. Genom lagändringen har personer som tidigare inte tilläts att delta i sprututbytesverksamheterna fått möjlighet att skydda sig själva och andra från risken för blodsmittor.

Socialstyrelsen föreslår att kravet att endast personer som anses bosatta i landstinget ska få delta i verksamheten med utbyte av sprutor och kanyler tas bort. Bosättningsprincipen utgör ett hinder för personer att besöka sprututbytesverksamhet utanför sitt hemlandsting vilket kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen. Delning av osterila injektionsverktyg med andra personer utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom gruppen personer som injicerar droger. Genom att tillhandahålla sterila injektionsverktyg går det att reducera riskbeteenden, minska antalet nya fall av hepatit C eller hiv, och stärka en persons eget skydd vid eventuella sjukdomsutbrott. Ett borttagande av bosättningsprincipen bidrar därför till att öka möjligheten för individen att skydda sig själv och andra mot smitta.

Digitalisering medför nya möjligheter att lämna, inhämta samt analysera information. Socialstyrelsen har därför i samverkan med IVO och företrädare för verksamheterna utarbetat en elektronisk mall som verktyg för systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamheterna. Då mallen följer rapporteringskravet i §§13–14 föreskriften utgör detta ingen ökad dokumentationsbörda för verksamheterna. På detta sätt kan inrapporteringen förenklas för verksamheterna och medföra rapportering på ett enhetligt sätt vilket gör att data kan användas som underlag för strukturerad och systematisk uppföljning. Socialstyrelsen bedömer att detta kan utgöra ett tillräckligt underlag för systematisk och samordnad statlig uppföljning av sprututbytesverksamheterna.

Kommande arbeten

Fortsatt arbete med sprututbytesverksamhet

För att utveckla och förbättra den systematiska uppföljningen av sprututbytesverksamheterna, och fortsatt verka för att sprida kunskap om sprututbytesverksamhet avser Socialstyrelsen att arbeta för möjligheten att arrangera årliga seminarier. Syftet med seminarierna är att skapa en plattform för informationsutbyte mellan berörda myndigheter, verksamhetsföreträdare och brukare. Medarbetarnas kunnande, erfarenhet och yrkesetik samt brukares erfarenheter är avgörande för ett ändamålsenligt uppföljningsarbete av god kvalitet.

Uppföljning av föreskriften

Både IVO och representanter för verksamheterna finner arbetet med ansökan om förlängt tillstånd onödigt omfattande, dvs §5 i Socialstyrelsens föreskrift. I Socialstyrelsens ansvarsområde ingår att på ett systematiskt sätt följa upp att myndighetens författningar är ändamålsenliga och aktuella. Socialstyrelsen har för avsikt att påbörja en uppföljning av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika.

Referenser

1. The Constitution of the World Health Organization
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7> 191130
2. The Right to health Fact sheet 31 <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/right-to-health-factsheet/en/191130>
3. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019
<https://undocs.org/en/A/RES/74/2191130>
4. <https://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/>
5. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16-sammanfattning-av-nya-rekomendationerna.pdf>
6. Folkhälsomyndigheten. Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger : en vägledning. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015. p. 68.
7. Stone K, Shirley-Beavan S. The Global State of Harm Reduction 2018. London: Harm Reduction International; 2018. 176 p.
8. Hagan H, Theide H, Weiss N, Hopkins S, Duchin J, Alexander E. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J of Public Health*. 2001;91:42 - 6.
9. Thorpe LE, Ouellet LJ, Levy JR, Williams IT, Monterroso ER. Hepatitis C virus infection: prevalence, risk factors, and prevention opportunities among young injection drug users in Chicago, 1997-1999. *J Infect Dis*. 2000;182(6):1588-94.
10. Strike C, Buchman D, Callaghan R, Wender C, Anstice S, Lester B, et al. Giving away used injection equipment: missed prevention message? *Harm Reduct J*. 2010;7(1):2.
11. Palmateer N, Hutchinson S, McAllister G, Munro A, Cameron S, Goldberg D, et al. Risk of transmission associated with sharing drug injecting paraphernalia: analysis of recent hepatitis
12. Kåberg M, Karlsson N, Discacciati A, Widgren K, Weiland O, Ekström A-M, et al. Long-term changes in injection risk behaviours among participants in a needle exchange program (Unpublished work). [Scientific paper]. In press 2019.
13. Macarthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Pol*. 2013.
14. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users- evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: Evidence, impacts, challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.

15. ECDC and EMCDDA. Technical report - Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs Part 2: Drug treatment for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour Solna: ECDC; 2011. p. 43.
16. Skar H, Axelsson M, Berggren I, Thalme A, Gyllensten K, Liitsola K, et al. Dynamics of two separate but linked HIV-1 CRF01_AE outbreaks among injection drug users in Stockholm, Sweden, and Helsinki, Finland. *J Virol*. 2011;85(1):510-8.
17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
18. Palmateer NE, Taylor A, Goldberg DJ, Munro A, Aitken C, Shepherd SJ, et al. Rapid decline in HCV incidence among people who inject drugs associated with national scale-up in coverage of a combination of harm reduction interventions. *PLoS One*. 2014;9(8).
19. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*. 2017.
20. Socialstyrelsen. Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedels-assisterad behandling vid opioidberoende Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
21. Bråbäck M, Ekström L, Troberg K, Nilsson S, Isendahl P, Brådvik L, et al. Malmö Treatment Referral and Intervention Study-High 12-Month Retention Rates in Patients Referred from Syringe Exchange to Methadone or Buprenorphine/Naloxone Treatment. *Frontiers in psychiatry*. 2017;8:161-.
22. Kåberg M. Samverkan, sprututbyte och LARO i Stockholm. In: Karlsson N, editor. *Folkhälsomyndigheten: Folkhälsomyndigheten*; 2019.
23. Van Den Berg C et al. Amsterdam C. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for hiv and HCV. *Addiction*. 2007;102(9):1454-62.
24. Gibson, A et al. The increasing mortality burden of liver disease among opioid-dependent people. *Addiction*, 2011. 106(12): p. 2186-92.
25. Kielland, K.B. et al., All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: A controlled study. *J Hepatol*, 2013. 58(1): p. 31-7.
26. Hoofnagle, J.H. Course and outcome of hepatitis C. *Hepatology*, 2002. 36(5 Suppl 1): p. S21-9.
27. The Lancet. Towards elimination of viral hepatitis by 2030. *Lancet*. 2016 Jul23;388(10042):308.
28. <https://www.scb.se/contentassets/0cd92207266d40eb8829244d51d90b94/handbok-i-statistisk-rob-jandekontroll.pdf>
29. (www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hepatit-c/) 191128.
30. (<https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/missbruk-och-beroende/asi-intervjun/>).

31. <https://slf.se/smittyddslakarforeningen/app/uploads/2019/07/hepatit-c-pat-190524-korrekt-titel.pdf> 191128

Bilaga 1 Addiction Severity Index (ASI)

Addiction Severity Index, ASI, är en standardiserad bedömningsmetod i intervjuform som används för personer med missbruks- och beroendeproblem för utredning och uppföljning. I Sverige är det främst socialtjänsten som använder ASI. De standardiserade frågorna i ASI gör att den också kan användas som instrument för utvärderingar av olika metoder och behandlingsinsatser och för beskrivningar av populationer.

Kerstin och Bengt-Åke Armélius, Institutet för klinisk psykologi vid Umeå universitet, fick uppdraget att sammanställa en beskrivning av klienter som injicerat utifrån frågor i ASI-Grund och frågor om insatser utifrån ASI-Grund och UBÅT (Uppföljning och beskrivning av åtgärder) som är ett tillägg till ASI-data och som används av allt fler kommuner.

Uttagen är från 1 januari 2017 – 30 juni 2019, för att innefatta tiden efter lagändringen från 1 mars 2017 och för att få med hela år och halvår. Resultatet gäller klienter som har kontakt med socialtjänsten under den aktuella tiden och som svarat att de någon gång har injicerat narkotika. Det framgår inte om klienterna har haft kontakt med sprututbytesverksamheten.

ASI-grund består av ca 180 frågor, fördelat på sju livs områden. Frågorna i det aktuella uttaget handlar om injektionsmissbruk inom livsområdet Alkohol- och narkotikaanvändning.

I uttaget finns nationella data från hela Sverige för att kunna jämföra regioner med kort erfarenhet av sprututbytesverksamhet respektive Skåne, som har 30 års erfarenhet av sprututbyte och har flera verksamheter. D.v.s. tre uttag:

1. hela landet
2. hela landet utom Skåne
3. endast Skåne

I dessa uttag definieras populationen utifrån följande frågor i ASI Grund:

E23: Har du någonsin injicerat?

E23 c: Hur många av de senaste sex månaderna har du injicerat, uppdelat på kön och ålder (18–25 år, 26–40 år, 41–64 år, 65+ år)

För bakgrundsinformation om gruppen finns debutålder samt antal år av injektionsmissbruk:

E23a: Hur gammal var du första gången du injicerade?

E23 b: Hur många år av ditt liv har du injicerat?

E23d: Hur många av de senaste 30 dagarna har du injicerat?

E23e: Om du injicerat de senaste sex månaderna, hur ofta har du delat spruta? (aldrig, några gånger, ofta?)

C4: Har du hepatit B eller C?

Kännedom om vem som var initiativtagare till kontakten med socialtjänsten, via frågan:

A5: Initiativtagare till kontakten?(Klienten, Familj eller vänner, Myndighet, Annan)

Insatser, inklusive tvångsvård, som klienterna har erhållit sedan 18 års ålder:

E26: Hur många gånger har du deltagit i behandling för ditt alkohol- eller narkotikamissbruk, a- i öppenvård? b- i slutenvård?

E27: Hur många av dessa var, a- enbart abstinensbehandling? b- enbart tvångsvård?

UBÅT ger en närmare beskrivning av socialtjänstens åtgärder som pågått någon gång under den aktuella tidsperioden. Svaren i UBÅT baseras på insatser som registreras av handläggare.

Bilaga 2 Strukturerad mall för sprutbytesverksamheternas inrapportering till IVO

En kopia av webbformuläret för rapportering av sprututbytesverksamhetens Verksamhetsberättelse bifogas. Frågorna i formuläret baseras på 13, 14 och 15§§§ i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika.

Sida 1	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 1		
Detta är ett webbformulär för rapportering av sprututbytesverksamhetens verksamhetsberättelse. Frågorna i detta formulär baseras på 13, 14 och 15§§§ i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika. Frågorna i detta formulär följer dispositionen av föreskriften om utbyte av sprutor och kanyler. Webbformuläret innehåller även ett antal frågor som inte omfattas av föreskrifterna, dessa är markerade med texten (<i>frivillig uppgift</i>).	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q4 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

Sida 2	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 2		
ANGE VERKSAMHETSÅR: [sml (preview): SaveReply, NumericProperty = false Property = verksamhetsår (<i>Saves first 500 chars</i>), SaveAnswerCode = false]	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q39 Frågemall: Default Typ av data heltal	Villkor (fråga)

Sida 3	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 3		
KONTAKTUPPGIFTER Verksamhetens namn: Verksamhetens postadress: Verksamhetschef för sprututbytet: Verksamhetschef, e-post: Medicinskt ansvarig: Medicinskt ansvarig, e-post: Ansvarig för besvarandet av verksamhetsrapporten, e-post:	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q5 Frågemall: Default [Verksamhet...] - Typ av data E-post [Medicinskt...] - Typ av data E-post [Ansvarig f...] - Typ av data E-post	Villkor (fråga)

Sida 4	Egenskaper (sida) Sidmall:	Villkor (sida)
--------	-------------------------------	-------------------

		Socialstyrelsens sidmall	
Fråga 4			
<u>Baserad på 13 § 7 och 14 § 1</u> SPRUTUTBYTESVERKSAMHETENS PERSONAL		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q6 Frågemall: Default	Villkor (fråga)
	Är sprututbytet bemannat i tillräcklig omfattning Ja Nej	Antalet sysselsatta i sprututbytet <i>(anges som del av heltidstjänster (med två decimaler))</i>	
Infektionsläkare	☐ ☐		
Psykiatriker/Beroendeläkare el. läkare med annan relevant specialistkompetens	☐ ☐		
Socionomer	☐ ☐		
Barnmorskor	☐ ☐		
Sjuksköterskor	☐ ☐		
Övriga professioner	☐ ☐		
Vilka är de övriga professionerna än de som listats ovan som finns bland personalen på sprututbytet?			

Sida 5		Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 5			
<u>Baserad på 13 och 15 §§</u> ANTALET PATIENTER I SPRUTUTBYTESVERKSAMHETEN		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q8 Frågemall: Default Typ av data heltal	Villkor (fråga)
Antal patienter som fanns inskrivna/registrerade i sprututbytesverksamheten per den 31/12 [sml:Verksamhetsår]:			
Antal patienter som nyinskrivits i sprututbytes- verksamheten under [sml:Verksamhetsår]:			

Sida 6		Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 6			
		Egenskaper	Villkor

Sida 7	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 9	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q11 Frågemall: Default Typ av data heltal	Villkor (fråga)

Baserad på 13 § 2

**ANTAL UTDELADE OCH INLÄMNADE SPRUTOR, KANYLER, INOM
SPRUTBYTESVERKSAMHETEN UNDER VERKSAMHETSÅR [sml:Verksamhetsår]**

Sprutor:

Antal utdelade under perioden:

Antal inlämnade under perioden:

Differens *(autoberäknas)*

0

Fråga 10			
Kanyler Antal utlämnade under perioden: Antal inlämnade under perioden: Differens (<i>autoberäknas</i>) 0		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q30 Frågemall: Default Typ av data: heltal	Villkor (fråga)
Fråga 11			
Övrigt Övrigt utlämnat: (<i>frivillig uppgift</i>)		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q33 Frågemall: Default	Villkor (fråga)
Fråga 12			
<u>Baserad på 15 §</u> ANTAL UTDELADE OCH PÅFYLLDA NALOXON UNDER VERKSAMHETSÅR [sml:Verksamhetsår] Naloxon: Antal utdelade Naloxon-läkemedel under perioden: Antal påfyllningar av Naloxon under perioden: ...varav antal där orsaken till behov av påfyllning har varit att tidigare tilldelat läkemedel har använts:		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q40 Frågemall: Default Typ av data: heltal	Villkor (fråga)

Sida 8		Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 13			
<u>Baserad på 13 § 3-4</u> ANTAL PROVTAGNINGAR OCH VACCINATIONER INOM SPRUUTBYTESVERKSAMHETEN UNDER VERKSAMHETSÅR [sml:Verksamhetsår] Hepatit B Antal genomförda provtagningar under perioden: ...varav antal positiva hepatit B:		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q12 Frågemall: Default Typ av data: heltal	Villkor (fråga)

Antal personer som vaccinerats under perioden <i>(frivillig uppgift)</i> :			
...varav antal som fullvaccinerats under perioden <i>(frivillig uppgift)</i> :			
Fråga 14			
Hepatit C		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q35 Frågemall: Default Typ av data: heltal	Villkor (fråga)
Antal genomförda provtagningar under perioden:			
...varav antal positiva hepatit C:			
Antal i behandling Hepatit C under perioden <i>(frivillig uppgift)</i> :			
Fråga 15			
HIV		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q34 Frågemall: Default Typ av data: heltal	Villkor (fråga)
Antal genomförda provtagningar under perioden:			
...varav antal positiva HIV:			
Antal i behandling HIV under perioden <i>(frivillig uppgift)</i> :			
...varav antal med välinställd behandling <i>(frivillig uppgift)</i> :			
Fråga 16			
Hepatit A <i>(frivillig uppgift)</i>		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q36 Frågemall: Default Typ av data: heltal	Villkor (fråga)
Antal genomförda provtagningar under perioden:			
...varav antal positiva Hepatit A:			
Antal personer som vaccinerats under perioden:			
Fråga 17			
<u>Baserad på 13 § 4</u> Övriga injektionsrelaterade infektioner		Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q31 Frågemall: Default Typ av data: heltal	Villkor (fråga)
Antal personer med injektionsrelaterade infektioner i t.ex mjukdelar:			

	(sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	(sida)
Fråga 18		
<u>Baserad på 14 § 2</u> ÖVRIGA UPPGIFTER Beskriv hur informationssamtalen om smittorisk och smittskydd har genomförts inom sprututbytesverksamheten under [sml:Verksamhetsår]: Beskriv hur informationssamtalen om risken med missbruk har genomförts inom sprututbytesverksamheten under [sml:Verksamhetsår]:	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q15 Frågemall: Default	Villkor (fråga)
Fråga 19		
<u>Baserad på 14 § 2</u> Beskriv om samtalskontakter har erbjudits inom sprututbytet under [sml:Verksamhetsår]:	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q16 Frågemall: Default	Villkor (fråga)
Fråga 20		
<u>Baserad på 13 § 6</u> Hur många av de under [sml:Verksamhetsår] inskrivna personerna har ni kännedom om att de under samma period genomgått en avgiftning?	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q17 Frågemall: Default	Villkor (fråga)
Fråga 21		
<u>Baserad på 13 § 6</u> Hur många av de under [sml:Verksamhetsår] inskrivna personerna har ni kännedom om att de under samma period remitterats till annan beroendevård?	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q18 Frågemall: Default	Villkor (fråga)
Fråga 22		
<u>Baserad på 13 § 6</u> Hur många av de under [sml:Verksamhetsår] inskrivna personerna har ni kännedom om att de under samma period fått eftervård för sitt narkotikamissbruk?	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q20 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

Sida 10	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 23		
<u>Baserad på 15 §</u> För samtliga patienter som varit aktiva i sprututbytesverksamheten under verksamhetsår [sml:Verksamhetsår], vilken var den senaste drogen som de injicerade? <i>Ange antal personer</i> Amfetamin Heroin Buprenorfin Metylfenidat Metamfetamin Kokain Övrigt	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q21 Frågemall: Default Typ av data heltal	Villkor (fråga)

Sida 11	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 24		
<u>Baserad på 13 § 5</u> Antal dödsfall Antal dödsfall i verksamheten under [sml:Verksamhetsår]: Om det har förekommit dödsfall under året, hur har informationen om detta nått verksamheten? <i>(frivillig uppgift)</i>	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q23 Frågemall: Default [Antal döds...] -Typ av data heltal	Villkor (fråga)

Sida 12	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 25		
<u>Baserad på 13 § 7</u> I vilken utsträckning har resurserna inom sprututbytet kunnat möta behoven hos målgruppen? ☐ Verksamheten har i hög utsträckning kunnat möta behoven hos	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q24 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

målgruppen Verksamheten har i begränsad utsträckning kunnat möta behoven hos ☐ målgruppen Verksamheten har i låg utsträckning kunnat möta behoven hos ☐ målgruppen ☐ Vet inte / Kan inte bedöma Plats för kommentar: <i>(frivillig uppgift)</i>		
---	--	--

Sida 13	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 26		
<u>Baserad på 14 § 2</u> I vilken utsträckning har sprutbytesverksamheten påverkat smittspridningen bland deltagarna? ☐ I hög utsträckning ☐ I begränsad utsträckning ☐ I låg utsträckning ☐ Vet inte / Kan inte bedöma Plats för kommentar:	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q26 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

Sida 14	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 27		
<u>Baserad på 14 § 3</u> Beskriv hur samarbetet mellan sprututbytesverksamheten och missbruks- och beroendevården är organiserad och utfallet av detta samarbete under verksamhetsåret.	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q27 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

Sida 15	Egenskaper	Villkor
---------	------------	---------

	(sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	(sida)
Fråga 28		
<u>Baserad på 14 § 3</u> Beskriv hur samarbetet mellan sprututbytesverksamheten och den övriga hälso- och sjukvården är organiserad och utfallet av detta samarbete under verksamhetsåret.	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q28 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

Sida 16	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 29		
<u>Baserad på 14 § 3</u> Beskriv hur samarbetet mellan sprututbytesverksamheten och kommunernas socialtjänst är organiserad och utfallet av detta samarbete under verksamhetsåret.	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q29 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

Sida 17	Egenskaper (sida) Sidmall: Socialstyrelsens sidmall	Villkor (sida)
Fråga 30		
Slutsida med tack och instruktion om sparande	Egenskaper (fråga) Variabelnamn: Q32 Frågemall: Default	Villkor (fråga)

Bilaga 3 Summary in English

A number of amendments to the Exchange of Syringes and Needles Act entered into force on 1 March 2017. The aim of these amendments is to improve access to needle exchange services throughout the country (Govt Bill 2016/17:15 p. 1). Although the primary goal of needle exchange services is to restrict infection and the spread of infectious diseases, these services can also act as an entry point that allows a vulnerable group in society to make contact, be offered advice and support related to their health situation and motivate them to voluntarily seek care and treatment for substance abuse or dependence. The amendments entail responsibility for needle exchange services being isolated to the region and a reduction in the previous age limit from 20 to 18 years (Govt Bill 2016/ 17:15 p. 1). However, it is still the case that only people who are deemed to reside in a region that has been granted permission to run needle exchanges are permitted to participate in needle exchange services in that region (the residence principle).

The legislative amendments have resulted in increased accessibility to needle exchange services for people who inject drugs in Sweden. The National Board of Health and Welfare's survey shows that the number of regions with needle exchange services has increased from eight to 16 of a total of 21 regions since the legislative amendment entered into force. Accordingly, the new act has resulted in a clear increase in the number of regions that have started needle exchange services, which means that a larger proportion of people who inject drugs have access to these services.

In order to make it possible to have an impact on risky behaviour by young people at an earlier stage and prevent infection by or the spread of blood-borne infections, the age limit for participation in needle exchange services was reduced from 20 to 18 years. Since the law was amended, the number (entire country) of 18–19 year-olds who have visited the needle exchanges has been small; eight people in 2017 and twelve people in 2018. The group of 18–19 year-olds who visit needle exchanges is not large, but the reduced age limit has made it possible for young people who visit the needle exchanges to gain access to sterile injection materials in order to protect themselves and others from the risk of blood-borne infectious diseases. This is important because data from social services that is based on the standardised assessment method ASI (Addiction Severity Index) shows that a larger proportion of people in the 18–25 age group state that they share needles; 52 per cent, compared to 40 per cent in the 26–40 age group and 27 per cent in the 41–65 age group. According to the ASI data, 80 per cent of men in Skåne state that they have never shared needles, compared with 69 per cent in the rest of the country. The proportion of women in Skåne who state that they have never shared needles is also larger; 74 per cent, compared with 56 per cent in the rest of the country. One possible explanation may be that Region Skåne has more than 30 years' experience of working with needle exchange and also offers good geographic accessibility, with service being provided in four locations.

On the basis of operational reports for 2018, it appears that between 40 and 80 per cent of participants in needle exchange services are in ongoing contact with social services. Increased knowledge about the target group can contribute to the development of care and support initiatives that are adapted to the needs of this group. The ASI shows that the most common recorded intervention for people who inject drugs is support accommodation/accommodation; supportive conversations and 12 steps are also common interventions.

The National Board of Health and Welfare proposes that the requirement that only people who are deemed to reside in the county council area be permitted to participate in needle exchange services be removed. The residence principle constitutes a barrier that stands in the way of people visiting needle exchanges outside of their home county council area, which may hamper the effectiveness of work to control communicable diseases pursuant to the Communicable Diseases Act. Sharing non-sterile injection materials with other people is the principal reason why hepatitis and HIV are spread within the group of people who inject drugs. Providing sterile injection materials makes it possible to reduce risky behaviour, to reduce the number of new cases of hepatitis C or HIV and to strengthen someone's own protection in the event of any disease outbreak. Removing the residence principle would therefore contribute to improving the opportunities for an individual to protect themselves and others from infection.

Systematic follow-up can constitute a basis on which to learn more about people who inject drugs. Follow-up can also provide valuable information about regional and local conditions for equitable and accessible care for this target group. According to Section 13 of the National Board of Health and Welfare's regulations (SOSFS 2007:2) on the exchange of needles and syringes for people who misuse narcotics, these services should submit annual operational reports to Health and Social Care Inspectorate (IVO). In order to make reporting easier for these services, and to ensure that the information in the operational reports becomes more comparable and structured, the National Board of Health and Welfare has produced an electronic template. This template makes it possible to report data to IVO in a uniform and structured manner. The National Board of Health and Welfare's assessment is that this can constitute a sufficient foundation on which to build systematic and coordinated follow-up of needle exchange services.