

# Åtgärder för att begränsa smittspridning

---

Sprutbyten och andra smittskyddsåtgärder

## **Slutrapport**

2009-12-01

December 2009

**Innehåll**

1	Sammanfattning .....	5
2	Uppdrag och genomförande .....	8
2.1	Bakgrund och uppdrag .....	8
2.1.1	Beslut om utredning .....	8
2.2	Syftet med utredningen .....	8
2.3	Arbetsätt och metod .....	9
3	Missbrukssituationen .....	10
3.1	Injektionsnarkomaner i Stockholm och länet .....	10
3.2	Utveckling av missbruk bland tunga narkomaner .....	12
3.3	Utveckling av missbruk bland unga .....	14
4	Smittskyddsläget .....	16
4.1	HIV .....	16
4.2	Hepatit .....	17
4.3	Smittvägar .....	18
4.4	Risker för smittspridning .....	18
5	Missbruks- och riskbeteende .....	20
5.1	Delning av sprutor, kanyler mm .....	20
5.1.1	Användning av begagnade nålar och/eller pumpar .....	20
5.1.2	Parafernalia (narkotikalösning, filter och/eller tussar) .....	20
5.2	Sexuellt beteende .....	21
6	Jämförelse med andra länder, städer och regioner .....	22
6.1	Ett europeiskt perspektiv .....	22
6.2	Göteborg .....	23
6.3	Helsingfors .....	23
6.3.1	Sprutbytesprogram i Helsingfors .....	24
6.4	Köpenhamn .....	25
6.4.1	Sprutbytesprogram i Köpenhamn .....	25
6.5	Malmö .....	26
6.5.1	Sprutbytesprogram i Malmö .....	27
6.6	Oslo .....	27
6.6.1	Sprutbytesprogram i Oslo .....	28

6.7	Nederländerna och Schweiz .....	28
6.8	Sprutbyte i olika städer, en överblick .....	30
7	Resultat från studier och forskning .....	31
7.1	Generellt om forskningsresultaten .....	31
7.2	Exempel på utvärderingar .....	31
7.3	Jämförelse mellan nordiska strategier .....	32
7.4	Effekter avseende riskbeteende, smittspridning och narkotikamissbruk .....	32
8	Intervjuresultaten .....	34
8.1	Olika aktörer .....	34
8.2	Argument för sprutbyte .....	35
8.3	Argument mot sprutbyte .....	35
9	Krav på ett sprutbytesprogram .....	36
9.1	Ansökan om tillstånd .....	36
9.2	Bemanning .....	36
9.3	Information och erbjudanden till målgruppen .....	37
9.4	Kvalitet, rutiner, dokumentation och rapportering .....	37
9.5	Begränsningar i ålder och boende .....	37
10	Andra åtgärder för att begränsa smittspridning .....	38
10.1	Tidig upptäckt och förebyggande insatser .....	38
10.2	Ungdomar och unga vuxna .....	39
10.3	Personer med komplex missbruksproblematik i behov av samordnade insatser .....	41
10.4	Underhållsbehandling av personer med opiatmissbruk .....	42
10.5	Icke-marginaliserade injektionsnarkomaner .....	42
10.6	Hemlösa med tung missbruksproblematik .....	43
10.7	Sammanställning av Socialstyrelsens rekommendationer för behandling av missbruk/beroende av narkotika .....	43
10.8	Kriminalvården .....	44
11	Överväganden och rekommendationer .....	45
11.1	Reflexioner över utredningsresultaten .....	45
11.2	Rekommendationer .....	46
11.3	Krav på sprutbytesprogram om det startas .....	47
11.4	Möjliga försöksverksamheter .....	48

11.5.1	Försöksverksamhet – alternativ A för redan smittade.....	49
11.5.2	Försöksverksamhet – alternativ B begränsat till <i>en</i> mottagning .....	49
11.5.3	Försöksverksamhet – alternativ C vid <i>flera</i> befintliga lokala integrerade mottagningar..	49
11.5.4	Försöksverksamhet – alternativ D med en avgränsad försöks- respektive kontrollgrupp	50

## 1 Sammanfattning

Syftet med denna utredning är dels att analysera vilka åtgärder som är effektiva för att begränsa smittspridning bland injektionsnarkomaner, dels att ta fram underlag för belysning av frågan om sprutbyten i Stockholm som en smittskyddsåtgärd.

### *Missbruk och smittspridning i Stockholms län*

Det finns ingen helt säker statistik, men uppskattningar baserade på de uppgifter som finns tyder på att det finns ca 9 000 injektionsnarkomaner i Stockholms län varav ungefär hälften i Stockholms stad. År 2006 uppgick Stockholms läns andel av de narkotikarelaterade dödsfallen i riket till knappt 30 %.

Stockholms läns andel av de intravenösa HIV-fallen i riket har under 2005-2007 uppgått till 70- 80 %. I Skåne, där sprutbyte finns i Malmö och Lund, och i Västra Götland, där det inte finns sprutbyte, är antalet HIV-smittade injektionsnarkomaner betydligt lägre än i Stockholm. Under 2007 utbröt en HIV-epidemi bland narkomaner i Stockholm som ledde till ännu högre tal, men 2008 hade antalet gått tillbaka till ungefär samma nivå som före epidemin.

Den baslinjestudie som genomförts bland marginaliserade narkomaner i Stockholms län visar bl. a att en mycket stor andel av de intervjuade personerna någon gång delar sprutor eller nålar samt dessutom delar utrustning (parafernalier) i hög utsträckning.

### *Exempel från andra städer och länder*

I utredningsarbetet har information inhämtats och studiebesök gjorts hos sprutbyte/sprutdelningsverksamheter i Malmö, Helsingfors, Köpenhamn och Oslo. Sprutbyte är relativt okontroversiellt i alla dessa städer. Däremot är injektionsrum, som prövats i Oslo och föreslagits i Köpenhamn, en fråga där det finns starkt motsatta åsikter.

I såväl Oslo, Köpenhamn som Helsingfors menar man att sprutbytet är en del i att begränsa spridningen av HIV bland injektionsnarkomaner. Detsamma gäller i Malmö. När det gäller utvecklingen av Hepatit C kan man inte se samma positiva tendens.

Utredningen visar att uppläggningsprogrammen skiljer sig väsentligt mellan Malmö, Köpenhamn, Oslo och Helsingfors.

### *Resultat från studier och forskning*

I utredningsarbetet har underlag och resultat från studier och forskning inhämtats på flera olika sätt; djupintervjuer med sakkunniga på området, genomgång av litteraturoversikter och samlade forskningsstudier samt föredragningar vid seminarier och studiebesök.

En slutsats av kartläggningen är att det inte finns entydiga eller samstämmiga slutsatser från forskarvärlden då det gäller sprutbytesprogrammets effekter. Det finns inget som pekar på att sprutbytesprogrammen vare sig ökar eller minskar risken för narkotikamissbruk. Flera studier indikerar att sprutbyten kan bidra till att minska riskbeteendet hos injektionsnarkomaner, medan effekten när det gäller smittspridning är svårare att tyda.

### *Intervjuresultat*

I arbetet med utredningen har djupintervjuer gjorts med forskare, företrädare för hälso- och sjukvård, kommuner, myndigheter samt ideella organisationer. Bland de företrädare för hälso- och sjukvården som intervjuats finns dels en pådrivande, dels en öppen och mer pragmatisk syn på frågan om sprutbyte. De kommunala företrädare som intervjuats har i regel inte tagit ställning till

frågan om sprutbyte. Hos intervjuade frivilligorganisationer finns starkt delade åsikter. I rapporten redovisas de vanligaste argumenten för och emot sprutbyte.

#### *Krav på sprutbytesverksamhet*

Det finns lagfästa krav på en eventuell sprutbytesverksamhet som bl. a innebär en åldersgräns på 20 år. Socialstyrelsen har utifrån lagen fastställt föreskrifter om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika, vilka redovisas i rapporten.

#### *Åtgärder mot smittspridning*

Behandling av narkotikamissbruk är ett kontroversiellt område där det finns olika vårdideologiska uppfattningar och där forskningsläget till vissa delar är oklart. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för området. Syftet är att göra vården tydligare och mer enhetlig samt att ge huvudmännen ett underlag för att rationellt använda missbruks- och beroendevårdens resurser.

I rapporten redovisas några målgruppsinriktade åtgärder samt socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling som i sin tur begränsar riskerna för smittspridning. De målgruppsinriktade åtgärderna är i huvudsak hämtade från den nyligen av KSL och SLL fastställda policyn för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Arbetet med implementering av denna har påbörjats.

Det finns en rad åtgärder och metoder som är effektiva för att begränsa missbruk och smittspridning. En välfungerande missbruks- och beroendevård och smittskyddsverksamhet är grunden för att kunna begränsa såväl missbrukets omfattning som smittspridningen. Sprutbyten är snarare en av flera smittskyddsåtgärder än ett nytt inslag i den svenska narkotikapolitiken. Utredarna föreslår att åtgärder inom följande områden prioriteras:

1. Förstärk och utveckla *tidig upptäckt och förebyggande insatser* främst vad gäller ungdomar och unga vuxna.
2. Implementera *socialstyrelsens nationella riktlinjer* för vård och behandling av injektionsnarkomaner.
3. Genomför den s.k. missbrukspolicyns redan beslutade förslag till *målgruppsinriktade åtgärder* avseende
  - Ungdomar och unga vuxna
  - Personer med komplex missbruksproblematik
  - Underhållsbehandlig av personer med opiatmissbruk
  - Icke-marginaliserade injektionsnarkomaner
  - Hemlösa med tung missbruksproblematik
  - Kriminella
4. Etablera en hög nivå för *testning, rådgivning, vaccination och kontaktpårning*.
5. Utveckla programmen för läkemedelsassisterad *substitutionsbehandling*.
6. Förstärk *behandlingsinsatserna* (bromsmediciner mm) för redan HIV- och hepatitsmittade injektionsnarkomaner.
7. Starta en tidsbegränsad *försöksverksamhet med sprutbyten* i kombination med ett program för systematisk uppföljning och utvärdering.

Det är viktigt att poängtera att ett sprutbytesprogram enbart kan vara ett komplement till andra väl etablerade metoder för att begränsa smittspridning. Ett sprutbytesprogram minskar inte missbrukets omfattning men kan reducera riskbeteende, risker för smittspridning, möjliggöra ökad kontakt med injektionsnarkomaner och därmed skapa förutsättningar för motivationsarbete och behandling.

#### *Försöksverksamhet*

Utsikterna att nå full kunskap i frågan om sprutbytesprogrammets HIV-preventiva effekter är relativt små. Det går inte att avgöra frågan om sprutbytesverksamheterna enbart mot bakgrund av en strikt vetenskaplig utvärdering. Det finns dock visst stöd i internationell forskning för att sprutbytesprogram kan minska återanvändning av infekterade sprutor liksom delningen av sprutor mellan narkomaner och att de således kan ha en HIV-preventiv effekt.

Utbyte av sprutor och kanyler är snarare en fråga om smittskyddsåtgärder än ett inslag i den svenska narkotikapolitiken. Verksamheten får dock inte reduceras till ett byte av sprutor och kanyler och inte heller till enbart hälso- och sjukvårdande insatser. För att sprutbytesverksamhet ska fungera krävs ett systematiskt och väl fungerande motivationsarbete, nära koppling till avgiftning och beroendevård liksom till socialtjänstens insatser för personer med missbruksproblem. Det långsiktiga målet med verksamheten måste vara att förmå den enskilde individen till ett liv utan narkotika.

Utredarna föreslår att man etablerar sprutbytesprogram på försök i Stockholms stad. Fyra alternativ redovisas; ett alternativ med sprutbyte för *redan smittade*, ett alternativ begränsat till *en lokal*, ett alternativ med verksamhet vid *flera befintliga lokala integrerade mottagningar* och slutligen ett alternativ med en begränsad *försöks- respektive kontrollgrupp*. Utredningen visar dock på svårigheter med att genomföra det första och sista av de redovisade alternativen. Oavsett vilket alternativ man väljer är det viktigt att tydliga mål läggs fast och att en systematisk uppföljning och utvärdering görs.

## 2 Uppdrag och genomförande

### 2.1 *Bakgrund och uppdrag*

Sprututbytesverksamhet är en kontroversiell fråga, som har delat forskare, vård och beslutsfattare kring det bästa sättet att hjälpa injektionsnarkomaner att dels få kontakt med samhället och bli fria från sitt missbruk, dels hindra och förebygga spridning av HIV och hepatit.

Evidens och erfarenheter kring sprutbytesverksamhet har tolkats olika. En viktig faktor är naturligtvis hur de försök med sprututbyten som redan har genomförts har utfallit. Häri ligger också en av utmaningarna i sprutbytesdebatten; de genomförda försöken har kommit att tolkas på högst disparata sätt av olika bedömare utifrån deras olika utgångspunkter. En mängd studier har genomförts men det är ganska få som har studerat frågan om sprutbytenas effekt på smittspridning och missbrukets omfattning.

#### 2.1.1 **Beslut om utredning**

*Stockholms läns landstingsfullmäktige* har den 27-28 november 2007 fattat beslut om att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att med berörda aktörer, bl. a Stockholms stad, genomföra en bred narkotikapolitisk utredning för att få en mer sammanhållen, effektiv och evidensbaserad strategi mot narkotikaberoendet och dess konsekvenser. Denna utredning skall också omfatta smittspridningsproblematiken och sprutbytesprogram.

*Stockholms stad* har i *kommunfullmäktige* beslutat att staden i enlighet med socialtjänstnämndens beslut per den 20 september 2007 initierar en med Stockholms läns landsting gemensam utredning inför ett kommande ställningstagande i frågan om införandet av ett sprututbytesprogram

Vård och omsorgsberedningen i *Kommunförbundet Stockholms län, KSL*, tog den 12 juni 2008 beslut om att delta i Stockholms stads och landstingets utredning om "smittspridningsproblematiken och sprutbytesprogram".

### 2.2 *Syftet med utredningen*

Syftet med utredningen är att ta fram underlag för belysning av frågan om sprutbyten som en smittskyddsåtgärd samt en analys av vilka andra åtgärder som är effektiva för att begränsa smittspridning.

Frågor som omfattas av utredningen är:

- En förutsättningslös granskning av sprutbytesprogram
- En bred översyn av genomförda sprutbytesprogram, såväl nationellt som internationellt, där särskilt intresse bör riktas mot försök som genomförts i områden med många beröringspunkter med Stockholm såsom Helsingfors, Oslo, Köpenhamn och Malmö. Vissa uppgifter har även inhämtats om Schweiz (Zürich) och Nederländerna (Amsterdam).
- Granska relaterad forskning, exempelvis vilka riskgrupper som kan identifieras och hur dessa utvecklas, med avseende både på narkotikamissbruk och på smittspridning. Frågor som bör belysas är exempelvis:
  - huruvida det föreligger några risker i samband med sprutbytesprojekten
  - vilka mer generella narkotikapolitiska effekter som sprutbytesprogrammen har



- konsekvenserna för verksamhet, organisation m m vid en eventuell tillämpning av socialstyrelsens föreskrifter för sprutbyten.
- Analysera konsekvenserna av om vissa men inte alla kommuner i Stockholms län beslutar sig för att genomföra sprutbytesprogram.

En del av utredningen berör i huvudsak landstinget och omfattar följande uppdrag:

Värdera alternativa strategier som har samma syfte som sprutbytesprogram men andra metoder för att uppnå målen.

- Granska relaterad forskning, exempelvis vilka riskgrupper som kan identifieras och hur dessa utvecklas, med avseende både på narkotikamissbruk och på smittspridning. Frågor som bör belysas är exempelvis:
  - hur smittspridning sker bland injektionsnarkomaner och inom andra grupper
  - vilka strategier för smittskydd som kan identifieras och vilka som är verksamma
  - vilka metoder som är effektiva, speciellt för unga riskgrupper

### 2.3 *Arbetsätt och metod*

Arbetet med utredningen har letts och samordnats av en *styrgrupp* bestående av Conny Gabrielsson, SLL, Maria Andersson, SLL, Tina Heinsoo, Stockholms stad, Christina Höglom, Stockholms stad, Ulrika Wallin, KSL och Karin Jacobsen, KSL. *Utredningsgruppen* har bestått av Stefan Rudholm, utredningsledare från Procyon samt Michael Arthursson och Mari Månsson från Capire. Under utredningstiden har även Lars-Bertil Arvidsson från Procyon samt Anna Hedlin och Dag Boman från Capire deltagit i utredningsarbetet.

Några av de centrala delarna av utredningsarbetet har varit:

- ✓ Systematisk dokumentanalys och genomgång av registerdata
- ✓ Sammanställning och granskning av forskningsresultat
- ✓ Intervjuer med politiskt ansvariga, verksamhetsansvariga och experter inom regionen samt i andra nordiska storstäder. Sammanlagt har ca 35 personer intervjuats.
- ✓ Avstämnings- och förankringstillfällen med andra aktörer nationellt och i Stockholmregionen

Några av aktiviteterna i arbetet med utredningen har varit:

- Startseminarium i landstingshuset i Stockholm den 16 maj 2008
- Studiebesök till sprutbytesverksamheter i Malmö, Helsingfors, Köpenhamn och Oslo hösten 2008-våren 2009
- Seminarium med experter på missbruks- och smittspridningsfrågor i april 2009
- Avrapportering av läget i utredningen till KSL:s vård- och omsorgsberedning samt HSN:s beredning för psykiatri- och missbruksfrågor i juni 2009

Det är utredarna som ansvarar för de förslag och värderingar som görs i rapporten. Arbetet har pågått från maj 2008 till november 2009.

### 3 Missbrukssituationen

Detta avsnitt innehåller en övergripande beskrivning av situationen när det gäller personer med tung missbruksproblematik i Stockholms län.

#### 3.1 *Injektionsnarkomaner i Stockholm och länet*

Den definition som används för att beskriva *personer med tung missbruksproblematik* är oftast "en person som injicerat någon gång under de senaste 12 månaderna eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen de senaste 4 veckorna oavsett intagningsätt"<sup>1</sup>. Av dessa personer uppges 99 % vara injektionsnarkomaner.

Det är svårt att tillförlitligt bedöma utvecklingen av de allvarligaste formerna av narkotikaanvändning. Data som finns tillgänglig är osäker, exempelvis när det gäller andelen personer med tunga missbruksproblem. Åren 1979, 1992 och 1998 genomfördes dock landsomfattande kartläggningar, vilka tillåter mer utförliga beskrivningar.

Enligt de nationella kartläggningarna har Stockholms kommun länge legat ungefär dubbelt så högt jämfört med riket när de gäller antal personer med missbruksproblem per invånare 15–54 år. År 1998 fann man 1 026 personer bland 100 000 invånare i Stockholm mot 550 i hela landet (se diagram nedan). Detta motsvarar totalt runt 4 800 personer i Stockholms stad. Även för Stockholms län exklusive staden låg värdet över rikssiffran och uppgick till 628 injektionsnarkomaner per 100 000 invånare 15–54 år gamla (ca 4 000 personer totalt)<sup>2</sup>. Detta betyder att det finns 8- 9 000 injektionsnarkomaner i Stockholms län, varav ungefär hälften finns i Stockholms stad. Baslinjestudien bland injektionsnarkomaner i Stockholms län, som genomförts 2007-2008, utgick från en omfattning av injektionsnarkomaner i Stockholms län på ca 7 800 personer.

Stockholms län stod 1987 för en dryg tredjedel av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen i Sverige<sup>3</sup>. Enligt den tidigare beskrivna alternativa uppskattningen av antalet personer med tungt missbruk med utgångspunkt från sjukvårdsdata har andelen vårdade i Stockholms län utgjort drygt en fjärdedel av rikets alla vårdade 1998– 2003<sup>4</sup>. Denna bearbetning redovisar alltså lägre procentandelar än de tidigare kartläggningarna. Ungefär samma andel gäller enligt Brå-rapport 2005:16 för Stockholms läns del också beträffande fördelningen av narkotikalagföringar i riket.

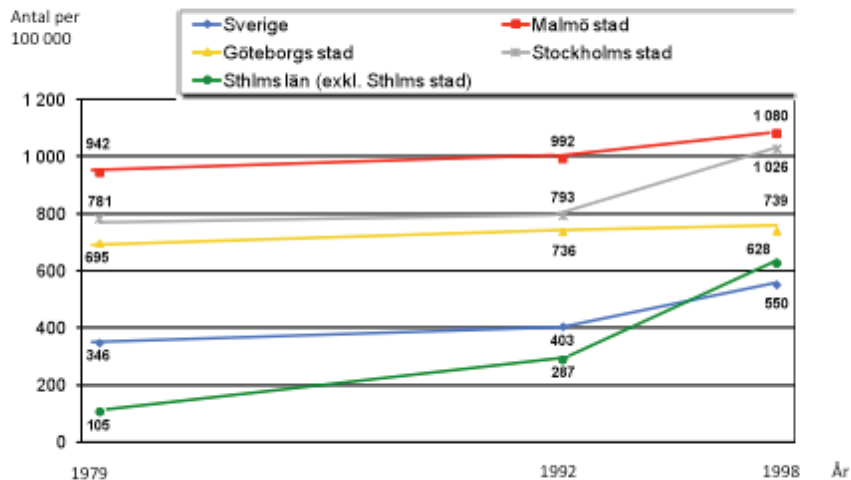
<sup>1</sup> <http://www.can.se> Central förbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

<sup>2</sup> Stockholm CAN-rapportserie 113 drogutvecklingen i Sverige 2008

<sup>3</sup> Ibid

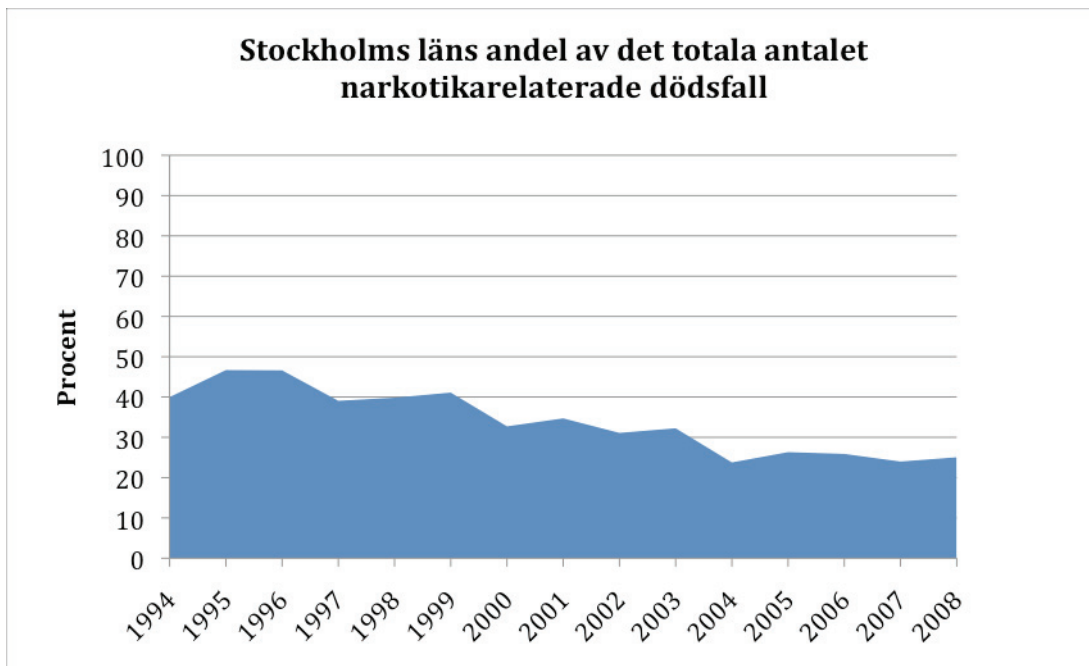
<sup>4</sup> SOU 2005:82 Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling

Antal injektionsnarkomaner per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.



4

Statistik kring narkotikarelaterad dödlighet visar att Stockholms län bidrog med runt hälften av dödsfallen i landet 1987–1996 men att andelen därefter minskat. År 2006 uppgick Stockholms bidrag till knappt 30 %<sup>5</sup>. Forskning vid KI som görs tillgänglig i slutet av 2009 visar att Stockholms läns andel av de totala narkotikarelaterade dödsfallen i riket har minskat från mellan 40 och 50 % i mitten av 1990-talet till mellan 20 och 30 % år 2008.



<sup>5</sup> Stockholm CAN-rapportserie 113 drogutvecklingen i Sverige 2008

Om man jämför 2003–2005 med åren 1997–1999 minskade den narkotikarelaterade dödligheten i Stockholms län medan den ökade något i landet som helhet. Minskningen i Stockholms län uppgick till 23 procent, och var ungefär lika stor för män och kvinnor. Den minskande dödligheten i Stockholms län innebar att skillnaderna mellan Stockholm och Sverige som helhet minskade, eftersom dödligheten i landet ökade med 3 %<sup>6</sup>.

Under år 2005 dog 89 personer i narkotikarelaterade diagnoser i Stockholms län. Bland de avlidna var 70 män (9 per 100 000 invånare) och 19 kvinnor (2 per 100 000 invånare). Bland männen var dödligheten störst i åldersgrupperna 40-49 år och 25-39 år, och bland kvinnor i åldersgruppen 50-64 år. Andelen kvinnor bland dem som dog i narkotikarelaterade diagnoser var 21 procent år 2005<sup>7</sup>

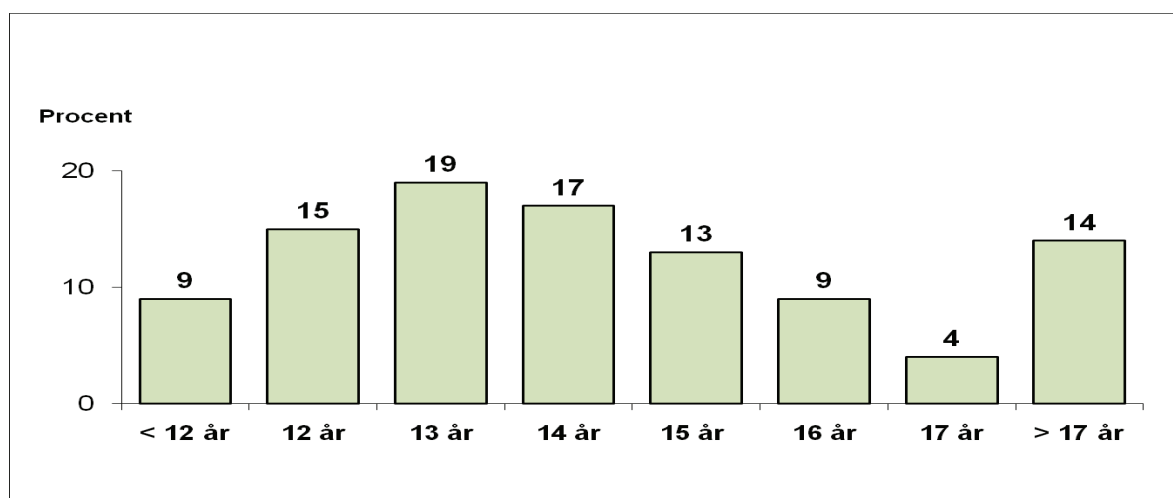
### 3.2 Utveckling av missbruk bland tunga narkomaner

På narkotikaområdet saknas av naturliga skäl information liknande den som finns på alkoholområdet vad gäller försäljningsutvecklingen. För att få en uppfattning om vilka preparat som förekommer på marknaden och hur detta förändras över tid är man hänvisad till att försöka tolka olika indikatorer.

Enligt resultatet från baslinjestudien i Stockholms län<sup>8</sup> sker narkotikadebuten bland de som senare blivit injektionsnarkomaner i lägre tonåren med THC tetrahydrocannabinol (cannabis, hasch, marijuana). Därefter sker cirka fyra års latens innan injektionsstart.

Åldern vid narkotikadebut fördelar sig i baslinjestudien enligt nedanstående diagram:

**Debutålder (n=718)**



Av de 719 respondenter som ingått i studien hade 72 % amfetamin som debutdrog vid injicering, 24 % heroin, samt 5 % angav annan debutdrog vid injicering.

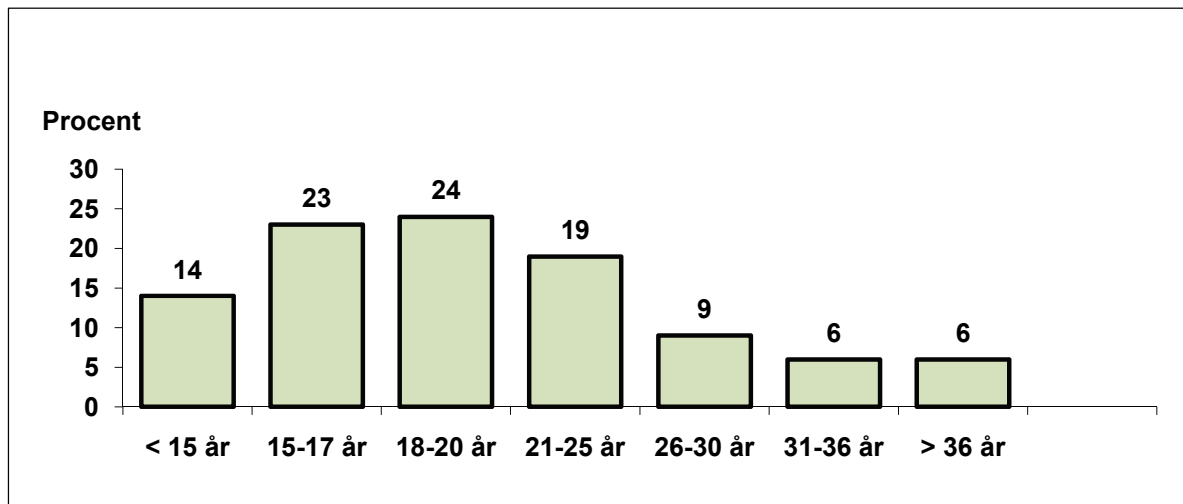
<sup>6</sup> Alkohol- och narkotikarelaterad vårdkonsumtion och dödlighet i Stockholms län, rapport 2008

<sup>7</sup> Ibid

<sup>8</sup> Baslinjestudie om blodburen smitta bland injektionsnarkomaner i Stockholms län juli 2007 – 31 augusti 2008

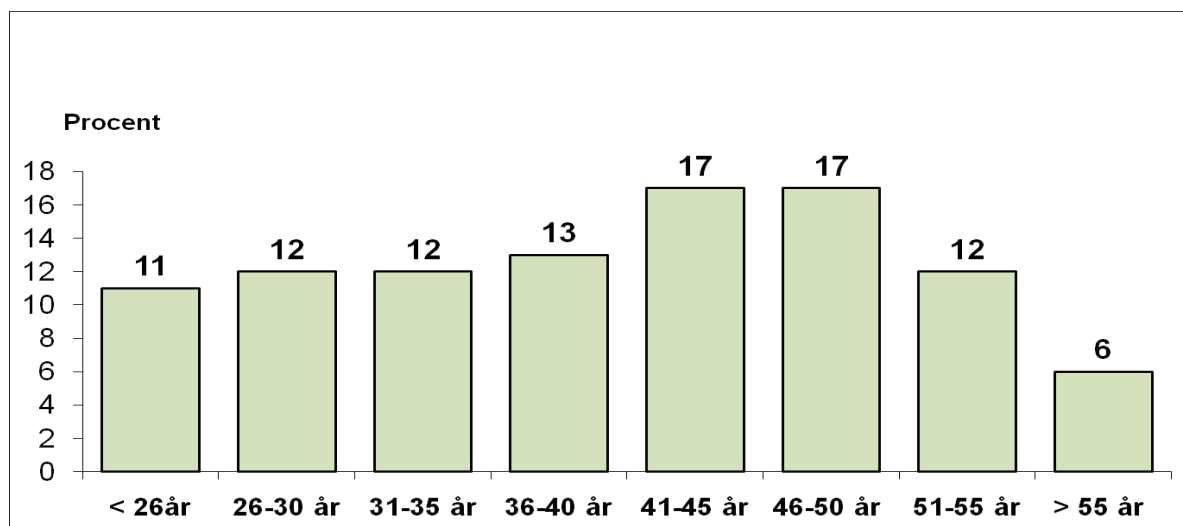
Debutåldern vid injicering fördelar sig i studien enligt nedanstående diagram:

**Debutålder vid injicering (n=717)**



I baslinjestudien över Stockholms Injektionsnarkomaner<sup>9</sup> var könsfördelningen bland de 719 intervjupersonerna 27 % kvinnor och 73 % män, och medelåldern 40,1 år. Av dessa personer var 83 % inrikes födda. Intervjupersonernas ålder åskådliggörs i diagrammet nedan:

**Intervjupersonernas (aktiva missbrukare) ålder. Andel (%). n=719**



<sup>9</sup> En intervjuundersökning av social bakgrund, narkotikavanor och riskbeteenden samt provtagning för HIV och hepatit B och C. Stockholms län juli 2007 – 31 augusti 2008

I tabellen nedan visas en jämförelse från baslinjestudien mellan aktiva injektionsnarkomaner, tidigare injektionsnarkomaner samt de som inte injicerat:

Variabel	Aktiva injektionsnarkomaner	Ej aktiva injektionsnarkomaner	Ej injicerat	Sign. nivå
<b>Sysselsättning n=</b>	<b>532</b>	<b>94</b>	<b>116</b>	<b>***</b>
Arbete (%)	8.4	21.1	28.8	
Arbetslös (%)	42.5	21.3	27.6	
Övrigt (%)	47.9	60.4	42.2	
<b>Civilstånd n=</b>	<b>532</b>	<b>94</b>	<b>116</b>	
Ensamstående (%)	67	72	72	
<b>Bott på gatan eller härbärge</b>	<b>711</b>	<b>144</b>	<b>179</b>	<b>***</b>
Ja, för tillfället	29.5	15.3	14.5	
Ja, men inte längre	13.2	9.0	10.6	
Nej	46.8	63.9	59.8	
<b>Varit häktad</b>	<b>716</b>	<b>146</b>	<b>176</b>	<b>***</b>
Ja, en eller flera gånger	83	77	59	
<b>Suttit i fängelse</b>	<b>711</b>	<b>146</b>	<b>173</b>	<b>***</b>
Ja, en eller flera gånger	62	58	36	

Som tidigare nämnts var genomsnittsåldern i baslinjestudien 40 år. Mot bakgrund av att injektionsdebuten sker tidigt, anses det märkligt att man hittat så få relativt unga injektionsnarkomaner. En förklaring till detta kan vara, att det tar en viss tid innan injektionsmissbruket resulterar i vistelse på de platser som undersökningsteamet har besökt och som erfarenhetsmässigt förknippas med missbruk. En annan förklaring är att just unga narkomaner befinner sig i miljöer man inte känner till. Ytterligare en möjlighet är att nyrekryteringen av injektionsnarkomaner bland unga är mindre nu än den var för 20 år sedan.

Andelen utrikes födda bland injektionsnarkomanerna är lägre än för vuxna svenskar i gemen och bland dem är andelen kvinnor färre än för gruppen som helhet.

Den tidiga debuten, för många i de lägre tonåren, är i stort sett gemensam för bägge könen. Mycket tidiga insatser krävs därför för att komma åt initieringen där ett uppskjutande skulle ge lägre risk för blodburen smitta. Intervallet på mellan 4-5 år som tycks finnas från drogdebut med oral narkotika, i flertalet fall THC, tetrahydrocannabinol (cannabis, hasch, marijuana) tills att man övergår till injektionsmissbruk bör utnyttjas av samhället då injektionsmissbruket innebär en betydande upptrappning av risker för sjukdom, kriminalitet och social utslagning.

### 3.3 Utveckling av missbruk bland unga

Sedan 1971 finns nationella data från skol- och mönstringsundersökningar i Sverige. Enligt dessa var andelen skolelever i årskurs 9 som prövat narkotika hög i början av 1970-talet, för att sedan minska och nå en lägsta nivå på 3-4 % under andra hälften av 1980-talet. Under 1990-talet mer än

fördubblades siffrorna och låg närmare 10 % år 2001. Därefter har andel som prövat narkotika åter sjunkit och 2008 var den 6 %<sup>10</sup>.

Mellan 1992 och 2002 tredubblades andelen mönstrande som någon gång prövat narkotika, från 6 till 18 % . Därefter har testandet sjunkit även bland dessa och 2006 uppgick siffran till 13 %.

Narkotikaerfarenheten utgörs huvudsakligen av cannabisanvändning hos såväl skolelever som mönstrande. Under senare år har i grova drag 60 % av dem med narkotikaerfarenhet i dessa undersökningar enbart använt cannabis, medan 5–10 % enbart använt annan narkotika än cannabis.

Amfetamin har tidigare varit den andra vanligaste narkotikasorten bland de mönstrande men sedan 2001 är ecstasy minst lika vanligt som amfetamin. Samtidigt har narkotikaklassade lugnande medel/sömnmedel som använts utan läkarrecept ända sedan 1976 konkurrerat med amfetamin om andraplatsen. Betydligt mindre vanligt är å andra sidan erfarenheter av exempelvis kokain, GHB och i synnerhet heroin.

---

<sup>10</sup> CAN-rapportserie 113 drogutvecklingen i Sverige 2008

## 4 Smittskyddsläget

Detta avsnitt innehåller en beskrivning av smittskyddsläget i Stockholms län, smittvägar, risker för smittspridning samt insatser mot smittspridning.

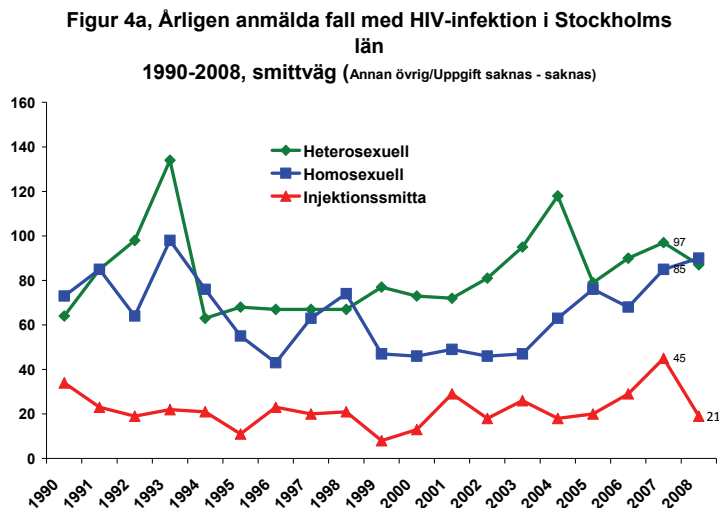
### 4.1 HIV

FN:s HIV-program, UNAIDS, uppskattade att omkring 40 miljoner människor i världen levde med HIV-infektion i slutet av 2005<sup>11</sup>. Enligt UNAIDS:s beräkningar smittas ytterligare 5 miljoner människor årligen och omkring 3 miljoner avlider årligen i aids, en ökning av dödsfallen med nästan en miljon jämfört med i slutet av 1990-talet.

Totalt hade 6 705 personer anmälts smittade med HIV-infektion i Sverige t.o.m. år 2004, varav 4 839 (72 procent) män och 1 866 (28 procent) kvinnor. Statistiken domineras av tre grupper; män som har sex med män, personer med injektionsmissbruk samt heterosexuellt smittade personer med bakgrund i högendemiska områden.

I Västra Götaland finns få fall av HIV hos injektionsnarkomaner. Där har man även en annan missbrukspopulation än i exempelvis Stockholm (få heroinister). Även i Skåne finns få fall av HIV hos injektionsnarkomaner trots att man har en liknande missbrukspopulation som i Stockholm. I Skåne har man haft en nysmittad på sju år. I Stockholm har man relativt sett haft fler fall av HIV än både Västra Götaland och Skåne, ungefär 20-30 fall per år under 2000-talet. Stockholms andel av de intravenösa HIV-fallen i riket har under 2005-2007 uppgått till 70- 80 %.<sup>12</sup> Under 2006-2007 skedde ett utbrott, och när detta "hävts" fortsatte smittspridningen på samma nivå som tidigare.

Diagrammet nedan åskådliggör antalet fall av HIV i Stockholms län med olika smittvägar t o m 2008 .



Som framgår är antal HIV-smittade via injektion betydligt färre än via andra smittvägar.

<sup>11</sup> Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar Prop. 2005/06:60

<sup>12</sup> Stockholm CAN-rapportserie 113 drogutvecklingen i Sverige 2008



Antalet rapporterade fall av HIV i Stockholms län *första halvåret 2009* uppgick till 109 stycken (75 män och 34 kvinnor). Utav dessa var 84 nydiagnostiserade, 10 hade fullt utvecklad aids vid diagnostillfället. Av dessa sent diagnostiserade var sju (fem kvinnor och två män) födda och smittade utomlands, medan tre MSM smittats i Sverige. Ingen var rapporterad i åldersgruppen 0-9 år. Antalet HIV-smittade via injektion uppgick till 10 stycken.

## 4.2 *Hepatit*

Hepatit är ett virus som smittar mycket och lätt genom blod, vid oskyddat sex samt mellan mor och barn vid förlossning. Hepatiter är betydligt mer smittsamt än HIV för injektionsnarkomaner.

Ungefär 20 procent av de HIV-positiva i Sverige har också hepatit C. Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, finns det idag ungefär 190 miljoner människor i världen som bär på hepatit C. I Sverige tror man att ungefär 60 000 personer kan vara infekterade. Drygt 3 000 får diagnosen hepatit C i Sverige varje år<sup>13</sup>.

Hepatit C är ett virus som orsakar inflammation i levern. De flesta (70-80%) som blir smittade bär på infektionen hela livet, men det är få som känner några symtom. En del kan uppleva svaga symtom som trötthet eller led- och muskelsmärter. Hos många som bär på hepatit C kan infektionen leda till leversjukdomar, skrumplever, leversvikt och i några procent levercancer.

Internationella studier visar att många människor med både HIV och Hepatit C (30-40 %) kan botas från sin hepatit C-infektion. Dubbelinfekterade patienter behandlas på samma sätt som andra patienter med hepatit C fast behandlingstiden är längre.

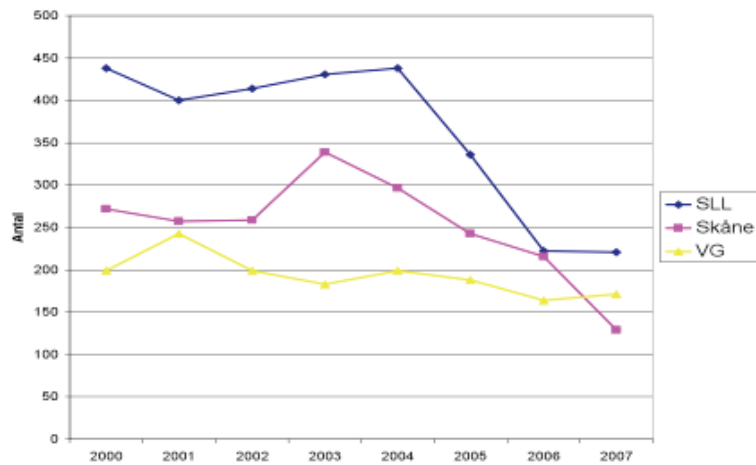
Akut Hepatit B är relativt ovanligt i de tre regionerna; Stockholm, Västra Götaland och Malmö. I Lund/Malmö visar statistiken på färre fall än i de delar i Skåne där man inte har sprutbyte.

Hepatit C är vanlig i samtliga av de tre storstadsregionerna i Sverige, vilket framgår av diagrammet nedan.

---

<sup>13</sup> <http://www.hiv-sverige.se>

### Hepatit C med iv missbruk som smittväg



Källa: Åke Örtqvist, Smittskyddsläkare,  
Stockholms läns landsting

### 4.3 Smittvägar

HIV kan spridas genom oskyddade sexuella kontakter och delning av sprutor och verktyg. HIV är inte lika smittsamt som hepatiter. Obehandlad HIV leder förr eller senare till att man utvecklar aids. Det finns ännu så länge inget botemedel mot HIV men det finns effektiva bromsmediciner. Bromsmedicinerna ger dock en hel del biverkningar som det inte talas om så ofta.

HIV och hepatit B, C, D finns framförallt i sprutor, blandkoppar och tussar. I och med att man som narkoman ofta inte har så goda möjligheter att tänka på handhygien sprids även stafylokocker, andra bakterier och svamp via verktyg till blodbanan och kan orsaka "blodförgiftning". Om man injicerar narkotika är det bästa att aldrig låna ut verktyg till någon annan och att försöka hålla verktygen så rena som möjligt.

De flesta virus tål kyla, men dör av intorkning eller upphettning till kokpunkten. Ett exempel är HIV-viruset som i intorkat blod dör vid 30 grader. Om man ska desinficera verktyg måste de kokas, helst under några minuter och helst tillsammans med klorin<sup>14</sup>.

Sammanfattningsvis kan sägas att anledningen till varför intravenösa narkomaner smittas med HIV och hepatit B och C är dels pga att dessa kroniska virusinfektioner är så vanligt förekommande i gruppen, och dels pga den frekventa kontakten med andra personers blod-/sekret. Detta kan ske genom delad spruta/parafernalia eller oskyddat sex.

### 4.4 Risker för smittspridning

Som injicerande narkoman löper man större risk än andra att smittas av blodburna sjukdomar. Anledningen är att sprutor och kanyler som kan innehålla virus, bakterier och svamp kommer i direkt


<sup>14</sup> <http://www.rfhl.se>

kontakt med blodet när man injicerar. En annan viktig smittväg är genom oskyddat sex<sup>15</sup>.

Injektionsnarkomaner som inte vet om sin HIV-smitta medför stor risk för spridning. Det finns dock etablerat en "hederskodex" som gör att HIV-smittade injektionsnarkomaner som vet om sin smitta, undviker att dela eller "tar sist". När en person som inte vet om sin smitta kommer in i gruppen ökar risken dramatiskt för snabb epidemisk spridning, om inte rena verktyg används<sup>16</sup>.

Spridningsrisken (R) beror inte bara på smittämnet, utan även på

- smittsamheten per kontakt ( $\beta$ )
- antalet kontakter per tidsenhet ( $k$ )
- hur länge man är smittsam ( $D$ )

  $R = \beta \times k \times D$

---

<sup>15</sup> <http://www.rfhl.se>

<sup>16</sup> Åke Örtqvist, Smittskyddsenheten, Stockholms läns landsting

## 5 Missbruks- och riskbeteende

Detta avsnitt innehåller en övergripande beskrivning av missbruks- och riskbeteende. De flesta data i detta avsnitt kommer från den baslinjestudie i Stockholms län som slutförts år 2009.

### 5.1 *Delning av sprutor, kanyler mm*

Smittorisken vid "delad spruta" är sannolikt stor gällande såväl HIV, som hepatit B och C. Detta gäller även vid enstaka tillfällen, men är beroende av graden av blod-blod-kontakt, virusmängden m.m. Vid primär HIV/tidigt i sjukdomsförloppet, då virusmängden är stor och diagnosen i regel inte ställd, är risken mycket stor.

Baslinjestudien i Stockholms län<sup>17</sup> önskade få besvarat om intervjupersonen hade haft en ny injektionsnål och en ny pump vid tillfället för sin senaste injektion.

Fyrtiofem procent av de totalt 549 personer som ingick i studien svarade att de använde ny nål och ny pump. I stort sett lika många svarade att de varken hade haft en ny nål eller en ny pump. Först en bit in i undersökningsperioden omformulerades frågan så att ett "Ja"-svar verkligen innebar att både nålen och pumpen var nya. Det fanns en signifikant skillnad mellan kvinnor och män. Det var mindre vanligt att kvinnor använt både ny nål och ny pump, 37 % mot 48 % bland männen, och mer vanligt att de varken använt ny nål eller ny pump, 48 % mot 41 %.

Ungefär lika många av de som injicerade amfetamin respektive heroin och ungefär lika många av de som injicerade dagligen eller sporadiskt, uppgav att de haft en ny nål och en ny pump.

#### 5.1.1 **Användning av begagnade nålar och/eller pumpar**

Även om hälften svarade att de sällan använde nålar eller pumpar som någon annan använt, var det bara var femte, (21 %) som svarade att de aldrig gör det.

Den resterande tredjedelen använde mer eller mindre regelbundet injektionsverktyg som andra använt innan. Här fanns en signifikant skillnad mellan kvinnor och män. Det var vanligare att kvinnor svarade att de ofta gör det, 18 % mot 12 % bland männen, mindre vanligt att de aldrig gjort det, 11 % mot 24 %.

Bland de som hade injicerat den senaste månaden hade mer än var tredje, 37 % varken köpt eller fått nya nålar eller nya pumpar. Endast var femte hade under den senaste månaden både skaffat sig minst 10 nya pumpar och minst 10 nya nålar. Huvudparten av deltagarna injicerade således markant oftare än vad som motsvarar antalet nya nålar och pumpar de skaffat sig.

#### 5.1.2 **Paraferalia (narkotikalösning, filter och/eller tussar)**

Långt mer än hälften av de Aktiva Injektionsnarkomanerna, 78 % delade mer eller mindre regelbundet paraferalia med andra. Det var vanligare att kvinnorna svarade att de ofta gör det, 41 % mot 24 % av männen.

Bland de som hade injicerat den senaste månaden hade mer än hälften, 56 % delat paraferalia med andra under den perioden.

<sup>17</sup> Baslinjestudie om blodburen smitta bland injektionsnarkomaner i Stockholms län juli 2007 – 31 augusti 2008

## 5.2 *Sexuellt beteende*

Smittorisken vid sexuella kontakter och oskyddat sex anses mycket liten gällande Hepatit C. För HIV uppskattas smittrisen till ca 1/1000 samlag hos "stabila" par med få underliggande riskfaktorer. Risken är störst vid primär HIV och/eller samtidig STI. När det gäller hepatit B är smittrisen vid sexuella kontakter större.

Enligt baslinjestudiens resultat hade nästan var femte, 19 %, inte haft samlag under det senaste året och 37 % hade haft en enda sexualpartner. Sju procent hade haft mer än sex sexualpartners under de senaste 12 månaderna.

Kvinnor hade signifikant fler sexualpartners än män. Fyra kvinnor av 186 hade haft mer än 50 sexualpartners under de senaste 12 månaderna. Av de kvinnor som hade injicerat den senaste månaden, uppgav 23 % att de fått betalning för sexuella tjänster under denna period. Bland män var andelen fem procent.

Det var betydligt vanligare att kvinnor hade haft en eller flera sexualpartners som de visste injicerar narkotika. Av kvinnorna som varit sexuellt aktiva under senaste året hade 89 % haft minst en sexualpartner som de visste injicerat, 38 % hade haft fler än en. Bland män var motsvarande siffror 60 % respektive 24 %.

Av de som haft sexualpartners det senaste året, hade 11 % haft sexualpartners som de visste var HIV-smittade.

## 6 Jämförelse med andra länder, städer och regioner

Detta avsnitt innehåller dels en jämförelse av vissa frågor när det gäller narkotikamissbruk och smittspridning mellan olika länder, dels uppgifter om missbrukssituationen, smittskyddsläget och relevanta nyckeltal i följande städer: Göteborg, Helsingfors, Köpenhamn, Malmö och Oslo.

Det finns svårigheter i att jämföra data mellan olika städer då man i statistiken använder sig av olika definitioner i Sverige jämfört med andra länder.

Ett exempel är att i Sverige definieras ofta *personer med tung missbruksproblematik* som *en person som injicerat någon gång under de senaste 12 månaderna eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen de senaste 4 veckorna oavsett intagningsätt*. I flertalet andra länder i Europa definieras man istället personer med tung missbruksproblematik enligt följande: *"Injecting drug use or long duration/regular use of opioids, cocaine and/or amphetamines"*.

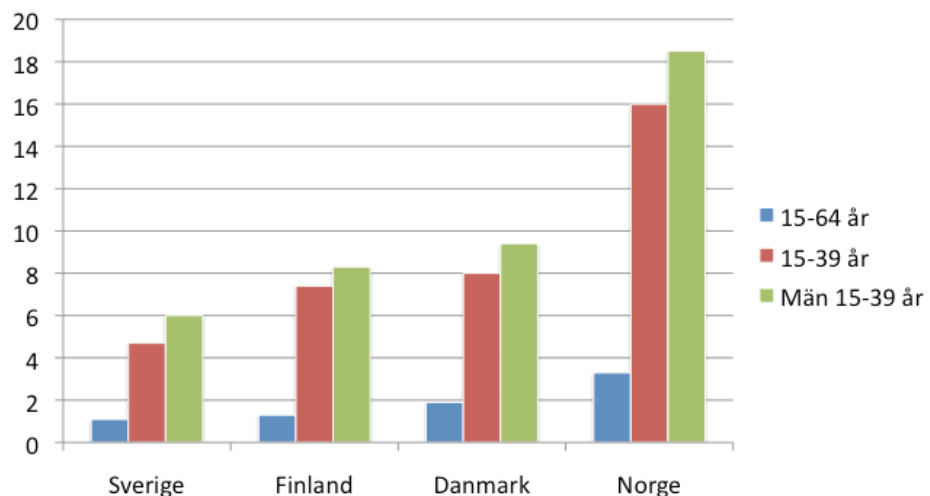
### 6.1 Ett europeiskt perspektiv

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) kartlägger, analyserar och sprider information om droger och missbruksproblem i ett europeiskt perspektiv. Man tar fram rapporter om olika teman, länderrapporter och årsrapporter. Det finns dock problem som rör olika sätt att mäta olika företeelser, att olika faktorer mäts respektive inte mäts i olika länder och andra svårigheter att jämföra. I vissa undersökningar är det just Sverige där fullständiga mätningar inte gjorts. Jämförelser publiceras inte alltid för samtliga EU-länder, utan för ett urval, och de jämförelser som publiceras rör i regel länder, inte städer. Vissa jämförelser går dock att få fram.

När det gäller prevalensen för *Cannabis* i befolkningen i stort visar EMCDDA:s årsrapport för 2008 att Sverige tillhör den grupp av länder som har den lägsta prevalensen i ett tolv månadersperspektiv såväl i den vuxna befolkningen i sin helhet (15-64 år) som när de gäller ungdomsgruppen (15-24 år).

En minskande andel *injektionsnarkomaner* konstaterades under åren 2002-2006 i nio europeiska länder varav Sverige var ett av dessa länder. I samma undersökning redovisas att Sverige har en europeisk låg andel *unga personer med missbruksproblematik*. Finland har en betydligt högre andel.

I fråga om andelen dödsfall bland vuxna 15-64 år som beror på *narkotikarelaterade dödsfall* ligger Sverige i mitten av EU-länderna i årsrapporten. Såväl Danmark, Norge och Finland redovisar en betydligt högre andel narkotikarelaterade dödsfall.



Proportionell dödlighet relaterad till narkotika under år 2007. Källa: Tabell DRD-5 2009, EMCDDA

En kartläggning av nål- och sprutbytesprogram i ett stort antal Europeiska länder, företrädesvis Västeuropa sammanställdes 2008 av IHRA, International Harm Reduction Association [www.ihra.net](http://www.ihra.net). Basen är i hög grad data från EMCDDA. Kartläggningen omfattar 25 länder med drygt 460 miljoner invånare i "Västeuropa" som definieras som de europeiska länderna exklusive de länder som tidigare tillhörde östblocket. Det innefattar därmed alla västeuropeiska länder inom EU samt Norge, Island, Schweiz, Turkiet och ett antal småstater som Andorra.

Sprutbytesprogram (NSP:s) finns i alla undersökta länder utom två. De länder som inte har NSP är Island och Turkiet. Det finns enligt kartläggningen nära 25 000 NSP:s i Västeuropa. Detta inkluderar nålar och/eller sprutor som byts eller delas på apotek, men *inte försäljning* av nålar och/eller sprutor.

18 000 av de ca 25 000 utgår från apotek i Frankrike. Apoteksbaserade NSP:s är vanligast i Frankrike, Spanien, Portugal och Storbritannien. Apoteksbaserade NSP:s har den största geografiska räckvidden.

NSP:s utanför apotek har ett bredare utbud, som innefattar t ex kunskapsförmedling och kontakt med andra tjänster. Nio länder arbetar med "Community based outreach" inom ramen för NSP:s.

Norge har den största distributionen av sprutor per person. I Norge beräknas 290 sprutor per person och år. Sverige nämns som ett land med låg täckning av NSP:s med endast två NSP:s, begränsade öppettider och åldersgränser.

Sprutautomater (SVM:s) finns i sex länder; Österrike, Danmark, Frankrike, Luxemburg, Holland och Norge. Automaterna är tillgängliga dygnet runt.

DCR:s (Drug consumption rooms) finns i sex av de kartlagda länderna. De länder som har DCR:s är Holland (40), Tyskland (25), Schweiz (12) Spanien (6), Luxemburg och Norge (1).

Argumenten för DCR:s i rapporten liknar dem för NSP:s. DCR:s framhålls i rapporten som medel mot HIV-spridning, överdoser och för att komma i kontakt med andra tjänster, t ex metadonprogram. Initiativ för DCR:s har tagits i flera länder, i rapporten nämns Portugal, Storbritannien och Danmark.

## 6.2 Göteborg

Antalet personer med missbruksproblematik – relaterat till invånarantalet – har länge legat över riksgenomsnittet för Göteborgs kommun, samtidigt som det legat relativt stilla under perioden 1979–1998. Sistnämnda året beräknades antalet personer med tungt missbruk till 739 per 100 000 invånare 15–54 år (motsvarande ca 2 100 personer eller 8 % av det totala antalet i Sverige)<sup>18</sup>.

Enligt skattningen i SOU 2005:82 utifrån slutenvårdsdata står Västra Götalands län för ca 19 % av det tunga narkotikamissbruket i Sverige under senare år. Andelen HIV-fall med intravenös smittväg rapporterade från (f d) Göteborg- och Bohuslän har t o m 2007 totalt utgjort ca 3 %. Enligt Brå (2006) har andelen narkotikalagförda för Västra Götalands del legat runt 17 %. Åren 1987–2007 har Västra Götalands län bidragit med ca 17 % av alla vårdtillfällen för narkotikamissbruk.

## 6.3 Helsingfors

*Källa: Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2008*

I de rättsmedicinska läkemedels- och narkotikaundersökningar som genomfördes 1997–2000 för att reda ut dödsorsaken nästan fördubblades fynden av narkotika i Finland. Efter detta stabiliserades antalet fynd under några år huvudsakligen för att det inte fanns heroin på marknaden. Samtidigt minskade antalet heroin- dödsfall. Under de senaste åren har antalet narkotikafynd åter ökat. Enligt

<sup>18</sup> Drogutvecklingen i Sverige 2008, CAN Rapportserie 113

preliminära uppgifter gjordes narkotikafynd vid 234 dödsfall 2007, vilket är mer än någonsin tidigare. Antalen buprenorfin- och amfetaminfynd har ökat. I cirka hälften av fallen var den så kallade underliggande dödsorsaken narkotikaförgiftning. Heroin- och kokaindödsfall är ovanliga<sup>19</sup>.

År 1998 utbröt en HIV-epidemi bland injektionsnarkomaner, men inom några år lyckades man hejda ökningen av smittfall. Denna minskning sammanföll med införandet av sprutbyte (se nedan). Antalet smittfall orsakade av intravenöst bruk av narkotika har minskat under hela 2000-talet. Enligt 2007 års preliminära uppgifter hade smittan fått genom intravenöst bruk av narkotika i 6 procent av de nya HIV-fallen, medan andelen var över hälften år 1999. Enligt informationssystemet för narkomanvården var cirka 1 procent HIV-positiva av de klienter som genomgått ett HIV-test .

Antalet nya fall av HIV samt Hepatit B och C i Finland har sjunkit eller hållits på låg nivå sedan början av 2000-talet. Fram till hösten 2007 hade det konstaterats 324 HIV-smittor i Finland som fått via sprutdroger. Av dessa hör 95 % till den epidemi som bröt ut år 1998. En uppskattning gjordes under 2005 att 1,4 % av de som injicerar i Finland har HIV.

Hepatit B-förekomsten bland injicerande har minskat kraftigt de senaste åren, sannolikt pga ett täckande vaccinationsprogram.

Ca 40 % av missbrukarna beräknas vara smittade med Hepatit C, men förekomsten baserad på s.k. exit-poll-undersökningar visar på en förekomst på 50-70 %.

Av de smittsamma sjukdomarna är framför allt hepatit C ofta förknippat med intravenöst bruk av narkotika. Det årliga antalet nya fall av hepatit C har dock minskat under de senaste åren. År 2007 var antalet nya smittfall enligt preliminära uppgifter 1 157. Enligt informationssystemet för narkomanvården hade 63 procent av de narkotikaklienter som genomgått ett hepatit C-test fått ett positivt testresultat.

### 6.3.1 Sprutbytesprogram i Helsingfors

Lågtröskelmottagningen Vinkki i Helsingfors drivs av organisationen A-klinikka, Finlands största missbrukarorganisation. Vinkki har funnits sedan 1997 och har stegvis utvecklat lågtröskelsverksamhet. Idag har Vinkki 4 center, 1 stort centralt och 3 mindre utspridda strategiskt i förorter runt Helsingfors. Vinkki arbetar i nära samarbete med socialtjänsten.

De tjänster som Vinkki erbjuder består av hälso- och socialrådgivning, behandling, utbyte av sprutor, HIV (rapid tests)/hepatit tester, klamydia, gonorré, graviditetstester, a/b hepatitvaccinationer, behandling av abscesser och sår, läkare. Man erbjuder även möjlighet att ringa, använda internet, kaffe, mat, wc, dusch och viloplats. De mindre centralerna har dock begränsat utbud.

Vinkki har utöver den fasta verksamheten även uppsökande mobil verksamhet. Verksamheten har ca 6000 klienter i sin databas. Vinkkis centrala center har ca 100 klienter per dag på ca 5 anställda. Totalt har verksamheten 15 anställda uppdelat på socialarbetare och medicinare.

Inom verksamheten byter man ca 900 000 sprutor per år (ökar från år till år) och har en budget på ca 1 miljon euro. Ungefär 30 % av klienterna är kvinnor. All service är gratis.

Vinkki har *ingen åldersgräns* men måste informera myndigheter om klienterna är *under 18 år*. Det går att vara anonym när man besöker verksamheten, och man uppger istället ett "smeknamn".

---

<sup>19</sup> Rättsmedicinska institutionen vid Helsingfors universitet



Vinkki har en *peer-support struktur*, där f d narkomaner är involverade för att skapa förtroende och överbrygga skillnader mellan brukare och personal.

#### 6.4 **Köpenhamn**

De danska insatserna mot HIV bygger på frivillighet, anonymitet, öppenhet, direkt och ärlig information samt trygghet för den enskilde i kontakten med sociala myndigheter([www.sst.dk](http://www.sst.dk)). Därför rapporteras HIV-testning och HIV-smitta anonymt.

Antalet nya HIV-smittade har varierat från år till år och det samma gäller andelen HIV-smittade från intravenösa droger. Under 2007 var 8 % (25 personer) av de nydiagnostiserade HIV-positiva intravenösa droganvändare. Andelen har legat mellan 5 och 11 % de senaste 10 åren.

I Köpenhamn uppges utbredningen av HIV vara låg. I årsrapporten från Sundshedsteamet år 2008 har man inte hittat något fall av HIV bland ca 70 testade<sup>20</sup>. Hepatit C uppgår däremot till 70-90 % smittade bland injektionsnarkomaner. Man ser även en ökning av Tuberkulos.

Ålders- och könsfördelning bland sprutbytarna fördelar sig mellan 30-45 år, och 20 % är kvinnor. Under 2007 var der 78 % män och 22 % kvinnor bland injektionsnarkomaner i behandling, med en medelålder på 32 år för både män och kvinnor.

##### 6.4.1 **Sprutbytesprogram i Köpenhamn**

I Danmark har man bedrivit verksamhet med sprutdelning sedan år 1986. Man bedriver en verksamhet där man erbjuder sprutdelning kombinerat med sociala tjänster och hälsotjänster.

Det nyinrättade *Sundhedsrummet* som drivs som ett försöksprojekt av Socialförvaltningen och frivilligorganisationen Dugnad är en öppen lokal för narkotikaanvändare. Här finns Läkare, sköterskor och socialrådgivare anställda och förutom tillgång till rena sprutor erbjuds klienterna även mat, kaffe och en träffpunkt. Många besökare uppges vara mellan 35-50 år och man har en profil mot hemlösa. Verksamheten öppnar kl. 07.30 till skillnad från många andra ställen med liknande profil som öppnar kl. 09.00.

I Sundhedsrummet kombinerar man med projekt med gatuteam på fem ställen.

*Mændenes Hjem* är en mångsidig och differentierad social verksamhet för hemlösa och utsatta. Det är en självägande institution som drivs av Missionen bland hemlösa. Verksamheten innefattas av Härbärke, "bofelleskap" och boenhet. Man erbjuder även hälso- och sjukvård med läkare på dagtid med hjälp av 20 frivilliga läkare. Vissa kvällar erbjuds även tandklinik med 25 frivilliga tandläkare. Övrigt i utbudet på Mændenes Hjem består av Nattcafé, kontaktställe, utdelning av sprutor, kanyler mm, hemlösas tidning och begagnade kläder

På Mændenes Hjem har man 60 personer engagerade. Budgeten för verksamheten uppgår till 16 miljoner DKK. Flera av de som är engagerade i verksamheten arbetar ideellt.

På Maendenes Hjem kan 200-500 personer hämta sprutor varje dygn, och totalt delar man ut ca en miljon sprutor och kanyler varje år. Utdelning av sprutor sker 24 timmar per dygn, 7 dagar i veckan, alla dagar under året. Man delar även ut annan utrustning, såsom sterilt vatten. På Mændenes Hjem kan man hämta sprutor och kanyler anonymt.

---

<sup>20</sup> SundhedsTeam . Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer i Københavns Kommune . Årsrapport 2008

Även andra härbärgen delar ut sprutor samt ett Apotek, men i mycket mindre mängd (50–100 000 stycken.)

Enligt en utvärdering som är genomförd är 96 % av besökarna nöjda. Besökarna ligger i åldern 30-45 år.

Om det är personer under 18 år eller gravida som kommer till verksamheten anmäler personalen detta till kommunen. Personalen på Mændenes Hjem upplever dock inte att det finns så många unga besökare.

Målsättningarna med verksamheten på Mændenes Hjem är att förebygga HIV, Hepatit och infektioner, ha tillgänglighet dygnet runt, samt erbjuda en kombination av sprutdelning och sociala tjänster och hälsotjänster.

I Köpenhamn finns ingen sprutbytesverksamhet. Det finns dock andra städer i Danmark som har detta, exempelvis i Odense. Enligt personalen på Maendenes Hjem utgör använda kanyler ett estetiskt problem men inget hälsoproblem. Polisens beslagtar inte sprutor och verktyg i närheten av verksamheterna. Det finns heller inget krav på återlämning av sprutor.

## 6.5 *Malmö*

Av "Narkotikastatistik 2006" (Brå 2007) framgår att Skåne hade näst flest narkotikalagförda i förhållande till folkmängden (331 per 100 000). Strax under 20 % av samtliga narkotikalagföringar härrör från Skåne län. Satt i relation till folkmängden har Malmö kommun alltsedan slutet av 1970-talet haft den största förekomsten av tungt missbruk. År 1998 uppgick antalet personer med tungt missbruk till 1 080 per 100 000 invånare 15–54 år (vilket motsvarar ca 1 600 personer). Detta är högre än såväl 1979 som 1992.

Narkotikadödligheten i Skåne län ligger på en högre nivå fr. o m 1996, från att ha stått för 10 % av dödligheten till att numera bidra med drygt 20 % av dödsfallen. Länet har alltsedan 1987 stått för runt 13 % av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen i Sverige. I skattningen i SOU 2005:82 där man utgår från slutenvårdsdata står länet för närmare 15 % av det tunga narkotikamissbruket i Sverige. Två procent av dem som inrapporterats vara HIV-smittade med intravenös smittväg kom från f d Malmöhus län<sup>21</sup>.

Under 2004 genomfördes en regional kartläggning i samtliga kommuner i Skåne län, likartad den som gjorts nationellt. Kartläggningen fann drygt 1 100 personer med tungt missbruk i Malmö kommun och relaterat till invånarantal placerade sig kommunen på fjärde plats i länet. Före kom Landskrona, Sjöbo, och Klippan, vilket visar att tungt narkotikamissbruk inte bara är ett storstadsfenomen, även om antalet personer med ett tungt missbruk i dessa tre kommuner totalt inte översteg 400<sup>22</sup>.

Förekomsten av HIV är låg bland sprutbyterna i Malmö. Nysmitta har inte förekommit under de senaste 8 åren inom sprutbytet. Fyra tidigare välkända HIV-positiva injektionsnarkomaner har under 2008 deltagit i sprutbytesprogrammet.

Majoriteten (ca 60 %) av deltagarna i sprutbytet är redan smittade med hepatit C vid första besöket<sup>23</sup>

<sup>21</sup> CAN-rapportserie 113 drogutvecklingen i Sverige 2008 Skåne/Malmö

<sup>22</sup> Länsstyrelsen i Skåne län 2005

<sup>23</sup> Verksamhetsberättelse 2008, Malmö Sprutbytesprogram, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

### 6.5.1 Sprutbytesprogram i Malmö

Sprutbytesprogrammet i Malmö/Lund startade 1987, och har utvecklats från att vara ett rent HIV-förebyggande initiativ, till att bli ett brett forum för medicinska och psykosociala insatser.

Deltagarna i sprutbytesprogrammet testas för HIV och hepatit, samt erbjuds vaccination mot hepatit A och B. Många medicinska problem åtgärdas i öppenvård. Ett övergripande mål är att etablera kontakt mellan missbrukarna och socialtjänst/beroendeklinik.

Personalen har under 2008 bestått av två undersköterskor, en sjuksköterska(50 %), en kurator (socioonom), läkare (50 %), samt barnmorsketimmar via kvinnokliniken

Under 2008 har ca 80 000 sprutor delats ut och 97 % av sprutorna har lämnats in på mottagningen under året . Under året besöktes sprutbytesprogrammet av 900 personer (661 män=73,4% och 239 kvinnor=(26,6%), som tillsammans gjorde 10 809 besök. Medianåldern för samtliga besökare 2008 är 41 år för män och 40 år för kvinnor . Medelåldern för nybesökare var 32 år och medianåldern 29 år<sup>24</sup>. Åldersgränsen för sprutbytesverksamheten är 20 år.

Antalet besökare har minskat något från föregående år. Det kan finnas flera förklaringar till detta, såsom kravet från lagstiftningen 2006 om legitimationskontroll, men minskningen kan också bero på att fler deltagare kommit in i underhållsbehandling. Det finns även tecken på, att sprutmissbruket kan ha minskat/stagnerat och delvis ersatts med andra intagningsätt .

Av nybesökarna uppger 13 stycken att en av deras föräldrar är födda i ett annat land och ytterligare 13 stycken uppger att båda deras föräldrar är födda i ett annat land än Sverige. Det var 80 personer som besökte programmet för första gången 2008. Då Malmö är en multietnisk stad anses personer som invandrat till landet vara underrepresenterade bland nybesökarna.

Inom verksamheten har man inte kunnat uppfylla lagens krav på att dela ut märkta sprutor, eftersom sådana ej har kunnat uppbringas hos tillverkarna. Personalen lägger ner mycket kraft på regelbunden smittskyddsinformation, om hur besökarna kan undvika blodsmitta.

Personalen har även ett utvecklat samarbetet med beroendesjukvården och erbjuder alla en kontakt med avgiftningsenheten. I stort sett alla sprutnarkomaner som lags in på beroendecentrums avgiftningsenhet har deltagit i sprutbytesprogrammet. Man upplever en brist på avgiftningsplatser och på substitutionsbehandling för opiatberoende. Väntetiderna dit är långa för närvarande.

Planer finns på att starta sprutbytesprogram även i Helsingborg. Frågan behandlades i Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne tidigare i år. Socialnämnden i Helsingborg har under 2009 ställt sig bakom en sprutbytesverksamhet. Syftet med en sprutbytesverksamhet i Helsingborg är i första hand att minska risken för smittspridning av Hepatit B och HIV. I Helsingborg och nordvästra Skåne finns jämförelsevis stor andel personer med tung missbruksproblematik. Man har en högre smittspridning av Hepatit B i Helsingborgsområdet än på andra håll i Skåne.

## 6.6 Oslo

Under 2006 kom resultaten som visade att 43 % var infekterade med Hepatit B(231 personer testats). Hepatit C övervakas inte i Norge i samma utsträckning som hepatit A och B, och antalet nya fall av injektionsnarkomaner som är smittade med hepatit C-virus är därför inte känd.

---

<sup>24</sup> Verksamhetsberättelse 2008, Malmö Sprutbytesprogram Infektionskliniken Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Under åren 2002-2007 har andelen smittade med Hepatit C minskat från 79 % till 64 %. Antalet smittade personer med HIV är begränsat, under 2002 hade 1,2 % HIV jämfört med 0 % år 2007.

Medelåldern bland sprutbytarna var under 2007 36 år. Genomsnittsåldern under 2008 var 37 år och brukarna har långvarigt heroinberoende bakom sig. Könsfördelningen är 70 % män och 30 % kvinnor.

Åldersgränser och avgränsning av dem som får tillgång till sprutor. Målgruppen är tungt belastade heroinister över 18 år. Antal genomsnittliga injektioner per dag var 25 stycken under 2005, 22 under 2006 och 32 under 2007. Under 2008 hade siffran höjts till 53 injektioner per dag.

### 6.6.1 Sprutbytesprogram i Oslo

Verksamheten med sprutbyte i Oslo började med en "sprutbuss" med uppsökande verksamhet i slutet av 1980-talet. Grundpelare i Oslos arbete med skadereduktion inkluderar: att inte ställa krav på absolut drogfrihet, göra korta interventioner, bygga upp långsiktiga relationer, samt att arbeta med tillgång till information.

På *smittvernsenheten* centralt i Oslo tillhandahålls rena pumpar och kanyler, kondomer och glidmedel, information om smittskyddsfrågor samt länkning till andra vård- och sociala tjänster.

På det lågtröskelboende vi besökte tillhandahåller man även rena sprutor och kanyler, och de boende kan injicera i lokalerna.

*Sprutrumprojektet* är ett försöksprojekt mellan år 2005-2009 som ska utvärderas med kriminalpolitiska, socialpolitiska och hälsopolitiska mål. Verksamheten har öppet mellan kl. 09.30-15.30 alla dagar i veckan.

Målgruppen är tungt belastade heroinister över 18 år. I sprutrummet har man sex injektionsplatser och man arbetar för att åstadkomma trygga ramar runt injiceringsituationen plus enkel hälsovård och sociala insatser. Det är lagstadgat om straffrihet för injektioner i sprutrummet och man kan legalt ha en dos med sig.

Antalet injektioner i lokalerna har ökat från i genomsnitt 25 per dag 2005 till 53 per dag 2008.

I Oslo tillhandahåller man betydligt fler sprutor än i Köpenhamn och Helsingfors. Under den senaste 10-årsperioden har man delat ut cirka 2 miljoner sprutor per år.

### 6.7 Nederländerna och Schweiz

I beslutet om att genomföra en utredning om sprutbyte och andra smittskyddsåtgärder har även Nederländerna/Amsterdam och Schweiz/Zürich nämnts som tänkbara jämförelseobjekt. Under arbetet med utredningen har valet gjorts att koncentrera jämförelserna till de andra nordiska huvudstäderna Helsingfors, Köpenhamn och Oslo samt Malmö, då detta bedöms ha störst relevans för förhållandena i Stockholms län. Ett antal uppgifter har dock inhämtats om förhållanden i Nederländerna och Schweiz.

I *Nederländerna* finns en nationell narkotikapolicy<sup>25</sup> som syftar till att:

- Förebygga narkotikaanvändning och behandla och rehabilitera narkotikaanvändare
- Minska skadorna för de som använder narkotika
- Minska problem i den offentliga miljön som narkotikaanvändare orsakar
- Bekämpa produktion och distribution av narkotika

<sup>25</sup> Emcdda. Country overview Netherlands, July 2008

Regionala myndigheter och kommuner ansvarar för genomförande av drogpolitiken i Nederländerna. I praktiken sköts insatserna av regionala NGO:s och privata aktörer.

Möjlighet till nål- och sprutbyte har funnits i mer än 20 år i Holland och finns i alla större städer, däribland Amsterdam. Det totala antalet sprutbytesprogram är inte känt, och det finns ingen nationell statistik över hur många nålar och sprutor som byts ut. Data från Amsterdam från början av 1990-talet visar att en miljon sprutor byttes ut under denna tid. Sedan 1993 har det varit en snabb minskning till 380 000 sprutor år 2006<sup>26</sup>.

Två ”metadonbussar” i Amsterdam erbjuder omedelbar metadoninjicering, fria nålar och kondomer<sup>27</sup>. Amsterdams hälsovård uppges ha kontakt med över 50 % av drogmissbrukarna. Antalet personer med tung missbruksproblematik har varit stabilt de senaste fem åren medan medelåldern har ökat.

*Schweiz* är inte medlem i EMCDDA, vilket begränsar tillgången till information. Sprutbytesprogram har funnits i Schweiz sedan 1986. 1988-1992 var Zürich Platzpitz Park fritt område för nåldistribution. Men staden blev ett tillhåll för utländska narkomaner, och antalet nålar som byttes ut ökade från 3000 till 12000 per dag innan parken stängdes år 1992<sup>28</sup>.

Försöksverksamhet med herointerapi startade i Schweiz år 1994. En folkomröstning i Schweiz sade nyligen ja till permanentande av herointerapi. 68 procent röstade ja, medan 32 procent röstade nej. Samtidigt sade 63 procent av de röstande nej till legalisering av cannabis<sup>29</sup>. Förespråkarna för ett underhållsprogram menar att detta minskar kriminaliteten i samhället och att risken för överdoser minskar när intaget sker mer kontrollerat.

Det finns Injektionsrum i Zürich och andra städer i Schweiz. Motiv som angivits för detta är att hindra överdoser och förebygga AIDS.

---

<sup>26</sup> Ibid

<sup>27</sup> The ”methadone by bus” project in Amsterdam. Journal compilation 2008 Society for the Study of Addiction

<sup>28</sup> Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. Klingemann

<sup>29</sup> <http://drugnews.nu> 2008-11-30

## 6.8 Sprutbyte i olika städer, en överblick

	<b>Malmö</b>	<b>Köpenhamn</b>	<b>Oslo</b>	<b>Helsingfors</b>
<i>Sprutbyte eller sprutdelning</i>	Sprutbyte	Sprutdelning	Sprutbyte	Sprutbyte
<i>Huvudman</i>	Landstinget	Kommunen och frivilligorganisation	Kommunen	Frivilligorganisationer
<i>Omfattning av sprutor</i>	80 000 sprutor/år	En miljon sprutor per år	2 miljoner sprutor per år	900 000 sprutor/år (ökar)
<i>Årlig budget OBS Siffrorna inte helt jämförbara då de omfattar olika slags verksamhet</i>	Ca 2 miljoner kronor	16 miljoner danska kronor. Innefattar även härbärge, bofelleskap och boenhet	2, 15 miljoner NOK plus personalkostnader	En miljon Euro
<i>Åldersgräns</i>	20 år	Nej, men myndigheterna informeras om klienter under 18 år	18 år	Nej, men myndigheterna informeras om klienter under 18 år
<i>Anonymitet</i>	Nej	Ja	Ja	Ja
<i>En eller flera lokaler</i>	En	En huvudinstitution, men sprutor tillhandahålls på flera ställen	En huvudinstitution, men sprutor tillhandahålls på flera ställen	Fyra fasta, en mobil "sprutbil"
<i>Bemanning</i>	2 usk, en 50 % ssk, en kurator, en 50 % läkare samt barnmorsketimmar	60 anställda, 45 heltidstjänster. Innefattar även härbärge, bofelleskap och boenhet	3,75 årsarbetskrafter	5 anställda centralt. Totalt 15 anställda.
<i>Antal klienter</i>	900 personer gjorde 10 800 besök år 2008	200-500 per dag	226 per dag under år 2008	6 000 i databasen 100 per dag
<i>Tillgänglighet</i>	Mån-ons 10:00–15:00, tor 13:00–15:00 samt fre 9:00–12:00.	Sprutor tillhandahålls 24 timmar per dygn, 7 dagar i veckan	16.00 – 23.00 varje dag hela året	De fasta centralerna har öppet 12-16 eller 12-18 vardagar. Ambulerande är igång 16-23 sex dagar i veckan.
<i>När startade verksamheten</i>	1987	1986	Sprutbuss 1988-2003. Nuvarande verksamhet från 2003.	1997

## 7 Resultat från studier och forskning

I utredningsarbetet har underlag och resultat från studier och forskning inhämtats på flera olika sätt:

- Djupintervjuer med sakkunniga på området, bl. a Nils Stenström, Kerstin Käll, Mats Berglund, Ellen Amundsen (föredragning vid studiebesök i Oslo), Åke Örtqvist och Christer Lidman.
- Genomgång av litteraturoversikter och samlade forskningsstudier
- Föredragningar vid startseminarium 16 maj 2008, vid studiebesök i Helsingfors och Oslo, vid expertseminarium 21 april 2009 och vid seminarium med brukarföreningen i juni 2009

En slutsats av denna kartläggning är att det inte finns entydiga eller samstämmiga slutsatser från forskarvärlden då det gäller sprutbytesprogrammets effekter för smittspridning och omfattning av missbruket.

### 7.1 *Generellt om forskningsresultaten*

När det gäller forskning generellt om sprutbytesprogram finns bl. a följande problematik som diskuteras<sup>30</sup>:

- Brist på randomiserade kontrollerade studier (RCS). De RCS som har genomförts har inte mätt effekten av HIV-spridning.
- Effekten av sprutbytesprogram (NEP) kan bero på i vilket skede av en epidemi som NEP introduceras. I flera studier anges inte epidemins stadium i respektive stad.
- Svårigheter att värdera effekter av andra insatser som samtidigt gjorts för att begränsa smittspridningen, som HIV-testning, rådgivning och kontaktsparning.

### 7.2 *Exempel på utvärderingar*

I Malmö och Finland har man gjort utvärderingar av verksamheten i sprutbytesprogrammen.

I Nils Stenströms doktorsavhandling från 2008<sup>31</sup> görs en studie av deltagarna vid *sprutbytet i Malmö*. En fråga i studien är vilka samband finns mellan deltagande i sprutbyte och besökarnas riskbeteende, hälsa och sociala situation. Ett antal slutsatser från Stenströms studie är:

- Få och små skillnader mellan sprutbytare och övriga personer med tung missbruksproblematik i Malmöregionen
- Spridningen beträffande besöksfrekvenser är extremt stor – få besökare utnyttjar programmet optimalt ur smittskyddssynpunkt
- Omfattande utnyttjande av komplementär service
- Graden av spruttäckning påverkar inte sprutdelningen
- Osäkert om programmet minskar smittrisker
- Sociala besök har en smittskyddande inverkan
- Få besökare etablerar socialtjänst-/ behandlingskontakt

---

<sup>30</sup> Injektionsmissbruk och hiv – vad fungerar? Käll, Amundsen, Rönnbäck, Hermansson, Rönnberg 2008

<sup>31</sup> Sprutbyte vid intravenöst Narkotikamissbruk. Nils Stenström, Mittuniversitet, 2008

När det gäller *sprutbytesverksamheten i Finland* kom det finska folkhälsoinstitutet KTL under 2008 med en tvärvetenskaplig studie om effektiviteten av smittoförebyggande hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare<sup>32</sup>. Dessa tjänster innefattar bl. a sprutbyte.

Enligt Utvärderingen har hälsorådgivningsinterventionen varit en viktig faktor vid förebyggande av HIV-infektioner, hepatit A- och B-infektioner och delvis också hepatit C- infektioner samt för att bekämpa epidemier bland sprutdroganvändare och indirekt också bland resten av befolkningen. Verksamheten har nått både de mål som ursprungligen ställdes upp och de mål som uppstått då verksamheten expanderat vad gäller utökade tjänster, hur man når målgruppen samt minskningen av smittorisker.

Särskilt betydande är det enligt utvärderingen att de ambitiösa mål som ställts för HIV-infektionssituationen för att stoppa epidemin samt begränsa antalet nya fall till under 30 per år verkligen har förverkligats.

### 7.3 *Jämförelse mellan nordiska strategier*

Flera norska forskare (Ellen J Amundsen m fl) har i en vetenskaplig artikel i European Journal of Public Health gjort en *komparativ jämförelse mellan Danmark, Norge och Sverige* av hur man arbetar mot spridning av HIV-smitta bland injektionsnarkomaner<sup>33</sup>. Bakgrunden till studien är de olika strategier som valts i länderna. Ett syfte med studien är att undersöka vilken effekt legal tillgång till rena nålar och sprutbytesprogram har i förhållande till program som bygger på testning och rådgivning. I artikeln beskrivs dels de olika strategierna, dels variabler av HIV-incidens över tiden mellan 1980 och 1996.

Artikelförfattarna kommer fram till att en *hög nivå på testning och rådgivning* kan vara mer effektivt för att förebygga spridning av HIV än sprutbytesprogram. Sverige och Norge, som hade högre grad av rådgivning och testning, hade signifikant lägre incidens av HIV bland injektionsnarkomaner än Danmark, där det fanns legal tillgång till nålar och sprutor och en lägre grad av rådgivning och testning. Slutsatsen författarna drar av studien är att tillgång till rådgivning och testning för injektionsnarkomaner bör övervägas i länder där en sådan strategi inte har införts eller haft låg prioritet.

### 7.4 *Effekter avseende riskbeteende, smittspridning och narkotikamissbruk*

Nils Stenström har i sin avhandling gått igenom tre litteraturöversikter av studier som behandlar utfall av sprutbytesprogram. Litteraturöversikterna omfattar 24, 42 respektive 70 studier.

Slutsatserna av dessa litteraturöversikter är enligt Stenström:

- Av 11 studier som studerat sprutbytesprogrammets effekter avseende missbruksomfattning visar 6 en positiv effekt, 2 en negativ effekt och 3 ingen effekt
- Av 26 studier som studerat sprutbytesprogrammets effekter avseende riskbeteende visar 21 en positiv effekt, 6 en negativ effekt och 3 ingen effekt
- Av 33 studier som studerat sprutbytesprogrammets effekter avseende infektionsrisk visar 17 en positiv effekt, 8 en negativ effekt och 8 ingen effekt. Endast två av dessa 17 studier inbegriper emellertid jämförelser mellan sprutbytare och icke sprutbytare.

<sup>32</sup> Förtroende och fri vilja som grund för hälsorådgivningsverksamhetens framgångar, KTL 2008

<sup>33</sup> European Journal of Public Health 2003; 13: 252- 258



I koncentrat visar litteraturöversikten enligt Stenström att:

- Injektionsnarkomaner utgör en betydande *riskfaktor för spridning av HIV och hepatit* när infekterat blod överförs vid sprutdelning.
- Sprutbytesprogram kan öka tillgängligheten till injektionsverktyg och anses därmed *bidra till minskad sprutdelning* och lägre smittrisk.
- *Sprutdelning* är vanlig även bland personer som *nyttjar* sprutbytesprogram.
- Kvinnor, prostituerade, personer med kortvarig erfarenhet av injektionsmissbruk samt unga har visat sig *särskilt utsatta* för risker i samband med sprutdelning.
- Det förefaller oklart hur sambanden mellan *injektionsmissbrukets intensitet* och deltagande i sprutbytesprogram ser ut.
- Injektionsrelaterat *riskbeteende har minskat* bland deltagare i sprutbytesprogram.
- Om sprutbytesprogram minskar risken för *blodsmitta tycks oklart*.
- Många sprutbytesprogram täcker mindre än en tredjedel av besökarnas *verktygsbehov*.

## 8 Intervjuresultaten

I arbetet med denna utredning har ett antal djupintervjuer gjorts med forskare, företrädare för hälso- och sjukvård, kommunala företrädare, myndighetsföreträdare samt representanter för olika ideella organisationer. I detta avsnitt anges kortfattat ett antal resultat från dessa djupintervjuer.

### 8.1 Olika aktörer

Bland de företrädare för *hälso- och sjukvården* som intervjuats finns dels en pådrivande, dels en öppen och pragmatisk syn på frågan om sprutbyte för injektionsnarkomaner.

Generellt ser intervjuade från infektionssjukvården fördelar med rena verktyg för att begränsa smittspridning och inte så stora risker med sprutbyte. Inom beroendevården har inställningen förändrats från stort motstånd till delade uppfattningar. Flera intervjuade betraktar sprutbyte som en smittskyddsåtgärd.

Generellt betonar hälso- och sjukvårdsföreträdare att sprutbyte behöver vara en del av en större insats med bl. a provtagning, smittspårning, rådgivning, avgiftning, missbruksvård och sociala insatser.

Det finns en skepsis till om spridningen av Hepatit C kan nås med sprutbytesprojekt. Flera intervjuade bedömer att tillgång till rena sprutor framför allt effektivt för att hejda HIV-smittspridning.

Flera hälso- och sjukvårdsföreträdare betonar att de inte har tagit del av uppgifter som visar att sprutbyte i sig ökar narkotikamissbruket.

De *kommunala* företrädare som intervjuats har i regel inte tagit ställning till frågan om sprutbyte. Bland några intervjupersoner som arbetar med missbruksfrågor finns intuitiv skepsis mot att tillhandahålla rena verktyg till injektionsnarkomaner. Flera företrädare betonar av att de sociala aspekterna och tillgängligheten till vård inte får prioriteras ned om sprutbyte införs.

Det framhålls som en fördel om kommunerna i Stockholmsregionen är överens om tagen om sprutbyte skulle införas. Det finns ingen starkt fokus på arbete mot smittspridning bland de kommunala företrädare som intervjuats – det bedöms vara en fråga för landstinget och hälso- och sjukvården.

Problembilden varierar bland kommunerna när det gäller missbrukssituationen. Närheten till Stockholm präglar bilden för flera kommuner. Ingen av de intervjuade kommunerna har observerat en dramatisk ökning av injektionsnarkomaner. Det finns dock en oro för hur missbruket bland ungdomar kommer att utvecklas.

När det gäller *frivilligorganisationer* är meningarna starkt delade i synen på att ge tillgång till rena sprutor. Organisationer som arbetar med smittskyddsfrågor och brukarföreningar är pådrivande för att få ett sprutbyte till stånd i Stockholm. Flera föräldra- och anhörigföreningar liksom organisationer som primärt arbetar mot missbruk av alkohol och narkotika företräder ett starkt motstånd mot sprutbyte.

## 8.2 *Argument för sprutbyte*

Ett antal av de mest förekommande argumenten för att starta sprutbytesverksamhet i Stockholm som förs fram i genomförda intervjuer är följande:

- ✓ God hygien är en avgörande fråga för att *minska risken för smittspridning*. Genom sprutbytesverksamhet kan man reducera riskerna för spridning av HIV och Hepatit C.
- ✓ Sprutbytet skapar en *ny kontaktyta* som leder till att flera kan få hjälp och bli en ingång till vård.
- ✓ Sprutbyte är en *första linjens sjukvård* för patienter med mycket dåligt hälsotillstånd. Det kan ge möjlighet för fler att bli friska, och därmed även sänka kostnaderna för samhället.
- ✓ Samhället ska bejaka insatser som ger ett *värdigt liv* även för narkomaner. Att förebygga att någon riskerar att bli smittad är en sådan insats. Att substituera sprutbyte med vård och behandling fungerar inte.
- ✓ Det finns inte belagt att sprutbyte har negativa *narkotikapolitiska effekter*.
- ✓ Vissa anhängare av sprutbyte bedömer att det finns risk att det hårda motståndet mot narkotika kan komma att luckras upp av ett sprutbyte, men att de *positiva effekterna* av att färre blir smittade ändå överväger.

## 8.3 *Argument mot sprutbyte*

Ett antal av de mest förekommande argumenten för att *inte* starta sprutbytesverksamhet i Stockholm som förs fram i genomförda intervjuer är följande:

- ✓ Det finns risk att sprutbyte är starten på ett *sluttande plan* som i andra länder och städer: först sprutbyte, sedan injektionsrum för narkomaner, därefter herointerapi.
- ✓ Sprutbyte kommer att *öka acceptansen* för narkotikaanvändning i samhället. Det finns oro för att antalet injektionsnarkomaner kommer att öka.
- ✓ Sprutor som *inte lämnas in* kommer att spridas och vara smittrisker. Det kan vara svårt att hålla kontroll på alla sprutor som lämnas ut.
- ✓ Genom sprutbyte styr man bort insatserna från *vård och behandling* till narkomaner.
- ✓ Man tar ifrån personen det *egna ansvaret* för sin situation.
- ✓ Det *dör betydligt fler* människor varje år av sitt narkotikamissbruk än de som dör av HIV genom smittspridning från att ha delat verktyg.
- ✓ Alla injektionsnarkomaner kommer inte att använda de rena sprutorna *vid varje tillfälle*, varför smittspridningen inte hindras. Sprutbyte kan minska riskbeteendet utan att hejda smittspridningen.
- ✓ Risk att man skapar *fredade zoner* för försäljning av narkotika, missbruk och andra brott. Polisen ingriper inte.
- ✓ Jämför man de nordiska länderna som har olika lösningar visar sig *Sveriges modell* med testning och rådgivning vara effektivare mot smittspridning än vad sprutbyte är.

## 9 Krav på ett sprutbytesprogram

SOSFS 2007:2 innehåller Socialstyrelsens föreskrifter om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika. Huvudinnehållet i dessa föreskrifter anges nedan.

### 9.1 *Ansökan om tillstånd*

Ett landsting som avser att bedriva en verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika skall ansöka om tillstånd hos Socialstyrelsen.

Ansökan skall innehålla:

- *motivering* till varför landstinget ansöker om att få starta verksamheten
- ett beslut av vilket det framgår att *kommunen eller kommunerna* där verksamheten skall bedrivas har biträtt ansökan,
- uppgiften om att *samråd har ägt rum* med samtliga kommuner inom det landsting där verksamheten skall bedrivas,
- en *organisationsplan*,
- uppgifter om vem som skall vara *verksamhetschef* för den verksamhet som skall bedrivas,
- *adressuppgifter* till verksamheten
- uppgifter om det *antal personer som missbrukar narkotika* som beräknas delta i sprututbytesverksamheten
- redovisning av vilka *samlade resurser* som finns inom landstinget för vård av personer som missbrukar narkotika och hur stora dessa resurser är i förhållande till behoven. Redovisningen skall sammanställas i samverkan med den eller de kommuner som har biträtt ansökan.
- redogörelse för:
  - hur behovet av *avgiftning, vård, behandling samt eftervård* av personer som missbrukar narkotika kommer att tillgodoses,
  - hur *samarbetet* mellan olika vård- och behandlingsformer skall gå till
  - vilka *rutiner* som kommer att användas för att om möjligt tillgodose behovet av informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

### 9.2 *Bemanning*

Sprututbytesverksamheten skall ha en medicinskt ansvarig läkare. Verksamheten skall bedrivas i samverkan med landstingets infektionsmedicinska eller beroendemedicinska verksamhet.

Personalen vid sprututbytesverksamheten skall ha psykosocial kompetens och kunskap om och erfarenhet av arbete med personer som missbrukar narkotika. Verksamheten skall i tillräcklig omfattning bemannas med läkare som har specialistkompetens i infektionssjukdomar, socionomer, sjuksköterskor och barnmorskor.

Sprututbytesverksamheten skall också ha tillgång till läkare som har specialistkompetens i psykiatri med erfarenhet av missbruks- och beroendefrågor eller läkare som har annan relevant specialistkompetens.

### 9.3 *Information och erbjudanden till målgruppen*

Den person som missbrukar narkotika och som erbjuds att delta i sprututbytesverksamheten skall av landstinget eller av kommunen:

1. informeras om smittorisker och skydd mot smitta,
2. informeras om risker med missbruk av droger och alkohol,
3. erbjudas en samtalskontakt, och
4. erbjudas avgiftning, vård, behandling samt eftervård och stöd inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Den person som missbrukar narkotika och som inställer sig för att byta ut sprutor och kanyler skall:

1. erbjudas vaccinationer enligt Socialstyrelsens rekommendationer för profylax mot hepatit B, Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition (2005),
2. efter behovsbedömning erbjudas andra relevanta vaccinationer,
3. regelbundet erbjudas rådgivning och provtagning avseende HIV, hepatit B och hepatit C samt andra förekommande allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen (2004:168), och
4. erbjudas samtal för att motiveras att upphöra med sitt missbruk.

### 9.4 *Kvalitet, rutiner, dokumentation och rapportering*

Det landsting som bedriver en sprututbytesverksamhet skall ha ett *ledningssystem*, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, som skall innehålla rutiner för verksamheten.

Verksamhetschefen skall fastställa *rutiner* som säkerställer att:

1. kraven i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler uppfylls,
2. sprutor och kanyler endast lämnas ut till personer som har ett dokumenterat injektionsmissbruk av narkotika
3. sprutor och kanyler inte lämnas ut till personer som är inlagda på sjukhus eller ges vård vid behandlingshem eller motsvarande

Enligt patientjournalagen (1985:562) skall *patientjournal* föras vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården. I patientjournalen skall åtgärder inom sprututbytesverksamheten som berör personer som missbrukar narkotika dokumenteras.

Landstinget skall till Socialstyrelsen vid verksamhetsårets slut lämna in en *verksamhetsberättelse* som innefattar en utvärdering av sprututbytesverksamheten. I föreskrifterna finns krav på vilka uppgifter som ska ingå i verksamhetsberättelsen.

### 9.5 *Begränsningar i ålder och boende*

Enligt lagen om utbyte av sprutor och kanyler (2006:323) får sprutor eller kanyler få lämnas ut endast till den som har fyllt 20 år. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget.

## 10 Andra åtgärder för att begränsa smittspridning

Behandling av narkotikamissbruk och -beroende är på många sätt ett kontroversiellt område där det finns olika vårdideologiska uppfattningar och där forskningsläget till vissa delar är oklart. Några av de centrala frågorna handlar om huruvida behandlingarna har effekt och om det är möjligt att i dag ange vilka tekniker eller metoder som kan anses ha effekt och i så fall under vilka förutsättningar. Behandlingen av missbruk och beroende kompliceras av att narkotikainnehav och därmed bruket är kriminaliserat<sup>34</sup>.

Socialstyrelsen har därför tagit fram nationella riktlinjer för området<sup>35</sup>. Syftet är att göra vården tydligare och mer enhetlig samt att ge huvudmännen ett underlag för att rationellt använda missbruks- och beroendevårdens resurser. Riktlinjerna utgår från ett faktaunderlag som ett stort antal experter tagit fram.

I detta avsnitt redovisas några målgruppsinriktade åtgärder samt socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling som i sin tur begränsar riskerna för smittspridning. De målgruppsinriktade åtgärderna är hämtade från den nyligen fastställda s.k. missbrukspolicyn för Stockholms län<sup>36</sup>. Man kan kanske säga att en välfungerande beroendevård och ett bra samarbete mellan olika aktörer och huvudmän skapar bra förutsättningar att begränsa smittspridning. Ett eventuellt sprutbytesprogram kan enbart vara ett komplement till den reguljära verksamheten.

Det bör kanske redan här framhållas att substitutionsbehandling med metadon, Subutex, m fl. läkemedel är beprövade och välfungerande smittskyddsåtgärder liksom testning, provtagning, information, rådgivning, vaccination och psykosociala insatser.

### 10.1 Tidig upptäckt och förebyggande insatser

Tidig upptäckt innebär att vidta åtgärder innan ett riskbeteende eller ett missbruk etablerats. Den stora utmaningen är att upptäcka problemen hos individer som kanske inte primärt söker socialtjänst eller hälso- och sjukvården på grund av narkotikaproblem. Det är därför viktigt att identifiera riskmiljöer och riskgrupper för att få kontakt med dem som behöver hjälp. För att upptäcka risk- eller överkonsumtion av droger hos personer med kognitiva funktionshinder och utvecklingsstörning krävs särskild kunskap och ansträngning för att motivera till vård och behandling.

Med förebyggande arbete avses alla de insatser som vidtas innan ett riskbeteende eller en skada uppstått. Kunskapen om vilka åtgärder som fungerar inom det förebyggande arbetet ökar. Avgörande för utformningen av förebyggande åtgärder är att det finns kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer för ohälsa som finns och hur dessa kan motverkas respektive främjas. Exempel på riskfaktorer på samhällsnivå är lättillgänglig alkohol och narkotika. På individ- och gruppnivå är skolk, utanförskap och dålig föräldrakontakt riskfaktorer. Exempel på skyddsfaktorer är tillgänglig information om skadliga drogvanor, fungerande familjeförhållanden och deltagande i goda fritidsaktiviteter. Preventionsforskningen visar att ju fler risk- och skyddsfaktorer på individ-, grupp- och samhällsnivå som kan påverkas desto större blir den förebyggande effekten.

---

<sup>34</sup> <http://www.sos.se>

<sup>35</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem, Socialstyrelsen 2007

<sup>36</sup> Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. KSL och SLL 2008

När det gäller smittskyddet kan de preventiva åtgärderna delas in i:

- Primär prevention – ”inte bli smittad”
- Sekundär prevention – ”tidig upptäckt”, samt
- Tertiär prevention - ”inte smitta andra”

Inom primär prevention ingår att bryta missbruket, inte dela sprutor/paraferalia, samt användande av kondom. Sekundär prevention utgörs av testning, tidig diagnos, information samt smittspårning. Tertiär prevention innebär information och förhållningsregler kring att informera, inte dela spruta/paraferalia, samt användande av kondom. Sprutbyte är primär prevention och ett sätt att bryta smittkedjan.

Det finns omfattande information om förebyggande arbete från både statlig och regional nivå, t ex Folkhälsoinstitutet, KFA, Länsstyrelsen, STAD- Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem och Precens - Stockholms stads enhet för folkhälsoarbete och drogprevention

## 10.2 *Ungdomar och unga vuxna*

Det finns ett stort behov av att utveckla vård- och behandlingsinsatserna för ungdomar och unga vuxna. Det råder inte bara brist på vårdalternativ för denna åldersgrupp utan det brister även i samordning och planering mellan sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården.

För att få rätt inriktning på behandlingen måste kunskapen öka om hur risk- och skyddsfaktorer för missbruk, psykisk ohälsa och antisocialt beteende ser ut och hur dessa faktorer påverkar varandra.

Det angeläget att se över organisationen och vårdutbudet hos de specialiserade öppenvårdsmottagningarna för ungdomar med missbruk, ”Mini Mariorna”. Det är önskvärt att dessa mottagningar även kan ta emot och behandla gruppen unga vuxna. Eftersom vissa behandlingar pågår under lång tid skulle detta innebära kontinuitet i behandlingen och ge möjlighet att följa ungdomen upp i vuxen ålder. För detta fordras forskning och metodutveckling av behandling som är anpassad för denna målgrupp.

Ledningsnivåerna i kommunen/stadsdelen och landstinget har ansvar för att utveckla metoder som erbjuder olika målgrupper attraktivt stöd. Det är väl känt att unga sällan söker traditionell hjälp för problem med alkohol och andra droger. En lättillgänglig rådgivning på Internet har stora möjligheter att nå fram till denna målgrupp.

### *SoS riktlinjer*

- Urinprov enligt rutiner i SoS meddelandeblad
- Snabbtest med remsa i urin enligt SoS meddelandeblad
- DUDIT frågeformulär
- DUDIT modul E
- ASI eller DOK, bedömningsinstrument
- ADAD alt Euro-ADAD, bedömningsinstrument
- Fältarbete i riskmiljöer i samverkan mellan socialtjänst och andra aktörer
- Uppmärksamhet vid kontakter med hälso- och sjukvården
- Uppmärksamhet vid kontakter med socialtjänsten

- Omedelbar kontakt med hälso- och sjukvården vid misstanke om samsjuklighet (dubbeldiagnoser)
- Primärvården och psykiatrien har ansvar för att bedöma och behandla det psykiatriska sjukdomstillståndet

Den grupp utsatta injektionsnarkomaner som fångats upp i baslinjestudien har en relativt hög medelålder, ca 40 år. Liknande bild finns i andra storstäder, t ex Köpenhamn. Genomsnittsåldern för narkotikadebuten för den grupp som ingår i baslinjestudien är dock 15 år, och genomsnittsåldern för den första narkotikainjektionen är 21 år.

Ett intervall på ca 4 år existerar mellan narkotikadebut och injektionsdebut, d.v.s. för hälften av de aktiva Injektionsnarkomanerna tog det högst 4 år från narkotikadebut till injiceringsdebut. Det är därför mycket viktigt att nå dessa ungdomar och utveckla metoder kring detta.

På Maria Ungdom<sup>37</sup> i Stockholm har man 40 års erfarenhet av att hjälpa unga och familjer som är oroliga och misstänker att deras unga dricker eller använder andra droger. Man har ett stort inflöde av ungdomar och är ett "känt varumärke".

I intervjuer med Maria Ungdom redovisas en bild av en *marginell injektionsverksamhet* när det gäller ungdomar. Alkohol och cannabis är de stora problemdrogerna, men en ganska jämn fördelning över de senaste åren när det gäller narkotika medan alkoholen ökar dramatiskt.

*Nya nätdroger* har inte inneburit så stor ökning av narkotikamissbruket, men det når nya grupper.

Arbete med att nå ungdomar och unga vuxna har som tidigare nämnts flera perspektiv:

- Förebyggande insatser mot narkotikamissbruk generellt, testning och rådgivning
- Information om risker med smittspridning, smittvägar och förebyggande insatser emot smittspridning. I de städer där man arbetar med sprutbyte som en del i arbetet mot smittspridning är hög tillgänglighet en strategi för att nå såväl ungdomar som andra grupper

Det finns omfattande erfarenheter i att arbeta med att nå ungdomar från bl. a Lafa, men detta arbete riktar sig framför allt mot att hejda sexuellt överförd smitta. Information om risker med för tidig död och allvarliga infektioner (HIV/Aids) kan ske via nätet, skola, ungdomsmottagningar, fritidsgårdar, klubbar och andra träffpunkter.

Viktiga aktörer för att förebygga missbruk och beroende bland unga är:

#### ***Föräldrarna***

Kunskapsbaserat föräldrastöd bör utvecklas till en permanent verksamhet och utgöra grunden i det förebyggande arbetet.

#### ***Förskolan, skolan, elevhälsan och studenthälsan***

En god skolmiljö där eleverna trivs och fungerar väl utgör ett grundläggande skydd mot att utveckla problem och missbruk.

#### ***Organiserade fritidsverksamheter***

Att tidigt få chansen att utveckla ett intresse tillsammans med problemfria kamrater kan fungera som en skyddsfaktor.

---

<sup>37</sup> <http://www.mariaungdom.nu>



### ***Ungdomsmottagningarna***

Ungdomsmottagningarna har en viktig roll när det gäller att upptäcka riskabla och skadliga alkoholvanor och missbruk av narkotika. Personalen ska ha kunskap om hur, när och var ungdomar kan hänvisas vidare.

### ***Lokala öppenvårdsenheter för ungdomar och unga vuxna med missbruk***

Trots att vissa integrerade mottagningar för vuxna har uppdrag att ta emot även ungdomar och unga vuxna är besöksfrekvensen för dessa grupper låg. Det är därför önskvärt att de specialiserade mottagningarna för ungdomar, "Mini Marior", kan ta emot och behandla även gruppen unga vuxna. Eftersom vissa behandlingar pågår under lång tid skulle detta innebära kontinuitet i behandlingen och ge möjlighet att följa ungdomen upp i vuxen ålder.

## **10.3 *Personer med komplex missbruksproblematik i behov av samordnade insatser***

### ***Specialiserad intensivvård***

För bedömning och behandling av utagerande personer med akut psykisk sjukdom i kombination med toxiska reaktioner på droger bör det skapas förutsättningar för en särskild intensivvårdsavdelning med kompetens från psykiatri och specialiserad beroendevård.

### ***Våldsriskbedömning***

Metoder att kunna göra våldsriskbedömning samt förutsäga och förebygga våld hos personer med beroendeproblematik behöver utvecklas.

### ***Neuropsykiatrisk problematik och missbruk***

Speciell kompetens för utredning och behandling av personer med komplexa vårdbehov pga neuropsykiatrisk problematik och missbruk ska finnas inom den specialiserade beroendevården.

### ***SoS riktlinjer***

- DUDIT frågeformulär
- DUDIT modul E
- ASI eller DOK, bedömningsinstrument
- Abstinensbehandling och uppföljning
- Psykosocial behandling i form av kognitiv beteendeterapi, kort intervention/interviewing (MI), CRA-behandling, dynamisk terapi, familjeterapi
- Omedelbar avhållsamhet och regelbundna övervakade urinprov (cannabis)
- Metadon och Subutex (opiater)
- Disulfiram antabus (kokain)
- Identifiera och stöd till den enskildes nätverk
- Omedelbar kontakt med hälso- och sjukvården vid misstanke om samsjuklighet (dubbeldiagnoser)
- Primärvården och psykiatrin har ansvar för att bedöma och behandla det psykiatriska sjukdomstillståndet

## 10.4 *Underhållsbehandling av personer med opiatmissbruk*

### *Särskilda resurser för utredning och behandling samt adekvat boende*

För särskilt vårdkrävande personer med opiatmissbruk, psykiska störningar och missbruksrelaterad farlighet fordras särskilda resurser för utredning och behandling samt stöd och omvårdnad. För att optimera den långsiktiga prognosen fordras även ett särskilt boende i stockholmstrakten där patienter kan få underhållsbehandling, avgiftning och stabilisering av sidomissbruk.

### *SoS riktlinjer*

- Abstinensbehandling och uppföljning
- Psykosocial behandling i form av kognitiv beteendeterapi, kort intervention/interviewing (MI), CRA-behandling, dynamisk terapi, familjeterapi
- Metadon och Subutex (opiater)
- Disulfiram antabus (kokain)
- Identifiera och stöd till den enskildes nätverk
- Omedelbar kontakt med hälso- och sjukvården vid misstanke om samsjuklighet (dubbeldiagnoser)
- Primärvården och psykiatrien har ansvar för att bedöma och behandla det psykiatriska sjukdomstillståndet
- Identifiering av patienter som söker för somatisk sjukdom t ex olycksfall, leversjukdomar, hjärtarytmi, bukspottkörtelinflammation
- Efter akuta insatser samordnas den fortsatta behandlingen

## 10.5 *Icke-marginaliserade injektionsnarkomaner*

### *Självhjälpsprogram för att nå nya målgrupper*

I krog- och nöjeslivet förekommer alkohol och narkotika i vissa kretsar även bland yngre socioekonomiskt etablerade personer. Flertalet av dessa personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla alkohol/narkotikaberoende identifierar sig inte som alkoholister eller narkomaner. De är därför vanligen inte motiverade att söka hjälp inom socialtjänsten eller landstingets beroendevård.

Ledningsnivåerna i kommunen/stadsdelen och landstinget har ansvar för att utveckla metoder som erbjuder olika målgrupper attraktivt stöd. Det är väl känt att unga sällan söker traditionell hjälp för problem med alkohol och andra droger. En lättillgänglig rådgivning på Internet har stora möjligheter att nå fram till denna målgrupp (för exempel, se referenslistan).

### *SoS riktlinjer*

- Urinprov enligt rutiner i SoS meddelandeblad
- Snabbtest med remsa i urin enligt SoS meddelandeblad
- DUDIT frågeformulär
- DUDIT modul E
- ASI eller DOK, bedömningsinstrument
- Fältarbete i riskmiljöer i samverkan mellan socialtjänst och andra aktörer
- Uppmärksamhet vid kontakter med hälso- och sjukvården
- Uppmärksamhet vid kontakter med socialtjänsten
- Identifiera och stöd till den enskildes nätverk

- Information och insatser till gravida kvinnor

## 10.6 *Hemlösa med tung missbruksproblematik*

*Samordnade och långsiktiga insatser i vård och rehabilitering för goda och varaktiga resultat*  
Kommunen/stadsdelen ansvarar för aktivt uppsökande verksamhet för att motivera till vård och rehabilitering och för att förebygga vräkningar. Mottagningar för hemlösa personer ska ha hög tillgänglighet och ett strukturerat arbetssätt. De flesta hemlösa har en sammansatt problematik med missbruk, psykisk ohälsa och sjukdomar som hiv/aids, hepatit, hjärt- och kärlsjukdomar samt svåra infektioner.

### *SoS riktlinjer*

- Fältarbete i riskmiljöer i samverkan mellan socialtjänst och andra aktörer
- Omedelbar kontakt med hälso- och sjukvården vid misstanke om samsjuklighet (dubbeldiagnoser)
- Abstinensbehandling och uppföljning
- Primärvården och psykiatrin har ansvar för att bedöma och behandla det psykiatriska sjukdomstillståndet
- Identifiering av patienter som söker för somatisk sjukdom t ex olycksfall, leversjukdomar, hjärtarytmi, bukspottkörtelinflammation
- Efter akuta insatser samordnas den fortsatta behandlingen

## 10.7 *Sammanställning av Socialstyrelsens rekommendationer för behandling av missbruk/beroende av narkotika*<sup>38</sup>

Detta är första gången gemensamma riktlinjer utarbetats för missbruksvården, avsedda att gälla både sjukvård och socialtjänst. Bredden innebär dock låg detaljeringsgrad och avsaknad av prioriteringar.

AVSER	ÅTGÄRD/INTERVENTION
Patienter med akuta medicinska risktillstånd orsakade av narkotikaintag	Abstinensbehandling ska ges
Klienter och patienter i behov av planerad abstinensbehandling	Abstinensbehandling ska erbjudas tillsammans med uppföljande behandling
Klienter och patienter med missbruk och beroende av narkotika	Psykosocial behandling i form av <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk</li> <li>- Kort intervention/ Motivational interviewing (MI)</li> <li>- CRA-behandling</li> <li>- Dynamisk terapi</li> <li>- Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende</li> </ul>

<sup>38</sup> [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Klienter och patienter med långvarigt missbruk och beroende av opiater	Läkemedlen Metadon och Subutex i kombination med psykosocial behandling enligt föreskrifter SOSFS2004:8
Klienter och patienter med missbruk och beroende av kokain	Läkemedlet disulfiram (Antabus)
Klienter och patienter med missbruk och beroende av kokain	Kognitiv beteendeterapi
Klienter och patienter med missbruk eller beroende av narkotika	Identifiera och ge stöd åt de personer i den enskildes nätverk som kan understödja behandling och rehabilitering.

Socialstyrelsen redovisar sina riktlinjer, läs rekommendationer, i tabellform. För varje rekommendation finns upplysningar om effekt, evidens och kostnader. I första hand styr graden av evidens och den ekonomiska bedömningen rekommendationerna. Insatser som leder till större besparingar än kostnader anses vara ekonomiskt försvarbara. Men en intervention med hög evidens som samtidigt är ekonomiskt försvarbar kan ändå vara problematisk att genomföra. Det kan bero på organisatoriska förhållanden, lagstiftning och etiska krav. Därför har Socialstyrelsen även vägt in sådana aspekter när riktlinjerna formulerats. De övergripande områden som behandlas i riktlinjerna är tidig upptäckt, bedömningsinstrument och dokumentation, behandling vid narkotika- respektive alkoholberoende, graviditet samt dubbeldiagnos, det vill säga missbruk och samtidig psykisk sjukdom.

### 10.8 *Kriminalvården*

I kriminalvården - häkte, anstalt och frivård - finns ett stort antal personer med missbruk, psykisk störning och neuropsykiatriska funktionshinder. Missbruk har konstaterats hos 65 procent av klienterna. Det finns också utredningar som visar att 25-50 procent av intagna på anstalt har neuropsykiatriska funktionshinder. Inom frivården i Stockholms län återfinns ca 2 000 klienter med missbruk, varav cirka 300 uppskattades ha ett opiatberoende år 2006.

Kontraktsvård är en särskild form av skyddstillsyn som innebär att den dömda får behandling och minst ett års övervakning som ett alternativ till fängelse. Inför domen upprättas en behandlingsplan som innehåller en beskrivning av vårdinnehåll, behandlingstid, regler gällande drogkontroller och misskötsamhet etc. Kontraktsvård ska som regel upprättas i nära samverkan med socialtjänst och i förekommande fall med beroendevården. Kontraktsvård kan t. ex innebära att en klient ska genomgå ett påverkansprogram inom kriminalvården och samtidigt underkasta sig drogkontroller inom beroendevården.

Gemensamma vårdplaneringar liknande Kontraktsvård i Samverkan (KIS) bör utvecklas för fler klientkategorier. Innehållet i KIS innebär att klienten får läkemedelsassisterad behandling via beroendevården, sysselsättning via Krami (samarbete mellan arbetsförmedlingen/ami, socialtjänsten och frivården), programverksamhet via frivården samt boende och andra insatser via socialtjänsten.

Det är viktigt att kriminalvården utvecklar ett nära samarbete med de lokala integrerade mottagningarna så att kontinuitet i behandling av missbruket kan upprätthållas.

## 11 Överväganden och rekommendationer

Detta avsnitt innehåller utredarnas överväganden och rekommendationer.

### 11.1 *Reflexioner över utredningsresultaten.*

*Kontroversiell verksamhet med resultat som är svåra men möjliga att tolka*

Sprutbytesverksamheten har varit kontroversiell allt sedan den inleddes i Malmö och Lund. Verksamheten har kritiserats för att ge dubbla budskap genom att narkomaner förses med verktyg för att kunna fortsätta med sitt missbruk. Sprutbytet har inte ansetts vara förenligt med det för svensk narkotikapolitik uppställda målet om ett narkotikafritt samhälle. De som förespråkar en sprutbytesverksamhet hävdar samhällets ansvar för att förebygga livsfarliga sjukdomar som AIDS samt den möjlighet till kontakt med gruppen injektionsnarkomaner som verksamheten medför.

Frågan om sprutbyte kan inte bedömas enbart på grundval av tillgängliga fakta. Utsikterna att nå full kunskap i frågan om sprutbytesprogrammets HIV-preventiva effekter är relativt små, bl.a. med hänsyn till svårigheterna att åstadkomma ett kontrollgruppsförfarande och att antalet HIV-fall är för få för att nå statistiskt säkra slutsatser. Det går alltså inte att avgöra frågan om sprutbytesverksamheterna enbart mot bakgrund av en strikt vetenskaplig utvärdering. Det finns dock visst stöd i internationell forskning att sprutbytesprogram kan minska återanvändning av infekterade sprutor liksom delningen av sprutor mellan narkomaner och att de således kan ha en HIV-preventiv effekt. Sprutbyte i kombination med annan stödverksamhet kan således fylla en viktig funktion när det gäller att förhindra liksom att spåra smittspridningen av såväl HIV som hepatit.

*Sprutbyte och narkotikapolitiska mål*

Man kan ställa sig frågan om sprutbytesprogrammen står i strid med centrala narkotikapolitiska mål, främst målet om ett narkotikafritt samhälle. Enligt Socialstyrelsens bedömning kan inte sprutbyte i den form som finns i Malmö och Lund anses motverka detta mål. Deltagarna i programmen utgör en marginaliserad och vårdbehövande grupp som inte på egen hand förmår att bryta sitt missbruk och sprutbytesverksamheterna har under lång följd av år nått den avsedda målgruppen. Det finns inte något stöd för att sprutbytesprogrammen påverkat nyrekryteringen till tungt missbruk i vare sig den ena eller andra riktningen. Vad gäller frågan om fler injektionsnarkomaner upphör med sitt missbruk kan man säga att ett sprutbytesprogram medför möjligheter till kontakter med hälso- och sjukvården och i viss mån även med andra vårdgivare, som rimligtvis borde ha betydelse för patienternas motivation för behandling av sitt narkotikamissbruk.

Sprutbyten är en av flera smittskyddsåtgärder snarare än ett nytt inslag i den svenska narkotikapolitiken. Verksamheten får dock inte reduceras till ett byte av sprutor och kanyler och inte heller till enbart hälso- och sjukvårdande insatser. För att sprutbytesverksamhet ska fungera krävs ett systematiskt och väl fungerande motivationsarbete, en nära koppling till avgiftning och beroendevård liksom till socialtjänstens insatser för injektionsnarkomaner. Det långsiktiga målet med verksamheten måste vara att förmå den enskilde till ett liv utan narkotika.

*Även andra metoder än sprutbyte har effekt*

En del av bakgrunden till att denna utredning genomförs är den snabba ökningen av HIV-smitta bland injektionsnarkomaner i Stockholm år 2007. Antalet smittade gick dock tillbaka år 2008, med traditionella metoder som rådgivning, testning mm.

Såväl Skåne (med sprutbytesverksamhet i Malmö och Lund) som Västra Götaland (utan sprutbyte)

verksamhet) har lägre tal av HIV-smitta än Stockholm. Det är svårt att mot bakgrund av dessa skillnader dra säkra slutsatser om sprutbytesverksamhetens betydelse för spridning av HIV i olika städer och regioner i Sverige.

#### *Sprutbyte etablerat i andra nordiska huvudstäder*

Sprutbytesverksamhet är idag etablerat i de andra nordiska huvudstäderna Helsingfors, Oslo och Köpenhamn. Enligt de uppgifter vi kunnat inhämta under utredningsarbetet är sprutbyte relativt okontroversiellt i alla dessa städer. Däremot är injektionsrum, som prövats i Oslo och föreslagits i Köpenhamn, en fråga där det finns starkt motsatta åsikter.

I såväl Oslo, Köpenhamn som Helsingfors menar man att sprutbytet är en del i att begränsa spridningen av HIV bland injektionsnarkomaner. Utan att några klara samband mellan sprutbyte och smittspridning kan bevisas, så uppvisar man minskade siffror när det gäller HIV bland de injektionsnarkomaner som man testar. Detsamma gäller i Malmö. När det gäller utvecklingen av Hepatit C kan man inte se samma positiva tendens.

Som undersökningen visar så skiljer sig uppläggningsprogrammen väsentligt mellan Malmö, Köpenhamn, Oslo och Helsingfors. Det finns olikheter avseende bl. a:

- Utförare (kommun (Oslo), landsting (Malmö) delat (Köpenhamn) eller i regi av frivilligorganisationer (Helsingfors))
- Sprutbyte (Oslo, Helsingfors och Malmö) eller sprututdelning (Köpenhamn)
- Inslag av uppsökande verksamhet
- Geografisk profil - samlat (Malmö och i huvudsak Oslo och Köpenhamn) eller spritt (Helsingfors)
- Lokalens utformning och profil; av sjukvårdskaraktär (Malmö), som en del av en öppen social verksamhet (Helsingfors), som en social verksamhet kopplat till boende (Köpenhamn) eller som en kioskliknande lucka för att skapa hög tillgänglighet (Oslo)
- Vilken utrustning som tillhandahålls
- Vilket utbud av tjänster som erbjuds

## **11.2 Rekommendationer**

Det finns en rad åtgärder och metoder som är effektiva för att begränsa missbruk och smittspridning. En välfungerande missbruks- och beroendevård samt smittskyddsverksamhet är grunden för att kunna begränsa såväl missbrukets omfattning som smittspridningen. Därutöver föreslår utredarna att åtgärder inom följande områden prioriteras:

1. Förstärk och utveckla *tidig upptäckt och förebyggande insatser* främst vad gäller ungdomar och unga vuxna.
2. Implementera *socialstyrelsens nationella riktlinjer* för vård och behandling av injektionsnarkomaner.
3. Genomför den s.k. missbrukspolicyns redan beslutade förslag till *målgruppsinriktade åtgärder* avseende
  - Ungdomar och unga vuxna
  - Personer med komplex missbruksproblematik
  - Underhållsbar av personer med opiatmissbruk
  - Icke-marginaliserade injektionsnarkomaner
  - Hemlösa med tung missbruksproblematik
  - Kriminella

4. Etablera en hög nivå för *testning, rådgivning, vaccination och kontaktspårning*.
5. Utveckla programmen för läkemedelsassisterad *substitutionsbehandling*.
6. Förstärk behandlingsinsatserna (bromsmediciner mm) för redan HIV- och hepatitsmittade injektionsnarkomaner.
7. Starta en tidsbegränsad *försöksverksamhet med sprutbyten* i kombination med ett program för systematisk uppföljning och utvärdering.

Det är viktigt att poängtera att ett sprutbytesprogram enbart kan vara ett komplement till andra väl etablerade metoder för att begränsa smittspridning. Sprutbyten är snarare en av flera smittskyddsåtgärder än ett nytt inslag i narkotikapolitiken. Ett sprutbytesprogram minskar inte missbrukets omfattning men kan reducera riskbeteende, risker för smittspridning, möjliggöra ökad kontakt med injektionsnarkomaner och därmed skapa förutsättningar för motivationsarbete och behandling.

### 11.3 *Krav på sprutbytesprogram om det startas*

Om sprutbytesprogram skulle startas i Stockholms stad har ett antal krav och förslag kommit fram i utredningsarbetet. Socialstyrelsens föreskrifter måste självfallet uppfyllas vilket innebär krav på:

- Samarbete mellan landstinget och Stockholms stad
- Samråd med övriga kommuner i Stockholms län
- Involvering av infektionssjukvården och/ beroendevården
- Systematisk information till besökarna
- Erbjudande om både vård och sociala tjänster
- Erbjudande om vaccinationer mot bl. a hepatit B
- Rådgivning och provtagning
- Motivationsarbete för att upphöra med missbruk

Organisatoriskt bör ett sprututbyte kopplas till en infektionsklinik och/eller en beroendeklinik med för verksamheten avsedd kompetens. Förutom läkare och sköterskor bör även kurator och barnmorska ingå i personalen.

Det finns emellertid några viktiga krav, förutom socialstyrelsens krav, som utredningen anser bör ligga till grund för sprutbytesverksamhet:

- *Tydliga mål* sätts upp för försöksverksamheten, förslagsvis:
  - Minskad spridning av HIV bland injektionsnarkomaner
  - Minskad riskbeteende bland injektionsnarkomaner
  - Kontakt med fler injektionsnarkomaner som förut inte varit kända
  - Motivera fler injektionsnarkomaner att påbörja substitutionsbehandling eller annan behandling
- *Vetenskaplig utvärdering* där utvärderingsparametrar fastställs innan försöksverksamheten startar. KI och andra relevanta institutioner kan med fördel involveras.
  - Målen för försöksverksamheten utvärderas

- Även andra frågor utvärderas, som kriminalitet i anslutning till lokalen samt polisens och kriminalvårdens syn på verksamheten
  - Antalet sprutor och nålar som lämnas ut och återlämnas
- 
- Samarbete med *frivilligorganisationer och andra aktörer* behöver utvecklas för att få en väl fungerande verksamhet. Det gäller bl. a ett bra samarbete med den lågtröskelverksamhet som bedrivs av flera frivilligorganisationer.
  - *20-årsgräns* för att få byta sprutor liksom begränsad tilldelning per byte. Detta är för övrigt fastställt i lagstiftningen.

Ett eventuellt sprutbytesprogram är ett *komplement* till den reguljära verksamheten inom socialtjänsten, beroendevården och smittskyddet. Ett brett utbud av hälso- och sjukvård och sociala tjänster behövs. Närhet till miljöer där missbrukarna rör sig är också en viktig förutsättning för att verksamheten ska bli framgångsrik. Det långsiktiga målet med verksamheten bör vara att motivera den enskilde till ett liv utan narkotika. Det är genom mötet med personalen i sprutbytet som möjligheten till motivation till behandling finns och sen gäller det ofta att snabbt kunna fånga tillfället och erbjuda avgiftning och behandling.

### 11.4 Möjliga försöksverksamheter

För att genomföra en försöksverksamhet på ett bra sätt är det angeläget att projektet går att överblicka och avgränsa. Detta gäller bl. a avseende storleken och homogeniteten hos den grupp personer som omfattas av försöksverksamheten. En fråga som därför har väckts under utredningsarbetet är således om det går att starta en försöksverksamhet med sprutbytesverksamhet i Stockholms län och om det i så fall går att avgränsa en målgrupp på ett tydligt och ändamålsenligt sätt.

Smittskyddsenheten, som har tillfrågats om detta, gör bedömningen att det ur smittskydds-synpunkt inte finns någon grupp som inte är "högrisk", så länge de injicerar droger. Alla som injicerar har risk för blodburet virus och bakteriella komplikationer. Att förebygga abscesser, sepsis, endokarditer och spondyliter får inte glömmas bort. Till och med de som har underhållsbehandling (Metadon/Subutex) injicerar ibland och under Stockholmsepidemin var den gruppen inte skonad.

Den dialog som förts med sakkunniga på smittskyddsenheten påvisar problematik när det gäller att avgränsa en mindre grupp av injektionsnarkomaner till ett pilotprojekt. Ett förslag som framkommit är att de som är smittsamma med exempelvis HIV och/eller Hepatit skulle väljas ut. Det finns dock risk att det blir såväl ett etiskt, pedagogiskt som ett praktiskt problem att neka gruppen icke-smittade rena verktyg.

Erfarenheter från andra städer där sprutbyte bedrivs är att tillgänglighet är viktigt för att verksamheten ska bli framgångsrik.

Utredarna redovisar nedan fyra alternativa möjligheter för en försöksverksamhet.



### **11.5.1 Försöksverksamhet – alternativ A för redan smittade**

Utredningen har prövat olika alternativ för att begränsa målgruppen för försöksverksamheten. Syftet med detta är att i ett första skede pröva verksamheten i liten skala. Teoretiskt kan man tänka sig att göra en avgränsning av målgruppen enligt följande kriterier:

- Injektionsnarkomaner som injicerar dagligen och som är smittade med HIV samt också uppvisar stora riskbeteenden, sexuellt och delar verktyg (uppskattningsvis ca 300 personer)

Som tidigare nämnts medför en sådan avgränsning att man direkt påverkar enbart de som känner till att de är smittade. När en person som inte vet om sin smitta kommer in i gruppen av injektionsnarkomaner ökar dock risken för epidemisk spridning om inte rena verktyg används. Denna avgränsning medför etiska problem, då personer som inte smittats inte får tillgång till rena verktyg.

### **11.5.2 Försöksverksamhet – alternativ B begränsat till en mottagning**

Ett alternativ för försöksverksamheten är att man i första hand vänder sig till marginaliserade injektionsnarkomaner i Stockholms stad. Enligt lag ska verksamheten främst rikta sig till personer boende i det landsting där sprutbytet bedrivs, i detta fall Stockholms län. Verksamheten föreslås dock vara öppen även för personer som tillfälligt vistas i Stockholm och vill byta till rena verktyg.

Avgränsningen av verksamheten i detta alternativ ligger bl. a i:

- Endast en lokal finns tillgänglig för sprutbyte
- Åldersgränsen på 20 år enligt lag
- Begränsat antal sprutor som får bytas varje gång
- Det finns möjligheter att begränsa öppettiderna
- Begränsad tid för försöksverksamheten

Detta alternativ gör utvärderingen mer relevant i förhållande till vad en permanent verksamhet skulle innebära, än om gruppen som har tillträde till sprutbytet ytterligare begränsas. Alternativet innebär att man undviker de etiska och pedagogiska problem som det innebär att inte tillhandahålla rena verktyg till injektionsnarkomaner som inte är smittade.

### **11.5.3 Försöksverksamhet – alternativ C vid flera befintliga lokala integrerade mottagningar**

Vid de lokala integrerade mottagningarna i länet samverkar landstingets specialiserade beroendevård och länets kommuner/stadsdelar kring gemensamma insatser i öppen vård. Mottagningarna tar emot personer med problematik relaterad till alkohol, narkotika och/eller läkemedel.

För att kunna behandla personer med komplexa vårdbehov fordras samordnade insatser från beroendevård, psykiatri, primärvård och socialtjänst och ett nära samarbete med kriminalvården. Samordnade och samtidiga insatser ger positiva resultat och alltså är mer effektivt än när olika sjukdomstillstånd behandlas separat eller parallellt. Det är viktigt att den enskilde personen ges inflytande över den planerade vården och behandlingen samt ges stöd att ta ansvar för sin egen vård. Strukturer för samarbetet mellan de olika aktörerna ska regleras i en samverkansöverenskommelse.

Det bör vara möjligt att etablera sprutbytesprogram vid några av dessa mottagningar. Det kräver dock att dessa mottagningar kompletteras med personal med *infektionsmedicinsk kompetens*.

Detta alternativ påminner om alternativ B. Avgränsningen av verksamheten kan göras på samma sätt utom vad gäller lokal. I detta alternativ kopplas försöket med sprutbytesprogram till *flera* befintliga lokala integrerade mottagningar i länet. Alternativet ställer sannolikt större krav på löpande uppföljning och kontroll än de tidigare redovisade alternativen.

#### **11.5.4 Försöksverksamhet – alternativ D med en avgränsad försöks- respektive kontrollgrupp**

Som framgått av tidigare avsnitt är det fortfarande oklart vilka effekter sprutbyten har med avseende på riskbeteenden, smittspridning och missbrukets omfattning. När det gäller utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvården, som t ex läkemedelsbehandling, är det vanligt att man använder sig av försöks- respektive kontrollgrupper för att ta reda på vilka effekter respektive biverkningar som kan uppkomma vid prövning av ett nytt läkemedel. På ett liknande sätt skulle man kunna utforma ett försök med sprutbyten. Det betyder att man skulle kunna göra ett urval bland de tunga injektionsnarkomanerna för såväl en försöks- respektive kontrollgrupp.

En komplikation med denna uppläggning är att det kan vara svårt att hitta och systematiskt följa dels injektionsnarkomaner till försöksgruppen som får tillgång till rena verktyg, dels injektionsnarkomaner som inte får tillgång till rena verktyg och som ska ingå i kontrollgruppen.