



Folkhälsomyndigheten

# Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger

EN VÄGLEDNING





# **Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger**

EN VÄGLEDNING

## BINDNINGAR OCH JÄV

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har infört arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav inlämnat deklaration av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därvid bedömt att omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet inte föreligger. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från  
Folkhälsomyndighetens publikationsservice,  
e-post: [publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se](mailto:publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se).  
Den kan även laddas ner från  
[www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material)

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan.  
Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten.  
Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2015  
Upplaga 1:3  
Artikelnummer: 15001  
978-91-7603-441-5 (pdf)  
978-91-7603-442-2 (print)

Foto: Magnus Pehrsson  
Grafisk form: AB Typoform  
Tryck: Edita Bobergs AB, Falun 2015

# Förord

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit och hiv för personer som injicerar droger styrs bland annat av *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (prop. 2005/06:60) [1]. Målsättningen för strategin är att förhindra och begränsa spridningen och konsekvenserna av infektioner, för både samhället och den enskilda människan. Folkhälsomyndigheten ansvarar för genomförandet av strategin, men det hälsofrämjande och förebyggande arbetet genomförs av aktörer i landsting och kommuner, med stöd av civila samhällets organisationer. Denna vägledning är en del i strategin för att stödja det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktat till personer som injicerar droger, som genom sitt droganvändande är utsatta för infektionssjukdomar och andra negativa livshändelser. Liksom i strategin lyfts målgruppen fram som prioriterad av såväl FN, EU och WHO.

Denna vägledning lyfter fram relevant forskning och kunskap samt erbjuder ett ramverk och instruktioner på strategisk och saklig nivå. Vägledningen kan även användas som kunskapsunderlag i utbildningar och i olika former av beslutsunderlag. Ambitionen är att stödja regionala och lokala aktörer som i sitt arbete kommer i kontakt med målgruppen. På sikt ska målgruppens hälsa förbättras genom att minska den enskildes och gruppens sårbarhet för sjukdomar samt konsekvenserna av dem. Arbetet med vägledningen påbörjades på dåvarande Smittskyddsinstitutet med en workshop där 28 experter kartlade utmaningar i det pågående arbetet inom området. Projektledare för arbetet har varit Niklas Karlsson, utredare vid Folkhälsomyndigheten. Utredarna Torsten Berglund, Viveca Urwitz och Maria Axelsson har ingått i projektgruppen. Daniel Svensson, utredare vid Socialstyrelsen, har bidragit med underlag, och Berne Stålenkrantz, ordförande i Svenska Brukarföreningen, har granskat innehållet ur ett brukarperspektiv. Medicinsk granskare var Martin Käberg, specialistläkare i infektionsmedicin, överläkare i psykiatri och beroendesjukdomar.

Folkhälsomyndigheten i december 2014

*Monica Idestrom*

Enhetschef

Hälsa och sexualitet



# Innehåll

Sammanfattning 6

Det hälsofrämjande och förebyggande smittskyddsarbetet  
i Sverige med personer som injicerar droger 8

**OMRÅDE 1. Att göra en förberedande behovsanalys för det egna arbetet 9**

Akut eller långsiktig behovsanalys 9

Antalet personer som injicerar droger i Sverige 10

Epidemiologisk översikt för bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar 11

Analys av det rådande kunskapsläget för personer som injicerar droger 15

**OMRÅDE 2. Att välja en lämplig lågtröskelverksamhet 18**

Fast lågtröskelverksamhet 19

Mobil lågtröskelverksamhet 19

Uppsökande lågtröskelverksamhet 20

**OMRÅDE 3. Att välja aktiviteter utifrån målgruppens identifierade behov 22**

Primärpreventiva aktiviteter 23

Sekundärpreventiva aktiviteter 30

**OMRÅDE 4. Bemötande och personals kompetens i lågtröskelverksamheter 34**

Stärka motivationen genom ett bra bemötande 34

Involvering och delaktighet ökar kvaliteten på verksamheten 36

Personal behöver ha särskild kunskap 36

**OMRÅDE 5. Aktörers samverkan på strategiska arenor 38**

Samverkan 38

Arenor för arbetet 39

Aktörer 43

**OMRÅDE 6. Uppföljning av lågtröskelverksamheter och deras aktiviteter 45**

23 grundläggande frågor av nationellt intresse för alla lågtröskelverksamheter 45

23 grundläggande frågor 48

Referenser 54

Bilaga 1. Kunskap för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet 66

# Sammanfattning

Denna vägledning inom området hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv, vänder sig till personer som möter målgruppen personer som injicerar droger. I vägledningen presenteras sex områden; att göra en förberedande behovsanalys, välja lämplig lågtröskelverksamhet, aktiviteter, att hålla hög nivå av bemötande, kvalitet och kompetens, att verka och samverka på strategiska arenor samt att systematiskt följa upp det egna arbetet.

Från de föreslagna områdena lyfter vi särskilt fram; (1) en ny metod för skattning av antalet personer som injicerar droger, (2) verksamma lågtröskelverksamheter och aktiviteter, (3) bemötande och personals kompetens, (4) strategiska arenor att verka på samt (5) grundläggande och standardiserade frågor för uppföljning av verksamheterna.

1. Kunskapen om målgruppen i Sverige är begränsad och regionala och lokala aktörer behöver ha bred kunskap och förståelse för målgruppens olika behov. Framför allt beträffande målgruppens sjukdomsburda, socio-demografiska karaktär och förekomsten av olika injektionsrelaterade riskbeteenden. Socialstyrelsen har på uppdrag av Folkhälsomyndigheten genomfört en ny skattning av antalet personer som injicerar droger i Sverige. Under 2008–2011 beräknades det, enligt den metod som användes, att cirka 8 000 personer injicerade droger.
2. Folkhälsomyndigheten ser behovet av att starta särskilda lågtröskelverksamheter som är utformade och anpassade efter målgruppens behov och föreslår tre typer; fasta, mobila eller uppsökande, beroende på förutsättningarna i närmiljön. Lågtröskelverksamheterna innefattar olika aktiviteter som kan varieras utifrån målgruppens behov eller den typ av verksamhet som ska bedrivas. Aktiviteterna delas in i primär- och sekundärpreventiva aktiviteter. De primärpreventiva aktiviteterna kan vara testning, rådgivning och vaccination, byte av injektionsverktyg, kuratorshjälp med mera, och de riktar sig till människor som riskerar att drabbas av hepatit eller hivinfektion. Sekundärpreventiva aktiviteter riktar sig till dem som redan drabbats av infektion eller sjukdom och innefattar bland annat behandling och riskreducerande rådgivning.



3. För att göra lågtröskelverksamheter attraktiva och inkluderande behöver personalen ha ett icke-dömande bemötande, vara ämneskompetenta och personligt lämpliga. Personal behöver erbjudas vidareutbildning i drogkunskap, bemötande och motiverande samtalsteknik samt få fördjupad kunskap om bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar. För att en lågtröskelverksamhet ska vara användarvänlig och hålla hög kvalitet är det bra att göra målgruppen delaktig i dess arbete. Genom att aktivt involvera eller anställa nyckelpersoner går det att skapa en atmosfär som målgruppen kan identifiera sig med.
4. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver fokuseras mot vissa strategiska arenor som frekventeras av målgruppen. Dessa arenor är bland annat Kriminalvården, SiS-institutioner, allmänna hälso- och sjukvården, samt socialtjänsten. Bland lämpliga arenor finns också platser på fältet såsom husvagnscampingar och dag- och natthärbärgen. De flesta aktörer är verksamma på ett antal arenor, och därför behöver arbetet koordineras på regional eller lokal nivå.
5. Folkhälsomyndigheten föreslår att alla verksamma aktörer bidrar till att stärka den nationella kunskapen kring målgruppen och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Därför har vi tillsammans med experter och representanter ur målgruppen identifierat den kunskap som är viktigast för arbetet. Kunskapen fås genom att verksamma aktörer ställer 23 grundläggande frågor i sina lågtröskelverksamheter och samlar svaren i en gemensam databas.

# Det hälsofrämjande och förebyggande smittskyddsarbetet i Sverige med personer som injicerar droger

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med infektionssjukdomar styrs av lagar och förordningar samt *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (prop. 2005/06:60). Den nationella strategin understryker att framgång i arbetet bygger på att känna till och adressera de ofta komplexa och föränderliga behoven hos målgrupperna. Den nationella strategin skriver fram sju målgrupper med betydelse för förekomst av hepatit och hiv i Sverige, varav en är personer med injektionsmissbruk [1]. Målgruppsbeskrivningen och innebörden för personer med injektionsmissbruk har varierat mellan olika aktörer, varför Folkhälsomyndigheten fortsättningsvis följer en internationellt vedertagen definition och kallar målgruppen för *personer som injicerar droger* (People who inject drugs, PWID). Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit B (HBV), hepatit C (HCV) och hiv för målgruppen i Sverige har hitintills varit osammanhängande och situationsbaserat, dvs. skett i anslutning till lokala studier, projekt eller utbrott av hiv. Folkhälsomyndigheten utgår från den nationella strategin och lyfter genom denna vägledning fram sex sammanhängande och långsiktigt prioriterade områden för det fortsatta arbetet med att motverka spridning eller nyinfektion av smittsamma sjukdomar inom målgruppen. Inom varje område ges en beskrivning av de olika prioriteringsbehoven för området, vilka indikatorer som verksamma kan använda sig av för den egna uppföljningen, samt grundläggande och djupgående ämneskunskap för området.

- Område 1: Att göra en förberedande behovsanalys för det egna arbetet
- Område 2: Att välja en lämplig lågröskelverksamhet
- Område 3: Att välja aktiviteter utifrån målgruppens identifierade behov
- Område 4: Bemötande, kvalitet och kompetens i lågröskelverksamheter
- Område 5: Aktörers samverkan på strategiska arenor
- Område 6: Uppföljning av lågröskelverksamheter och deras aktiviteter

## OMRÅDE 1

# Att göra en förberedande behovsanalys för det egna arbetet

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver utgå från målgruppens behov och vara anpassat efter dessa [2–7]. En förberedande behovsanalys tydliggör olika behov och gör det möjligt att sätta relevanta målsättningar för arbetet. Folkhälsomyndighetens ambition för område 1 är att verksamma aktörer gör en grundläggande behovsanalys i sitt närområde innan de påbörjar eller vidareutvecklar ett hälsofrämjande och förebyggande arbete för målgruppen. Följande indikatorer kan användas för det egna arbetet:

- Regionalt eller lokalt ansvarig har genomfört en behovsanalys för målgruppen som omfattar kunskap om
  - målgruppens storlek
  - bestämningsfaktorer
  - riskbeteenden
  - sjukdomar
  - lämpliga arenor att verka på och
  - andra verksamma aktörer.

## Akut eller långsiktig behovsanalys

En behovsanalys kan göras på flera sätt, och det är karaktären på problemet som bestämmer om den ska göras akut eller långsiktigt. Med akut avses exempelvis ett utbrott av hepatit eller hiv, där analysen behöver fokusera på de mest grundläggande delarna av problemet. I internationella sammanhang kallas en behovsanalys av detta slag för Rapid Needs Assessment<sup>1</sup> och exempel på detta kan vara en metod som utvecklats av Deutsche AIDS-Hilfe kallad Participatory Quality Development (PQD) [8]. Om behovsanalysen gäller ett mindre akut problem inför ett långsiktigt arbete behöver den vara mer djupgående och ta hänsyn till flera informationsskällor. Exempel på en långsiktig behovsanalys går att finna i den målstyrda projektplaneringsmetoden Logical

---

1. Ibland även kallat ”First needs assessment” eller ”Emergency needs assesment”

Framework Approach (LFA) [9]. Alla typer av behovsanalyser behöver utgå från antalet människor som är i behov av hjälp.

## Antalet personer som injicerar droger i Sverige

Personer som injicerar droger är till viss del dolda i samhället och det har gjorts ett flertal försök att bestämma målgruppens storlek och ofta med uppmaning till försiktighet i tolkning och generaliserbarhet av resultaten, på grund av metodologiska svårigheter [10, 11]. Socialstyrelsen genomförde 2012 en pilotskattning för att pröva en annan beräkningsmetod än i de tidigare försöken som uppskattade att det under 2008–2011 fanns cirka 8 000 personer som injicerade droger i Sverige (tabell 1 nedan) [12]. Skattningen baserades på personer med missbruksdiagnos i kombination med hälso- och sjukvårdsdiagnoser som är typiska för personer som injicerar droger. Beräkningen inkluderade även ett så kallat mörkertal, vilket bygger på antagandet att samtliga personer inte kan identifieras via register. Drygt hälften (57 procent) fanns i något av de tre storstadslänen.

**Tabell 1.** Skattning av antal personer som injicerar droger (15–69 år), länsvis och i riket, perioden 2008–2011, samt i relation till befolkningen. Konfidensintervall inom parentes.

Län	Skattning	Per 1 000 invånare	Län	Skattning	Per 1 000 invånare
Stockholm	1 837 (1 662–2 051)	1.3	V:a Götaland	1 348 (1 196–1 542)	1.2
Uppsala	259 (205–351)	1.1	Värmland	318 (204–546)	1.7
Södermanland	294 (221–421)	1.6	Örebro	351 (288–453)	1.8
Östergötland	352 (274–481)	1.2	Västmanland	267 (202–382)	1.5
Jönköping	274 (234–339)	1.2	Dalarna	185 (115–342)	1
Kronoberg	99 (62–196)	0.8	Gävleborg	217 (143–371)	1.1
Kalmar	159 (124–225)	1	Västernorrland	182 (134–277)	1.1
Gotland	47 (27–122)	1.2	Jämtland	38 (22–98)	0.4
Blekinge	105 (57–249)	1	Västerbotten	225 (167–332)	1.2
Skåne	1 127 (996–1 298)	1.3	Norrbottnen	198 (158–271)	1.1
Halland	139 (110–196)	0.7	Riket	8 021 <sup>2</sup>	1.1

2. Siffran för riket är en summering av länsiffrorna och konfidensintervall kan ej beräknas.

Jämfört med tidigare skattningar bedömde Socialstyrelsen att pilotskattningen gav ett mer realistiskt resultat samt att metoden var långsiktigt hållbar. Skattningar innehåller alltid en viss grad av osäkerhet relaterat till metodproblem, och därför bör skattningen användas som en referens och kompletteras med lokal eller regional kunskap från den egna behovsanalysen.

## Epidemiologisk översikt för bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar

Kunskap om sjukdomar hos målgruppen fås genom att samla in och analysera epidemiologiska data och därmed klargöra hur orsakskedjan för sjukdomar hänger ihop i målgruppen, dvs. hur olika bestämningsfaktorer påverkar riskbeteenden som i sin tur påverkar sjukdomsutfall (figur 1).

**Figur 1.** Orsakskedja för sjukdomsutfall.



Med bestämningsfaktorer avses fasta bestämningsfaktorer såsom ålder, kön och ålder vid drog- och injektionsdebut, samt personbundna bestämningsfaktorer som kan variera över tid, exempelvis boendestatus, utbildningsnivå, typ av huvuddrog och intensitet i den egna droganvändningen. Kunskap om bestämningsfaktorer och deras olika påverkan på riskbeteenden skapar grundläggande förståelse för hur riskbeteenden och därmed risk för infektion kan variera bland personer som injicerar droger. Kunskap om sambanden behövs för att motverka nyinfektion och vidare spridning av sjukdomar såsom hepatit och hiv i målgruppen. Denna kunskap behöver samlas in kontinuerligt eftersom de personbundna bestämningsfaktorerna ofta varierar. Dessutom kan målgruppen utsättas för allvarliga och hastiga förändringar, exempelvis vid sjukdomsutbrott. Folkhälsomyndigheten ger förslag på 23 grundläggande frågor som kan ställas i verksamheter som möter målgruppen och som följer upp de tre delarna i orsakskedjan för sjukdomar. För vidare läsning om dessa, se kapitlet ”Uppföljning av lågtröskelverksamheter och deras aktiviteter”.

## Droger och droganvändningens olika effekt på individen

En behovsanalys behöver lägga särskild vikt vid de personbundna bestämningsfaktorerna som är relaterade till droger och drogvvanor. De varierar ofta i målgruppen, och ger olika effekt på en persons riskbeteende. Det är lämpligt att tidsbestämma denna typ av kunskap, förslagsvis genom att utreda situationen för de senaste 12 månaderna innan frågetillfället. Det innebär att samla in kunskap kring:

- vilken drog (eller vilka) som använts eller föredragits
- hur drogen intagits, genom injektion eller på annat sätt<sup>3</sup>
- hur ofta den intagits, dvs. intensitet
- hur det sociala sammanhanget och kontexten<sup>4</sup> såg ut kring själva intagandet [2, s. 21].

Bland personer som injicerar droger dominerar två preparatgrupper: centralstimulerande medel (framför allt amfetamin) samt opiater och opioider (framför allt heroin). [13, s. 38 ff] Dessa droger intas vanligast genom injektion, men kan också intas oralt och nasalt eller rökas. Den som injicerar droger kan vara direkt exponerad för infektioner såsom hepatit C och hiv redan från första injektionstillfället.

Intensiteten i det egna droganvändandet ger ofta en indikation på vilken fas personen befinner sig i. Enligt forskning är det stor skillnad i hur drogen används av en person vars liv gränsar till döden, jämfört med en person som är socialt fungerande [14]. Forskning visar även att personer som kan kontrollera sitt droganvändande också kan upprätthålla normala sociala funktioner [15]. Behovsanalysen behöver därför förstå och utgå från prioriteringsordningen nedan, dvs. om en människa i sitt droganvändande behöver stöd för att:

1. överleva
2. undvika irreversibla och potentiellt dödliga skador såsom hepatit C eller hiv
3. undvika social utslagning
4. stabilisera hälsa och sociala förhållanden
5. sluta med ett okontrollerat droganvändande

---

3. Droger som injiceras får olika effekt på riskbeteenden, där exempelvis delning av parafernalia är mer vanligt förekommande hos dem som injicerar amfetamin jämfört med dem som injicerar heroin.

4. Med kontext avses om personen är hemlös, har arbete, familj, utbildning och så vidare.

6. bli drogfri eller kontrollera sitt användande (med eller utan substitutionsbehandling)
7. helt sluta med droger och bryta med den delen av sitt liv.

## Riskbeteenden

Personer som injicerar droger har flera karaktäristiska riskbeteenden relaterade till hepatit och hivinfektion, vilka har bekräftats i rapporter och forskning [16–21]. Med riskbeteende avses en människas eller en grups beteende kring ett specifikt riskrelaterat fenomen som kan leda till infektion. Det kan exempelvis gälla att:

- dela injektionsverktyg, dvs.
  - dela kanyl eller spruta
  - dela parafernalia
- ha sex utan kondom
- köpa eller sälja sex och därmed ha flera okända eller tillfälliga partner.

Riskbeteenden påverkas även av den egna attityden inför egen sjukdomsrisk eller av otillräcklig kunskap om:

- smittvägar för sjukdomar
- skillnad mellan infektion och sjukdom, olika sjukdomar och hur symtom uppträder
- de hälsofrämjande och förebyggande verksamheter och aktiviteter som finns att tillgå i den egna närmiljön.

Riskbeteenden går att påverka både konkret och kognitivt, exempelvis genom att tillhandahålla sterila kanyler, sprutor och parafernalia. Man kan också stärka individens eller målgruppens kunskap om eller attityd till sjukdomar genom ett riskreducerande samtal som använder motiverande samtalsteknik (MI).

## Sjukdomsförekomst

Jämfört med befolkningen i stort har personer som injicerar droger en hög sjukdomsbörda. Hög förekomst av hepatiter eller hiv i målgruppen innebär förhöjd risk för fortsatt spridning i gruppen och risk för att sjukdom ”spiller över” till en annan och indirekt exponerad grupp såsom sexpartner. Målgruppen är i högre grad även exponerad för kringssjukdomar såsom hudinfektioner, blodförgiftning och andra infektionssjukdomar, förhöjd dödlighet, sjuklighet och lidande som sammantaget innebär direkta eller indirekta kostnader för

individerna och hela samhället [7, 22]. Vägledningen fokuserar på hiv men även hepatit B och hepatit C, eftersom de utgör den främsta bördan för målgruppens utsatthet för hepatiter (A–D). Mer information om sjukdomar, symtom, sjukdomsförlopp och behandling finns på Folkhälsomyndighetens webbplats under ”Infektionssjukdomar” samt Läke-medelsverkets webbplats under ”Behandlingsrekommendationer”.

### **Hepatit C**

Personer som injicerar droger infekteras med hepatit C främst via delning av injektionsverktyg (infektion via blod) och i enstaka fall via samlag (infektion via sex). Infektionsrisken är även *hög* vid delning av enbart paraferalia. Hepatit C är idag ett avsevärt mycket större problem för målgruppen än hiv och hepatit B, och tillgängliga prevalensdata visar en extremt hög förekomst jämfört med allmänheten i stort. Sedan hepatit C blev anmälningspliktigt 1990 har cirka 58 000 fall rapporterats<sup>5</sup> varav 23 000 fall (40 procent), är bekräftade som infektion via injektion av droger [23].

### **Hepatit B**

Bland personer som injicerar droger sprids hepatit B oftast via delning av injektionsverktyg (infektion via blod) eller samlag (infektion via sex). Hepatit B delas upp i akut och kronisk infektion. Risken att infekteras och infektera andra är högst i den akuta fasen av infektion, då risken för överföring av infektion är som störst men både akuta och kroniska fall bör bevakas. Den geografiska fördelningen av akut hepatit B varierar mellan åren och beror framför allt på utbrott bland målgruppen på olika orter i landet.

### **Hiv**

Hiv infekterar främst via delning av injektionsverktyg (infektion via blod) och i enstaka fall via samlag (infektion via sex). Förekomsten i målgruppen är i dag hög jämfört med allmänheten i stort, men hivincidensen är låg, dvs. antalet nyupptäckta fall varje år. Totalt har cirka 1 200 fall rapporterats (1983–2013) som infekterade via injektion av droger sedan hiv blev anmälningspliktigt 1983. Målgruppen är utsatt för sporadiska utbrott av hiv, vilket gör att antalet nya fall kan öka plötsligt. Stockholm och Kalmar har båda drab-

---

5. Fram till 2013.



bats av hivutbrott medan Region Skåne, med tre aktiva sprututbyten, endast upptäckt två fall av hiv sedan 2000, bland personer som inte varit aktiva i sprututbytet [24].

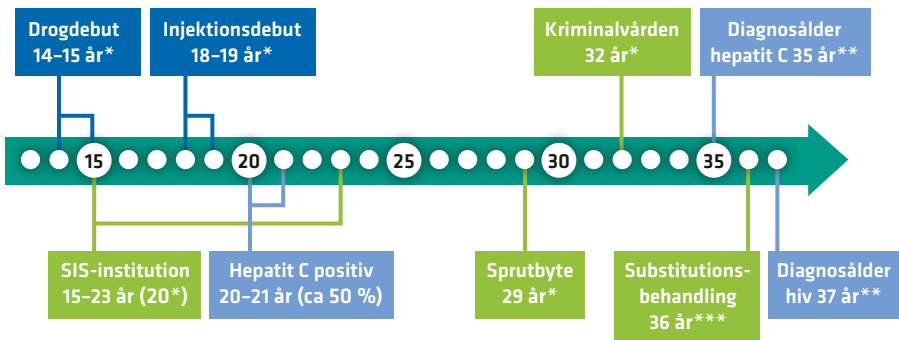
### Sexuellt överförda infektioner

Andra sexuellt överförda infektioner (STI) förekommer inom målgruppen men på nationell nivå finns knapphändig information om den specifika förekomsten i målgruppen.

## Analys av det rådande kunskapsläget för personer som injicerar droger

Nedanstående sammanfattning (figur 2) visar vilken bild som kan framträda i en behovsanalys. Sammanfattningen representerar dock inte alla personer som injicerar droger, utan bör i stället ses som en teoretisk sammanställning av viktiga åldersrelaterade negativa livshändelser hos en exempelperson, så som den sammantagna svenska forskningen och rapporteringen påvisar.

**Figur 2.** Sammanställning av viktiga åldersrelaterade livshändelser hos en exempelperson som injicerar droger.



\* Medianålder

\*\* Medianålder för diagnosålder i SmiNet databas

\*\*\* Medianålder i LARO program avseende nya fall, Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer som injicerar droger börjar oftast använda droger när de är 14–15 år (medianålder), och injektionsdebuten kommer runt 18–19 år (medianålder). Ofta introduceras de till injektion av droger genom att en mer erfaren person hjälper en oerfaren, så kallad ”trading av kunskap”. Infektionsrisken finns redan från första injektionen, och cirka 50 procent av dem som delar injektionsverktyg kan förväntas få hepatit C inom två år efter injektionsdebut. Majoriteten (upp till 80 procent) kan förväntas ha infekterats 6–9 år efter injektionsdebuten [16, 18, 25]. Sjukdomar såsom hepatit och hiv sprids ofta snabbt i nätverk av personer som injicerar droger och som delar injektionsverktyg med varandra [26]. Medianåldern för hepatit C-diagnos ligger runt 35 år, och för hivdiagnos är den cirka 37 år (förutom vid sporadiska hivutbrott), vilket indikerar sen upptäckt av sjukdom inom gruppen [23]. Malmö sprututbyte har bland verksamhetens nya besökare under 2013 observerat betydligt högre hepatit C-prevalens bland kvinnliga personer som injicerar droger jämfört med män [27].

Många som riskerar att börja injicera droger har redan ett utvecklat bruk av exempelvis amfetamin och heroin, som även kan intas oralt, nasalt eller genom rökning. Personer i denna undergrupp till målgruppen är med största sannolikhet ”socialt fungerande” med allmänt god hälsa och kan hantera sitt droganvändande parallellt med arbete, studier och socialt umgänge. De behöver inte heller nödvändigtvis uppfatta sitt droganvändande som hälsovådligt, eller tycka att de behöver hjälp och stöd. Dessa personer återfinns i alla åldersgrupper men beräknas främst vara unga och unga vuxna personer.

Det är ofta svårt att nå personer som injicerar droger, och framför allt de som riskerar att börja. Eftersom de till viss del är dolda i samhället kan de vara svåra att nå med hälsofrämjande och förebyggande insatser eller riktade kommunikationsinsatser. Vidare finns lite forskning kring sätt att kommunicera med personer som injicerar droger om riskbeteenden och infektionssjukdomar på grupp- eller samhällsnivå. Den befintliga kunskapen ger inte tillräcklig grund för att vi i denna vägledning ska kunna föreslå en allmän kommunikationsstrategi för målgruppen i Sverige. Däremot finns ett antal kända arenor där målgrupperna ofta uppehåller sig. Ett exempel är institutioner inom Statens institutionsstyrelse (SiS) med många unga och unga vuxna 15–23 år, varav många löper risk för att börja injicera droger [17]. En annan arena är lågtröskelverksamheter som innefattar sprutbyten, där nya deltagarnas medianålder ligger strax under 30 år vid första besöket [28]. Svenska Häktesprogrammet inom Kriminalvården kommer också i kontakt med båda målgrupperna, men i högre grad personer som injicerar droger, och enligt

data därifrån var medianåldern runt 32 år vid första besöket [25]. Vidare visar data från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen att medianåldern för nya patienter<sup>6</sup> vid kliniker som erbjuder läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende (LARO) var runt 36 år under perioden 2007–2013 [29]. Sammantaget kan en aktör förväntas möta en äldre målgrupp av personer som injicerar droger på de flesta kända arenorna, förutom på SiS-institutioner.

När behovsanalysen är genomförd och målgruppens behov är tydligt identifierade behöver man välja en verksamhetsform som kan möta målgruppens olika behov. Mer information om fördjupad statistik och analys gällande bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdom finns på Folkhälsomyndighetens webbplats under ”Personer som injicerar droger”.

---

6. Med nya patienter avses även personer som inte hämtat ut LARO-läkemedel de senaste 12 månaderna.

## OMRÅDE 2

# Att välja en lämplig lågtröskelverksamhet

Folkhälsomyndighetens ambition för område 2 är att aktörer som kommer i kontakt med målgruppen ska tillhandahålla en lämplig lågtröskelverksamhet. Förslagsvis används följande indikatorer för den årliga uppföljningen:

- Lågtröskelverksamhet som möter behovsanalysens resultat har startats upp.
- Lågtröskelverksamheten täcker minst 60 procent av den definierade målgruppen [30].

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

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

Ju högre toleransnivå för olikheter, desto lättare för alla att delta, särskilt då droginnehav och -bruk är kriminaliserat och delar av både målgruppen och undergruppen (de i risk men som ännu inte börjat injicera) är dolda i samhället på grund av detta. Samtidigt behöver verksamheten sätta tydliga och rimliga gränser för antalet deltagare samt ha förhållningsregler för våld eller annat störande beteende. Ofta är det lämpligt att lågtröskelverksamheten anpassas enligt ”peer-to-peer”-principen, dvs. innefattar volontärer eller anställda med liknande erfarenheter som målgruppen [31]. Det är viktigt att ha en förtroendeingivande atmosfär som tar till vara den enskildes motivation. Det lägger grunden för en effektiv lågtröskelverksamhet och ökar möjligheten att nå svårnådda, eller behålla flyktiga personer i verksamheten [32, s. 41 ff], [33, 34]. Det är viktigt att lågtröskelverksamheten etableras där behoven finns, att den anpassas efter förutsättningar i närmiljön, samt att den placeras centralt med goda kommunikationsmöjligheter. Forskning visar att en olämplig geografisk placering kan minska verksamhetens möjlighet att bli

effektiv och ibland ge upphov till en effekt som kallas ”Not in my back-yard” (NIMBY). Med NIMBY-effekt menas att verksamhetens karaktär och klientel kan ge upphov till irritation, störningar och motsättningar i närområdet [7, 35, 36]. När lågtröskelverksamheten planeras är det viktigt att ha en dialog med det lokala samhället, för att bemöta vanliga schablonföreställningar eller undanröja eventuella missförstånd. En verksamhet bör även alltid tidsbegränsas till en tidpunkt då den ska utvärderas för att se om den bör fortsätta eller avslutas och det behöver finnas en plan för hur verksamheten kan avslutas, en ”exit-strategi”<sup>7</sup>. En exit-strategi behöver innehålla en plan för hur de personer som nyttjar verksamheten kan erbjudas likvärdiga alternativ. Förslaget i vägledningen med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är att använda tre typer av lågtröskelverksamheter: en fast, en mobil eller en uppsökande lågtröskelverksamhet, som både kan kombineras eller användas fristående beroende på målgruppens behov.

## Fast lågtröskelverksamhet

En fast lågtröskelverksamhet är en större hälsocentral som till skillnad från allmänna hälso- och sjukvårdsverksamheter är särskilt anpassad för personer som injicerar droger. Den är också lokaliserad till en specifik och central plats för att skapa kontinuitet och långsiktighet för målgruppen. En fast lågtröskelverksamhet har goda organisatoriska förutsättningar att kunna samverka med andra verksamheter såsom allmän hälso- och sjukvård, socialtjänst, polis, arbetsförmedling och volontärverksamhet som erbjuder juridiskt stöd. Denna typ av verksamhet är utformad så att den kan innehålla flera olika aktiviteter under ett och samma tak, för att maximera möjligheten att tillgodose samtliga tänkbara behov hos den som söker hjälp.<sup>8</sup> Därför kräver den relativt stora lokaler. Exempel på fasta lågtröskelverksamheter är sprututbytet i Malmö och i Stockholm, och Convictus Bryggan Vantör i Stockholm [37].

## Mobil lågtröskelverksamhet

En mobil lågtröskelverksamhet bör ses som ett komplement eller en ”satellitfunktion” till den fasta. Grundkriterierna är desamma som för en fast

---

7. Med exit-strategi menas att verksamheter behöver ha en strategi för hur ett pågående projekt kan avslutas samt för att hantera eventuella negativa konsekvenser för målgruppen.

8. Olika fenomen kan uppstå i gruppen som påverkar deras tillgänglighet, t.ex. ändrade drogvanor, riskbeteenden, infektion och sjukdom, fängelsevistelse och nya normer i gruppen.

verksamhet, och dess styrka ligger i möjligheten att kunna verka på flertalet platser. Aktiviteterna behöver dock komprimeras både gällande yta och resurser, vilket gör att den inte har möjlighet att ta hand om alla behov i målgruppen. Däremot kan man anpassa aktiviteter efter olika behov på olika platser. Den mobila varianten bör verka på platser där behoven är mest uppenbara och där det inte är möjligt att starta en fast lågtröskelverksamhet. Det går inte att ha samma generösa öppettider som i en fast verksamhet, men den bör vara regelbunden, långsiktig och ha samma förhållningssätt. Ett exempel på mobil verksamhet är blodgivningscentralers koncept med satellitbussar där antalet besök till olika hållplatser styrs av hur många blodgivare som är registrerade på just den hållplatsen [38]. Dessa kan finnas både publikt och i anslutning till andra verksamheter.

## Uppsökande lågtröskelverksamhet

En uppsökande verksamhet är ett bra komplement till den fasta eller mobila lågtröskelverksamheten eftersom den syftar till att söka upp och skapa kontakt med målgruppen i närmiljön. Ofta möter man människor som inte själva är villiga att ta kontakt eller söka hjälp, vilket ställer krav på utformning, förhållningssätt och bemötande. För att ge ett gott bemötande behöver verksamheten lägga särskild vikt vid ”peer-to-peer”-principen då ett aktivt uppsökande av människor ställer höga krav på att personalen har kunskap, erfarenhet och personlig lämplighet. En uppsökande verksamhet inhämtar dagsaktuell och viktig kunskap om målgruppens riskbeteenden samt om drogtrender och andra viktiga fenomen, vilket utgör en bra och regelbunden kompletterande kunskapskälla för den mobila eller fasta lågtröskelverksamheten. Ofta ger uppsökande verksamhet möjlighet till dialoger där man kan länka till vidare hjälp. I vissa kommuner finns det uppsökande verksamhet som sköts av socialtjänsten eller sjukvården.

## Uppsökande lågtröskelverksamhet på kända platser

Uppsökande lågtröskelverksamhet kan bedrivas genom fältarbete i miljöer där det är känt att målgruppen brukar uppehålla sig. Med kända miljöer avses platser såsom torg, dag- och natthärbärgen, husvagns- eller tältläger under sommartid, andra boplatser, centrala knytpunkter samt varma utrymmen vintertid. Andra platser kan vara allmänna hälso- och sjukvårdsmottagningar, beroendemottagningar och infektionskliniker. Vidare kan man rikta in sig på tillfälliga projekt såsom bosättningar, byggarbetsplatser och platser för

säsongsarbeten som kan attrahera arbetskraft från andra länder. Uppsökande verksamhet bedrivs ofta till fots eller med cykel, samt med bil i geografiskt stora områden. Om fler uppsökande verksamheter är aktiva i samma region eller närområde behöver de identifiera sig på ett tydligt sätt eftersom det ibland kan uppstå förvirring i målgruppen om vilken verksamhet som gör vad.

## **Uppsökande lågtröskelverksamhet i reglerad miljö**

Uppsökande lågtröskelverksamhet i reglerad miljö avser uppsök inom Kriminalvården, på institutioner inom SiS och hos polisen. Människor befinner sig inte frivilligt i dessa miljöer och omges av strikta regler, och därför är det viktigt att uppsökande personer är lämpliga för uppdraget och att den information som ska delas ut eller inhämtas är testad på förhand, då viss information kring droger eller riskbeteenden kan vara känslig. Dessa reglerade arenor är viktiga att bevaka eftersom många i målgruppen vistas där, men där finns även undergruppen personer som riskerar att börja injicera droger och vars drogbruk tidigare kan ha varit dolt för samhället. Genom att regelbundet besöka dessa arenor kan den uppsökande verksamheten bevaka trender i riskbeteenden och sjukdomsförekomst, som ofta ger en representativ bild av situationen för båda målgrupperna i samhället i stort [17, 25, 39]. Exempel på två uppsökande verksamheter i reglerad miljö är ”Svenska häktesprogrammet” och ”Hiv på institution”. Häktesprogrammet är en fortsättning på Socialmedicinska häktesprojektet som startade i Stockholm 1987 i samverkan med Kriminalvården. Programmet riktar sig till personer som injicerar droger och erbjuder ett samtal kring riskbeteenden samt testning och vaccination för hepatit och hiv. Syftet med den uppsökande verksamheten är att minska individens eget risktagande och att identifiera eventuella infektionssjukdomar. Socialstyrelsen utvärderade projektet under 2009 och fann att det var relevant, effektivt och uppskattat i målgruppen [40]. Hiv på institution är en annan uppsökande verksamhet som drevs av organisationen Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL) och Hiv-Sverige under perioden 2008–2012 [17]. Det huvudsakliga målet var att öka kunskapen om hepatiter och hiv bland klienter och personal på SiS-institutioner, genom att använda en peer-baserad utbildningsmodell. Malmö Högskolas utvärdering visade att projektet var effektivt och framgångsrikt i att uppnå sina mål samt att det var uppskattat bland deltagarna.

## OMRÅDE 3

# Att välja aktiviteter utifrån målgruppens identifierade behov

Folkhälsomyndighetens ambition för område 3 är att lågtröskelverksamheter, utifrån målgruppens behov, ska erbjuda de nedan föreslagna aktiviteterna som är evidensbaserade och målgruppsanpassade. Om aktiviteterna genomförs på sättet det är tänkt kommer antalet nyupptäckta fall av hepatit B och C på sikt att minska, och antalet nyupptäckta fall av hiv vara fortsatt lågt. Det är möjligt att en verksamhet av olika skäl inte genast kan starta flera aktiviteter för att tillgodose målgruppens samtliga behov, men det finns ändå ett värde i att starta de aktiviteter som är möjliga eftersom varje aktivitet ger ett bidrag [41]. Följande indikatorer kräver nämnardata och kan användas vid den årliga uppföljningen:

- Andel personer som testats och fått rådgivning för hiv, hepatit B och C samt STI och fått vaccination för hepatit B.
- Antalet årligen nyupptäckta fall av hiv och hepatit B och C.
- Andel personer som byter injektionsverktyg.
- Andel utlämnade och återlämnade injektionsverktyg.
- Andel personer som påbörjat antiviral behandling för hiv eller hepatit C.
- Andel personer som deltagit i en riktad utbildningsinsats.

Världshälsoorganisationen (WHO) och Förenta Nationernas (FN) hiv- och aidsorgan (UNAIDS) påtalade redan 2000 att det då pågående globala hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hivpidemin behövde vidareutvecklas och fördjupas för att kunna adressera de ofta komplexa och varierande behoven inom olika målgrupper, i vad de kallade för primär- och sekundärprevention [42].

Primärprevention är ett samlingsbegrepp för hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter vars fokus ligger på att förhindra att exponerade personer blir infekterade genom att bland annat stärka individens kunskap, arbeta med dennes riskbeteenden och motivera till förändring [43, s. 17]. Primärprevention riktar sig oftast till en bred målgrupp men går att anpassa efter en eller flera individer [44, 45]. Sekundärprevention riktar sig oftast till individen eller mindre grupper och innefattar medicinskt orienterade aktiviteter. Fokus här



ligger på att förhindra en infekterade person från att infektera andra [43]. I ett sekundärpreventivt sammanhang är de primärpreventiva aktiviteterna viktiga för att identifiera eventuellt infekterade personer [44, 45]. Verksamheter som bedriver både primär- och sekundärpreventiva aktiviteter har i studier för målgruppen visat sig minska riskbeteende och nyinfektioner av framför allt hiv, hepatit B och i viss mån hepatit C [2, 3, 7, 25, 46–51]. Nedan beskrivs primärpreventiva och sekundärpreventiva aktiviteter som är fristående från varandra. De riktar sig till målgruppens olika behov och stärker varandras effekter om de pågår samtidigt och i samverkan.

## Primärpreventiva aktiviteter

En verksamhet som ska förebygga eller förhindra riskbeteenden och sjukdom bör fokusera på primärpreventiva aktiviteter. Oavsett aktivitet ska en person vid första besöket alltid erbjudas ett grundläggande samtal för att kartlägga individuella:

- bestämningsfaktorer
- riskbeteenden
- sjukdomar
- andra hälso- och sjukvårdsrelaterade behov
- andra intilliggande behov såsom kontakt med socialtjänst.

I samtalet kan de 23 grundläggande frågorna, närmare beskrivna i kapitlet ”Uppföljning av lågröskelverksamheter och deras aktiviteter”, användas för att få en grund för individuella uppföljningar över tid, samt för att jämföra olika behov. Vägledningen föreslår följande evidensbaserade primärpreventiva aktiviteter:

- grundläggande vård och omsorg
- testning, vaccination och riskreducerande samtal
- byte av injektionsverktyg
- kurator
- barnmorska
- riktad utbildningsinsats
- andra kompletterande aktiviteter av vikt.

## Grundläggande vård och omsorg

Grundläggande vård och omsorg handlar om att tillhandahålla praktiska saker, bland annat möjlighet att:

- använda toalett
- få något att äta och dricka
- låna telefon
- använda internet
- duscha eller tvätta sig
- vila en kort stund
- träffa volontärer för stöd och rådgivning (peer-to-peer).

Forskning och erfarenhet visar att mer oerfarna personer som injicerar droger tenderar att ha färre eller mindre markanta sociala och hälsorelaterade problem [52] jämfört med gruppen i stort som generellt har en större sjukdoms-  
börda än en genomsnittsperson i samhället [53–57]. Aktiviteten bör erbjuda vård för olika sjukdomstillstånd som är vanliga i målgruppen, för att få kontakt med dem som vanligtvis söker hjälp i allmän hälso- och sjukvård för indirekta besvär eller symtom, orsakade av droganvändandet. Det kan bland annat gälla:

- hudinfektioner och bölder
- lunginflammationer och övre luftvägsinfektioner
- febertillstånd (t.ex. blodförgiftning)
- skrumplever (levercirros)
- skador efter misshandel eller fall, inklusive frakturer
- knivskador
- olika STI
- ospecifika utslag på kroppen
- mindre brännskador på huden
- tryckskador på nerver efter överdoser
- tandvärk eller infektioner i munhålan
- eftersatt fothälsa
- hundbett.

En första bedömning bör utföras av sjuksköterska med beroende- eller infektionskompetens. Stöd från läkare kan finnas på plats eller i andra fall via telefon eller webb, framför allt vid akuta behov.

## Testning, vaccination och riskreducerande samtal

En kombination av testning, vaccination och riskreducerande samtal vid ett och samma tillfälle är det mest effektiva sättet att tidigt upptäcka infektioner, motverka riskbeteenden, sätta in behandling och förhindra vidare spridning av infektioner [58, 59]. Denna möjlighet behöver erbjudas rutinmässigt och personen som testas ska alltid delges sitt provsvar. En person som aktivt injicerar droger bör uppmanas att testa sig för hiv och hepatit minst två gånger per år [3, 60]. Vid testtillfället ska personen informeras om vad testet innebär, vad man testar för, potentiella konsekvenser av testet och möjligheten att tacka ja eller nej. Vaccination stärker den allmänna hälsan hos målgruppen och är det mest effektiva sättet att motverka vanliga sjukdomar såsom hepatit B, hepatit A och stelkramp. Vaccinationer som erbjuds inom någon av de föreslagna lågtröskelverksamheterna (dock inte inom ramen för uppsökande lågtröskelverksamhet på kända platser) har tillsammans med andra aktiviteter visat sig vara kostnadseffektivt. Det ökar både vaccinationstäckningen inom målgruppen och individens möjlighet att fullfölja hela vaccinationskuren [61–63].

Varje kontakttillfälle innebär en möjlighet att påbörja ett riskreducerande samtal. Forskning har visat att när samtalet sker i samband med testtillfället går det att påverka personens riskbeteenden [64]. Ett riskreducerande samtal med motiverande samtalsteknik (MI) är effektivt för att en person ska kunna förändra sitt beteende när det gäller risktagande [44, s. 84 ff]. Det riskreducerande samtalet behöver förmedla acceptans och undvika en ”rättningsreflex”<sup>9</sup> som blir kontraproduktiv i en vårdsituation eftersom personens naturliga reaktion blir att försvara sitt beteende eller motsätta sig förändring. Rådgivningen kan med fördel baseras på ”peer-to-peer”-principen, och bör utgå från risksituationer och riskbeteenden som personen själv upplever som problematiska och beröra samtalskomponenter som:

- säkra injektionsvanor
- risker med att dela paraferalia
- kunskap om tidiga infektions- eller sjukdomstecken
- sätt att motstå socialt tryck i sammanhang där droger används (empowerment)
- tilltro och tillit till hälso- och sjukvården och dess möjligheter att hjälpa
- säkrare sex och vikten av att använda kondom

---

9. Med rättningsreflex menas den egna viljan att tillrättavisa eller försöka övertyga om vad som är rätt eller fel.

- möjligheter till stöd för att sluta med droger
- allmänna hälsorisker associerade med injicering av droger, såsom överdos.

I anslutning till samtalet bör man även ge tillhandahålla information kring olika sjukdomar samt att dela ut kondomer och glidmedel, särskilt i mötet med människor som har erfarenhet av att köpa eller sälja sex. En person bör alltid erbjudas ett riskreducerande samtal oavsett om det sker i samband med ett testtillfälle eller inte.

## Byte av injektionsverktyg

Med byte av injektionsverktyg avses byte av kanyl, spruta och parafernalialia. Parafernalialia är ett samlingsnamn för den kringutrustning som används för att förbereda injektionslösning, dvs. uppdragningskärl,<sup>10</sup> droglösning,<sup>11</sup> filter,<sup>12</sup> se bild 1 nedan.

Delning av en kanyl eller spruta utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom målgruppen varför det är viktigt att känna till skillnader i injektionsrelaterat riskbeteende hos exempelvis heroinister jämfört med amfetaminister [25, 65, 66]. Vidare finns en hög risk för spridning av framför allt hepatit C-infektion för dem som delar parafernalialia [67–70]. Genom att tillhandahålla sterila injektionsverktyg går det att reducera riskbeteendet inom målgruppen [46, 71–74]. Byte av injektionsverktyg bidrar även till att minska antalet nya fall av hiv och stärka det egna skyddet vid eventuella utbrott av hivinfektion inom målgruppen [26, 46, 71, 75, 76]. Preliminära studier visar lovande resultat vad gäller att förstå ett eventuellt samband mellan delning av parafernalialia och utbredd hepatit C-infektion i målgruppen [46, 67, 69, 77–80]. Vidare är det lämpligt att i aktiviteten tillhandahålla sticksäkra behållare för att uppmuntra personen att transportera sina kanyler och sprutor på ett säkert sätt. En verksamhet som innefattar byte av injektionsverktyg kräver vissa grundläggande förutsättningar, närmare beskrivna i ”lagen om utbyte av sprutor och kanyler (SFS 2006:323)” och i ”Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika”.

---

10. Även kallade blandkärl, blandkopp eller sked.

11. Vatten eller surgörare.

12. Även kallad tuss.

**Bild 1.** Exempel på injektionsverktyg och vad delarna kallas i vardagspråk.



Kanyl eller nål



Spruta eller (injektions-)pump



Parafernalia

## Kurator

En kurator kan med fördel utgöra länken mellan målgruppen och de hjälp- eller stödinsatser som erbjuds av andra aktörer, exempelvis socialtjänsten som erbjuder försörjningsstöd, boendestöd med mera. En person som injicerar droger har ofta ett stort och ibland svåröverskådligt kontaktnät med olika institutioner i samhället, såsom allmän hälso- och sjukvård, beroendevård, socialtjänst, kriminalvård, kronofogdemyndighet och polis. Kuratorn har en central roll i en lågtröskelverksamhet genom att länka personen till de olika institutionerna, som en så kallad ”spindel i nätet”. Kurator är en långsiktig aktivitet som är till för att stötta, motivera och koordinera arbetet kring en person. Den som har uppgiften bör ha god kännedom om samt tidigare erfarenhet av att ha arbetat med målgruppen och olika myndigheter och vårdgivare, tillsammans med utbildning i motiverande samtalsteknik (MI). Ibland kan kuratorn stöta på människor med akuta behov av insatser och bör då ha möjlighet att skyndsamt handlägga dennes ärende. Exempel på detta kan vara det pågående projektet Lots-modellen,<sup>13</sup> som syftar till att omhänderta vårdmotiverade klienter och remittera dem vidare. Modellen innebär snabb handläggning och eventuell inläggning på en beroendeklinik, samt att ansvarigt socialkontor skyndsamt kontaktas för fortsatt samplanering under det pågående vårdtillfället.

## Barnmorska

Erfarenheter från sprututbytet i Malmö visar att en barnmorska kan vara betydelsefull för att nå kvinnor som injicerar droger. En barnmorska kan erbjuda graviditetstest, preventivmedelsrådgivning och tester för STI samt ta gynekologiskt cellprov och vid behov remittera till en gynekologisk mottagning för undersökning och uppföljning. För att barnmorskans arbete ska fungera krävs tillgång till eget rum med lämplig utrustning. Barnmorskan kan även förmedla kunskap om sex och samlevnad och bistå vid frågor om sexuella övergrepp, även för män.

## Riktad utbildningsinsats

En riktad utbildningsinsats är en kort, utåtriktad utbildningsinsats inom ramen för lågtröskelverksamheten. Syftet är att höja kunskapsnivån hos en yrkesgrupp, hos målgruppen eller hos andra grupper av människor som regel-

---

13. Lots-modellen, ett samarbetsprojekt Stockholms Stad, Beroendecentrum Stockholm och Capio Maria.

bundet kommer i kontakt med målgruppen. Den riktade utbildningsinsatsen behöver utgå från ämnen som relaterar till hepatit och hivsjukdom, dvs.:

- bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar
- effektiva hälsofrämjande och förebyggande lågtröskelverksamheter och aktiviteter
- arenor och samverkan mellan aktörer.

Utbildningsaktiviteten kan riktas till personal på institutioner, vårdcentraler, socialtjänst, ungdomsmottagningar och företagshälsovård, men också personal på allmänna hälso- och sjukvårdsenheter inom kommun och landsting med flera. Riktade utbildningsaktiviteter som baseras på ”peer-to-peer”-principen har visat sig vara ett bra sätt att förmedla kunskap [17]. Ett pågående men inte utvärderat exempel är tredagarsutbildningen ”Liver or Die”, som syftar till att sprida information och kunskap kring hepatit C och personer som injicerar droger. Fokus för utbildningen ligger på riskbeteenden, behandling och sjukdom, men den berör också områden såsom bemötande och rättigheter till vård. Utbildningen är ”peer-to-peer”-baserad, dvs. hålls av brukare och riktar sig till både brukare och professionen. Utbildningen hålls av Svenska Brukarföreningen (SBF) [81].

### **Andra kompletterande aktiviteter av vikt**

Det är positivt om en lågtröskelverksamhet kan tillhandahålla eller erbjuda snabb länkning till både tandvård och avgiftning. Tandhälsan är ofta eftersatt hos målgruppen, och forskning visar att hemlösa som får kostnadsfri tandvårdsbehandling i större utsträckning tar sig ur sin hemlöshet eller drog-användning jämfört med dem som inte får tandvård [82]. Dessutom bör man skyndsamt erbjuda avgiftning till dem som ber om hjälp med att reducera eller sluta sitt drogintag. All form av önskan att vilja sluta med sitt droganvändande eller stärka sin allmänna hälsa bör ses som en individuell motivation som kan få positiva effekter på riskbeteenden och sjukdomar.

## Sekundärpreventiva aktiviteter

Vissa verksamheter ska främst förhindra sjukdomsspridning och nyinfektion samt erbjuda behandling av exempelvis infektioner eller sjukdomar, och då behöver den innefatta sekundärpreventiva aktiviteter [2, 7, 44, 83]. Dessa aktiviteter innehåller komponenter som förutsätter medicinskt utbildad personal, vilket ställer högre krav på resurser vad gäller ekonomi, personal med specialistutbildning, utrustning med mera, och lämpar sig främst för en fast eller mobil lågtröskelverksamhet, samt i viss mån även för uppsökande verksamhet i reglerad miljö. Vägledningen föreslår att man använder följande evidensbaserade sekundärpreventiva aktiviteter:

- riskreducerande samtal i ett sekundärpreventivt sammanhang
- läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende
- behandling av infektionssjukdomar som en preventionsinsats.

### **Riskreducerande samtal i ett sekundärpreventivt sammanhang**

Ett riskreducerande samtal i ett sekundärpreventivt sammanhang bygger på motiverande samtalsteknik (MI) och är mer djupgående och kräver mer tid än sin primärpreventiva motsvarighet. Parterna behöver tid att fördjupa sig i olika ämnen, bland annat vad infektion eller sjukdom innebär, hur de tar sig uttryck, vilka möjligheter det finns till behandling och utläkning. Samtalet kan alltså beröra

- vikten av att vaccinera sig för vissa sjukdomar
- beteenden som utsätter en själv och andra för risk för infektion
- smittsamheten under sjukdomsförloppet
- samsjuklighet av flera sjukdomar – påverkan, sjukdomsförlopp samt möjlighet till behandling och utläkning
- risken för och konsekvenser av att dubbelinfekteras av samma sjukdom
- behandling för sjukdomen – hur den fungerar och påverkar personer
- risker med att avbryta pågående behandling för sjukdom
- livet med sjukdomen samt vilka rättigheter och skyldigheter man har.

Det riskreducerande samtalet behöver understryka vikten av att följa behandlingen för att minska risken för resistensutveckling (kan gälla vid hiv eller hepatit C-behandling), vilket är särskilt viktigt för personer som befinner sig i en komplicerad fas i sitt droganvändande [14]. Samtalet måste utgå från personens egna föreställningar; personen får styra samtalet utifrån sin egen verklighet



så att det går att identifiera eventuella riskbeteenden och förutsättningar för behandling.

## **Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende**

Flertalet europeiska länder ser behandling för opiatberoende, så kallad läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO) som grundläggande i att förhindra död, hälsorelaterade skador samt spridning av infektionssjukdomar som är nära sammankopplade med drogberoende [84–87]. LARO syftar till att minska eller avsluta droganvändandet och motverka abstinens och reducera drogbegär. Dessutom ger rehabiliteringen förutsättning för ett stabilare liv, förbättrat välmående och bättre följsamhet till behandling av sjukdomar såsom hepatit och hiv [2, 83, 88–92]. LARO ger positiva effekter och påverkar sjukdomsförekomsten och riskbeteenden [71, 89, 93–100], framför allt i form av minskat självrappporterat injicerande, minskad infektionsfrekvens samt minskad delning av injektionsverktyg [89, 100, 101]. Effektivitet i att reducera hepatit C-incidens är svårare att belägga, men pågående studier visar att det kan vara möjligt på sikt, framför allt om det kombineras med ett riskreducerande samtal samt byte av injektionsverktyg [47, 50, 83, 102–105]. LARO bör ges i kombination med psykosociala insatser och möta de individuella behoven för att nå bästa effekt [94–96, 105–110]. Studier av LARO i fängelsemiljö visar liknande positiva effekter som beskrivs ovan [111–114]. Om det inte är möjligt att erbjuda LARO inom ramen för en planerad verksamhet bör man finna sätt att vidarebefordra patienter till existerande LARO-verksamheter genom ett så kallat ”snabbspår”. Ett exempel är försöksprojektet MATRIS-studien som pågår inom ramen för Malmö sprututbyte [115].

## **Behandling av infektionssjukdomar som prevention**

För att upptäcka och framgångsrikt behandla infektioner eller sjukdomar behövs ett samarbete som innefattar både primär- och sekundärpreventiva aktiviteter. Testtillfället där infektionen upptäcks utgör en viktig och central inkörsport till vidare sjukvård och behandling. Läkemedelsbehandling av sjukdomar som hepatit B och C eller hiv har visat sig effektiv i att minska eller helt ta bort smittsamhet hos en person (beroende på typ av sjukdom) och därmed bidragit till att minska smittspridning inom olika riskutsatta grupper.

### **Hepatit C**

En hepatit C-infektion kan vara smittsam under lång tid och vara svår att urskilja eftersom många saknar symtom eller får generella symtom såsom

trötthet och allmän sjukdomskänsla. En person vars status är osäker bör alltid erbjudas ett test. Om testet är positivt behöver det analyseras vidare för att bestämma om infektionen är kroniskt aktiv och därmed fortsatt smittsam, eller helt utläkt och inte längre smittsam. En utläkt hepatit C-infektion leder inte till immunitet och risken för nyinfektion finns alltid kvar. Det finns ett flertal olika genotyper av hepatit C där 1–3 är vanligast i Sverige. Behandling och behandlingstid kan variera beroende på genotyp och nivå av leverskada, och behandlingen behöver utgå från personens egna förutsättningar för att ge bästa effekt [116]. Hepatit C är till skillnad från hiv en sjukdom som i dag har goda förutsättningar för att behandlas och botas. Under 2014 har också nya läkemedel blivit tillgängliga (Direct Acting Antivirals, DAAs). De ger färre biverkningar jämfört med tidigare använda läkemedel är enklare att administrera samt har kortare behandlingstid.

### **Hepatit B**

En hepatit B-infektion kan leda till akut hepatit med risk för leversvikt, men cirka 50 procent av fallen saknar symtom [117]. Hos cirka 95 procent av dem som infekterats i vuxen ålder läker infektionen ut självmant och personen utvecklar immunitet för nyinfektion. Vid provtagning testas om personen är kronisk infekterad eller inte, immun pga. en tidigare hepatit B-sjukdom eller vaccinerad. Vidare provtagning visar nivån av smittsamhet hos kroniskt infekterade. Chansen till utläkning vid behandling är låg, så syftet med behandlingen är i första hand att minska risken för allvarlig leversjukdom. Det finns vaccin mot hepatit B men täckningsgraden i gruppen är (hittills) låg trots att vaccinationen är kostnadsfri för riskgrupper.

### **Hiv**

Studier kring hiv visar att tidigt insatt antiretroviral behandling (ART) hjälper människor att leva längre, med stärkt hälsa, samtidigt som den minskar spridning av infektionen [118–120]. Vidare finns studier som visar att antalet nyinfekterade med hiv i målgrupper med hög förekomst av personer som injicerar droger minskade, i takt med att ART ökade [120–122]. Det akuta insjuknandet kan ge influensaliknande symtom, bland annat halsinfektion och feber, men personen kan även vara symtomfri under lång tid. Om det är möjligt för verksamheten kan snabbtest vara användbara eftersom målgruppen är flyktig och det kan vara svårt att söka upp personen för att lämna ett provsvar. Med snabbtest kan man direkt återkoppla resultatet och inleda ett riskreducerande samtal baserat på testresultatet. Hiv är en kronisk infektion

och behandlingen är livslång. Mätningar under 2009 och 2011 i Stockholm visade att bostadslösa hivinfekterade personer som injicerade droger i lägre utsträckning var i hivbehandling. De som behandlades hade sämre grad av behandlingsresultat, vilket pekar på svårigheter för allmänna sjukvårdsinrättningar att nå full följsamhet i behandling för personer som samtidigt behöver sociala insatser [123].

### **Dubbelinfektion av hepatiter och hiv**

Majoriteten av hivinfekterade personer som injicerar droger är även infekterade med hepatit C. Detta är allvarligt då dubbelinfektionen ökar risken för bland annat skrumplever (levercirros). Hivinfekterade personer som injicerar droger har även förhöjd risk för influensa eller lunginflammation i relation till exempelvis deras livsstil och ålder [124]. Dessutom kan personer med kronisk hepatit C eller hivinfektion få ett allvarligare sjukdomsförlopp om de samtidigt drabbas av hepatit A eller B. Personer som injicerar droger bör därför alltid erbjudas hepatit A- och B-vaccination [125, 126].

### **Sexuellt överförda infektioner**

Det saknas specifik epidemiologisk kunskap gällande STI bland personer som injicerar droger i Sverige, men målgruppen tros löpa högre risk för sexuellt risktagande under påverkan av framför allt amfetamin [66, 127–130]. Undersökningar visar också att vissa riskbeteenden är vanliga i målgruppen, som att ha sex utan kondom, ha flera samtidiga sexpartner och köpa eller sälja sex för droger eller pengar [25]. Även icke-injicerande sexpartner bör erbjudas test, rådgivning, vaccination och eventuell behandling.

## OMRÅDE 4

# Bemötande och personals kompetens i lågtröskelverksamheter

Ambitionen för område 4 är att lågtröskelverksamheterna ska ha ett icke-dömande bemötande gentemot både målgruppen personer som injicerar droger och undergruppen personer som riskerar att börja injicera droger. Personalen behöver ha relevant kunskap om målgruppen, så kallad brukarkunskap. Följande indikatorer kan användas för den egna årliga uppföljningen:

- Personalen har genomgått en kompetenshöjande utbildning gällande drogombudet och målgruppen, eller hämtat in motsvarande kunskap på relevant sätt.
- Den hälsofrämjande verksamheten har genomfört en årlig klientrevision<sup>14</sup> med fokus på bemötande, kvalitetsnivå och upplevd kunskap bland personal.

Droganvändning och innehav av droger är olagligt, vilket innebär att både målgruppen och undergruppen drar sig för att låta någon utomstående få veta något om deras bruk eller att registreras i någon offentlig verksamhet. I båda målgrupperna finns en rädsla för att deras identitet då också röjs för andra verksamheter såsom polis, LARO-enheter och andra myndigheter [131, 132]. Utöver rädslan för att ”bli upptäckt” anser vissa i målgruppen att de är marginaliserade i samhället. Tidigare utredningar har också konstaterat att målgruppen har en svagare ställning i samhället jämfört med andra klient- och patientgrupper, och att de själva upplever sig som lågprioriterade [133, 134, s. 163 ff].

## Stärka motivationen genom ett bra bemötande

Vissa i målgruppen drar sig för att söka stöd eftersom en del människor dömer eller kritiserar droganvändare för att droganvändning inte stämmer överens med deras egna ideologiska eller moraliska uppfattning [135, 136]. Tidigare utredningar har noterat att delar av socialtjänsten och allmänna hälso- och sjukvården ibland har haft ett moraliserade och skuldbeläggande förhållningssätt till personer som använder droger [32, s. 46 ff; 134, s. 163 ff; 137]. Socialstyrelsen konstaterade i en utredning som publicerades 2013 att socialtjänsten och hälso-

---

14. Kan även kallas brukarrevision.

och sjukvården behövde tänka nytt. I stället för att se människan som ett föremål för insatser bör man aktivt involvera personen i sin vårdssituation. Utredningen visade att viss personal behövde vara uppmärksam på egna och andras fördomar och attityder [31, s. 12].

Vid den första kontakten är det därför avgörande att fånga upp och mot-säga felaktiga uppfattningar eller rykten genom att ha ett bra bemötande. Det initiala bemötandet avgör hur en människa eller gruppen kring honom eller henne i fortsättningen kommer att förhålla sig till lågtröskelverksamheten och dess olika aktiviteter. Europeiska smittskyddsinstitutet (ECDC) rekommenderar vissa principiella förhållningssätt, bland annat: [7, s. 10 ff]

- En persons egna val behöver respekteras även om de inte stämmer överens med din personliga uppfattning.
- Personal behöver ha ett fördomsfritt bemötande.
- Personer som besöker lågtröskelverksamheten bör aktivt involveras i och ges möjlighet att påverka och utvärdera densamma.
- Ett öppet förhållningssätt bland personal i lågtröskelverksamheten behöver stödjas av framför allt ledningen [44].

Ett bra bemötande ger förutsättning för fortsatta kontakter och därmed kan man påbörja ett långsiktigt motivations- och förändringsarbete. Det gäller att fånga upp och ta tillvara på människors egen ansvarskänsla, motivation och förmåga. Ett bra bemötande har även positiva effekter på bland annat följsamheten i behandling, behandlingsresultaten och tillfredsställelsen med vården. [134, s. 187 ff] En människa behöver vara delaktig i sin egen situation så långt som det är möjligt och då behöver personalen vara stödjande och fungera som handledare. [31, s. 12; 138] Ett annat sätt att stärka bemötandet är genom att aktivt involvera eller anställa nyckelpersoner, och att genom ”peer-to-peer”-principen skapa en atmosfär som målgruppen kan identifiera sig med.

## Involvering och delaktighet ökar kvaliteten på verksamheten

En verksamhet som ska nå delvis flyktiga människor behöver förankras i deras verklighet och bör undvika att ställa krav som inte finns i lagar och förordningar; man bör exempelvis inte ha drogfrihet som ett krav för att personen ska få delta i lågtröskelverksamheten. För att stärka kvaliteten i verksamheten kan ett referensråd startas där nyckelpersoner från målgruppen ingår och som har möjlighet att lämna synpunkter i en rådgivande roll. På så sätt stärks målgruppens inflytande, delaktighet och bemyndigade (jämför engelskans ”empowerment”), vilket även gör det möjligt för verksamheten att skapa positivt grupptryck ut i målgruppens egna led [139–143]. Personer i målgruppen kan få bättre självkänsla och ökad motivation om de kan påverka och bidra till förbättring, och därigenom ha inflytande på en verksamhet som har stor betydelse för deras livssituation. Genom att engagera eller anställa särskilt motiverade människor från målgruppen i verksamheten, skapas även förutsättning för tydligare, mer effektiv och positiv informationsspridning i målgruppens egna led, vilket i sin tur kan leda till att fler söker hjälp [31; 134, s. 193 ff; 144–146]. Många personer som injicerar droger har lång erfarenhet av allmän hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst eller olika behandlingshem, och därmed omfattande kunskaper och erfarenheter att dela med sig av. Motiverade människor bidrar i högre utsträckning till sin egen förändringsprocess jämfört med omotiverade [13, s. 166; 31–33; 44].

## Personal behöver ha särskild kunskap

Vägen ur droganvändning är lång och krokig. Bakslag eller återfall ses mer som regel än undantag, även för dem som varit stabila under en längre period. Målgruppens komplexitet och föränderlighet ställer höga krav på personalen, men tidigare utredningar har visat att det finns skillnader i kunskap och kompetens hos personalen, där bemötandet i vissa fall har varit bristfälligt och kan ha hämmat erbjudande om hjälp. En studie gjord på SiS-institutioner visade bland annat att personalen hade varierande grundläggande kunskap om hepatit och hivsjukdomar, och så många som 90 procent uppgav att de önskade vidareutbildning i ämnet [17]. Generellt bör personal ha grundläggande kunskap om bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar hos målgruppen. Dessutom behöver de ha kunskap om

- livet som en person som injicerar droger
- droger och drogbehandling

- rätt bemötande
- motiverande samtalsteknik (MI).

Personalen behöver också ha förståelse för omkringliggande faktorer som påverkar livssituationen, exempelvis möjligheten till arbete, den finansiella situationen och boendesituationen. All personal som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med målgruppen bör erbjudas kontinuerlig fortbildning eller vidareutbildning [31].

## OMRÅDE 5

# Aktörers samverkan på strategiska arenor

Folkhälsomyndighetens ambition för område 5 är att aktörer på regional eller lokal nivå ska samarbeta kring lågtröskelverksamheter. Samarbetet behöver formaliseras och man behöver utse en centralt ansvarig funktion som har tillräckliga resurser för arbetet. Följande indikatorer kan användas för den årliga uppföljningen:

- Regionala eller lokala aktörer som kommer i kontakt med målgruppen har en överenskommelse eller samarbetsform för det gemensamma arbetet.
- Samarbetet bör ha formaliserats i en gemensam avsiktsförklaring eller ett färdigt avtal, med en tydligt framskriven ansvarig och central funktion.

## Samverkan

För att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska vara framgångsrikt måste aktörerna samverka. Tidigare utredningar pekar på tendenser till att målgruppen ”faller mellan stolarna”. Framför allt har detta gällt vård-, behandlings- och omsorgsinsatser, och situationer där ansvarsfördelningen är oklar [32, 133, 134, 137].

## Individens behov i centrum för samverkan

Olika aktörer som verkar inom det hälsofrämjande och förebyggande området behöver se över skillnader i organisatoriska förhållanden och regelverk sinsemellan, samt undersöka personalens kunskap om andra aktörers verksamheter. Samarbetet kan försvåras av att personal gör olika tolkningar av vissa begrepp, exempelvis ”tungt missbruk”, eller av att det finns skillnader i vårdideologiska ståndpunkter och attityder till målgruppen. [32, s. 46 ff]

I en utredning från 2011 konstaterades att regionala aktörer har olika sätt att tolka uppdrag och mandat, och att otydligheten främst drabbar den person som behöver många samtidiga stödinsatser [134]. Målgruppens föränderliga miljö ställer höga krav på flexibilitet bland aktörerna. Det är då särskilt viktigt att kunna erbjuda en differentierad, kvalitetssäkrad omsorg eller hälso- och sjukvård som innefattar insatser från flera aktörer. Erfarenhet och evidens talar för behovet av att samordna insatser kring människor med drogbruk och samtidiga psykiska, somatiska besvär eller sjukdomar såsom hepatit och hiv,



vilket innebär att individens olika behov behöver ställas i centrum för arbetet [2, 7, 31, 134, 138].

## **Samverkan och vad det innebär rent praktiskt**

Effektiv samverkan uppnås genom att de berörda aktörerna gör tydliga och pragmatiska överenskommelser som visar ansvarsfördelningen och omfattningen av deras egen medverkan i det gemensamma arbetet. Detta ska sedan formaliseras i en avsiktsförklaring eller ett färdigt avtal [44, 147, 148]. Varje aktörs ledning behöver stödja det gemensamma arbetet så att det blir möjligt att skapa samsyn kring skillnader mellan organisationerna. Det innebär att tillsammans tolka och definiera nyckelbegrepp och målsättningar. Samsyn och samverkan fordrar även att det finns gemensamma kontaktytor och arbetsplattformar samt att personalen kan kompetensutvecklas tillsammans. I de flesta fall är det lämpligt att delegera det samordnande ansvaret till den verksamhetsansvariga personen vid lågröskelverksamheten.

## **Arenor för arbetet**

Med arena avses ofta en känd plats eller miljö där målgruppen uppehåller sig, frivilligt eller ofrivilligt [134]. Hälsofrämjande och förebyggande verksamheter och aktiviteter passar på olika arenor, och det är något den initiala behovsanalysen behöver ta hänsyn till. Nedan följer exempel på kända arenor som regelbundet frekventeras av personer som injicerar droger och personer som riskerar att börja injicera.

## **Landsting**

Landstingen ansvarar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården. De 21 landstingen är organiserade på olika sätt, men de flesta har särskilda folkhälsoenheter eller samordningsgrupper [32, 44, 134].

### **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN**

Allmänna hälso- och sjukvården är den arena som människor i allmänhet har förtroende för. Där har också hälsofrämjande och förebyggande verksamheter och aktiviteter störst möjlighet att direkt och indirekt nå båda målgrupperna. Hälso- och sjukvårdsarenan innefattar framför allt verksamheter såsom

- husläkarmottagning
- vårdcentral
- sjukhus.

## DEN SPECIALISERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvårdsarena finns även specialiserade psykiatri- och beroendemottagningar, infektionskliniker och andra viktiga vårdenheter såsom, mottagningar för ungdomar med alkohol- och drogproblem, ungdomsmottagningar (UM), gynekologiska mottagningar, särskilda LARO-mottagningar, eller mottagningar för personer som är hemlösa. Under perioden 2012–2013 fanns det fem lågtröskelverksamheter innefattades byte av injektionsverktyg,<sup>15</sup> med drygt 2 100 aktiva besökare [149]. Samtidigt fanns 107 LARO-enheter runt om i landet med cirka 3 700 inskrivna<sup>16</sup> i aktiv behandling [29].

## SMITTSKYDDSLÄKAREN

Varje landsting har en smittskydds-enhet med en ansvarig smittskyddsläkare. Smittskyddsläkaren är en myndighetsfunktion som har en central roll när det gäller att planera och organisera smittskyddsverksamheten inom landstinget, inklusive det förebyggande och hälsofrämjande arbetet med sjukdomar såsom hepatit och hiv.

## STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE

Statens institutionsstyrelse (SiS) bedriver i samverkan med socialtjänsten individuellt anpassad tvångsvård och behandling av ungdomar med psykosociala problem, droganvändning och problem med kriminalitet. Särskilda ungdomshem vårdar unga enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) [150]. Ungdomar som begår allvarliga brott i åldern 15–17 år kan bli dömda till sluten ungdomsvård i stället för fängelse enligt lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU) [151]. LSU är ett tidsbestämt straff på max fyra år, och under den tiden får den unge tillgång till vård och behandling på ungdomshemmet. Det finns 25 särskilda ungdomshem i Sverige med plats för 600 ungdomar.

SiS driver även missbruksvård med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) [152]. Vård enligt LVM syftar till att bryta ett livshotande användande av droger och motivera till behandling under frivilliga former. Vårdtillfället varar i högst sex månader. Det finns 11 LVM-hem i Sverige med

---

15. Malmö, Lund, Helsingborg, Stockholm och Kalmar.

16. Siffror är preliminära och baseras på en tvärsnittsmätning den 1 november 2013.

plats för 300 personer. Drygt 1 000 personer blir varje år tvångsomhändertagna med stöd av LVM [153].

#### KRIMINALVÅRDEN

Kriminalvårdens verksamheter delas upp i frivård, häkte och fängelse. Frivården är den del av Kriminalvården som övervakar dem som är villkorligt frigivna och dömda till skyddstillsyn, samhällstjänst eller fotboja. Inom ramen för övervakningen bedriver frivården även olika former av behandlingsprogram. På häkten sitter personer som är misstänkta för brott, i avvaktan på en dom. Där erbjuds de grundläggande hälso- och sjukvård samt tester och vaccinationer. På vissa häkten erbjuds även ett riskreducerande samtal kring smittsamma sjukdomar. Det finns 34 häkten i Sverige som årligen frekventeras av cirka 1 700 personer. Vid en fällande dom placeras den häktade i fängelse, och under 2012 togs 9 500 personer in i något av Kriminalvårdens 47 fängelser. Alla fängelser har läkarmottagningar som är bemannade med sjuksköterska och läkare [154].

#### Kommuner

Enligt socialtjänstlagen ansvarar landets 290 kommuner för det socialt förebyggande arbetet för barn och ungdomar, vilket omfattar att förebygga användning av droger. Större kommuner bedriver ofta uppsökande verksamhet. De flesta kommuner har en folkhälsoenhet som arbetar med folkhälsofrågor [32, 44, 134].

#### SOCIALTJÄNST

Socialtjänsten är en arena på kommunal nivå där mötet med målgruppen främst sker inom ramen för socialtjänstens vård av personer som använder droger. Möten sker också inom socialtjänstens andra verksamhetsområden, bland annat barn- och ungdomsvård, boendestöd, försörjningsstöd och omsorg för personer med funktionshinder med mera. Socialtjänstens arbete kan variera från kommun till kommun.

#### SKOLA

Den samlade internationella forskningen visar att skolan är en av de viktigaste arenorna för att förmedla kunskap och påverka attityder hos ungdomar [155]. I skolan finns goda möjligheter för kommunikation med målgrupperna, både enskilt och i grupp, då framför allt många som riskerar att börja injicera droger finns där. Avsändaren på denna arena måste uppfattas som trovärdig

bland mottagarna som exempelvis elevhälsan som arbetar förebyggande och hälsofrämjande samt har viss trovärdighet bland elever [134, 155]. Forskning har också visat att viss ”peer-to-peer”-baserad informations spridning kan vara effektiv i att få ut information [156, 157]. Universitet, högskolor och särskilda yrkesutbildningar är andra viktiga arenor för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

## **Andra viktiga arenor**

Utöver arenorna ovan finns flera andra som är viktiga att bevaka eftersom personer ur båda målgrupperna brukar söka sig dit.

### FÄLTET

Med ”fältet” avses miljöer eller platser i samhället som ligger utanför den offentliga sektorns verksamheter, men som brukar frekventeras av målgruppen. Den kan handla om offentliga toaletter eller andra kända övernattningsplatser, husvagnscampingar, tältläger, centrala knutpunkter, dag- och natt-härbärgen, tillfälliga stödboenden, krogmiljöer eller större byggarbetsplatser och så vidare.

### INTERNET

Informella sociala nätverk har stor inverkan på normer och attityder, och informella nätverk utgör ett viktigt komplement till övriga arenor. Internet är en arena med stor potential för att nå informella nätverk men möjligheten att nå båda målgrupperna är inte klarlagd utan behöver studeras vidare [155]. I vissa fall kan det vara motiverat med viss uppsökande verksamhet, bland annat på diskussionsforum som brukar frekventeras av målgrupperna. Ett sådant exempel är nätforumet Flashback och dess diskussionsforum för droger [158]. I dessa miljöer kan det vara effektivt om en trovärdig avsändare bemyntar myter eller vilseledande information kring bland annat riskbeteenden eller sjukdomar som är kopplade till injektion av droger.

### FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Andra viktiga arenor inom den allmänna hälso- och sjukvården kan vara privata verksamheter, exempelvis företagshälsovård. Cirka 70 procent av alla arbetstagare har tillgång till företagshälsovård genom ungefär 500 företags-hälsovårdsenheter runt om i landet.

## Aktörer

### Nationella myndigheter

Myndigheter har olika uppdrag i arbetet med målgruppen och undergruppen men generellt ska de ta fram kunskapsunderlag, vägledningar och riktlinjer för det nationella arbetet. Ofta innebär denna typ av arbete att representanter för målgruppen bjuds in i olika referensgrupper eller brukarråd. Följande myndigheter är viktiga i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet:

- Folkhälsomyndigheten
- Inspektionen för vård och omsorg
- Kriminalvården
- Polismyndigheten<sup>17</sup>
- Skolverket
- Socialstyrelsen
- Statens institutionsstyrelse.

### Ideella organisationer

Med ideella organisationer avses organisationer som inte är myndighetsstyrda eller arbetar i vinstdrivande syfte, utan oftast bedrivs på ideologisk grund.

Det finns flera ideella organisationer som har en framträdande roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med målgruppen, och de viktigaste är:

- Convictus
- Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)
- Svenska Brukarföreningen (SBF).

Dessa aktörer företräder målgruppen som så kallade brukar- eller klientorganisationer, och besitter omfattande kunskap om olika företeelser och fenomen i gruppen. Andra frivilligorganisationer eller intresseorganisationer i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är Kvinnocirkeln (KCS), Noaks ark, Hiv-Sverige och Riksföreningen Hepatit C, samt intresseorganisationerna Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

---

17. Ny myndighet som startar 2015.

## **Den kommersiella sektorn och andra privata aktörer**

Företag kan bli aktiva aktörer i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och har möjlighet att nå ut till en bred och differentierad grupp människor genom att ha en öppen och fördomsfri personalpolicy, bedriva interna kommunikationsinsatser eller tillhandahålla en generös företagshälsovård. Andra viktiga kommersiella aktörer är medieföretag såsom tidningar, tv-kanaler, produktionsbolag och kommersiella webbplatser som regelbundet tar upp frågor som berör det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med målgruppen.

## OMRÅDE 6

# Uppföljning av lågtröskelverksamheter och deras aktiviteter

Folkhälsomyndighetens ambition för område 6 är att verksamma aktörer ska följa upp sina lågtröskelverksamheter och bidra till en gemensam nationell kunskapsbas för målgruppen. En lågtröskelverksamhet kan följas upp med olika frekvens men tumregeln är att ju tätare mätningar, desto lättare är det att justera arbetet och minska risken för att problem ska uppstå. Följande indikatorer kan användas för det egna arbetet:

- Lågtröskelverksamheten har inrättat ett uppföljningssystem som möjliggör regelbunden eller årlig uppföljning.
- Lågtröskelverksamheten bidrar till den nationella kunskapsbasen för målgruppen genom att ställa de 23 grundläggande frågorna i sin lågtröskelverksamhet.

Uppföljningarna sker genom att regelbundet samla in data kring ett antal förutbestämda indikatorer som är kopplade till verksamhetens målsättningar. Indikatorer tas fram enligt SMART-principen, dvs. att varje indikator ska vara specifik, mätbar, acceptbar, realistisk och tidsbestämd [159]. Det finns flera verktyg för att ta fram en SMART-indikator, varav ett är UNAIDS Indicator Assessment Tool [160]. Med dagens it-teknik är det relativt enkelt att följa upp en lågtröskelverksamhet oavsett om den är fast, mobil eller uppsökande.

## 23 grundläggande frågor av nationellt intresse för alla lågtröskelverksamheter

Det finns ingen gemensam nationell kunskapsbas för målgruppen, vilket har resulterat i att regionala och lokala aktörer har varierande kunskap och utbud i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Folkhälsomyndigheten ser att aktörer som har regelbunden kontakt med målgruppen kan bidra till att bygga upp en kunskapsbild av målgruppen och säkerställa kvaliteten i det fortsatta arbetet. Under 2013 utvecklade Folkhälsomyndigheten ett frågeformulär med 23 grundläggande frågor, tillsammans med representanter för målgruppen samt ett antal ledande experter inom området. Frågorna är avsedda att täcka den viktigaste kunskapen om målgruppen och det hälsofrämjande och

förebyggande arbetet med smittsamma sjukdomar. Ett annat syfte med frågorna är att verksamheter regelbundet ska kunna följa upp och analysera sitt arbete utan att belasta sina resurser mer än nödvändigt. Frågorna har testats och kvalitetssäkrats samt utformats så att de

- möjliggör bevakning av sjukdomsutbrott eller hastiga förändringar i riskbeteenden
- möjliggör djupare analys av bestämningsfaktorer för riskbeteenden och sjukdom
- möjliggör regelbunden uppföljning av den egna verksamheten
- går att använda i ett riskreducerande samtal baserat på MI-teknik
- möjliggör jämförbarhet mellan verksamheter eller regioner, samt
- motsvarar nationella rapporteringskrav.

Folkhälsomyndigheten har även bistått arbetet med att ta fram en online-applikation, ”Infocare för personer som injicerar droger” (I-PID). Genom applikationen får användaren tillgång till ett färdigt klick-baserat<sup>18</sup> frågeformulär som bygger på de 23 frågorna, med en tillhörande databas. Användaren loggar in på applikationen och fyller i svarsalternativen direkt online i sitt frågeformulär, och får samtidigt tillgång till enklare realtidsanalyser kring exempelvis riskbeteenden och sjukdomar. Svarsalternativen organiseras automatiskt för att kunna användas till vidare och djupare analys. Frågeformuläret är uppbyggt på så sätt att delar kan användas med olika regelbundenhet. När en person skrivs in i verksamheten för första gången ställs samtliga 23 frågor av en person som är utbildad i intervjuteknik. För kortare och regelbundna besök i en verksamhet bör fokus ligga på frågor kring den dagsaktuella situationen, exempelvis boendestatus eller anledning till besöket. Majoriteten av de 23 frågorna kan ställas mer sällan, se i frågeformuläret nedan för förslag på olika tidsintervall.

Inför intervjun är det viktigt att informera personen om vilka regler som gäller kring eventuell sekretess och datahantering för de svar som kommer ges. En person behöver alltid ge sitt formella medgivande till att informationen samlas in och till det sätt den sedan är tänkt att hanteras på. Information i en databas som hanteras inom offentlig verksamhet omgärdas av sekretesskydd och regler för den egna möjligheten att kunna begära ut sina uppgifter,

---

18. Med klick-baserat menas att datainmataren istället för att skriva svaren, klickar på färdigprogrammerade rutor. Vidare presenteras viss utdata grafiskt vilket underlättar exempelvis analys av förändring i riskbeteende hos undersökt individ.



till skillnad från en privat verksamhet, förutsatt att den privata inte verkar inom ramen för hälso- och sjukvården eller socialtjänstens ansvarsområde. Varje lågtröskelverksamhet eller aktör äger sin egen data, som är fristående från andras, och de 23 frågorna kan utökas efter egna behov.

## 23 grundläggande frågor

Bakgrundsfrågor	Svarsalternativ	Eventuell kommentar
Namn		
Personnummer	ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX	
Ålder	ÅÅ	
"Identitet" eller "alias"		<i>Ska vara unikt. För verksamheter utanför Kriminalvården och SiS.</i>
Besöksdatum	ÅÅÅÅ-MM-DD	<i>Datum för undersökning och/eller provtagning.</i>
Kön	Man   Kvinna   Annat	
Hemkommun	Rullista	<i>Antingen kommunen där du är skriven eller där du vistas permanent.</i>
Vilket land är du född i?	Rullista	
Om ej född i Sverige, vilket år kom du till Sverige?	ÅÅÅÅ	
Vilken är din högsta utbildningsexamen?	Ej fullgjord grundskola   Grundskola   Gymnasium   Yrkeskola   Högskola/ universitet	
Vilket är ditt civilstånd?	Ensamstående   Gift   Sambo   Särbo	
Har du eget barn under 18 år eller ansvar för sådant barn?	Ja, hemmavarande / Ja, ej hemmavarande / Nej	
Hur har din huvudsakliga boendesituation sett ut de senaste 3 månaderna <sup>19</sup> ?	Bostadslös   Härbärke   Stödboende   Kriminalvården   SiS-behandlingshem   Privat behandlingshem   Inneboende   Eget boende <sup>20</sup>   Annat (fritext)	
Hur har din huvudsakliga sysselsättning sett ut de senaste 3 månaderna?	Heltidsarbete   Deltidsarbete   Studerande   Timarbete <sup>21</sup>   Arbetslös   Arbetssökande   Sjuk- eller aktivitetsersättning   Ålderspensionär   Annat (fritext)	

19. Om frågan ställs inom SiS, privat behandlingshem eller Kriminalvårdens arena, bör frågan formuleras så att den omfattar tiden före omhändertagandet eller behandlingen på privat vårdhem.

20. Med eget boende avses alla former av kontrakt inklusive bostadsrätt, villa, borätt och så vidare.

21. Med timarbete avses ett oregelbundet enklare arbete med sporadiska inbopp mot betalning.

1	Vad är anledningen till ditt besök?	Allmän oro   Vill testa mig   Vill ha info   Utsatt mig för risk genom delning av kanyl och/eller spruta   Utsatt mig för risk genom parafernaliadelning   Utsatt mig för risk genom kondomfritt sex   Utsatt mig för risk men vill inte berätta   Annat (fritext)	För verksamheter där person aktivt söker upp. <sup>22</sup>
2	A. Antal inlämnade	Kanyler (nål) ( ____ )   Sprutor (pump) ( ____ )	För verksamheter med byte av injektionsverktyg
	B. Antal utlämnade	Kanyler (nål) ( ____ )   Sprutor (pump) ( ____ )   Uppdragningskärl <sup>23</sup> ( ____ )   Filter ( ____ )   Annat (fritext)	
	C. Utlämnade kondomer	Ja   Nej	
3	Vad behöver du hjälp med? (Åtgärdslista vid besök eller uppsök).	Information om riskbeteende	"Dela inte injektionsverktyg". "Dela inte nålar" och så vidare
		Motiverande samtal	"Har du någonsin funderat på att sluta med droger?"
		Provtagning	För hiv, hepatit B och C, (samt STI vid behov)
		Vaccination	Hepatit B, hepatit A, difteri, stelkramp
		Sköterskebesök	
		Kurator	
		Remitterad beroendevård	
		Barnmorska	
		Hänvisad till socialtjänsten	
		Remitterad / Hänvisad till psykiatri	
Remitterad / Hänvisad till somatisk sjukvård	Till läkare, sjukgymnast och så vidare		

22. Verksamheter såsom elevhälsa, daghärbärg eller vårdcentral.

23. De kärl som droglösningen blandas i, en så kallad "cooker". Stericup är en variant som delas ut på Sprututbytet i Stockholm.

4	A. Har du testat dig för hiv tidigare?	Ja   Ja, senaste 12 månaderna   Ja, 1-5 år sedan   Ja, mer än 5 år sedan   Nej   Vet ej   Vill ej svara	<i>Om Nej   Vet ej   Vill ej svara   hoppa till fråga 5</i>
	B. <i>Om ja:</i> Fick du reda på resultatet vid senaste hivtestet?	Ja   Ja, känt positiv från tidigare test   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
	C. <i>Om ja:</i> Var testet positivt eller negativt?	Positivt   Negativt   Vet ej   Vill ej svara	
	D. <i>Om ja positivt:</i> Har du kontakt med en infektionsklinik?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
	E. <i>Om ja positivt:</i> Står du på antiretroviral behandling?	Ja   Nej   Avslutat   Vill ej svara	
5	A. Har du testat dig för hepatit C tidigare?	Ja   Ja, senaste 12 månaderna   Ja, 1-5 år sedan   Ja, mer än 5 år sedan   Nej   Vet ej   Vill ej svara	<i>Om Nej   Vet ej   Vill ej svara   hoppa till fråga 6</i>
	B. <i>Om ja:</i> Fick du reda på resultatet vid senaste hepatit C-testet?	Ja   Ja, känt positiv från tidigare test   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
	C. <i>Om ja:</i> Var testet positivt eller negativt?	Positivt   Negativt   Vet ej   Vill ej svara	
	D. <i>Om ja, positivt:</i> Är din hepatit C	Aktivt smittsam   Spontant utläkt   Behandlad utläkt   Vet ej   Vill ej svara	<i>Om Aktivt smittsam, se fråga 5F</i>
	E. <i>Om ja, positivt:</i> Har du kontakt med en infektionsklinik?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
	F. <i>Om ja, aktivt smittsam:</i> Står du på hepatit C-behandling?	Ja   Nej   Avslutat   Vill ej svara	
6	Har du hepatit B? (Självrporterad hepatit B-status vid frågetillfället)	Ja, aktiv, smittsam   Nej, aldrig haft, är inte vaccinerad   Nej, aldrig haft, är vaccinerad   Nej, spontant utläkt   Vet ej   Vill ej svara	
7	A. Har du någonsin <b>prövat</b> droger (ej injektion)? <sup>24</sup>	Ja   Nej   Vill ej svara	<i>Om Nej   Vill ej svara, hoppa till fråga 16</i>
	B. Hur gammal var du när du prövade droger första gången (ej injektion)?	ÅÅ	
	C. Vad tog du första gången?	Rullista droger + "nättdroger"	

24. Med droger avses illegala narkotikapreparat som inte är förskrivna av läkare, vilket kan förtydligas om det är oklart för den intervjuade.

8	A. Har du någonsin prövat att injicera droger?	Ja   Nej   Vill ej svara	<i>Om Nej   Vill ej svara, hoppa till fråga 14</i>
	B. Hur gammal var du när du injicerade droger första gången?	ÅÅ	
	C. Vad injicerade du första gången?	Rullista droger	
9	A. När injicerade du senaste?	Senaste månaden   Senaste 6 månaderna   Senaste 12 månaderna   Mer än ett år sedan	<i>Om Mer än ett år sedan, hoppa till fråga 14</i>
	B. Vilken drog injicerade du senaste gången?	Rullista droger	
	C. Vilka två droger har varit dina huvuddroger de senaste 12 månaderna, dvs. de du använt oftast?	Rullista drog 1: <b>Mest</b> använd Rullista drog 2: <b>Näst mest</b> använd	
	D. Hur ofta har du injicerat den senaste månaden?	Flera gånger per dag   Dagligen   Flera gånger per vecka (2-6 ggr)   En gång per vecka eller mindre   Inte alls   Vet ej	
10	A. Använde du en steril kanyl (nål) och spruta (pump) den senaste gången du injicerade?	Ja   Nej   Vet ej	<i>Steril = direkt från ny obruten förpackning (aldrig använd)</i>
	B. Hur många gånger använde du din senaste kanyl (nål) och spruta (pump), innan den kasserades? <sup>25</sup>	___ antal gånger	<i>0 är ej ett alternativ.</i>
11	A. Har du under senaste månaden eller 12 månaderna använt en kanyl (nål) eller spruta (pump) som någon redan hade använt?	Nej   Ja, senaste månaden   Ja, senaste 12 månaderna   Vet ej	<i>Om nej   Vet ej, hoppa till fråga 12</i>
	B. <i>Om ja:</i> Hur ofta?	Flera gånger per dag   Dagligen   Flera gånger per vecka (2-6 ggr)   En gång per vecka eller mindre   Inte alls   Vet ej	
	C. <i>Om ja:</i> Hur många personer hade använt samma kanyl (nål) eller spruta (pump) före dig (oavsett om den var rengjord)?	Fler än 5 personer   3-5   2   1   Vet ej	

25. Ibland kan tillgången till nya injektionsverktyg vara begränsad, varför vissa i stället kan svara på hur länge kanylen och sprutan användes. Be i så fall person att uppskatta antalet gånger.

12	A. Har du senaste månaden eller 12 månaderna använt följande "parafernalialia" som någon redan hade använt?	Nej   Ja - Månaden   Ja - 12 månaderna   __Uppdragningskärl   __Droglösning   __Filter   __ Annat   Vet ej	<i>Om nej, vet hoppa till fråga 13</i>
	B. <i>Om ja:</i> Hur ofta?	Dagligen   Flera ggr per vecka (2-6 ggr)   Flera ggr per månad   Vet ej	
	C. <i>Om ja:</i> Hur många personer hade använt samma "parafernalialia" före dig (oavsett om de var rengjorda)?	Fler än 5 personer   3-5   2   1   Vet ej	
13	A. Har du senaste månaden eller 12 månaderna förvärvat en kanyl (nål) eller spruta (pump) från:	__ Månaden __ 12 månaderna  Sprututbyte   "Langare"   Uppsökande verksamhet   Via läkarrecept   Apotek (utan recept)   Apotek (med recept)   Internet   Utomlands   Vän, bekant eller partner   Annat (fritext)	
	B. Har du senaste månaden eller 12 månaderna förvärvat "parafernalialia" från:	__ Månaden __ 12 månaderna  Sprututbyte   "Langare"   Uppsökande verksamhet   Via läkarrecept   Apotek (utan recept)   Apotek (med recept)   Internet   Utomlands   Vän, bekant eller partner   Annat (fritext)	
14	Hur upplever du att ditt bruk (eller missbruk) är just nu?	Lindrigt   Måttligt   Svårt   Vill ej svara	
15	Var får du dina droger ifrån?	På "svarta marknaden"   Vänner   Förskrivet via recept   Internet   Vill ej svara	
16	A. Har du någonsin suttit / blivit omhändertagen / dömd till:	Häkte   LSU   LVU   LVM   LPT <sup>26</sup>   Fängelse   Nej   Vill ej svara	
	B. Hur många gånger i ditt liv har du suttit:	__ Häktad   __ I fängelse   __ LSU   __ LVU   __ LVM   __ LPT (exklusive denna gång)   Vill ej svara	
	C. Har du de senaste 12 månaderna varit inskriven på ett behandlingshem för ditt drogmissbruk?	Ja - offentligt   Ja - privat   Nej   Vill ej svara	

## 26. Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

17	Har du pågående kontakt med eller är inskriven på:	Beroendevård	✓ (Ja)
		Metadonbehandling	✗ (Nej)
		Buprenorfin/naloxonbehandling	✓ (Ja)
		Adhd-behandling	✗ (Nej)
		Socialtjänst ekonomi	✓ (Ja)
		Socialtjänst barn och familj	✓ (Ja)
		Socialtjänst vuxen <i>Gäller missbruksfrågor</i>	✗ (Nej)
		Psykiatrisk vård	✓ (Ja)
		Frivård	✗ (Nej)
18	Hur många har du haft sex (sexuell kontakt) med de senaste 12 månaderna?	___ antal   Vet ej   Vill ej svara	
19	A. Har du haft sex (sexuell kontakt) med någon senaste månaden?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	<i>Om nej, hoppa till fråga 22</i>
	B. <i>Om ja:</i> Använde du kondom vid senaste samlaget?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	<i>Till kvinna ställs frågan om ni använde kondom</i>
	C. <i>Om ja:</i> Specificera partnertyp vid senaste tillfället?	Fast   Tillfällig (känd)   Tillfällig (okänd)   Vill ej svara	
20	A. Har du någon gång senaste månaden <b>fått</b> pengar, droger eller annat i ersättning i utbyte mot sexuella tjänster?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
	B. <i>Om ja:</i> Använde du kondom då?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
21	A. Har du någon gång senaste månaden <b>gett</b> pengar, droger eller annat, i utbyte mot sexuella tjänster?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
	B. <i>Om ja:</i> Använde du kondom då?	Ja   Nej   Vet ej   Vill ej svara	
22	A. Vem eller vilka är din främsta källa för information om riskbeteende och smittsamma sjukdomar?	Internet   Vårdcentral   Sjukhus   Ungdomsmottagning   Skolan   Företagshälsovården   Vårdhemmet (SiS/privat)   Häkte eller fängelse   Uppsökare   Annat (fritext)   Vill ej svara	
	B. Vem eller vilka betraktar du som en trovärdig avsändare av information om riskbeteende och smittsamma sjukdomar?	Förälder   Syskon   Kompis   Sjuksköterska   Läkare   Internet   Myndigheter   Frivilligorganisationer   Annat (fritext)   Vill ej svara	
23	Har du stöd från någon frivilligorganisation eller förening i nuläget?	SBF   X-Cons   Convicus   RFHL   Kris   Flera?   Vill ej svara	

# Referenser

1. Socialdepartementet, *Regeringens proposition 2005/06:60 Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*. 2005: Stockholm. p. 1–211.
2. Centers for Disease Control Prevention (CDC), *Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services*. MMWR Recomm Rep, 2012. 61(RR-5): p. 1–46.
3. EMCDDA, *Guidelines for testing HIV, viral hepatitis, and other infections in injecting drug users: a manual for provider-initiated medical examination, testing and counseling*. 2010: Lisbon.
4. Hunt, N., *Public health or human rights: what comes first?* Int J Drug Pol, 2004. 15: p. 231–237.
5. WHO, UNODC, and UNAIDS, *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. 2009: Geneva.
6. WHO and UNODC, *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: Improving access to treatment, care and prevention*. 2009: Geneva.
7. ECDC and EMCDDA, *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC, Editor. 2011, ECDC: Stockholm. p. 55.
8. Deutsche AIDS-Hilfe. *Participatory Quality Development in HIV prevention*. 2011 2014-05-25]; Available from: <http://www.pq-hiv.de/en>.
9. NORAD, *The Logical Framework Approach (LFA) – Handbook for objectives-oriented planning*. 1999. p. 111.
10. Olsson, B., C. Adamsson-Wahren, and S. Byqvist, *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*. 2001, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN): Stockholm. p. 92.
11. Folkhälsoinstitutet, *Narkotikabruket i Sverige*, Avdelning för Dropprevention och spel, Editor. 2010, Folkhälsoinstitutet: Östersund. p. 265.
12. Socialstyrelsen, *En uppskattning av omfattningen av injektionsmissbruket i Sverige*. 2013, Socialstyrelsen: Stockholm. p. 19.



13. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. 2007: p. 222.
14. Michels, I. and H. Stover, *Harm reduction – from a conceptual framework to practical experience: the example of Germany*. *Subst Use Misuse*, 2012. 47(8–9): p. 910–22.
15. Boeri, M.W., C.E. Sterk, and K.W. Elifson, *Baby Boomer Drug Users: Career Phases, Social Control, and Social Learning Theory*. *Socio Inq*, 2006. 76(2): p. 264–291.
16. Lidman, C., et al., *Hepatitis C infection among injection drug users in Stockholm Sweden: prevalence and gender*. *Scand J Infect Dis*, 2009. 41(9): p. 679–84.
17. Richert, T., *Hiv- och hepatitprevention på insitution Utvärdering av ett peer-baserat utbildningsprojekt med syfte att öka kunskapen om blodsmittor hos klienter och personel på SiS-institutioner*, in *FoU-rapport*. 2012, Fakulteten för hälsa och samhälle, Socialt arbete: Malmö. p. 99.
18. Hillgren, K., et al., *Widespread risk behavior among injecting drug users. Over 80 percent HCV-infected – 7 percent have HIV, as demonstrated by the first baseline study*. *Lakartidningen*, 2012. 109(25): p. 1221–5.
19. Larsson, G., H. Wiklund, and M. Sandlund, *Missbruket, kunskapen, vården – Missbruksutredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6)*. 2011, Statens offentliga utredningar: Stockholm. p. 813.
20. Norden, L. and C. Lidman, *Needle sharing with known and diagnosed human immunodeficiency virus-infected injecting drug users*. *Scand J Infect Dis*, 2003. 35(2): p. 127–8.
21. Norden, L. and C. Lidman, *Differentiated risk behaviour for HIV and hepatitis among injecting drug users (IDUs)*. *Scand J Infect Dis*, 2005. 37(6–7): p. 493–6.
22. Nilsson, I. and A. Wadeskog, *Varje drogfri dag en framgång – SocioEkonomiskt Bokslut för Metadonprogrammet i Stockholm*. 2008: Stockholm/Järna. p. 97.
23. Karlsson, N., *SmiNet Databas*. 2014, Folkhälsomyndigheten: Solna.
24. Blome, M.A., et al., *Minimal transmission of HIV despite persistently high transmission of hepatitis C virus in a Swedish needle exchange program*. *J Viral Hepat*, 2010.
25. Ekström, AM., *Riskbeteenden, hiv och hepatit bland personer som injicerade droger i Stockholm, 1987–1998. En översikt baserad på data från Socialmedicinska Häktesprojektet*. (Opublicerad rapport).

26. Skar, H., et al., *Dynamics of two separate but linked HIV-1 CRF01\_AE outbreaks among injection drug users in Stockholm, Sweden, and Helsinki, Finland*. J Virol, 2011. 85(1): p. 510–8.
27. Blome, M.A., *Personlig kommunikation kring årsresultat – Malmö Sprut-utbyte*, N. Karlsson, Editor. 2014: Malmö Sprututbyte.
28. Socialstyrelsen, *Sprututbytesverksamheterna i Lund och Malmö – Tillsynsrapport dnr 44-12644/2008*. 2008, Socialstyrelsen. p. 37.
29. Svensson, D., *Personlig kommunikation*, Folkhälsomyndigheten, Editor. 2014: Socialstyrelsen.
30. WHO and UNAIDS, *Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia 2008*, WHO: Copenhagen, Denmark. p. 306.
31. Socialstyrelsen, *Att ge ordet och lämna plats – Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. 2013.
32. Wigzell, K. and L. Jacobson, *Personer med tungt missbruk – Stimulans till bättre vård och behandling*. 2005, Statens Offentliga Utredningar: Stockholm.
33. Stenius, K., et al., *En långtidsuppföljning av personer med tungt missbruk i Stockholms läns missbruksvård*. 2011, Centrum för socialvetenskaplig alkohol och drogforskning (SoRAD). p. 113.
34. Matheson, C., et al., *Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development*. J Public Health (Oxf), 2008. 30(2): p. 133–8.
35. WHO, UNAIDS, and UNODC, *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*, WHO, Editor. 2007: Geneva.
36. Tempalski, B., et al., *NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States*. Geoforum, 2007. 38(6): p. 1250–1263.
37. Convictus. *Convictus.se [Internet]*. 2014 [cited 2014 Jun 30]; Available from: <http://www.convictus.org/>.
38. *Blodgivning i Sverige [Internet]*. 2014 [cited 2014 Jun 30]; Available from: <http://geblod.nu/>.
39. Socialstyrelsen, *UNGASS Country Progress Report, Sweden 2010*. 2010, Socialstyrelsen: Stockholm. p. 56–110.
40. Halldén, J., et al., *Utvärdering Socialmedicinska häktesprojektet i Stockholm*. 2008, FBA Holding AB: Stockholm.
41. Arponen, A., et al., *Förtroende och fri vilja som grund för hälsorådgivning- esverksamhetens framgångar – En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om*

- effektiviteten av smittorförebyggande hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare., in *Folkhälsoinstitutets publikationer*, KTL, Editor. 2008, Avdelningen för infektionsepidemiologi och smittskydd: Helsingfors.
42. WHO and UNAIDS, *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*. 2000, WHO: Geneva. p. 48.
  43. Ekdahl, K. and J. Giesecke, *Smittskyddsboken*. 2003: Studentlitteratur.
  44. Smittskyddsinstitutet and Socialstyrelsen, *Att förebygga hiv och STI – Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna*. 2011, Smittskyddsinstitutet. p. 214.
  45. Milton, A., et al., *Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring (SOU 2004:13)*. 2004. p. 331.
  46. Macarthur, G.J., et al., *Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness*. *Int J Drug Pol*, 2013.
  47. Turner, K., et al., *The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of Hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence*. *Addiction*, 2011.
  48. Wilson, M.E., et al., *Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors*. *J Urban Health*, 2010. 87(4): p. 586–591.
  49. Blomé, M.A., et al., *Minimal transmission of HIV despite persistently high transmission of hepatitis C virus in a Swedish needle exchange program*. *J Viral Hep*, 2011. 18(12): p. 831–839.
  50. Van Den Berg, C., et al., *Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users*. *Addiction*, 2007. 102(9): p. 1454–62.
  51. Hagan, H., E.R. Pouget, and D.C. Des Jarlais, *A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs*. *J Infect Dis*, 2011. 204(1): p. 74–83.
  52. Kuebler, D., D. Hausser, and J.P. Gervasoni, *The characteristics of 'new users' of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: results from the Swiss Hidden Population Study*. *Addiction (Abingdon, England)*, 2000. 95(10): p. 1561–1561.
  53. Health Protection Agency – Center for Infections, et al., *Shooting Up: Infections among injecting drug users in the United Kingdom 2007, an update October 2008*. 2008.

54. Hind, C.R., *Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications*. Thorax, 1990. 45(11): p. 891–8.
55. Del Giudice, P., *Cutaneous complications of intravenous drug abuse*. Br J Dermatol, 2004. 150(1): p. 1–10.
56. Roux, P., et al., *Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users*. Drug Alcohol Rev, 2011. 30(3): p. 287–90.
57. Gallo, J., et al., *Fungal endophthalmitis in narcotic abusers. Medical and surgical therapy in 10 patients*. Med J Aust, 1985. 142(7): p. 386–8.
58. ECDC, *HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union*, in *ECDC Guidance*. Control, Editor. 2010, European Centre for Disease Prevention and Control: Stockholm.
59. Socialstyrelsen, *Rekommendationer för profylax mot hepatit B Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition 2005*, Socialstyrelsen. p. 12.
60. Socialstyrelsen, *Utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika SOFS 2007:2*, Socialstyrelsen, Editor. 2007. p. 6.
61. Hu, Y., et al., *Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users*. Am J Prev Med, 2008. 35(1): p. 25–32.
62. Stitzer, M.L., et al., *Drug users' adherence to a 6-month vaccination protocol: effects of motivational incentives*. Drug Alcohol Depend, 2010. 107(1): p. 76–9.
63. Stancliff, S., et al., *Provision of influenza and pneumococcal vaccines to injection drug users at a syringe exchange*. J Subst Abuse Treat, 2000. 18(3): p. 263–5.
64. McCoy, C.B., et al., *A Comparison of the Efficacy of Two Interventions to Reduce HIV Risk Behaviors Among Drug Users*. AIDS Behav, 2011.
65. Käll, K., *Sexual behaviour of incarcerated intravenous drug users in Stockholm in relation to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis B virus (HBV) transmission (avhandling)*. 1995, Karolinska Institutet: Stockholm.
66. Kall, K.I., *Effects of amphetamine on sexual behavior of male i.v. drug users in Stockholm – a pilot study*. AIDS Educ Prev, 1992. 4(1): p. 6–17.
67. Hagan, H., et al., *Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C*. Am J Public Health, 2001. 91(1): p. 42–6.
68. Crofts, N., et al., *Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users*. Addiction, 1997. 92(8): p. 999–1005.

69. Thorpe, L.E., et al., *Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment*. Am J Epidemiol, 2002. 155(7): p. 645–53.
70. Strike, C., et al., *Giving away used injection equipment: missed prevention message?* Harm Reduction Journal, 2010. 7(1): p. 2.
71. Kimber, J., et al., *Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness*, in *Harm reduction: Evidence, impacts, challenges*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon.
72. Ouellet, L., D. Huo, and S.L. Bailey, *HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2004. 37(1): p. 1187–96.
73. Longshore, D., R.N. Bluthenthal, and M.D. Stein, *Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island*. AIDS Educ Prev, 2001. 13(1): p. 78–90.
74. Gibson, D.R., N.M. Flynn, and D. Perales, *Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users*. Aids, 2001. 15(11): p. 1329–41.
75. Palmateer, N., et al., *Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews*. Addiction, 2010. 105(5): p. 844–59.
76. ECDC and EMCDDA, *Technical Report – Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour*. 2012, ECDC: Solna. p. 103.
77. Morissette, C., et al., *Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention*. Int J Drug Policy, 2007. 18(3): p. 204–12.
78. Crofts, N., et al., *Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies*. Bmj, 2000. 321(7265): p. 899.
79. Hagan, H., et al., *Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma syringe exchange program*. Am J Public Health, 1995. 85(11): p. 1531–7.
80. Holtzman, D., et al., *The influence of needle exchange programs on injection risk behaviors and infection with hepatitis C virus among young injection drug users in select cities in the United States, 1994–2004*. Prev Med, 2009. 49(1): p. 68–73.

81. Svenska Brukarföreningen. [www.hepatitportalen.se](http://www.hepatitportalen.se) [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 06]; Available from: [http://www.hepatitportalen.se/utbildning\\_p](http://www.hepatitportalen.se/utbildning_p).
82. De Palma, P., *Oral health among a group of homeless individuals from dental professional's and patient's perspective*, in *Department of Periodontology, Institute of Odontology*. 2007, Karolinska Institutet. p. 68.
83. ECDC and EMCDDA, *Technical report – Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs Part 2: Drug treatment for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour* 2011, ECDC: Solna. p. 43.
84. Council of the European Union, *EU Drugs Strategy (2005–2012)*, in *15074/04*. 2004: Brussels.
85. Council of Europe, *Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence*, in *Official Journal of the European Union*. 2003. p. 31–33.
86. Commission of the European Communities (COM), *Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence*. 2007.
87. EMCDDA, *Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe*. 2010.
88. WHO, UNODC, and UNAIDS, *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, in *Position paper*. 2004: Geneva.
89. Tilson, H., et al., *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence*. 2007, Institute of Medicine: Washington.
90. Malta, M., et al., *Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review*. *Addiction*, 2008. 103(8): p. 1242–57.
91. Malta, M., et al., *Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis*. *AIDS Behav*, 2010. 14(4): p. 731–47.
92. WHO, *HIV/AIDS Treatment and Care: Clinical protocols for the WHO European Region*. 2007: Copenhagen.
93. Wright, N.M.J. and C.N.E. Tompkins, *A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users*. *Harm Reduction Journal*, 2006. 3.

94. Farrell, M., et al., *Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention*. Int J Drug Policy, 2005. 16(SUPPL. 1): p. S67–S75.
95. Mattick, R.P., et al., *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(2).
96. WHO, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, W.H. Organisation, Editor. 2009: Geneva.
97. Amato, L., et al., *An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research*. J Subst Abuse Treat, 2005. 28(4): p. 321–329.
98. Kimber, J., et al., *Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment*. BMJ, 2010. 341: p. c3172.
99. Degenhardt, L., et al., *Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed*. Lancet, 2010. 376(9737): p. 285–301.
100. Gowing, L., et al., *Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(8).
101. Sorensen, J.L. and A.L. Copeland, *Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review*. Drug Alcohol Depend, 2000. 59(1): p. 17–31.
102. Craine, N., et al., *Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size*. Epidemiology & Infection, 2009. 137(9): p. 1255–1265.
103. Hallinan, R., A. Byrne, and G.J. Dore, *Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: An opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction*. 2007(4): p. 437–443.
104. Miller, C.L., et al., *The future face of coinfection: Prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users*. Jour Acq Imm Def Syndr JAIDS, 2004. 36(2): p. 743–749.
105. Abou-Saleh, M., et al., *The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned*. Harm Reduction Journal, 2008. 5: p. 25.
106. Amato, L., et al., *Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(4).

107. Des Jarlais, D.C., et al., *HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: The importance of transmission behaviors*. 2010(1–3): p. 154–160.
108. Lee, N.K. and R.A. Rawson, *A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence*. Drug and Alcohol Review, 2008. 27(3): p. 309–317.
109. Ingersoll, K.S., et al., *A pilot randomized clinical trial of two medication adherence and drug use interventions for HIV+ crack cocaine users*. Drug and Alcohol Dependence, 2011. 116(1–3): p. 177–187.
110. Montoya, I.D., et al., *Influence of psychotherapy attendance on buprenorphine treatment outcome*. Jour Sub Abu Treat, 2005. 28(3): p. 247–254.
111. WHO, *Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health*. 2007, World Health Organisation Regional Office for Europe: Copenhagen.
112. Dolan, K. and A. Wodak, *An international review of methadone provision in prisons*. Addiction Res, 1996. 4: p. 85–97.
113. Stallwitz, A. and H. Stover, *The impact of substitution treatment in prisons – A literature review*. Int J Drug Pol, 2007. 18(6): p. 464–474.
114. Jurgens, R., A. Ball, and A. Verster, *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison*. Lancet Infect Dis, 2009. 9(1): p. 57–66.
115. Bråbäck, M., et al., *Malmö treatment referral and intervention study (MATRIS) – Effective referral from syringe exchange to treatment for heroin dependence*, in ISAM2013. 2013, Addiction center Malmö, Division of Psychiatry, Lund University, Sweden.: Malaysia.
116. Robaey, G., et al., *Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs*. Clin Infect Dis, 2013. 57 Suppl 2: p. S129–37.
117. Weiland, O. *Hepatit B – akut*. 2013 2013-11-25]; Available from: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=238](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=238).
118. Quinn, T.C., et al., *Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group*. N Engl J Med, 2000. 342(13): p. 921–9.
119. Attia, S., et al., *Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis*. AIDS, 2009. 23(11): p. 1397–404.
120. Smittskyddsinstitutet, *Smittsamhet vid behandlad hivinfektion – Kunskapsunderlag från Smittskyddsinstitutet och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV) 2013*, Smittskyddsinstitutet: Solna p. 22.



121. Montaner, J.S., et al., *Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study*. Lancet, 2010. 376(9740): p. 532–9.
122. Das, M., et al., *Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco*. PLoS One, 2010. 5(6): p. e11068.
123. InfCare HIV, *InfCare HIV*. 2011, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge: Stockholm.
124. Baral, S., et al., *Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review*. Lancet Infect Dis, 2007. 7(10): p. 667–74.
125. Ambrosch, F., et al., *Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine*. J Med Virol, 1994. 44(4): p. 452–6.
126. Perrett, K., et al., *Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users?* Commun Dis Public Health, 2003. 6(2): p. 97–100.
127. Jenness, S.M., et al., *Patterns of exchange sex and HIV infection in high-risk heterosexual men and women*. J Urban Health, 2011. 88(2): p. 329–41.
128. Ward, H., et al., *Health issues associated with increasing use of “crack” cocaine among female sex workers in London*. Sex Transm Infect, 2000. 76(4): p. 292–3.
129. Kall, K. and A. Nilsson, *Preference for sex on amphetamine: a marker for HIV risk behaviour among male intravenous amphetamine users in Stockholm*. AIDS Care, 1995. 7(2): p. 171–88.
130. Kall, K., *The risk of HIV infection for noninjecting sex partners of injecting drug users in Stockholm*. AIDS Educ Prev, 1994. 6(4): p. 351–64.
131. Kerr, T., et al., *Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre*. Int J Drug Pol, 2010.
132. Trubnikov, M.N., et al., *Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia*. 2003: p. Dec 2003.
133. Socialstyrelsen, *Missbruks- och beroendevården – Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008–2010*. 2011. p. 92.
134. Larsson, G., et al., *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individens kunskapen och ansvaret (SOU 2011:35)*. 2011, Statens offentliga utredningar: Stockholm. p. 992.

135. Southwell, M., *People who use drugs and their role in harm reduction*, in *Harm Reduction: Evidence, impacts and challenges*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon.
136. Keane, H., *Critiques of harm reduction, morality, and the promise of human rights*. *Int J Drug Pol*, 2003. 14(3): p. 227–232.
137. Socialstyrelsen, *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. 2011: Stockholm. p. 182.
138. WHO, UNODC, and UNAIDS, *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users, an integrated approach*, in *Evidence for Action Technical Papers*, W.H. Organisation, Editor. 2008, WHO: Geneva.
139. Latka, M.H., et al., *A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C*. *Am J Public Health*, 2008. 98(5): p. 853–61.
140. Latkin, C.A., *Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks*. *Public Health Rep*, 1998. 113 Suppl 1: p. 151–9.
141. Aitken, C.K., M. Kerger, and N. Crofts, *Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users*. *Drug and Alcohol Review*, 2002. 21(1): p. 33–37.
142. Broadhead, R.S., et al., *Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment*. *Int Jour Drug Pol*, 2006. 17(5): p. 379–392.
143. Garfein, R.S., et al., *A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users*. *Aids*, 2007. 21(14): p. 1923–1932.
144. Voytek, C., S.G. Sherman, and B. Junge, *A matter of convenience: Factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA*. *Int J Drug Pol*, 2003.
145. Curth, N.K., et al., *Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe*. *Cent Eur J Public Health*, 2009. 17((4)): p. 191–7.
146. Scottish Government, *Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland*. 2010: Edinburgh.
147. Sveriges Kommuner och Landsting, *Psykisk hälsa, barn och unga – positionspapper*. 2009.

148. Socialstyrelsen, *Ungdomars sexuella hälsa – Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete*. 2007, Socialstyrelsen: Stockholm. p. 60.
149. Socialstyrelsen, *Opublicerad rapport för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – Personlig kommunikation*, Folkhälsomyndigheten, Editor. 2014.
150. *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*. 1990, Socialdepartementet: Stockholm.
151. *Lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård*. 1998, Justitiedepartementet Stockholm.
152. *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. 1988, Socialdepartementet: Stockholm.
153. Statens institutionsstyrelse. *Om Statens institutionsstyrelse [Internet]*. 2014 Mar 31 [cited 2014 Jun 30]; Available from: <http://www.stat-inst.se/om-sis/>.
154. Kriminalvården. *Kriminalvårdens hemsida, om Kriminalvården*. 2013 21 November, 2013; Available from: <http://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden>.
155. Socialstyrelsen, *Nationell handlingsplan för klamydiaprevention – Med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014*. 2009, Socialstyrelsen. p. 103.
156. Treloar, C. and J. Abelson, *Information exchange among injecting drug users: a role for an expanded peer education workforce*. I *J Drug Pol*, 2005. 16(1): p. 46–53.
157. Sherman, S.G., et al., *“The life they save may be mine”: diffusion of overdose prevention information from a city sponsored programme*. *Int J Drug Policy*, 2009. 20(2): p. 137–42.
158. Flashback. *Flashback Forum Droger [Internet]*. [cited 2014 Jun 30]; Available from: <https://www.flashback.org/f3>.
159. SIDA, *En sammanfattning av LFA-teorin – Logical Framework Approach (LFA)*. 2003, SIDA. p. 28.
160. UNAIDS, *Indicator Standards: Operational guidelines for selecting indicators for the HIV respons*. 2010: Geneva.

# Bilaga 1. Kunskap för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Vägledningen bygger på kunskap från flera olika källor med utgångspunkt i forskning, rapporter från olika myndigheter eller verksamma organisationer och verksamheter, samt olika expertutlåtanden inom området. Kunskaps-sammanställningen nedan (tabell 2) är inte heltäckande utan ger förslag på vidare läsning för den som önskar fördjupa sig inom olika ämnesområden.

**Tabell 2.** Kunskapskällor för vidare läsning och fördjupning

<b>Behovsanalys</b>	Deutsche AIDS-Hilfe. Participatory Quality Development (PQD), 2011.  SIDA. Logical Framework Approach (LFA) – En sammanfattning av LFA-teorin, 2003.
<b>Bestämnings-faktorer</b>	Chen, W., et al., Predictors of continued HIV-risk behaviors among drug users in methadone maintenance therapy program in China – a prospective study. <i>Harm Reduct J</i> , 2013.  El-Bassel, N., W.M. Wechsberg, and S.A. Shaw, Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. <i>Curr Opin HIV AIDS</i> , 2012.  Fitzgerald, T., L. Lundgren, and D. Chassler, Factors associated with HIV/AIDS high-risk behaviours among female injection drug users. <i>AIDS Care</i> , 2007.  Booth, R.E., et al., Predictors of risky needle use following interventions with injection drug users in Ukraine. <i>Drug Alcohol Depend</i> , 2006.
<b>Riskbeteenden</b>	Ekström, AM., Riskbeteenden, hiv och hepatit bland personer som injicerade droger i Stockholm 1987–1998. En översikt baserad på data från Socialmedicinska Häktesprojektet (Opublicerad rapport).  Norden, L., et al., Knowledge of status and assessment of personal health consequences with hepatitis C are not enough to change risk behaviour among injecting drug users in Stockholm County, Sweden. <i>Scand J Infect Dis</i> , 2009. 41(10): p. 727–734.  Malmö Högskola. Hiv- och hepatitprevention på insitution – Utvärdering av ett peer-baserat utbildningsprojekt med syfte att öka kunskapen om blodsmittor hos klienter och personel på SiS-institutioner, 2012.  Hillgren, K., et al., Widespread risk behavior among injecting drug users. Over 80 percent HCV-infected – 7 percent have HIV, as demonstrated by the first baseline study. <i>Lakartidningen</i> , 2012.

<b>Infektions- sjukdomar</b>	<p>Smittskyddsinsitutet. Epidemiologisk årsrapport, 2012.</p> <p>Centers for Disease, C. and Prevention, Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services, 2012.</p> <p>Smittskyddsinsitutet. Global AIDS Respons Progress Report – National Report Sweden, 2012.</p>
<b>Lågtröskel- verksamheter</b>	<p>EMCDDA. Harm reduction: Evidence, impacts, challenges, 2010.</p> <p>Folkhälsoinsitutet (Finland). Förtroende och fri vilja som grund för hälsorådgivningsverksamhetens framgångar – En tvärvetenskaplig utvärderingsstudie om effektiviteten av smittoröförebyggande hälsorådgivningstjänster riktade till sprutdrogbrukare, 2008.</p>
<b>Testning, vaccination och risk- reducerande samtal</b>	<p>EMCDDA. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users, 2010.</p> <p>WHO and UNODC. Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs, 2009.</p> <p>Socialstyrelsen. Rekommendationer för profylax mot hepatit B – Profylax med vaccin och immunoglobulin före och efter exposition, 2005.</p> <p>Rollnick S, Miller W R, Butler C. Motivational Interviewing in HealthCare, Helping Patients Change Behavior. Guilford press 2008.</p> <p>Barth T, Näsholm C. Motiverande samtal – MI, Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Studentlitteratur 2006.</p>
<b>Byte av injek- tionsverktyg</b>	<p>ECDC och EMCDDA, Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs, 2011.</p> <p>ECDC och EMCDDA. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, 2011.</p> <p>Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler.</p>
<b>Läkemedels- assisterad re- habilitering vid opiatberoende (LARO)</b>	<p>ECDC och EMCDDA. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, 2011.</p> <p>Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – stöd för styrning och ledning – Preliminär version, 2014.</p> <p>EMCDDA. The state of the drugs problem in Europe, 2010.</p>
<b>Bemötande</b>	<p>Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats – Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård, 2013.</p> <p>Svenska Brukarföreningen. Utbildningen Liver or Die – Ingen lever utan lever, 2014.</p> <p>Socialdepartementet. Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen och ansvaret (SOU 2011:35), 2011.</p> <p>Socialstyrelsen. Missbruks- och beroendevården – Iakttagelser och resultat från tillsyn, 2008–2010.</p>

---

<b>Samverkan</b>	<p>Smittskyddsinstitutet, Att förebygga hiv och STI – Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna, 2011.</p> <p>Socialdepartementet. Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen och ansvaret (SOU 2011:35), 2011.</p> <p>Socialstyrelsen, Nationell handlingsplan för klamydiaprevention – Med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014, 2009.</p>
<b>Uppföljning</b>	<p>WHO, UNODC, and UNAIDS, Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2009.</p> <p>UNAIDS &amp; MERG, Indicator Standards: Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response, 2009.</p> <p>SIDA, Logical Framework Approach (LFA) – En sammanfattning av LFA-teorin, 2003.</p>

---



Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit och hiv för personer som injicerar droger styrs bland annat av Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). Målsättningen för strategin är att förhindra och begränsa spridningen och konsekvenserna av infektioner, för både samhället och den enskilda människan.

Denna vägledning lyfter fram relevant forskning och kunskap samt erbjuder ett ramverk och instruktioner på strategisk och saklig nivå. Vägledningen kan även användas som kunskapsunderlag i utbildningar och i olika former av beslutsunderlag. Ambitionen är att stödja regionala och lokala aktörer som i sitt arbete kommer i kontakt med målgruppen. På sikt ska målgruppens hälsa förbättras genom att minska den enskildes och gruppens sårbarhet för sjukdomar samt konsekvenserna av dem.

Vägledningen vänder sig till dem som möter personer som injicerar droger. I vägledningen presenteras sex områden; att göra en förberedande behovsanalys, välja lämplig lågtröskelverksamhet, aktiviteter, att hålla hög nivå av bemötande, kvalitet och kompetens, att verka och samverka på strategiska arenor samt att systematiskt följa upp det egna arbetet.



Folkhälsomyndigheten