



Folkhälsomyndigheten

Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatiter i Sverige

Kunskapsunderlag, analys och bedömningar



Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatiter i Sverige

Kunskapsunderlag, analys och bedömningar

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 inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: 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, 2019.

Artikelnummer: 19032

Förord

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit B och C i Sverige styrs övergripande av nationella lagar och regler samt Agenda 2030 där Världshälsoorganisationen (WHO) också har ett mål att eliminera hepatit B och C i världen till 2030. Med stöd i det rådande kunskapsläget har Folkhälsomyndigheten bedömt behovet av fortsatta, ökade eller nya insatser, för att långsiktigt kunna uppnå WHO:s mål. Detta kunskapsunderlag lyfter fram relevant forskning och kunskap samt erbjuder ett ramverk och bedömningar på framförallt strategisk nivå. Syftet är att stödja nationella aktörer, regioner och kommuner samt civilsamhällets organisationer i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med att reducera hepatit B och C. Projektledare för arbetet har varit Niklas Karlsson, utredare vid Folkhälsomyndigheten. Utredarna Josefine Lundberg Ederth, Torsten Berglund, Viktor Dahl och Gabriella Hök har ingått i projektgruppen.

Folkhälsomyndigheten i juni 2019

Anders Tegnell

Avdelningschef, avdelningen för folkhälsoanalys och datautveckling

Innehåll

Sammanfattning	9
Fyra prioriterade områden för insatser	9
Område 1: Ökad tillgänglighet till primär- och sekundärpreventiva aktiviteter och stärkt kunskap hos personal	9
Område 2: Fortsatt utveckling av lågtröskelverksamheter	9
Område 3: En utvecklad nationell uppföljningsplan	10
Område 4: Stärkt samarbete mellan aktörer	10
Inledning	11
Ett samlat ramverk för insatser mot hepatit B och C	11
Om hepatit B och C	13
Hepatit B i Sverige	13
Hepatit C i Sverige	14
Hepatit B och C utgör två olika epidemier i Sverige	15
Att förebygga hepatit i Sverige	17
Riskgruppers olika bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar	17
Personer som injicerar droger	18
Migranter	19
Andra viktiga riskgrupper	19
Område 1: Primär- och sekundärpreventiva aktiviteter	21
Screening för upptäckt och behandling av hepatit B och C	21
Vaccination mot hepatit B	21
Riskreducerande rådgivning	22
Testning	22
Behandling	23
Smittspårning för att förebygga spridning av sjukdomar	25
Aktiviteter särskilt riktade till personer som injicerar droger	26
Utbyte av injektionsutrustning och läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende	26
Aktiviteter för högriskpersoner som injicerar droger	26
Hälsoundersökning som aktivitet för att nå migranter	27

Folkhälsomyndighetens bedömning	27
Område 2: Verksamheter för att nå riskgrupper	28
Verksamheter för att nå personer som injicerar droger	28
Verksamheter för att nå migranter	29
Folkhälsomyndighetens bedömning	30
Område 3: Uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering	31
Nationella indikatorer	31
Indikatorer från den nationella hivstrategins uppföljningsplan.....	32
Indikatorer från den nationella vägledningen	32
Internationella indikatorer av intresse för Sverige	33
Viktiga datakällor för uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering	33
Folkhälsomyndighetens bedömning	34
Område 4: Aktörers samverkan och samarbete på strategiska arenor	35
Viktiga arenor för samverkan och samarbete.....	35
Regioner (tidigare landsting)	35
Kommuner.....	36
Andra viktiga arenor	37
Riskgruppers behov i centrum för samverkan och samarbete.....	38
Viktiga aktörer i samverkansarbetet	38
Folkhälsomyndighetens bedömning	39
Ekonomiska konsekvenser av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatiter	40
Kostnader för ökad tillgänglighet till aktiviteter och lågtröskelverksamheter	40
Folkhälsomyndighetens bedömning	41
Referenser	42
Bilaga - Lagar, regler, föreskrifter och vägledningar m.fl.	49
Resolutioner.....	49
Resolution WHA63.....	49
Resolution WHA67.6	50
Resolution 70/266	50
Resolution S-30/1	50

Resolution 2017/2576(RSP).....	50
Strategier, riktlinjer och handlingsplaner	50
Nationellt.....	50
Internationellt	52
Författningar.....	53
Vägledning och rekommendationer	58

Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att ta fram underlag för hur man kan förbättra det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit C, och i viss mån hepatit B i Sverige. Bakgrunden är WHO:s mål att eliminera hepatit B och C till 2030. Folkhälsomyndighetens underlag ska komplettera nuvarande åtgärder och utgöra ett samlat ramverk för arbetet samt bedöma hur det bör följas upp. För att kunna reducera hepatit B och C behöver man överbrygga ojämlikheter i hälsa genom att adressera de ofta komplexa behov som finns hos olika riskutsatta grupper och som i vissa fall riskerar att tappa kontakt med vården. Detta genom att erbjuda behovsanpassade primär- och sekundärpreventiva aktiviteter och tillgängliggöra dem inom verksamheter och arenor där riskgrupperna finns.

Fyra prioriterade områden för insatser

Arbetet med hepatit B och C i Sverige är i dag utspritt på flera aktörer och arenor, och det saknas en sammanhållen bild. Med stöd i kunskap, forskning och i dialog med nyckelaktörer har Folkhälsomyndigheten identifierat fyra övergripande fristående men ömsesidigt beroende och långsiktigt prioriterade områden för det kommande arbetet:

1. Primär- och sekundärpreventiva aktiviteter
2. Verksamheter för att nå riskgrupper
3. Uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering
4. Aktörers samverkan och samarbete på strategiska arenor.

Tillsammans med bland annat lagar, regler, föreskrifter och vägledningar, utgör dessa områden ett samlat ramverk för olika insatser som är viktiga i arbetet för att reducera hepatit B och C i Sverige till 2030. Under varje område presenteras delområden där arbetet behöver stärkas eller utvecklas vidare.

Område 1: Ökad tillgänglighet till primär- och sekundärpreventiva aktiviteter och stärkt kunskap hos personal

Vaccination, riskreducerande rådgivning, testning och behandling behöver tillgängliggöras för riskgrupper som ett paketerbjudande och på fler arenor av fler aktörer. Vid förekomst och smittsamhet av hepatit C är det motiverat att skyndsamt erbjuda behandling. Det är även viktigt att följa upp effekter av tidig behandling för individen, men också med hänseende till smittspridning inom olika riskgrupper och befolkningen i stort. Vidare behöver kunskap vad gäller insatser kring hepatit B och C stärkas hos personal som möter olika riskgrupper i sin arbetsvardag.

Område 2: Fortsatt utveckling av lågtröskelverksamheter

Mobila lågtröskelverksamheter behöver utvecklas i områden där det inte är möjligt eller resurseffektivt att ha fasta verksamheter, samt att den uppsökande verksamheten inom framför allt Kriminalvården eller Statens institutionsstyrelses

verksamheter behöver stärkas. Forskning och erfarenhet visar att det mest effektiva sättet att reducera hepatit C är att erbjuda en person flera och samtidiga aktiviteter inom ramen för en lågröskelverksamhet.

Område 3: En utvecklad nationell uppföljningsplan

En nationell uppföljningsplan för hepatit B- och C-arbetet behöver utvecklas i syfte att skapa förutsättningar för en hållbar uppföljning av utvecklingen över tid. Detta inkluderar att effektivisera datainsamlingen mellan aktörer, harmonisera indikatorer utifrån svenska förhållanden och stärka kvaliteten på inrapporterade data.

Område 4: Stärkt samarbete mellan aktörer

Samarbetet och samordningen behöver stärkas mellan aktörer bland annat Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse och smittskyddsenheter och framför allt för sprututbyten och program för läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende (LARO). Vidare bör det hälsofrämjande och förebyggande arbete även bedrivas på nya arenor som bland annat Migrationsverket, e-hälsan, företagshälsovården, värnplikten och militärtjänstgöringen.

Vissa insatser kommer initialt innebära ökade kostnader, framför allt för ökad testning och behandling inom riskgrupper. Dessa kostnader behöver dock vägas mot minskade kostnader på sikt på grund av en mer kompetent, effektiv och harmoniserad vårdkedja, ökad vaccinationstäckning samt minskad smittspridning och sjukdomsbörda. En mer detaljerad bedömning av arbetets ekonomiska konsekvenser beror på riskgruppernas storlek där flertalet projekt för att stärka kunskapsläget för olika riskgrupper pågår, bland annat med att

- kartlägga det totala antalet smittade med hepatit C och antalet personer som injicerar droger i Sverige
- uppskatta och beräkna andelen hepatitinfekterade som inte diagnosticerats eller som inte längre har kontakt med vården.

Inledning

Under 2016 publicerade WHO rapporten Combating hepatitis B and C - To reach elimination by 2030 samt en global åtgärdsplan för viral hepatit (1, 2). I juni 2018 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att ta fram ett underlag där myndigheten analyserar, överväger och bedömer hur arbetet med att förebygga och förhindra smittspridning av hepatit C kan förbättras (3). Underlaget ska bidra till att nå WHO:s mål om eliminering av viral hepatit, och när det är lämpligt även inkludera insatser mot hepatit B. Som ett led i framtagandet av detta underlag och redovisningen av uppdraget, bjöd Folkhälsomyndigheten in ledande aktörer till rundabordsamtal för att ta del av det pågående arbetet och rådande kunskapsläget. Aktörerna var bland annat Smittskyddsläkarföreningen, Sveriges Kommuner och Landsting, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Kriminalvården samt ämnesexperter och representanter från civilsamhället.

Uppdraget innehöll även flera deluppdrag, bland annat att se över hur systemet för testning, behandling och övervakning av hepatit C borde utvecklas, samt bedöma lämpliga metoder för screening och upptäckt. Därför gjordes en övergripande genomlysning av framför allt svenska rapporter eller forskning, med särskilt fokus på dessa deluppdrag. I avsaknad av svenskbaserad kunskap användes internationella rapporters kunskaps- eller forskningsgenomgångar som underlag. Under slutet av 2018 lanserade exempelvis Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) två rapporter med fokus på testning och vaccination för migranter och generell testning för hepatit B och C (4, 5).

Tillsammans utgör dessa möten, kunskapsunderlag, rapporter och forskning ett evidensbaserat underlag att använda och anpassa till svenska förhållanden och förutsättningar.

Ett samlat ramverk för insatser mot hepatit B och C

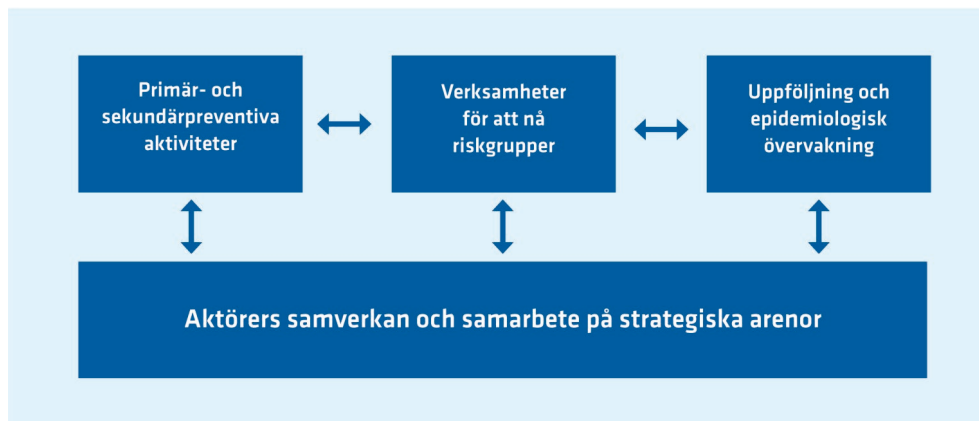
Arbetet med hepatit B och C i Sverige har hitintills till stora delar varit osammanhängande och situationsbaserat, och har oftast skett i anslutning till lokala studier, projekt eller utbrott och av flera olika myndigheter och aktörer. Utifrån tidigare arbeten, kunskap, forskning och i samråd med flertalet nyckelaktörer, bedömer Folkhälsomyndigheten att ett helhetsgrepp behöver tas om det fortsatta arbetet för att överbrygga synbara hälsoklyftor. Genom detta underlag lyfter vi därför fram fyra fristående men ömsesidigt beroende och långsiktigt prioriterade områden. Fokus ligger primärt på hepatit C, och vid behov hepatit B. Inom varje område ges sammanfattningar av det rådande kunskapsläget och bedömningar av lämpliga prioriteringsbehov.

Under Område 1 Primär- och sekundärpreventiva aktiviteter, Område 2 Verksamheter och Område 3 Uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering, ges en mer detaljerad redogörelse för vad som redan görs i Sverige och vad vi bedömer behöver utvecklas i det fortsatta arbetet. Vidare kompletteras

dessa samlade insatser med Område 4 där vi går igenom behovet av stärkt samverkan och samarbete mellan nyckelaktörer och på viktiga arenor.

De fyra övergripande områdena utgör tillsammans med bland annat lagar, regler, föreskrifter och vägledningar (bilaga 1), ett samlat ramverk för arbetet med att reducera hepatit B och C i Sverige fram till 2030, se figur 1.

Figur 1. Ett samlat ramverk för insatser mot hepatit B och C



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Sammantaget bedömer Folkhälsomyndigheten att det pågående hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit B och C i Sverige, är väl positionerat för att kunna harmonisera olika förslag och rekommendationer som lyfts fram av internationella aktörer, vidareutveckla det egna arbetet, minska ojämlikhet i hälsa för riskgrupper och att nå WHO:s mål för 2030.

Om hepatit B och C

Hepatit B (HBV) och C (HCV) orsakas av olika virus och globalt lever cirka 257 miljoner med hepatit B och 71 miljoner med hepatit C (6-9). Andelen som lever med hepatit är störst i Asien och Afrika söder om Sahara och Egypten. I Europa (EU/EAA) lever cirka 4,7 miljoner med hepatit B och 3,9 miljoner med hepatit C (10). Den högsta förekomsten i Europa finns i de södra och östra delarna (11). Eftersom hepatit B och C är sjukdomar som ofta inte ger några eller vaga symtom, så är det vanligt att en person inte märker av att hen blivit smittad. Mörkertalet vad gäller smittade kan därför vara stort. Många länder har numer vaccinationsprogram för hepatit B vilket har lett till att antalet barn med kronisk hepatit B globalt sett har minskat (12).

Akut hepatit B, det vill säga nysmitta, läker vanligtvis ut av sig självt inom 6–12 månader, men under förloppet är personen fortsatt smittsam. Hos vuxna normalt friska personer utvecklar cirka 5 procent kronisk hepatit B och kan fortsatt vara smittsamma. Majoriteten (cirka 95 procent) av de som är under ett år och smittas med hepatit B får oftast en kronisk infektion. Vad gäller akut hepatit C läker cirka 25 procent ut sin nysmitta inom 6–12 månader, men under tiden är man fortsatt smittsam (13). Båda sjukdomarna orsakar inflammation i levern och uppskattas globalt vara anledning till 60 procent av alla fall med skrumplever (levercirros) och 80 procent av alla fall med levercancer (14).

Hepatit B och hepatit C överförs genom blod-till-blod-kontakt, sexuellt och vertikalt via så kallad mor-till-barn-smitta. Globalt sett är den vanligaste smittvägen för hepatit B mor-till-barn-smitta, medan den för hepatit C är genom blod-till-blod-kontakt, oftast via delning av osterila verktyg vid injektion av droger, men också på grund av osäkra rutiner inom hälso- och sjukvården. I EU/EEA smittas de flesta via injektion av droger eller sexuell kontakt, även om vissa länder fortfarande har höga nivåer av infektion uppkommen på sjukhus (nosokomial transmission) (4). Kronisk hepatit är en vanlig orsak till sjukdomsdöd och varje år dör drygt 1 miljon människor av viral hepatit över hela världen (15, 16).

Hepatit B i Sverige

Sverige klassas internationellt som ett lågprevalent (låg förekomst) land för hepatit B (11, 17). I en ny skattning från Folkhälsomyndigheten 2018 baserat på data från SmiNet och folkbokföringsregistret, lever cirka 20 000–35 000 (exklusive mörkertal, det vill säga smittade personer som av olika skäl ännu inte upptäckts) med kronisk hepatit B i Sverige (18). Alla nyupptäckta fall av hepatit B (och C) i Sverige rapporteras in till Folkhälsomyndighetens databas SmiNet (19) och årligen rapporteras omkring 1 500 fall av hepatit B varav cirka 100 är nysmittade, det vill säga med akut infektion. Den absoluta merparten av alla som diagnostiseras med hepatit B i Sverige, har en kronisk infektion som de fått innan de kom till Sverige, ofta vid födseln via så kallad mor-till-barn-smitta. I Sverige har årligen 0–2 fall med mor-till-barn-smitta rapporterats den senaste 10-årsperioden, vilket visar att

screening av gravida och vaccinering av nyfödda barn till hepatit B-positiva mödrar fungerar väl. Enligt data från SmiNet är majoriteten av de som fått en hepatit B-diagnos födda utomlands (minst 60 procent), där cirka 34 % saknar uppgift om födelseland och endast 4 procent är födda i Sverige (20). I många länder med låg förekomst är de flesta människor som lever med kronisk hepatit B födda utomlands i mellan- eller högendemiska områden (17, 21). En rapport publicerad av ECDC 2016 visar att migranter står för uppskattningsvis 25 procent av alla rapporterade fall av kronisk hepatit B i Europa, med hög förekomst av rapporterade fall bland migranter, särskilt i länder som Sverige, Irland och Nederländerna (22).

Under de senaste 10 åren har det totala antalet rapporterade fall av hepatit B i Sverige ökat, för att kulminera under 2014–2016 då migrationsvägen var som störst, se figur 2. Ökningen speglar migrationsströmmar i världen och Europa och många fall rapporterades bland unga män i åldrarna 15–19 år, merparten från Afghanistan eller länder i Afrika.

Ungefär 100 fall som årligen diagnostiseras med hepatit B har fått infektionen i Sverige. Bland dessa är de vanligaste kända smittvägarna via injektion av droger (det vill säga delning av osterila injektionsverktyg) eller sexuell kontakt. Unga och unga vuxna i åldrarna 15–24 år utgör cirka 15 procent av dessa fall. Av det totala antalet rapporterade fall står storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne för mer än hälften (20). Av de med kronisk hepatit B utvecklar 20–30 procent skrumplever eller levercancer. Upp till 90 procent av barn 0–1 år och 50 procent av barn smittade före 6 års ålder utvecklar kronisk infektion.

Hepatit C i Sverige

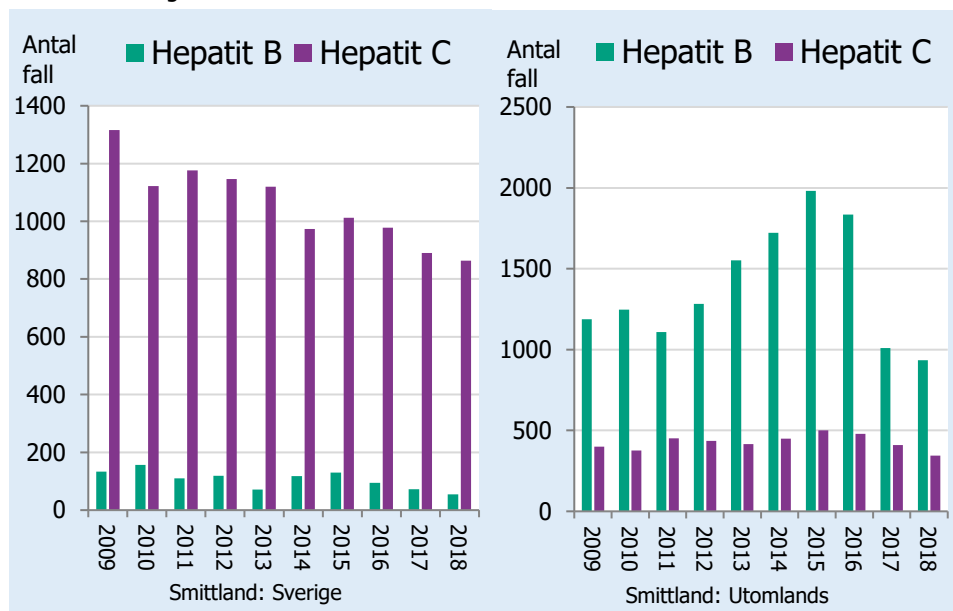
Förekomst av hepatit C i Sverige har i två tidigare studier skattats till 43 000 respektive 35 000–45 000 (23, 24). I en ny skattning som Folkhälsomyndigheten gjort 2018, baserat på data från SmiNet och folkbokföringsregistret, lever cirka 20 000–30 000 personer med hepatit C i Sverige (exklusive mörkertal) (18). Under de senaste tio åren har det årligen rapporteras cirka 2 000 nya fall av hepatit C. Av dessa bedöms cirka 150 fall vara nysmittade, det vill säga ha en akut infektion. De senaste åren har däremot färre fall rapporterats med dryg 1 600 fall rapporterade under 2018. Merparten har fått sin infektion i Sverige; hepatit C är alltså en inhemsk epidemi. Storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne står för mer än hälften av alla rapporterade fall (20). Vid smitta utomlands (cirka 20 procent) är framför allt länder i Östeuropa, Ryssland och Baltstaterna vanligt, men även Mellanöstern och Afrika (20). Medianåldern för det totala antalet inrapporterade fall ligger runt 37 år, där de flesta rapporterade fall i de yngre åldrarna koncentreras till intervallet 25–35-år. Eftersom man kan gå med en hepatit C-infektion länge utan symtom, är åldern som anges vid anmälningsdatum inte alltid densamma som åldern när man blev infekterad. Ungefär 20 procent av de som diagnostiseras är 15–24 år, och merparten av dessa (90 procent) är smittade via injektion av droger vilket visar att nyrekrytering till injektionsdrogbruk fortgår i gruppen unga och unga vuxna.

I Sverige är hepatit C starkt kopplat till injektion av droger och utgör årligen ungefär 70 procent av alla fall som rapporterats i Sverige. Eftersom många fall saknar rapporterad smittväg försvårar det möjligheten att uppskatta antalet personer som injicerar droger eller tillhör andra riskgrupper. Många av dessa fall är inrapporterade från arenor utöver de traditionella, framför allt från kriminalvården och psykiatri- och beroendevården. Ett rimligt antagande är att många av dessa kan ha ett underliggande injektionsdrogbruk. Hepatit C har generellt låg smittsamhet via heterosexuell kontakt, men något högre bland män som har sex med män, framför allt vid samtidig hivinfektion (25, 26). Ungefär 5 procent anmäls med smittväg via sexuell kontakt (4,5 procent heterosexuell kontakt och 0,5 procent via sex mellan män). Hög förekomst av hepatit C i en riskgrupp innebär fortsatt hög risk för vidare smittspridning inom gruppen, men också risk för infektionen att kunna överföras till andra indirekt exponerade grupper.

Hepatit B och C utgör två olika epidemier i Sverige

Sammanfattningsvis utgör hepatit B och C två olika epidemier i Sverige. Jämfört med hepatit C, utgör hepatit B en sjukdomsepidemi vars förekomst speglar och varierar med migrationsmönster i världen, då merparten smittats utomlands ofta redan innan de kom till Sverige (minst 60 procent). Majoriteten som får en hepatit C-diagnos har däremot fått smittan i Sverige (minst 60 procent) (27), se figur 2.

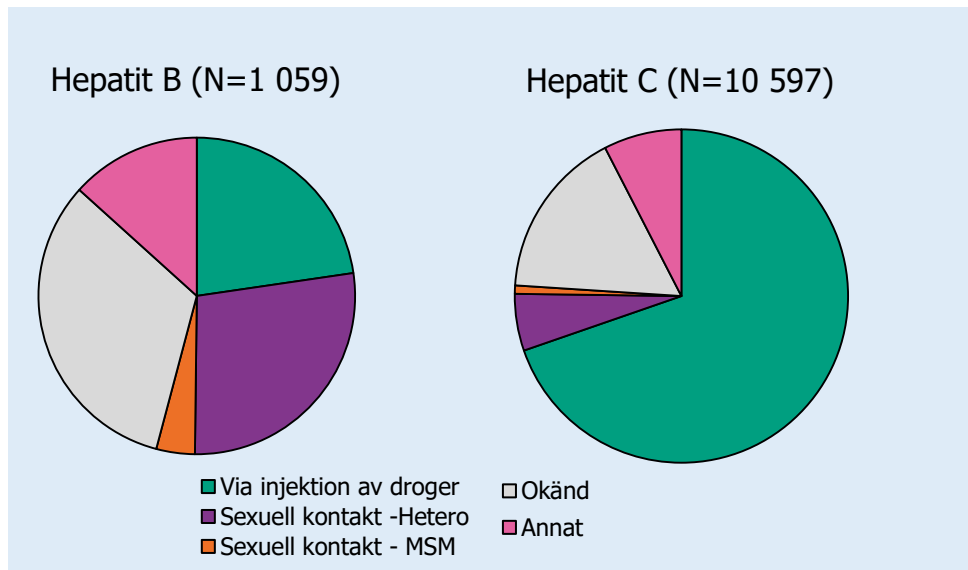
Figur 2. Antal fall med hepatit B och hepatit C rapporterade i SmiNet 2009–2018 med smittland Sverige eller utomlands



Källa: SmiNet.

Den senaste 10-årsperioden har cirka 10 gånger fler fått en hepatit C-infektion än en hepatit B-infektion i Sverige, se figur 3. Även om hepatit B- och C-epidemierna överlappar varandra vad gäller smittvägar, är personer smittade med hepatit C via injektion av droger betydligt fler än de smittade på samma sätt med hepatit B, och det omvända förhållandet råder för sexuell smitta.

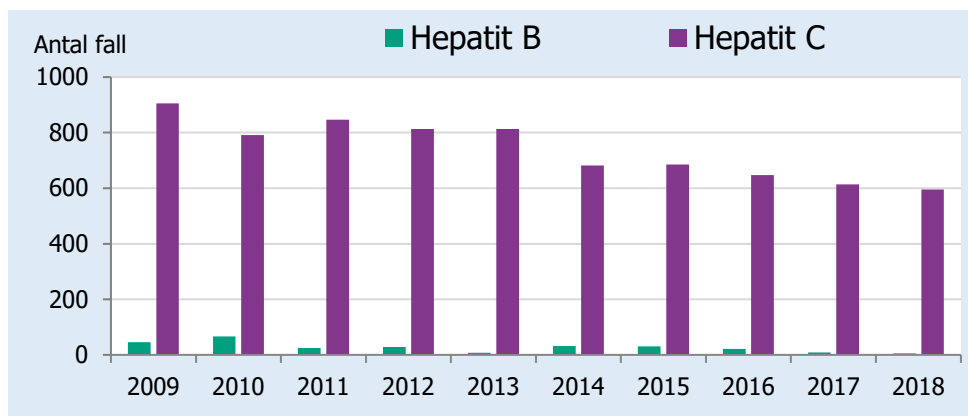
Figur 3. Smittvägar för de som fått en hepatit B- eller hepatit C-infektion i Sverige under 2009–2018



Källa: SmiNet.

Hepatit C-epidemin i Sverige upprätthålls framför allt av personer som injicerar droger och delar injektionsverktyg med varandra. Betydligt färre fall rapporteras smittade med hepatit B via injektion av droger, se figur 4. Det antyder att vaccinationstäckningen för hepatit B hos personer som injicerar droger kan antas vara god i Sverige, alternativt eller i kombination med en hög seroimmunitet i gruppen på grund av genomgången infektion. Majoriteten av hepatit B-fallen som rapporteras är dock smittade utomlands, och det är därför särskilt viktigt att erbjuda hälsoundersökning, informationsinsatser och vaccination till asylsökande och andra migrantgrupper från mellan- och högendemiska länder.

Figur 4. Antal fall rapporterade i SmiNet 2009–2018, som smittats i Sverige och via injektion av droger



Källa: SmiNet.

Att förebygga hepatit i Sverige

För att överbrygga ojämlikhet i hälsa och nå framgång i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit B och C behöver man känna till och adressera de ofta komplexa och föränderliga behov som kan finnas hos olika riskgrupper. En förutsättning är också att nyckelaktörer som möter dessa riskgrupper i sin verksamhet, har relevant kunskap och samverkar och samarbetar. I Sverige styrs det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatit B och C av lagar och förordningar samt bland annat Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S2017/06893/FS), vägledningen Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger (2015), samt Hepatit B-vaccination till riskgrupper (2016) (28-30). Den nationella hivstrategin skriver fram tre särskilda riskgrupper med betydelse för förekomst av hiv men också hepatiter: personer som injicerar droger, personer med ursprung i högendemiska områden, vidare kallat migranter, samt män som har sex med män (28). I Europa har arbetet med att utveckla nationella förebyggande och hälsofrämjande strategier kommit olika långt. Danmark arbetar för närvarande utifrån WHO:s åtgärdsplan (2016–2021) där Norge (2018–2023) och Finland (2017–2019) valt att ta fram egna nationella strategier för arbetet (31, 32).

Riskgrupperns olika bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar

Kunskap om sjukdomsspridning inom riskgrupper fås genom att kontinuerligt samla in och analysera information kring sjukdomsrelaterade orsakskedjor, alltså bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar som hepatit B och C, se figur 5.

Figur 5. Orsakskedja för sjukdom



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Med bestämningsfaktorer avses fasta faktorer exempelvis kön, samt faktorer som kan variera över tid exempelvis boendestatus. Faktorerna har olika påverkan på riskbeteenden som att dela osterila injektionsverktyg eller ha sex utan kondom. Riskbeteenden påverkas i sin tur av den egna attityden för- eller otillräcklig kunskap om sjukdomar eller smittvägar, och har därmed olika påverkan på risken att smittas med sjukdomar. Regelbunden uppföljning och övervakning kring dessa orsakssamband är grundläggande för att effektivt kunna bedriva ett behovsanpassat hälsofrämjande och förebyggande arbete och kunna hantera hastiga sjukdomsutbrott inom olika riskgrupper (29, 33-36).

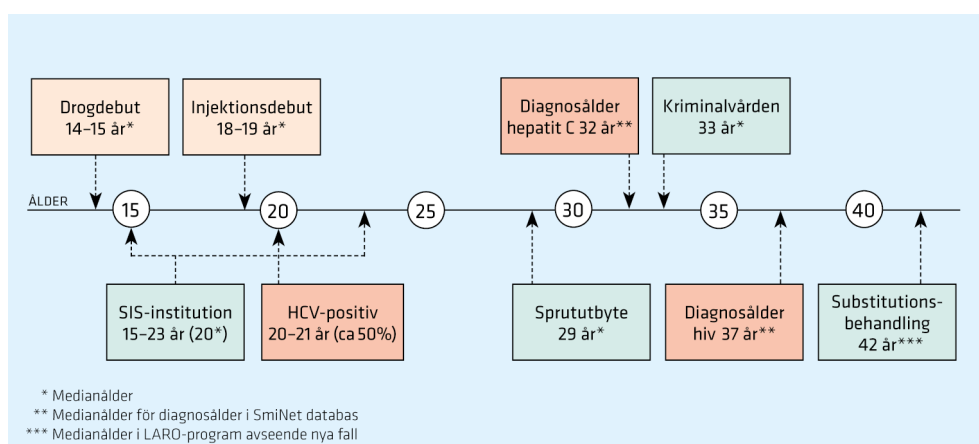
Gemensamt för de riskgrupper som beskrivs nedan är att en person samtidigt kan förekomma i flera riskgrupper, det vill säga att personer kan vara riskgruppsöverskridande.

Personer som injicerar droger

Riskgruppen personer som injicerar droger, på svenska förkortat PID från engelskans people who inject drugs (PWID), är på grund av sitt injektionsdrogbruk delvis dold i samhället. Gruppen har flera karaktäristiska riskbeteenden med direkt koppling till hepatit B- och C-smitta, framför allt att dela osterila injektionsverktyg det säga kanyl, spruta eller paraferalia (uppdragningskärl, droglösning eller filter) med andra (29, 33). Forskning visar att riskbeteenden och sjukdomar i denna grupp varierar utifrån olika bestämningsfaktorer som kön, hemlöshet eller att vara ung och injicera droger (33, 37, 38), och att man är direkt exponerad för exempelvis hepatit C-smitta på grund av den höga smittsamheten, redan från första injektionstillfället. Även om forskningen utvecklats finns kunskapsluckor exempelvis vad gäller orsakskedjor för sjukdomar inom olika undergrupper som kvinnor, eller grupper som föredrar att injicera särskilda droger (36) som framför allt amfetamin men också heroin (39, 40). Preliminär forskning att kvinnor i högre utsträckning delar injektionsutrustning, och är mer riskutsatta för att smittas med hepatit och sexuellt överförbara infektioner (38). Jämfört med befolkningen i stort har riskgruppen en stor sjukdomsburda på grund av andra infektionssjukdomar, och kringssjukdomar så som hudinfektioner eller blodförgiftning, samt förhöjd dödlighet, sjuklighet och lidande. Sammantaget innebär detta direkta eller indirekta kostnader för personen och hela samhället (41, 42).

Hepatit C är idag ett avsevärt mycket större problem för riskgruppen än hepatit B. Medianåldern för hepatit C-diagnos ligger runt 32 år vilket indikerar sen upptäckt av sjukdom inom gruppen (43), se figur 6.

Figur 6. Sammanställning av viktiga åldersrelaterade livshändelser hos en exempelperson som injicerar droger.



Källa: Hälsöfrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger (2015).

Drogdebut sker runt 14–15 år (medianålder), och injektionsdrogdebut runt 18–19 år (medianålder). Cirka 50 procent kan förväntas få hepatit C inom två år från

injektionsdebut (44, 45). Det finns ett antal kända arenor där riskgruppen ofta återfinns. De flesta av dessa når äldre personer som injicerar droger förutom institutioner inom Statens institutionsstyrelse, med många unga och unga vuxna 15–23 år eller sprututbyten där cirka en femtedel av nya kvinnliga deltagare endast har injicerat droger i två år (46-48). Socialstyrelsen uppskattade 2012 att det då fanns cirka 8 000 personer i Sverige som injicerade droger (49). Folkhälsomyndigheten arbetar för närvarande med att uppdatera den skattningen.

Migranter

Personer som migrerat och ofta smittats i tidig ålder med exempelvis hepatit B är en annan viktig riskgrupp som också är delvis dold i samhället, framför allt de som sökt asyl och fått avslag. Det finns ingen universell definition av vad en migrant är, utan begreppet kännetecknas av en heterogen grupp människor som av olika anledningar lämnat sina hem- eller vistelseländer (50, 51). I hälsofrämjande och förebyggande arbete är det därför mer vanligt att utgå från typ av migration, exempelvis om migrationen beror på arbete, studier eller flykt (51).

Migranternas olika riskbeteenden varierar utifrån en rad olika bestämningsfaktorer. Utöver generella som ålder och kön, är det därför vanligt att använda kontextspecifika bestämningsfaktorer, exempelvis följande (52-54):

- om man migrerat frivilligt eller ofrivilligt
- hur länge man vistats eller bott i ankomstlandet, eller tid i migration
- status i asylprocessen
- typ av etnisk, kulturell, nationell eller religiös grupp man tillhör
- språknivå.

Vissa migrantgrupper kommer från länder eller kontexter där förekomsten och risken för smittsamma sjukdomar som hepatit B eller C är betydligt större än i Sverige (55-57). Forskning visar exempelvis på eftersatt vaccinationstäckning bland vissa undergrupper i migrantgruppen (58, 59), eller andra faktorer som indikerar risktagande, exempelvis högre förekomst av sexuellt överförbara sjukdomar bland papperslösa migranter (60), eller att migranter riskutsatta för hiv tenderar att söka vård i ett sent skede (61).

I dagsläget finns ingen sammanhållen kunskapsinhämtning vad gäller orsakskedjor för sjukdomar hos olika migrantgrupper. Därför är det viktigt att kontinuerligt inhämta information och kartlägga hur olika sjukdomar och orsakskedjor ser ut och varierar inom olika migrantgrupper.

Andra viktiga riskgrupper

Det finns andra riskgrupper som är viktigt att ta hänsyn till för att reducera förekomsten av hepatit B och C i Sverige till 2030. Framför allt gäller detta

- män som har sex med män (inklusive transpersoner)

- personer som säljer sex (62)
- mödrar i risk att föra över smitta till barn (så kallad mor-till-barn-smitta)
- personer som fått blod före 1992.

Bland vissa undergrupper hos män som har sex med män är det vanligt att injicera droger i samband med sex, så kallad ”chem-sex” där både orena injektionsverktyg och blödningsrisken vid analsex kan innebära ökad risk för smitta av hepatit B och C. Personer som fått blodtransfusion i vården innan 1992 (1965-1991) kan ha smittats med framför allt hepatit C vilka behöver följas upp om de inte haft kontakt med vården efter detta.

Mer information om fördjupad statistik och analys vad gäller bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdom för olika riskgrupper finns att tillgå på Folkhälsomyndighetens webbplats.

Område 1: Primär- och sekundärpreventiva aktiviteter

Primärprevention är ett samlingsbegrepp för aktiviteter som fokuserar på att förhindra att personer blir smittade med sjukdomar. Sekundärprevention riktar sig till personer som redan är smittade, med fokus på att förhindra vidare smittspridning (40, 63-66). Om flera aktiviteter pågår samtidigt och i samverkan, helst under ett och samma tak, förstärks ofta den samlade effekten av arbetet. Nedan beskrivs viktiga riskgruppsanpassade evidensbaserade primär- och sekundärpreventiva aktiviteter i arbetet med att reducera hepatit B och C i Sverige.

Screening för upptäckt och behandling av hepatit B och C

Framgång bygger på att personalgrupper som i sitt arbete kommer i kontakt med riskgrupper, känner till och är uppmärksamma på tydliga kännbara tecken (bestämningfaktorer, riskbeteenden och sjukdomssymtom) för personer i risk- eller som har smittats av hepatit B eller C.

De viktigaste aktiviteterna för att upptäcka smittade personer och skyndsamt erbjuda behandling kan sammanfattas som ett paketerbjudande en person alltid får vid ett och samma tillfälle: vaccination, riskreducerande rådgivning, testning och behandling (VaCTT, från engelskans Vaccination, Counselling, Testing and Treatment). Om det inte är möjligt att påbörja behandling direkt på plats, behöver personen snabbt länkas till exempelvis infektionsklinik, sprututbyte eller LARO-enhet för start av behandling.

I vilken utsträckning personal generellt har kunskap om tecken på risktagande eller hepatit B och C, är i dag inte möjligt att fastställa. En rapport från Malmö Högskola har tidigare visat att personal inom Statens institutionsstyrelses verksamheter hade otillräcklig kunskap om smittvägar och möjlighet till behandling för hepatit C (67).

Vaccination mot hepatit B

Även om hepatit B inte ingår i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn, rekommenderar Folkhälsomyndigheten vaccination av alla spädbarn (68) och sedan 2016 erbjuds hepatit B-vaccination kostnadsfritt till alla spädbarn inom regionala vaccinationsprogram. Riskgruppsvaccination rekommenderas till grupper med ökad risk att smittas eller drabbas av allvarlig sjukdom till följd av hepatit B:

- personer som injicerar droger
- män som har sex med män
- personer med kronisk hepatit C
- personer som lever med hiv
- personer med njursvikt och/eller i uremivård

- barn upp till 18 med ursprung i medel- eller högendemiska länder
- föräldrar eller syskon till adoptivbarn från medel- eller högendemiska länder
- sexualpartner till en person med hepatit B
- familjemedlemmar till en person med hepatit B
- barn och personal i barnomsorg där det vistas barn med hepatit B
- vårdtagare inom omsorgsverksamhet som kommer i kontakt med personer med hepatit B.

För vissa yrken kan det finnas ökad riskutsatthet för hepatit B, och det är då arbetsgivarens ansvar att bedöma riskerna och vid behov erbjuda och bekosta vaccination.

Riskreducerande rådgivning

Riskreducerande rådgivning är ett samtal som förs med en person och som syftar till att stärka hans förståelse och kunskap kring olika vårdmöjligheter, samt minska eventuellt riskbeteende och risk för sjukdom eller risk att smitta andra. Vidare att samtala om vikten av vaccination för sig själv och andra och olika möjligheter till behandling. Samtalet behöver genomföras i både primär- och sekundärpreventiva sammanhang och alltid i samband med vaccination, testning och behandling. En mer utförlig beskrivning finns i vägledningen Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger (2015).

Testning

Det viktigt med god tillgänglighet till testning för riskgrupper eftersom tidig upptäckt möjliggör tidig behandling och minskad risk för sjukdomen att utvecklas, samt begränsning av eventuell vidare smittspridning. Testning ska alltid erbjudas generöst till personer efter ett risktillfälle, vid uppenbara kännetecken på risktagande, vid symtom eller särskilt om det pågår ett sjukdomsutbrott i den egna regionen. För vissa riskgrupper bör man överväga regelbunden testning för hepatit B och C.

I november 2018 publicerade ECDC riktlinjer för bland annat hepatit B- och C-testning (4). Riktlinjerna går igenom evidensläget för testning och lyfter fram ett antal riskgrupper som har bäring på den svenska situationen, bland annat:

- personer som injicerar droger
- migranter från länder med hög- eller mellanhög förekomst av hepatit B och C, eller som kan ha varit riskutsatta under resan
- sexualpartner till hepatitinfekterade
- familjemedlemmar till den som har hepatit (speciellt hepatit B)
- personer som fått blod inom sjukvården före 1992.

Testning för hepatit B och C bör kunna utföras inom den allmänna hälso- och sjukvården och framför allt inom specialiserade mottagningar som psykiatri-, missbruks- och beroendevård, samt infektionskliniker, på särskilda mottagningar för ungdomar med alkohol- och drogproblem, ungdomsmottagningar, gynekologiska mottagningar eller mottagningar för personer som är hemlösa, inom akutvården, Kriminalvården och Statens institutionsstyrelses verksamheter. För att öka testningen inom dessa arenor behöver man stärka personalens kunskap om behovet av testning, för vilka personer och vid vilka tillfällen samt konsekvenser och behov av åtgärder vid ett positivt testresultat.

Olika typer av tester för att bedöma tidigare eller pågående smitta

Hepatit B och C diagnostiseras genom att man testar för om en person har haft hepatit och för att bedöma om infektionen är pågående. Vid test för hepatit B måste även hänsyn tas till om personen är vaccinerad eller inte.

Numera finns även snabbtester att tillgå för hepatit C, så kallade point-of-care tester. Syftet med dessa är att förenkla testningsförfarandet och göra det möjligt att bedöma pågående infektion vid själva testtillfället, och då med möjlighet att direkt kunna starta, eller skyndsamt länka vidare till vård och eventuell behandling (69). Dessa tester ger provsvar efter cirka en timme och kan vara lämpliga att använda vid viss uppsökande verksamhet eller i geografiskt komplicerade eller vidsträckta miljöer.

Behandling

I Sverige tas rekommendationer för hepatit B- och C-behandling fram av Läkemedelsverket och Referensgruppen för antiviralterapi (RAV). Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånen och därmed också omfattas av högkostnadsskyddet.

Behandling av hepatit B

Behandling av kronisk hepatit B syftar i första hand till att fördröja sjukdomsförloppet och minska risken för skrumplever (levercirrhos) eller levercancer. Vilken typ av behandling som rekommenderas beror på stadiet av infektionen. Akut hepatit B behöver i de flesta fall inte behandlas eftersom den oftast läker ut spontant. Under 2018–2019 arbetar Referensgruppen för antiviral terapi med att uppdatera sina behandlingsrekommendationer för hepatit B (70), med fokus på uppföljning av sjukdom, eftersom inga nya behandlingsalternativ har framkommit sedan senaste versionen 2007 (71).

Behandling av hepatit C

Sedan 2015 har nya och mycket effektiva läkemedel mot hepatit C, så kallade Direct Acting Antivirals (DAA), blivit tillgängliga. Till en början var dessa läkemedel dyra och en behandling kunde kosta upp till 1 300 000 kronor, förbehållna dem med mest avancerad sjukdom. I dag har kostnaden för en

behandling sjunkit avsevärt vilket möjliggjort att alla med hepatit C kan erbjudas behandling (72). Med de nya läkemedlen (DAA) har också behandlingstiden sjunkit från upp till ett år med tidigare interferonbehandling, till 8–12 veckor, inklusive kraftig reduktion av biverkningar, och i stort sett alla som fullföljer behandlingen blir botade. Det rekommenderas att även personer med pågående bruk av droger ska erbjudas behandling och att man bör avvakta vid akut infektion eftersom minst 25 procent läker ut sin infektion spontant inom 6–12 månader (13). Ur ett smittskyddsperspektiv finns dock anledning att överväga tidig behandling, även i de fall där diagnosen ställs i det akuta infektionsskedet. Årligen upptäcks cirka 150 personer med akut hepatit C (nysmitta), en siffra som kan öka vid hastiga sjukdomsutbrott. Virimin vid hepatit C-infektion är som högst under de första 2–3 månaderna efter smittotillfället för att sedan sjunka. Därmed är även smittsamheten vanligen som högst under de inledande månaderna av infektionsförloppet (73). Det är viktigt att följa upp effekter av tidig behandling för individen men också och hur den påverkar epidemiologin det vill säga effekten på smittspridning inom olika riskgrupper och befolkningen i stort.

Personer som har ett pågående riskbeteende, såsom personer som injicerar droger, personer som säljer eller köper sex eller män som har sex med män, men även andra nydiagnostiserade personer med fast sexualpartner, kan därför vara viktiga att utan dröjsmål erbjuda behandling i samband med diagnos i tidigt infektionsskede. Syftet är att förebygga sekundärfall och påverka smittspridningen i grupper som har en ökad risk för hepatit C-spridning.

Rekommendationen är att behandling bör initieras och följas upp av en läkare på en enhet med erfarenhet av hepatit C-behandling (13) men i dag kan alla läkare förskriva behandling av hepatit C, vilket öppnar upp för möjligheten för att behandla fler personer på flera arenor.

Nuläget för vaccination, riskreducerande rådgivning, testning och behandling

I dag erbjuds i vaccination, riskreducerande rådgivning och testning för hepatit B och C framför allt vid infektionskliniker, sprututbyten och Kriminalvården och i olika utsträckning inom allmänna hälso- och sjukvården eller vid specialiserade kliniker. Det erbjuds också inom Statens institutionsstyrelse, där test för pågående infektion möjliggörs genom länkning till infektionsklinik. Vidare erbjuder regioner hälsoundersökningar för migranter inklusive vaccination för hepatit B.

Däremot är det inte möjligt att fullt ut klarlägga i vilken utsträckning detta erbjuds riskgrupper av olika aktörer på grund av avsaknad av en heltäckande nationell uppföljning och epidemiologisk övervakning.

För hepatit B vaccination består utmaningen främst i att nå personer med ett erbjudande, och följa upp vaccinationen eftersom en person behöver få alla vaccinationsdoser för ett fullgott skydd.

Riskreducerande rådgivning erbjuds av vissa aktörer, men det är i nuläget inte möjligt att bedöma om den är samstämmig eller varierar i innehåll eller utförande.

Behandling av hepatit C erbjuds på vissa sprututbyten, förutom vid specialiserade infektionskliniker. Vidare pågår vissa lokala samarbetsprojekt mellan Kriminalvården och smittskyddsläkare. Statens institutionsstyrelse länkar vidare till infektionsklinik för utredning och ställningstagande till behandling, som sen iordningsställs och administreras inom den egna verksamheten.

Vad gäller uppföljning av behandling, eller smittspårning, kan det vara svårt inom Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse eller Migrationsverket eftersom personer flyttar runt eller frisläpps.

För att stärka och effektivisera vårdkedjan och därmed möjligheterna att nå smittade personer med erbjudande om VaCTT, krävs ett nära samarbete mellan olika aktörer.

Smittspårning för att förebygga spridning av sjukdomar

Hepatit B och C omfattas av smittskyddslagens (2004:168) bestämmelser om allmänfarliga sjukdomar, vilket innebär att läkare är skyldiga att göra en smittspårningsutredning om de misstänker eller upptäcker smitta hos en person. Smittspårning syftar till att fastställa smittkällan, samt andra som kan ha smittats av patienten, och är särskilt viktigt att genomföra skyndsamt vid akuta fall (smittad inom 6–12 månader) för att undvika eventuella sjukdomsutbrott. En person som under smittspårning uppmanas att testa sig, är utan dröjsmål skyldig att undergå undersökning och provtagning. Smittspårning för hepatit C behöver också vara en del av rutinen inför behandlingsstart, och inkludera personer man delar injektionsverktyg med samt aktuella sexuella partner för att förhindra möjlig re-infektion (74).

Arbetet med smittspårningen kan överlåtas till en annan personalgrupp med särskild kompetens för uppgiften, vanligen en sjuksköterska, kurator eller barnmorska. Ju tidigare man når personer i risk, desto större är chansen att förhindra fler att bli smittade, eller förhindra komplikationer av sjukdomar. Ett effektivt smittspårningsarbete förutsätter upparbetade rutiner, kompetens och avsatta resurser, och är av stor betydelse för arbetet med att förebygga och behandla hepatiter och minska sjukdomsburden i befolkningen.

Personer som tidigare diagnostiserats med hepatit B eller C har en skyldighet att hålla regelbunden kontakt med sin behandlande läkare (75). Vissa kan av olika skäl ha tappat kontakt med vården och behöver nås med ett nytt erbjudande om VaCTT (om personen också saknar vaccination mot hepatit B), samt eventuell ny smittspårning. För närvarande stöder Folkhälsomyndigheten ett projekt med syfte att identifiera personer med hepatit C som tappat kontakt med vården. Bland annat har en rikstäckande studie genomförts med syfte att uppskatta antalet personer som troligen har smittats med hepatit C genom blodtransfusion men som fortfarande varit odiagnostiserade.

Aktiviteter särskilt riktade till personer som injicerar droger

För personer som injicerar droger finns ett antal evidensbaserade aktiviteter av särskild vikt i arbetet med att reducera framför allt hepatit C. Riskgruppen kan ha svårt att sköta regelbundna vårdkontakter och står oftast i kontakt med flera aktörer eller samtidiga insatser. Därför är det viktigt att erbjuda behovsanpassade aktiviteter för att tillgodose olika behov på en och samma gång.

Utbyte av injektionsutrustning och läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende

Personer som injicerar droger erbjuds att kunna byta ut osterila injektionsverktyg via sprututbyten. Syftet är att motverka fortsatt spridning inom riskgruppen, där det är särskilt hög risk för smittspridning av hepatit C vid enbart delning av paraferalia (76-79). Genom att tillhandahålla sterila injektionsverktyg går det att reducera riskbeteenden (37, 80), minska antalet nya fall av hepatit C, och stärka en persons eget skydd vid eventuella sjukdomsutbrott (80-84). En annan viktig evidensbaserad aktivitet i arbetet att reducera hepatiter är LARO-behandling (85). Forskning visar att sprututbytesaktivitet i samtidig kombination med LARO ger bäst effekt i att reducera hepatit C jämfört med enbart sprututbytesaktivitet (86, 87). Utbyggnad och samverkan mellan båda är nyckel till att reducera hepatit C då respektive program kan fånga olika delar av riskgruppen.

I början av 2016 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter i kraft med syfte att öka tillgängligheten till LARO-behandling (88) och under 2018 bedrevs LARO vid cirka 80 vårdenheter för cirka 4 000 personer (30 procent kvinnor), som Socialstyrelsen bedömer inte överlappar med personer inom sprututbyten eller Kriminalvården (89). För närvarande pågår lokala samverkansprojekt mellan sprututbyte och LARO i Malmö och Stockholm (90, 91). I vilken utsträckning personer inom LARO erbjuds VaCTT för hepatit B och C går i dag inte att klarlägga.

Aktiviteter för högriskpersoner som injicerar droger

Det finns andra evidensbaserade aktiviteter att tillgå för personer som primärt injicerar amfetamin och inte kan tillgodogöra sig LARO, är kraftigt injektionsheroinberoende eller injicerar droger och är socialt utsatta och marginaliserade, så kallade högriskpersoner som injicerar droger. Ofta har dessa högriskpersoner tagit del av andra aktiviteter flera gånger, men fortsätter ändå att vara riskutsatta för framför allt hepatit C. För att nå och hålla kvar dessa högriskanvändare i olika hälsofrämjande och förebyggande insatser och framför allt motverka spridning av infektionssjukdomar genom att erbjuda regelbunden VaCTT, tillhandahåller flera länder möjlighet för personer att injicera droger på plats eller erbjuda förskrivning av heroin. Dessa aktiviteter har funnits i Europa sedan 1980- respektive 90-talet, i Danmark sedan 2009 och i Norge sedan 2012 med planerad försöksverksamhet av förskrivning av heroin till 2020 (92-96). Aktiviteterna syftar även till att knyta samman högriskanvändare med övrig hälso-

och sjukvård, beroendebehandling och sociala tjänster. Vidare bidrar de till att reducera injektion av droger på allmänna platser och minska förekomsten av kasserad injektionsutrustning (95, 97-101).

Hälsoundersökning som aktivitet för att nå migranter

Alla nyanlända migranter, och i vissa fall även personer som befinner sig i Sverige utan tillstånd, har rätt till en hälsoundersökning (102, 103). Syftet med hälsoundersökningen är att upptäcka ohälsa och erbjuda nödvändig vård och är ett viktigt verktyg för att säkerställa vilka behov som finns (104).

Hälsoundersökningen innefattar ett samtal om tidigare och nuvarande fysiskt och psykiskt hälsotillstånd, men också en utredning om bland annat vaccinationsstatus och eventuella smittsamma sjukdomar. Forskning visar att hälsoläget inom en till synes homogen grupp migranter kan skilja sig åt, och även att migranter vid sin ankomst kan ha en högre hälsolivå jämfört med den inhemska populationen, ett fenomen känt som healthy immigrant effect eller healthy migrant paradox (105, 106).

Folkhälsomyndighetens bedömning

Sammantaget bedömer Folkhälsomyndigheten följande:

- Personal som möter riskgrupper i sin arbetsvardag behöver ges riktad kunskap om riskfaktorer för hepatitinfektion för en mer effektiv screening.
- Tillgången till vaccination och testning är god men behöver stärkas. Även tillgång till behandling behöver stärkas genom att erbjudas på fler arenor av fler aktörer. Specifikt bör
 - riktlinjer för testning av hepatit B och C ses över med utgångspunkt i bland annat ECDC:s riktlinjer
 - testning och behandling för hepatit B och C erbjudas så långt som möjligt till personer inom sprututbyten, LARO-enheter, annan missbruksvård, specialiserad vård, samt inom Kriminalvården och Statens institutionsstyrelses verksamheter
 - det i särskilda fall där risk för fortsatt smittspridning föreligger, vara motiverat med start av behandling även under den tidiga fasen av en hepatit C-infektion.
- Migranter behöver i större utsträckning erbjudas hälsoundersökningar och framför allt vaccination för hepatit B.

Område 2: Verksamheter för att nå riskgrupper

Ett prioriterat område för att på sikt kunna reducera hepatit B och C är att fortsätta utveckla verksamheter som är effektiva i att nå annars svårnådda grupper i samhället, det vill säga så kallade lågtröskelverksamheter. Dessa verksamheter riktar sig primärt till olika riskgrupper som personer som injicerar droger, migranter, män som har sex med män, personer som säljer sex. Dessa lågtröskelverksamheter kan kombineras med olika riskgruppsanpassade och skraddarsyddas aktiviteter, exempelvis en barnmorska, eller vaccination, riskreducerande rådgivning, testning och behandling, eller ett hälsosamtal. Lågtröskelverksamheterna etableras lämpligast på kända arenor eller där behoven finns.

Verksamheter för att nå personer som injicerar droger

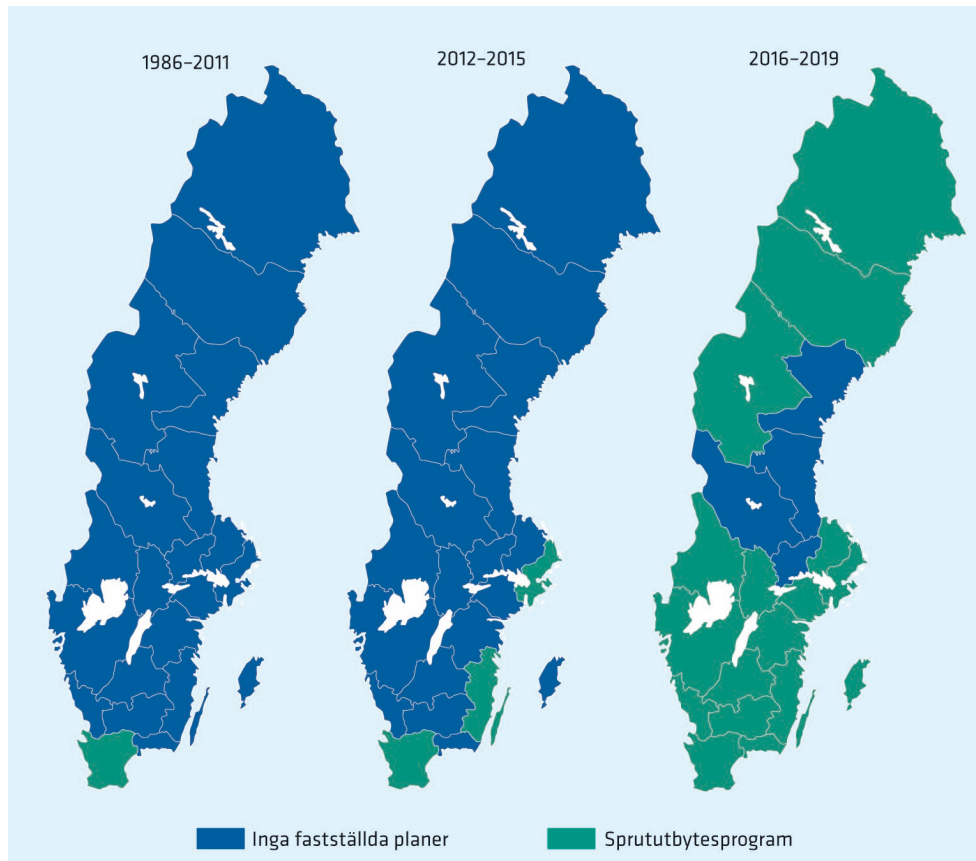
För personer som injicerar droger används generellt tre typer av lågtröskelverksamheter: fasta, mobila eller uppsökande.

En fast lågtröskelverksamhet är som en vårdcentral med goda organisatoriska förutsättningar att inrymma olika skraddarsyddas och samverkande aktiviteter (107). En mobil lågtröskelverksamhet bör ses som en kompletterande satellitfunktion till den fasta, där styrkan ligger i att kunna verka på flera geografiska platser eller arenor och med möjlighet att kunna anpassa och skraddarsyda aktiviteter efter olika behov. Exempel på detta är konceptet med blodbussar som frekventerar ett antal hållplatser (108, 109). En uppsökande lågtröskelverksamhet, ofta kallad ”peer-to-peer outreach” är ett bra komplement till den fasta eller mobila, och syftar till att söka upp och skapa kontakt med riskgrupper i deras närmiljö. Ofta möts där personer som av olika skäl, exempelvis stigma, inte vill eller kan ta kontakt eller söka hjälp (110). Uppsökande verksamhet kan med framgång bedrivas i kända miljöer där riskgruppen brukar uppehålla sig, eller i reglerade miljöer där människor inte uppehåller sig frivilligt, exempelvis Kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse. Uppsökande verksamhet kan också bedrivas via olika e-hälsoalternativ i fall där personer av olika skäl kan vara svåra att nå fysiskt, exempelvis på grund av geografiska avstånd. Exempel på uppsökande lågtröskelverksamhet är infektionsklinikernas lokala projekt i Kriminalvårdens region nord, där hepatit C-positiva personer på anstalter söks upp och erbjuds behandling. Även i region Stockholm där hepatit C-positiva intagna på anstalt undersöks av sjuksköterskor från Karolinska sjukhuset och påbörjar behandling efter videomöte med läkare.

Exempel på fast lågtröskelverksamhet är Stockholms sprututbyte, som också planerar en kompletterande mobil lågtröskelverksamhet (111). Med ändringen i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler (SFS 2017:7) och borttagandet

av det kommunala vetot i beslutsprocessen, kan regioner (tidigare kallat landsting¹) i dag ensamma ansöka om att starta och driva sprututbyte. Den nya lagen har medfört en kraftig expansion av sprututbyten, och under början av 2019 bedriver 17 av 21 regioner verksamhet, se figur 7. Övriga regioner är i olika fas med att planera eller söka tillstånd.

Figur 7. Utveckling av sprututbyten i Sverige under tre perioder, 1986–2019



Källa: Folkhälsomyndigheten.

En mer detaljerad beskrivning av lågtröskelverksamheter finns i Folkhälsomyndighetens vägledning Hälsöfrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger (2015).

Verksamheter för att nå migranter

För migranter finns inte samma strukturella förutsättningar att bedriva lågtröskelverksamhet, framför allt eftersom migrationsströmmar varierar, eller att personer flyttar inom landet vilket försvårar möjligheten att planera för lågtröskelverksamheter exempelvis vad gäller omfattning och placering, och att nå personer med erbjudande om hälsosamtal.

¹ Sedan 1 januari 2019 har samtliga landsting övergått till att kallas regioner.

Alla som söker asyl i Sverige ska erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning, enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. (SOSFS 2011:11 och SOSFS 2013:25). Arbetet med hälsoundersökningar genomförs inom ramen för regionernas allmänna hälso- och sjukvård (112) som har olika geografiska och organisatoriska förutsättningar för att genomföra hälsoundersökningar (104). Möjligheten att erbjuda hälsoundersökningar som en aktivitet inom ramen för en lågtröskelverksamhet påverkas bland annat av strukturella och individuella barriärer. Med strukturella barriärer avses exempelvis restriktioner eller praktiska saker som svårigheter att boka tider i vården, fylla i blanketter, avstånd till vård samt öppettider (113-117). Med individuella barriärer avses exempelvis eget misstroende för hälsosystemet, rädsla för att rapporteras till myndigheter och bristande möjlighet att kommunicera (113-119). Andra utmaningar kan vara sättet olika migrantgrupper söker vård på (120-122), exempelvis tendensen att söka generell vård via akutvård och på mindre sociala tider (123, 124). Därför kan det ibland vara motiverat med uppsökande lågtröskelverksamheter i kända miljöer, exempelvis särskilda boenden för asylsökande, eller i reglerade miljöer, som Migrationsverkets förvar (125).

Folkhälsomyndighetens bedömning

Sammantaget bedömer Folkhälsomyndigheten följande:

- Utbyggnaden av mobila lågtröskelverksamheter behöver utvecklas i regioner där sprututbyten verkar och behov finns.
- Den uppsökande lågtröskelverksamheten kan med fördel stärkas för personer som injicerar droger och i vissa migrantgrupper, framför allt i regioner där Kriminalvårdens häkten och fängelser, eller Statens institutionsstyrelsens olika institutionshem finns.

Område 3: Uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering

Uppföljning och epidemiologisk övervakning styrs av vilken information som ska inhämtas och är nödvändig för att bedriva effektiv verksamhet (jämför med avsnittet om riskgruppers olika bestämningsfaktorer, riskbeteenden och sjukdomar). Utöver detta är det också vanligt att utvärdera kringliggande faktorer, exempelvis om verksamheter når uppsatta mål eller olika samarbeten mellan aktörer.

En effektiv kunskapsinhämtning, som inte belastar verksamheter mer än nödvändigt, gör det möjligt att bevaka förändringar i riskbeteenden, smittspridning, begynnande sjukdomsutbrott, eller om verksamheter riskerar att inte nå sina mål och behöver ske genom tydliga mätbara indikatorer (126, 127).

Vad gäller arbetet med att reducera hepatit B och C i Sverige, i linje med WHO:s mål till 2030, finns flera nationella och internationella indikatorer att tillgå. I dagsläget finns det däremot ingen sammanhållen struktur för uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering, vad gäller exempelvis tillgänglighet till vaccination, riskreducerande rådgivning, testning eller behandling inom olika arenor eller lågtröskelverksamheter. Vidare kompliceras detta av att datakällor och datainhämtning är fragmentariskt och utspritt på flera aktörer, myndigheter, forskningsinstitutioner och icke-statliga organisationer, och i vissa fall kopplat till särskilda projekt eller studier.

En annan utmaning är med vilken kvalitet data samlas in, exempelvis det stora antalet rapporterade fall av hepatit C med okänd smittväg till Folkhälsomyndighetens dataregister SmiNet eller fullständiga data om bestämningsfaktorer påverkan på riskbeteenden och hepatit B och C. Eftersom inte hepatit B ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet så noteras inte vaccinationen i vaccinationsregistret vilket försvårar övervakning av vaccinationstäckning i befolkningen. Vaccinationsregistret bör göras tillgängligt för andra vaccinationer än de som tillhör barnvaccinationsprogrammet för att ha möjlighet att följa upp vaccinationer som sker på olika ställen och av olika aktörer. Det skulle underlätta för personer som flyttat och för grupper som har mindre kontakt med den allmänna hälso- och sjukvården och det skulle innebära ett effektivare vaccinsystem som kunde bidra till bättre uppföljning.

Nationella indikatorer

I Folkhälsomyndighetens uppföljningsplan för den nationella hivstrategin samt vägledningen för personer som injicerar droger lyfts ett antal indikatorer fram viktiga för arbetet med att reducera hepatit B och C (28, 29). Nedan beskrivs en översikt av viktiga indikatorer och datakällor i arbetet med att följa upp, övervaka och utvärdera arbetet med att reducera hepatit B och C i Sverige.

Indikatorer från den nationella hivstrategins uppföljningsplan

- Andel personer² som använt kondom under senaste sextillfället
- Andel personer som har kunskap om hiv, sexuellt överförda infektioner och hepatit
- Andel personer som deltog i sprututbytesverksamheter under verksamhetsåret som rapporterar att de har delat injektionsverktyg respektive paraferalia
- Andel personer som lever med hiv och som står på hivbehandling
- Andel asylsökande som genomgår hälsoundersökningar

Indikatorer från den nationella vägledningen

- Hur många personer som injicerar droger som för närvarande finns i Sverige

Aktivitetsindikatorer

- Andel personer som testats och fått rådgivning för hiv, hepatit B och C samt sexuellt överförda infektioner och fått vaccination för hepatit B
- Antal 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

Indikatorer för lågröskelverksamheter

- En behovsanalys har genomförts
- Ett uppföljningssystem som möjliggör regelbunden eller årlig uppföljning har inrättats
- Lågröskelverksamheten täcker minst 60 procent av den definierade målgruppen

Samverkansindikatorer

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

² Av det totala antalet personer som mäts.

Internationella indikatorer av intresse för Sverige

WHO:s mål är att eliminera hepatit som ett folkhälsoproblem till år 2030, det vill säga reducera 90 procent av nysmittan och 65 procent av dödligheten jämfört med år 2015 (128). Som ett stöd i detta arbete har WHO tagit fram ett antal indikatorer och nedan följer en kort sammanställning av indikatorer som kan vara av intresse för svenska förhållanden:

- Prevalens av kronisk hepatit B- och C-infektion
- Incidens av hepatit C-infektion
- Utdelning av rena nålar för injektion
- Täckningsgrad för behandling av hepatit B eller C
- Täckningsgrad av hepatit B-vaccination dos 3 för barn under 12 månader

Eftersom framför allt migranter och personer som injicerar droger är riskgrupper som rör sig över landsgränser, är samarbete mellan närliggande länder viktigt. Framför allt vad gäller informationsutbyte exempelvis vid sjukdomsutbrott (2, 84).

Viktiga datakällor för uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering

Det saknas en sammanhållen nationell plan för hur arbetet med att reducera hepatit B och C lämpligast bör följas upp, övervakas och utvärderas och med vilka informationskällor. En sådan plan gör det möjligt att täcka eventuella kunskapsluckor, harmonisera så att frågor ställs på ett likartat sätt, inte ställa frågor eller samla in data i onödan, klargöra roller och ansvar för verksamma aktörer, och harmonisera nationella och internationella indikatorer med stöd i tillgängliga datakällor. Viktiga datakällor hos myndigheter eller vårdaktörer är följande:

- Folkhälsomyndighetens SmiNet
- Socialstyrelsens olika register
- Infcare Sprututbyte
- Infcare Hepatit
- Infcare HIV
- Statens institutionsstyrelse
- Kriminalvården
- Inspektionen för vård och omsorg
- Rekryteringsmyndigheten
- SKL:s hälsoundersökningar för migranter
- Folkhälsomyndighetens enkät- och fördjupningsstudier om sexvanor och sexuell hälsa inom grupperna män som har sex med män, transpersoner och personer som säljer sex
- Blodgivarscreeningen (blodverksamheterna och Folkhälsomyndigheten)

Folkhälsomyndighetens bedömning

Sammantaget bedömer Folkhälsomyndigheten följande:

- En nationell plan för att följa upp arbetet med hepatit B och C till 2030 behöver utvecklas i syfte att etablera en struktur för en långsiktig och hållbar uppföljning och övervakning gällande förändringar inom området över tid, exempelvis effekter av vaccination och behandling. Detta inkluderar att harmonisera indikatorer och effektivisera datainsamling och kvalitet på data mellan olika nyckelaktörer och dataregister, särskilt i samverkan med sprututbyten, Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, beroendevårdens LARO-enheter och Socialstyrelsen.
- Stärka möjligheten till uppföljning av hepatit B-vaccination inom framför allt migrantgruppen och att vaccinationsregistret bör öppnas för att möjliggöra registrering av hepatit B.
- Den nordiska samverkan i arbetet med att följa upp och övervaka hepatit B och C behöver stärkas i syfte att öka kunskapsutbytet kring gemensamma indikatorer.

Område 4: Aktörers samverkan och samarbete på strategiska arenor

Ett långsiktigt prioriterat område är att stärka aktörers samverkan, samarbete och samordning inom arenor på nationell, regional eller lokal nivå. Med samverkan avses ett gemensamt handlande för ett visst syfte, och samarbete innebär ett gemensamt arbete med en avgränsad uppgift (129). Att arbetet samordnas innebär att resurser och insatser koordineras för att nå högre kvalitet och större effektivitet.

Viktiga arenor för samverkan och samarbete

Nedan beskrivs viktiga arenor och kända riskgruppsmiljöer för arbetet med att reducera hepatit B och C.

Regioner (tidigare landsting)

Regioner ansvarar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården, exempelvis husläkarmottagningar, vårdcentraler, sjukhus och numera olika e-hälsoalternativ.

Allmänna hälso- och sjukvården

Den allmänna hälso- och sjukvården är den naturliga ingången till hälso- och sjukvården för de flesta. Där har också det hälsofrämjande och förebyggande arbetet störst möjlighet att direkt eller indirekt nå samtliga riskgrupper för hepatit B och C. Däremot söker inte alltid en riskgruppsperson vård med direkt koppling till ett särskilt riskbeteende eller hepatit B- eller C-smitta, utan ofta på grund av vaga eller andra symtom, varför det inte alltid är uppenbart att en person bör erbjudas VaCTT som ett ”paketerbjudande”.

Den specialiserade hälso- och sjukvården

Specialiserade mottagningar inom psykiatri-, missbruks- och beroendevård samt infektionskliniker är viktiga i arbetet med att nå riskgrupper (130), framför allt i samverkan med varandra och med sprututbyten.

Psykiatri är en medicinsk specialitet som omfattar behandling, omvårdnad och rehabilitering vid psykiska sjukdomar hos vuxna. Psykiatri är basspecialitet till grenspecialiteten rättspsykiatri, som har samma krav på innehåll och kvalitet som övriga hälso- och sjukvården, med tillägget att den rättspsykiatriska vården också ska arbeta för att förebygga återfall i brott (131).

Missbruks- och beroendevård, framför allt enheter där det bedrivs LARO-behandling, är en annan viktig arena. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för stöd, vård och behandling till personer med missbruk och beroende, och skyldighet att samarbeta kring personer som missbrukar alkohol,

narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel (130).

Vid *infektionskliniker* bedrivs högspecialiserad infektionsvård för patienter med exempelvis hepatit eller hiv. Vidare finns andra viktiga vårdenheter, såsom mottagningar för ungdomar med alkohol- och drogproblem, ungdomsmottagningar, gynekologiska mottagningar och mottagningar för personer som är hemlösa.

Tvångsvård – Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse är en prioriterad arena som i samverkan med socialtjänsten bedriver 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). Ungdomar kan även bli dömda till sluten ungdomsvård enligt lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Statens institutionsstyrelse bedriver även missbruksvård med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Grundläggande hälso- och sjukvård inklusive vaccination och test för hepatit B och test för tidigare exponering för hepatit C (anti-HCV). Inom Statens institutionsstyrelse finns 23 särskilda ungdomshem med plats för cirka 700 ungdomar och 11 LVM-hem med plats för 400 personer. Drygt 900 personer blev tvångsomhändertagna med stöd av LVM under 2018 (132).

Häkte, fängelse eller frivård – Kriminalvården

Kriminalvården är en prioriterad arena som omfattar häkten, fängelser och frivård. På *häkten* erbjuds grundläggande hälso- och sjukvård samt tester och vaccinationer för hepatit B och C för personer som väntar på dom. Alla fängelser har läkarmottagningar som är bemannade med sjuksköterska och läkare. Inom ramen för övervakningen bedriver *frivården* även olika former av behandlingsprogram för villkorligt frigivna. Under 2018 omfattade Kriminalvården 32 häkten, 45 anstalter och 34 frivårdskontor och hanterade cirka 16 000 personer varje dag (133). Cirka 50 procent av de intagna på anstalt uppskattas ha ett drogberoende (85).

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 (65, 134, 135).

Socialtjänsten

Socialtjänsten är en arena på kommunal nivå där mötet med riskgrupperna främst sker inom ramen för utredningar av behov av bistånd och insatser till personer som använder droger,

Skolan

Den samlade internationella forskningen visar att skolan är en av de viktigaste arenorna för att förmedla kunskap och påverka attityder hos ungdomar, med goda möjligheter för kommunikation, både enskilt och i grupp (136). Det gäller exempelvis elevhälsan som arbetar förebyggande och hälsofrämjande och som har goda möjligheter, både enskilt och i grupp, till kunskapshöjande insatser kring hepatit B och C sjukdomar (136). Universitet, högskolor och särskilda yrkesutbildningar är andra viktiga arenor inom skolan.

Andra viktiga arenor

Nedan följer ett antal kompletterande arenor som kan vara viktiga, eftersom personer ur riskgrupperna kan finnas där, eller söka sig dit.

Migrationsverkets asylboenden

Den som söker asyl i Sverige har rätt att få hjälp med boende av Migrationsverket. Migrationsverket tillhandahåller olika former av boenden som går under den samlade benämningen anläggningsboende (137). Asylsökande kan också ordna boende på egen hand. Vilken boendeform och -ort som erbjuds beror på ankomstort, planerad handläggningsprocess och individens behov.

Migrationsverkets arena är särskilt viktig för att erbjuda nyanlända migranter en hälsoundersökning.

Värnplikt och utlandstjänstgöring

En annan viktig arena sedan 2018 är mönstring och värnpliktstjänstgöring. Rekryteringsmyndigheten genomför den obligatoriska mönstringen för dem som kallats. Mönstringen består av olika tester och undersökningar, bland annat att träffa sjuksköterska, läkare och psykolog (138). Inom försvarsmakten finns även de som åker på olika former av utlandstjänstgöring.

Fältet

Med ”fältet” avses miljöer eller platser i samhället som ofta ligger utanför den offentliga sektorns insatser, men som brukar frekventeras av riskgrupperna. Det kan handla om offentliga miljöer som kända övernattningsplatser, husvagnscampingar, tältläger, centrala knutpunkter, dag- och natthärbärgen, tillfälliga stödboenden, restauranger och större byggarbetsplatser. Inom denna arena bedriver oftast ideella organisationer olika former av uppsökande verksamhet.

Företagshälsovården

En annan viktig arena inom den allmänna hälso- och sjukvården kan vara den privata, exempelvis företagshälsovården. Cirka 70 procent av alla arbetstagare har tillgång till företagshälsovård genom ungefär 500 enheter runt om i landet (139).

För närvarande är det inte klarlagt i vilken utsträckning arbete för hepatit B och C bedrivs inom denna arena.

Riskgruppers behov i centrum för samverkan och samarbete

Att aktörer tolkar uppdrag och mandat olika, kan försvåra för personer som behöver många samtida stödinsatser (135). De olika riskgruppernas utmaningar, behov och föränderliga miljö ställer höga krav på att aktörerna är flexibla och rättar till organisatoriska brister för att minska risken för personärenden att hamna mellan olika aktörers ansvarsområden, att personers olika behov ställs i centrum (42, 135, 140, 141). I stället för att se personen som ett föremål för insatser bör man aktivt involvera personen i dennes vårdsituation, att fånga upp och ta tillvara på och stärka personens egen ansvarskänsla, motivation och förmåga (142). Ett samordnat och involverande bemötande där personen görs delaktig har även positiva effekter på följsamhet i behandling, behandlingsresultat och tillfredsställelse med vård, och ger förutsättningar för ett långsiktigt motivations- och förändringsarbete (42, 135). Att samverka och samarbeta effektivt uppnås genom tydligt formaliserade och pragmatiska överenskommelser kring ansvarsfördelning, samt eventuella ekonomiska åtaganden (134, 135, 143-146).

Viktiga aktörer i samverkansarbetet

Flera aktörer, bland annat nationella myndigheter, är på olika sätt direkt eller indirekt involverade i arbetet med att reducera hepatit B och C där samverkan och samarbete hitintills skett kopplat till särskilda projekt eller uppdrag. Ett exempel är Socialstyrelsens uppdrag att följa konsekvenserna av lagändringen kring sprututbyten och utveckla dess systematiska och samordnade uppföljning (S206/06128/FS), som sker i samråd med Inspektionen för vård och omsorg och Folkhälsomyndigheten. Ett annat exempel är smittskyddsläkares och Kriminalvårdens samverkan och samarbete vad gäller behandling av hepatit C för personer inom Kriminalvården. Smittskyddsläkaren är en myndighetsfunktion som ansvarar för smittskyddsverksamheten inom regionen, inklusive det förebyggande och hälsofrämjande arbetet med sjukdomar såsom hepatiter (135).

Utöver dessa finns även Migrationsverket, Polismyndigheten, Skolverket och Försvarsmakten, samt andra viktiga aktörer i arbetet som ideella organisationer, intresseorganisationer och privata aktörer, men också forskare och forskargrupper inom området.

Ovan nämnda aktörers arbete, kunskap och erfarenheter utgör tillsammans en viktig komponent i ett samlat övergripande ramverk för arbetet med att reducera hepatit B och C. Däremot finns för närvarande ingen gemensam plattform för aktörerna att samverka och samarbeta inom.

Folkhälsomyndighetens bedömning

Sammantaget bedömer Folkhälsomyndigheten följande:

- Ett samlat övergripande ramverk tillhandahåller en gemensam plattform för aktörer att samverka och samarbeta kring insatser för att reducera hepatit B och C genom tydliga överenskommelser.
- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete behöver stärkas på traditionella arenor och bedrivs på nya, bland annat Migrationsverket, e-hälsa, företagshälsovård eller värnplikt och militärtjänstgöring, för att hitta fler personer och nå dessa med erbjudande om VaCTT.
- Utvecklingen vad gäller möjlighet till sprututbyten och LARO är god men samarbetet och samordningen mellan dessa, samt övrig specialiserad vård, behöver utvecklas och stärkas. Detta genom tydliga överenskommelser för att minska risken för personären den att hamna mellan olika aktörers ansvarsområden framför allt vad gäller paketerbjudande om VaCTT.

Ekonomiska konsekvenser av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hepatiter

Det pågår flera studier internationellt och nationellt som utvärderar kostnadseffektiviteten av olika verksamheter och aktiviteter för att reducera hepatit B och C. Dessa studier kommer att ge mer detaljerad kunskap om möjligheten att bedöma olika ekonomiska konsekvenser av arbetet med att reducera hepatit B och C till 2030. Grundläggande för all ekonomisk bedömning är att veta hur många personer, inklusive mörkertal, som behöver olika insatser, uppskattningar som Folkhälsomyndigheten för närvarande arbetar med att ta fram. Först när uppskattningar är klara är det möjligt att göra mer konkreta bedömningar.

Kostnader för ökad tillgänglighet till aktiviteter och lågtröskelverksamheter

Ökad tillgång till VaCTT kommer innebära initialt ökade kostnader, framför allt för testning och behandling, och i mindre utsträckning för riskreducerande rådgivning och vaccination. Folkhälsomyndigheten har tidigare utrett de ekonomiska konsekvenserna av att införa hepatit B-vaccin som ett särskilt vaccinationsprogram för grupper med ökad risk för att smittas med hepatit B eller som får förvärrad grundsjukdom vid hepatit B-infektion (147).

Fler prover och provtagning på flera arenor kommer innebära fler genomförda analyser. Ju fler personer som upptäcks med pågående infektion med hepatit B eller C, desto högre kostnader för behandling.

Andra insatser ryms till stor del inom den befintliga verksamheten. Det gäller exempelvis kunskapshöjande åtgärder hos personalgrupper, samverkan mellan olika aktörer, stärkt uppföljning, epidemiologisk övervakning och utvärdering, och därmed ökad datainsamling.

Vad gäller fortsatt utveckling av olika lågtröskelverksamheter är exempelvis täckningsgraden av sprututbytesverksamhet i landet redan god, med 17 av 21 aktiva regioner. Uppsökande eller mobil verksamhet kan vidareutvecklas i dessa regioner mot mindre kostnader, eftersom den stora kostnaden ligger i själva starten av en lågtröskelverksamhet. Viss ökad kostnad kan förekomma vid expansion av hälsoundersökningar för migranter.

Studier från bland annat Storbritannien visar att sprutbyten kostnadseffektivt förhindrar spridning av hepatit C och hiv. I regioner med hög prevalens av personer som injicerar droger har sprututbyten dessutom visats spara kostnader ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Folkhälsomyndigheten arbetar för närvarande med att göra en hälsoekonomisk analys av sprututbyten i Sverige, utifrån kostnader och effekt kopplade till hepatit B och C samt hiv (148).

Kostnader för olika verksamheter och aktiviteter bör vägas mot minskade kostnader på sikt på grund av

- en mer kompetent och effektiv vårdkedja med minskat över- och dubbelarbete hos olika aktörer
- ökad vaccinationstäckning inom riskgrupper och minskad sjukdomsborða genom
 - minskad smittspridning och reinfektion inom och utom riskgrupper
 - minskad behandling av skrumplever, levercancer och levertransplantationer
 - minskade kringssjukdomar som hudinfektioner och blodförgiftning.
- minskad annan drogrelaterad sjuklighet, överdos eller död.

Ett harmoniserat arbete på nationell och lokal nivå, främst via fasta, mobila och uppsökande lågröskelverksamheter riktade till olika riskgrupper, effektiviserar och frigör även resurser från övriga hälso- och sjukvården.

Folkhälsomyndighetens bedömning

Initialt ökade kostnader för olika insatser bör vägas mot sparade utgifter på sikt.

Bedömningen av ekonomiska konsekvenser av olika insatser för att reducera hepatit B och C till 2030 beror framför allt på skattningen av antalet personer som injicerar droger i Sverige. Först när omfattningen av riskgruppen och därmed den förväntade omfattningen av insatser står klar, går det att dra mer långtgående slutsatser vad gäller ekonomiska konsekvenser.

Referenser

1. WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis, 2016–2021. Geneva: World Health Organisation; 2016.
2. WHO. Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. Geneva: World Health Organisation; 2017.
3. Socialdepartementet. Uppdrag att ta fram underlag för insatser mot hepatit S2016/00306/FS, S2018/03794/FS (delvis). Stockholm: Socialdepartementet; 2018. p. 3.
4. ECDC. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA. Stockholm; 2018.
5. ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA Stockholm; 2018.
6. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet*. 2015;386(10003):1546-55.
7. The Polaris Observatory. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *The lancet Gastroenterology & hepatology*. 2017;2(3):161-76.
8. WHO. WHO Hepatitis B : Fact sheet Geneva: World Health Organisation; 2018 [2019-02-22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
9. WHO. WHO Hepatitis C : Fact sheet Geneva: World Health Organisation; 2018 [2019-02-22]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.
10. ECDC. Hepatitis B and C epidemiology in selected population groups in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.
11. Hofstraat SHI, Falla AM, Duffell EF, Hahne SJM, Amato-Gauci AJ, Veldhuijzen IK, et al. Current prevalence of chronic hepatitis B and C virus infection in the general population, blood donors and pregnant women in the EU/EEA: a systematic review. *Epidemiol Infect*. 2017;145(14):2873-85.
12. WHO. Global Hepatitis Report. Geneva: World Health Organisation; 2017.
13. Referensgruppen för Antiviral Terapi (RAV). Läkemedelsbehandling av hepatit C-virusinfektion hos vuxna och barn 2017 – Behandlingsrekommendation. Stockholm: RAV; 2017. p. 16.
14. Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *J Hepatol*. 2006;45(4):529-38.
15. Stanaway JD, Flaxman AD, Naghavi M, Fitzmaurice C, Vos T, Abubakar I, et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;388(10049):1081-8.
16. Lavanchy D. Chronic viral hepatitis as a public health issue in the world. *Best practice & research Clinical gastroenterology*. 2008;22(6):991-1008.
17. MacLachlan JH, Cowie BC. Hepatitis B virus epidemiology. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2015;5(5):a021410.
18. Folkhälsomyndigheten. Skattning av antalet personer som lever med en hepatit C baserat på SmiNet data. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.
19. Rolfhamre P, Jansson A, Arneborn M, Ekdahl K. SmiNet-2: Description of an internet-based surveillance system for communicable diseases in Sweden 2006. 103-7 p.
20. Folkhälsomyndigheten. Analys av anmälda fall med hepatit B och C i Sminet, 2008-2017 (opublicerade data). Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019.
21. MacLachlan JH, Allard N, Towell V, Cowie BC. The burden of chronic hepatitis B virus infection in Australia, 2011. *Aust N Z J Public Health*. 2013;37(5):416-22.
22. ECDC. Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA. Stockholm; 2016.
23. Duberg AS, Pettersson H, Aleman S, Blaxhult A, Davíðsdóttir L, Hultcrantz R, et al. The burden of hepatitis C in Sweden: a national study of inpatient care. *Journal of Viral Hepatitis*. 2011;18(2):106-18.

24. Folkhälsomyndigheten. Skattning av antalet personer som lever med en hepatit C-infektion i Sverige 2015. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
25. Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, Tavis JE, Kiss A, Levin TR, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: the HCV partners study. *Hepatology*. 2013;57(3):881-9.
26. Chan DP, Sun HY, Wong HT, Lee SS, Hung CC. Sexually acquired hepatitis C virus infection: a review. *Int J Infect Dis*. 2016;49:47-58.
27. Fugelstad A. Akuta narkotikarelaterade dödsfall- Rapport till Folkhälsoinstitutet 2011. Karolinska Institutet: Insitutionen för klinisk neurovetenskap; 2011.
28. Socialdepartementet. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Stockholm, Sweden: Parliament Documents; 2017. 17 p.
29. Folkhälsomyndigheten. Hälsöfrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger: en vägledning. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015. p. 68.
30. Folkhälsomyndigheten. Hepatit B-vaccination till riskgrupper: Kunskapsunderlag. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016. 149 p.
31. Helse- och omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023. Oslo, Norge: Helse- och omsorgsdepartementet; 2018. 12 p.
32. Sosiaali- ja terveystieteistie. Suomen C-Hepatiittistategia 2017–2019. Helsinki, Finland: Sosiaali- ja terveystieteistie; 2016. 29 p.
33. Karlsson N, Santacatterina M, Käll K, Hägerstrand M, Wallin S, Berglund T, et al. Risk behaviour determinants among people who inject drugs in Stockholm, Sweden over a 10-year period, from 2002 to 2012. *Harm Reduction Journal*. 2017;14:57.
34. Kaberg M, Naver G, Hammarberg A, Weiland O. Incidence and spontaneous clearance of hepatitis C virus (HCV) in people who inject drugs at the Stockholm Needle Exchange-Importance for HCV elimination. *J Viral Hepat*. 2018;25(12):1452-61.
35. Alanko Blome M, Bjorkman P, Molnegren V, Hognlund P, Widell A. Hepatitis C viremia patterns in incident hepatitis C infection and one year later in 150 prospectively tested persons who inject drugs. *PLoS One*. 2014;9(5):e97022.
36. Grebely J, Bruneau J, Lazarus JV, Dalgard O, Bruggmann P, Treloar C, et al. Research priorities to achieve universal access to hepatitis C prevention, management and direct-acting antiviral treatment among people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2017.
37. Kåberg M, Karlsson N, Discacciati A, Widgren K, Weiland O, Ekström A-M, et al. Long-term changes in injection risk behaviours among participants in a needle exchange program (Unpublished work). [Scientific paper]. In press 2019.
38. Karlsson N. Access to, usage of and long-term impact of needle exchange programs on risk behaviours, hepatitis C, HIV among women who inject drugs (Unpublished work). [Scientific paper]. In press 2019.
39. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård - Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. 2007:222.
40. Folkhälsomyndigheten. Riskbeteenden, hiv och hepatit bland personer som injicerade droger i Stockholm, 1987-1998 Solna, Sweden: Folkhälsomyndigheten; 2015.
41. Nilsson I, Wadeskog A. Varje drogfri dag en framgång - SocioEkonomiskt Bokslut för Metadonprogrammet i Stockholm. Report. Stockholm/Järna, Private; 2008 2008-02-01.
42. ECDC and EMCDDA. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. In: ECDC, editor. Stockholm: ECDC; 2011. p. 55.
43. Karlsson N. SmiNet Databas. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.
44. Lidman C, Norden L, Kaberg M, Kall K, Franck J, Aleman S, et al. Hepatitis C infection among injection drug users in Stockholm Sweden: prevalence and gender. *Scand J Infect Dis*. 2009;41(9):679-84.

45. Kaberg M, Hammarberg A, Lidman C, Weiland O. Prevalence of hepatitis C and pre-testing awareness of hepatitis C status in 1500 consecutive PWID participants at the Stockholm needle exchange program. *Infectious diseases (London, England)*. 2017;1-9.
46. Blome MA, Isendahl P, Josephson M. Malmö Sprutbytesprogram - Verksamhetsberättelse 2017. Malmö: Infektionskliniken Skånes Universitetssjukhus; 2017.
47. Kriminalvården. Kriminalvård Och Statistik. Norrköping: Kriminalvården; 2017. p. 116.
48. Svensson D. Personlig kommunikation. In: Folkhälsomyndigheten, editor. Socialstyrelsen 2019.
49. Socialstyrelsen. En uppskattning av omfattningen av injektionsmissbruket i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. p. 19.
50. Villalonga-Olives E, Kawachi I, von Steinbuchel N. Pregnancy and Birth Outcomes Among Immigrant Women in the US and Europe: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(6):1469-87.
51. Makarova N, Klein-Ellinghaus F, Frisina Doetter L. Applications and limitations of the concept of 'avoidable mortality' among immigrant groups in Europe: a scoping review. *Public Health*. 2015;129(4):342-50.
52. Villa-Torres L, Gonzalez-Vazquez T, Fleming PJ, Gonzalez-Gonzalez EL, Infante-Xibille C, Chavez R, et al. Transnationalism and health: A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Soc Sci Med*. 2017;183:70-9.
53. Wanigaratne S, Cole DC, Bassil K, Hyman I, Moineddin R, Urquia ML. The influence of refugee status and secondary migration on preterm birth. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(6):622-8.
54. Bischoff A, Denhaerynck K, Schneider M, Battegay E. The cost of war and the cost of health care - an epidemiological study of asylum seekers. *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13252.
55. Tavares AM, Fronteira I, Couto I, Machado D, Viveiros M, Abecasis AB, et al. HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: A systematic review on the prevalence, incidence and mortality. *PLoS One*. 2017;12(9):e0185526.
56. Kentikelenis A, Karanikolos M, Williams G, Mladovsky P, King L, Pharris A, et al. How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *Eur J Public Health*. 2015;25(6):937-44.
57. Chernet A, Utzinger J, Sydow V, Probst-Hensch N, Paris DH, Labhardt ND, et al. Prevalence rates of six selected infectious diseases among African migrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017.
58. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health*. 2017;111(2):59-68.
59. Brand T, Kleer D, Samkange-Zeeb F, Zeeb H. [Prevention among migrants: Participation, migrant sensitive strategies and programme characteristics]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015;58(6):584-92.
60. de Jong L, Pavlova M, Winters M, Rechel B. A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *European journal of public health*. 2017.
61. Tanser F, Bärnighausen T, Vandormael A, Dobra A. HIV treatment cascade in migrants and mobile populations. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2015;10(6):430-8.
62. Socialdepartementet., Regeringskansliet. Handlingsplan mot prostitution och människohandel - Bilaga till regeringsbeslut 2018-02-08 nr II:1 Stockholm; 2018 2018.
63. WHO, UNAIDS. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. Geneva: WHO; 2000. p. 48.
64. Ekdahl K, Giesecke J. Smittskydds boken: Studentlitteratur; 2003.
65. Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen. Att förebygga hiv och STI - Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Smittskyddsinstitutet; 2011. p. 214.
66. Milton A, Carlson J, Delisle K, Berglund T. Samhällets insatser mot hiv/STI - att möta förändring (SOU 2004:13). 2004. p. 331.
67. Richert T. HIV- och hepatitprevention på insitution. Malmö, Sweden: Malmö Högskola; 2012. 99 p.

68. Folkhälsomyndigheten. Rekommendationer om vaccination mot hepatit B Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.
69. Grebely J, Applegate TL, Cunningham P, Feld JJ. Hepatitis C point-of-care diagnostics: in search of a single visit diagnosis. *Expert Review of Molecular Diagnostics*. 2017;17(12):1109-15.
70. Referensgruppen för Antiviral Terapi (RAV). Pågående uppdatering av behandlingsrekommendation för hepatit B: RAV; 2019 [Available from: <https://www.sls.se/rav/rekommendationer/hepatit-b-virus/>].
71. Lampertico P, Agarwal K, Berg T, Buti M, Janssen HLA, Papatheodoridis G, et al. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology*. 2017;67(2):370-98.
72. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention – Ansökan om prisändring - Läkemedel mot hepatit C. Stockholm TLV; 2017. p. 44.
73. Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid infektion av hepatit C-virus. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
74. Folkhälsomyndigheten. Föreskrifter och allmänna råd om smittspårning HSFL-FS 2015:4. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015.
75. Smittskyddslag (2004:168). Stockholm: Socialdepartementet; 2004.
76. Hagan H, Theide H, Weiss N, Hopkins S, Duchin J, Alexander E. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J of Public Health*. 2001;91:42 - 6.
77. Thorpe LE, Ouellet LJ, Levy JR, Williams IT, Monterroso ER. Hepatitis C virus infection: prevalence, risk factors, and prevention opportunities among young injection drug users in Chicago, 1997-1999. *J Infect Dis*. 2000;182(6):1588-94.
78. Strike C, Buchman D, Callaghan R, Wender C, Anstice S, Lester B, et al. Giving away used injection equipment: missed prevention message? *Harm Reduct J*. 2010;7(1):2.
79. Palmateer N, Hutchinson S, McAllister G, Munro A, Cameron S, Goldberg D, et al. Risk of transmission associated with sharing drug injecting paraphernalia: analysis of recent hepatitis C virus (HCV) infection using cross-sectional survey data. *J Viral Hepat*. 2014;21(1):25-32.
80. Macarthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Pol*. 2013.
81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users- evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: Evidence, impacts, challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.
82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of harm reduction interventions in preventing Hepatitis C transmission among injecting drug users: a review of reviews. 2009.
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 Solna: ECDC; 2011. p. 43.
84. Skar H, Axelsson M, Berggren I, Thalme A, Gyllensten K, Liitsola K, et al. Dynamics of two separate but linked HIV-1 CRF01_AE outbreaks among injection drug users in Stockholm, Sweden, and Helsinki, Finland. *J Virol*. 2011;85(1):510-8.
85. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
86. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*. 2017.
87. Palmateer NE, Taylor A, Goldberg DJ, Munro A, Aitken C, Shepherd SJ, et al. Rapid decline in HCV incidence among people who inject drugs associated with national scale-up in coverage of a combination of harm reduction interventions. *PLoS One*. 2014;9(8).
88. Socialstyrelsen. Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedels-assisterad behandling vid opioidberoende Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

89. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vårdgivare som erbjuder LARO 2019-01-02 Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2018 [Available from: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/register/laro-lista-190102.pdf>].
90. Bråbäck M, Ekström L, Troberg K, Nilsson S, Isendahl P, Brådvik L, et al. Malmö Treatment Referral and Intervention Study-High 12-Month Retention Rates in Patients Referred from Syringe Exchange to Methadone or Buprenorphine/Naloxone Treatment. *Frontiers in psychiatry*. 2017;8:161-.
91. Kåberg M. Samverkan, sprututbyte och LARO i Stockholm. In: Karlsson N, editor. *Folkhälsomyndigheten: Folkhälsomyndigheten*; 2019.
92. EMCDDA. Availability of selected harm reduction responses in Europe [Web pages]. Publications Office of the European Union: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2018 [cited 2018 2018-11-30]. Availability of NEP, naloxone, DCR, HAT-programs]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/print/countries/drug-reports/2018/turkey/harm-reduction_en.
93. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010 – 2012. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2013. p. 48.
94. Helsedirektoratet. Prøveprosjekt - heroinassistert behandling – oppdrag nr. 34. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2018.
95. Kappel N, Toth E, Tegner J, Lauridsen S. A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs. *Harm Reduction Journal*. 2016;13(1):20.
96. EMCDDA. Norway - Country Drug Report 2017. Lisbon: EMCDDA; 2017.
97. EMCDDA. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Luxembourg2018.
98. EMCDDA. New heroin assisted treatment - Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. *Insights*. Lisbon: EMCDDA; 2012. p. 176.
99. Nosyk B, Guh DP, Bansback NJ, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(6):E317-E28.
100. Oviedo-Joekes E, Marchand K, Lock K, MacDonald S, Guh D, Schechter MT. The SALOME study: recruitment experiences in a clinical trial offering injectable diacetylmorphine and hydromorphone for opioid dependency. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2015;10(1):3.
101. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;8.
102. Folkhälsomyndigheten., Socialstyrelsen. Stöd till genomförande av hälsoundersökningar - Slutredovisning av regeringsuppdrag S2015/07981/FS (delvis). Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen; 2017. 33 p.
103. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
104. Folkhälsomyndigheten. Vägledning inför hälsoundersökningar för migranter - Möten om hälsa. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. 52 p.
105. Constant AF, Garcia-Munoz T, Neuman S, Neuman T. A "healthy immigrant effect" or a "sick immigrant effect"? Selection and policies matter. *Eur J Health Econ*. 2017.
106. Juarez SP, Ortiz-Barreda G, Agudelo-Suarez AA, Ronda-Perez E. Revisiting the Healthy Migrant Paradox in Perinatal Health Outcomes Through a Scoping Review in a Recent Host Country. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(1):205-14.
107. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, et al. [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)]. 2016/04/20 ed2016 May. 599-620 p.
108. 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. Solna: ECDC; 2012. p. 103.
109. GeBlod: geblod.nu; 2019 [Available from: <https://geblod.nu/ge-blod-har/blodbussar/>].

110. Day E, Broder T, Bruneau J, Cruse S, Dickie M, Fish S, et al. Priorities and recommended actions for how researchers, practitioners, policy makers, and the affected community can work together to improve access to hepatitis C care for people who use drugs. *Int J Drug Policy*. 2019;66:87-93.
111. Kåberg M. Mobilt sprututbyte i Stockholm. In: Karlsson N, editor. *Folkhälsomyndigheten: Folkhälsomyndigheten*; 2019.
112. Lag om ändring i lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Stockholm: Socialdepartementet; 2006.
113. Cheng IH, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract*. 2015;65(632):e171-6.
114. Gil-Gonzalez D, Carrasco-Portino M, Vives-Cases C, Agudelo-Suarez AA, Castejon Bolea R, Ronda-Perez E. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethn Health*. 2015;20(5):523-41.
115. Hannigan A, O'Donnell P, O'Keefe M, MacFarlane A. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. How do Variations in Definitions of "Migrant" and their Application Influence the Access of Migrants to Health Care Services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (c) World Health Organization 2016.; 2016.
116. Robertshaw L, Dhesi S, Jones LL. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ open*. 2017;7(8):e015981.
117. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC health services research*. 2015;15:390.
118. Hadgkiss EJ, Renzaho AM. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Aust Health Rev*. 2014;38(2):142-59.
119. Shisheghar S, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Green A, Davidson PM. Health and Socio-Cultural Experiences of Refugee Women: An Integrative Review. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(4):959-73.
120. Crede SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2017.
121. Gea-Sanchez M, Alconada-Romero A, Briones-Vozmediano E, Pastells R, Gastaldo D, Molina F. Undocumented Immigrant Women in Spain: A Scoping Review on Access to and Utilization of Health and Social Services. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(1):194-204.
122. Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe-a systematic literature review. *Br Med Bull*. 2017;121(1):5-18.
123. Castaneda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:375-92.
124. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;; 2015.
125. Migrationsverket. Förvar och uppsikt: Migrationsverket; 2019 [Available from: <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Forvar-och-uppsikt.html>].
126. SIDA. En sammanfattning av LFA-teorin - Logical Framework Approach (LFA). SIDA; 2003. p. 28.
127. UNAIDS. Indicator Standards: Operational guidelines for selecting indicators for the HIV respons. Geneva; 2010.
128. WHO. Combating hepatitis b and c to reach elimination by 2030 - Advocacy brief. Geneva, Switzerland: World Health Organisation 2016. 24 p.
129. Socialstyrelsen. Resultat av remiss för begreppen samverkan, samarbete, samordning, samråd, synkronisering. Stockholm; 2011 2011-11-17.
130. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser - Missbruks- och beroendevården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

131. Socialstyrelsen. Rättspsykiatrisk vård (LRV) Stockholm: Socialstyrelsen; 2019 [Available from: [https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/rattpsykiatriskvard\(lrv\)](https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/rattpsykiatriskvard(lrv))].
132. Statens institutionsstyrelse. Om Statens institutionsstyrelse [Internet] Stockholm: Statens institutionsstyrelse; [updated 2014 Mar 31. Available from: <http://www.stat-inst.se/om-sis/>].
133. Kriminalvården. Kriminalvårdens hemsida, om Kriminalvården.: Kriminalvården; 2019 [Available from: <https://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden/>].
134. Wigzell K, Jacobson L. Personer med tungt missbruk - Stimulans till bättre vård och behandling. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 2005.
135. Departementsutredning (SOU 2011:35). Bättre insatser vid missbruk och beroende - Individ, kunskapen och ansvaret. Stockholm, Sweden: Statens Offentliga Utredningar; 2011. 992 p.
136. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention - Med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014. Socialstyrelsen; 2009. p. 103.
137. Migrationsverket. Migrationsverkets asylboenden: Migrationsverket; 2019 [Available from: <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Fastighetsagare-och-uthyrare/Migrationsverkets-asylboenden.html>].
138. Rekryteringsmyndigheten. Så funkar mönstringen: Rekryteringsmyndigheten; 2019 [Available from: <https://www.rekryteringsmyndigheten.se/18ar/till-dig-som-ska-monstra/sa-funkar-monstringen/>].
139. Företagshälsovården. Branschinfo: Företagshälsovården; 2019 [Available from: <https://www.foretagshalsor.se/branschinfo>].
140. 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 Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control. 2012;61(RR-5):1-46.
141. WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users, an integrated approach. Geneva: WHO; 2008.
142. Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats - Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. 2013.
143. Sveriges Kommuner och Landsting. Psykisk hälsa, barn och unga - positionspaper. 2009.
144. Socialstyrelsen. Ungdomars sexuella hälsa - Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. p. 60.
145. Socialstyrelsen. Missbruks- och beroendevården - Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008–2010. 2011. p. 92.
146. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm; 2011 2011-12-01. Artikelnr 2011-12-30.
147. Folkhälsomyndigheten. Hepatit B-vaccination som ett särskilt vaccinationsprogram - Hälsoekonomisk utvärdering. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016. 48 p.
148. Sweeney S, Ward Z, Platt L, Guinness L, Hickman M, Hope V, et al. Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. Addiction. 2019;114(3):560-70.

Bilaga - Lagar, regler, föreskrifter och vägledningar m.fl.

Arbetet med hepatit B och C involverar nationella och internationella strategier, riktlinjer, handlingsplaner, resolutioner, författningar (lagar, förordningar och föreskrifter) samt vägledningar och rekommendationer, alla med olika påverkan på det nationella arbetet. Nedan följer en lista på de som är av mest betydelse.

Resolutioner

Resolution WHA63

WHO:s medlemsstater uppmanas i resolutionen att utse den 28 juli som världshepatitdag. Medlemsstaterna uppmanas även att

- förbättra övervakning,
- förstärka laboratoriekapacitet,
- stödja integration,
- införliva policies, strategier och verktyg rekommenderade av WHO,
- stärka nationella hälsosystem,
- skydda hälso- och sjukvårdspersonal,
- ge tillgång till förebyggande samt diagnostiska och behandlingsteknologier mot hepatit,
- implementera övervaknings- och utvärderingsverktyg,
- uppmärksamma världshepatitdagen, samt
- främja injektionssäkerhet.

WHO uppmanas i resolutionen att

- fastställa riktlinjer, strategier, tidsbestämda mål och verktyg för övervakning, prevention och kontroll av hepatit,
- stödja forskning,
- utvärdera global och ekonomisk inverkan och börda,
- stödja evenemang som markerar världshepatitdagen,
- förstärka övervaknings-, preventions- och kontrollprogram, samt diagnostisk och laboratoriemässig kapacitet och hantering av hepatit,
- förbättra tillgång till behandling i utvecklingsländer, samt
- förstärka SIGN; rapportera till den 65:e världshälsoförsamlingen om genomförandet.

Resolution WHA67.6

Resolutionen presenterar en möjlighet att snabba på åtgärderna kring förebyggande arbete och behandling av hepatit på global, regional och nationell nivå.

Resolutionen uppmanar länderna att öka åtgärderna för att förbättra en rättvis tillgång till prevention, diagnos och behandling samt utveckla omfattande nationella hepatitstrategier. Omfattande åtgärder från WHO:s sida krävs för att underlätta tillgången till prisvärd behandling, ge tekniskt bistånd till länder och förbättra övervaknings- och utvärderingssystem som kan uppskatta den globala bördan av hepatit och dess ekonomiska konsekvenser.

Resolution 70/266

Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030. I resolutionen bekräftas engagemanget för att avsluta aidsepidemin före 2030 där insatser för att eliminera hepatit ingår, bland annat för personer som injicerar droger.

Resolution S-30/1

Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. I resolutionen upprepas åtagandet att bekämpa hepatit och andra smittsamma sjukdomar, bland annat hos personer som använder eller injicerar droger.

Resolution 2017/2576(RSP)

European Parliament resolution of 5 July 2017 on the EU's response to HIV/AIDS, Tuberculosis and Hepatitis C. I resolutionen uppmanas bland andra EU-kommissionen och -rådet att inta en starkare politisk roll i dialogen med grannländer i östra Europa och Centralasien. Syftet är att se till att planer för hållbara övergångar till inhemsk finansiering finns på plats, så att program för hivinfektioner, hepatiter och tuberkulos är effektiva och upprätthålls efter att utländska donatorers stöd har återkallats.

Strategier, riktlinjer och handlingsplaner

Nationellt

Samhällets insatser mot HIV/STI – att möta förändring (SOU 2004:13)

Förslagen i denna utredning är sammanfattade i form av ett förslag till en nationell handlingsplan för åtgärder mot hiv och andra sexuellt överförbara infektioner.

Enligt utredningen hör de strukturella frågorna till de största svagheterna när det gäller samhällets åtgärder att bekämpa hiv och andra sexuellt överförbara infektioner. Den nationella handlingsplanen är ett försök att uppnå en förbättrad

rörlighet av samhällets sammanlagda resurser genom att skapa en effektiv statlig struktur för planering, uppföljning och implementering av nödvändiga insatser.

Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar, proposition 2005/06:60

Propositionen innehåller en övergripande strategi över samhällsliga insatser för att förhindra spridning och mildra verkningarna av hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner.

Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S2017/06893/FS)

Strategin från 2006 är i många delar fortfarande aktuell, men situationen för hiv och aids har förändrats sedan dess. Effektiv behandling har inneburit att hivinfektion gått från att vara en dödlig sjukdom till en kronisk infektion. Smittsamheten har minskat, och medellivslängden bland personer som lever med hivinfektion har ökat. Strategin har därför uppdaterats.

Politiken för global utveckling i genomförandet av Agenda 2030, skrivelse 2017/18:146
Regeringen konstaterar att Sverige ska vara ledande i genomförandet av Agenda 2030 både nationellt och internationellt, och att politiken för global utveckling (PGU) fortsatt ska vara ett centralt verktyg i genomförandet.

Sveriges arbete med global hälsa – för genomförandet av Agenda 2030

Dokumentet syftar till att samla och konsolidera befintliga strategier, prioriteringar och policys för att tydliggöra en gemensam agenda och skapa förutsättningar för förbättrad kommunikation, ökad samverkan och ytterst en större effekt av det svenska agerandet.

Underlag för beslut om subvention - Ansökan om prisändring Läkemedel mot hepatit C
Underlaget innehåller ett förslag om subvention från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket för patienter med hepatit C som utvecklat fibrosstadium F2 till F4, och att samtliga nya direktverkande antivirala läkemedel subventioneras inom läkemedelsförmånerna med begränsningar och villkor.

Handlingsplan mot prostitution och människohandel - Bilaga till regeringsbeslut 2018-02-08 nr II:1

Syftet med handlingsplanen är att förebygga och motverka prostitution och människohandel för alla ändamål samt bidra till ett bättre skydd och stöd för personer som är utsatta för människohandel.

Mål för folkhälsan (Proposition 2002/03:35)

Det övergripande målet i denna proposition är att skapa förutsättningar för god hälsa under samma villkor för hela befolkningen. Det är särskilt viktigt att folkhälsan förbättras för den del av befolkningen som är mest utsatt för ohälsa.

Internationellt

Global health sector strategy on viral hepatitis, 2016–2021

Detta är den första globala strategin inom hälsosektorn för hepatit. Strategin bidrar till att uppnå Agenda 2030 för hållbar utveckling. Strategin täcker 2016–2021, de första sex åren efter hälsovårdsagendan 2015, som bygger på dokumentet Prevention and Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action och två resolutioner om hepatit som Världshälsoorganisationen antagit 2010 och 2014. Strategin riktar sig mot samtliga fem hepatitvirus (A, B, C, D och E), med särskilt fokus på hepatit B och C.

Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region, 2017

Detta är den första handlingsplanen för hepatit inom WHO:s Europaregion. Handlingsplanen riktar in sig framför allt på hepatit B och C. Målet för handlingsplanen är att eliminera hepatit som ett folkhälsohot inom WHO:s Europaregion till år 2030. Detta genom minskad överföring, sjuklighet och dödlighet orsakad av hepatit och dess komplikationer, genom att säkra rättvis tillgång till omfattande förebyggande åtgärder och rekommenderad testning, vård och behandling för alla.

Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA - An integrated approach (2018)

Vägledningen syftar till att ge EU/EES-länder ett evidensbaserat ramverk för att hjälpa till att utveckla, genomföra, övervaka och utvärdera sina egna nationella riktlinjer och program för testning av hiv och hepatit B och C. Vägledningen erbjuder ett antal evidensbaserade alternativ för utformning av testinterventioner för olika inställningar och populationer, och stödjer begreppen diversifiering och integrering av testtjänster.

Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA (2018)

Det huvudsakliga syftet med denna vägledning är att ge vetenskapliga råd baserade på en evidensbaserad utvärdering av riktade interventioner. Detta för att underlätta effektiv screening och vaccination för prioriterade infektionssjukdomar bland nyligen anlända migranter. Vägledningen ska stödja EU/EEA-länderna att utveckla nationella strategier för att stärka prevention och kontroll av infektionssjukdomar bland migranter och tillgodose hälsobehovet i denna grupp.

NDPHS Strategy 2020, Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, adopted 2015

NDPHS Strategy 2020 är ett vägledande instrument som ska ge stöd till medlemsländer och organisationer i deras gemensamma ansträngningar att uppnå förbättringar inom valda prioriterade områden. Strategin syftar till att stärka erkännandet av hälsa och socialt välmående på den politiska agendan inom den nordliga dimensionen samt att säkerställa ett bredare engagemang från intressenter för att hälsoaspekter och livskvalitet ska omfattas i beslutsfattandet.

Action Plan accompanying the NDPHS Strategy 2020. Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, adopted 2015 revised 2018

Handlingsplanen följer NDPHS Strategy 2020 och innehåller detaljerad information om planerade aktiviteter och förväntade resultat av det gemensamma arbetet under 2015–2017. Handlingsplanen presenterar antaganden för att målen effektivt och framgångsrikt ska kunna uppnås samt belyser bland annat fondernas viktiga roll för att utsedda delegater och experter ska kunna initiera och implementera tematiska aktiviteter och sprida uppnådda resultat inom NDPHS medlemsstater.

ECDC and EMCDDA. (2012). 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

Detta är den första av två tekniska rapporter som ger belägg för vägledningen *Guidance on the prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. De belägg som presenteras här fokuserar på effektiviteten (och i vissa fall kostnadseffektiviteten) av olika interventioner såsom tillhandahållande av nålar och sprutor, paraferalia, behandling information, utbildning och rådgivning med flera.

Författningar

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Lagen innehåller grundläggande bestämmelser för all hälso- och sjukvård. Den reglerar åtgärder för att medicinskt förhindra, utreda och behandla sjukdomar och skador. Lagen anger målen för hälso- och sjukvården i stort och kraven för en god nivå på behandling. Därutöver innehåller den bestämmelser som förtydligar ansvaret mellan regioner och kommuner för olika hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Patientdatalagen (2008:355)

Lagen tillämpas på behandling av personuppgifter hos vårdgivare.

Patientskadelagen (1996:799)

Lagen innehåller bestämmelser om rättigheter för patienter vid vårdskador, och skyldigheter för vårdgivaren att teckna försäkring som täcker ekonomisk kompensation för patienten (patientförsäkring).

Socialtjänstlagen (2001:453)

Lagen innehåller bestämmelser som reglerar målen för socialtjänsten. Socialtjänsten ska främja ekonomisk och social trygghet för individer, jämlika boendeförhållanden och ett aktivt deltagande i samhället.

Lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Lagen reglerar samarbetet mellan regioner (tidigare landsting) och kommuner inom vård- och omsorgsområdet.

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)

Lagen och förordningen är en omarbetning av den gamla sekretesslagen. Lagen innehåller inga tillägg till sakinnehållet, utan dess syfte är att göra lagen mer tillgänglig och lättare att förstå. För att underlätta jämförelsen mellan den nya och gamla sekretesslagen har två jämförelsetabeller bifogats proposition 2008/09:150 som kan vara till stöd när man ska hitta sekretesslagens bestämmelser i den nya lagen.

Smittskyddslagen (2004:168)

Samhällets kontroll av smittsamma sjukdomar måste uppfylla befolkningens behov av skydd mot spridningen av smittsamma sjukdomar. Lagen reglerar ansvarsfördelningen, vilka åtgärder som behöver vidtas, skyldigheter och rättigheter etcetera. Omkring 60 olika sjukdomar omfattas av denna lag inklusive hiv, klamydia, gonorré, syfilis och hepatit A–E.

Smittskyddsförordningen (2004:255)

Förordningen ger kompletterande bestämmelser utöver smittskyddslagen vad gäller exempelvis vårdgivares ansvar att upprätta kodfallsrapporter över hivinfektioner och andra sexuellt överförbara infektioner som omfattas av smittskyddslagen.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOF 2004:13) om infektionsscreening av gravida

Föreskrifterna reglerar vårdgivares skyldigheter att erbjuda alla gravida kvinnor testning för hiv, hepatit B och syfilis.

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Lagen syftar till att förebygga ohälsa och arbetsolyckor samt uppnå en god arbetsmiljö. Lagen omfattar även personer som deltar i utbildnings- och träningsinriktade insatser.

Diskrimineringslagen (2008:567)

Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna innehåller ett förbud mot diskriminering i artikel 14. Alla individer oavsett ursprung är garanterade en absolut tillgång till alla mänskliga rättigheter. Tilläggsprotokoll 12 till konventionen som innehåller ett generellt förbud mot diskriminering har nyligen antagits. Även EU-rätten, till exempel artikel 13 i EU-fördraget och artikel 21 i EU-stadgan innehåller bestämmelser om förbud mot diskriminering. I Sverige föreskriver diskrimineringslagen likvärdigt förbud mot diskriminering. Mer information finns på www.do.se.

Abortlagen (1974:595)

Abortlagen föreskriver att en kvinna kan genomgå en abort på egen begäran innan slutet av den 18:e graviditetsveckan. Tillstånd krävs från Socialstyrelsen om aborten ska utföras senare i graviditeten.

Lagen om vård av missbrukare (1988:870)

Lagen innehåller bestämmelser om möjligheter att, under vissa omständigheter, medge att en vuxen drogmissbrukare, mot dennes vilja, tas in på ett behandlingshem. Syftet med denna tvångsbehandling är att motivera drogmissbrukare att frivilligt delta i fortsatt behandling och att stödja dem i deras försök att komma ur sitt drogmissbruk.

SFS 2017:7 Lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Lagen som trädde i kraft den 1 mars 2017 reglerar, liksom *lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler*, utbyten av sprutor och kanyler med syfte att förhindra spridning av hiv och andra blodburna infektioner bland drogmissbrukare som använder injektionssprutor. I och med den nya lagen kan en region ensam ansöka om att starta sprututbytesverksamhet och sänka åldern för deltagande till 18 år.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOF 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika

Kompletterande bestämmelser kring utbyte av sprutor (HSLF-FS 2017:2) och kanyler finns i dessa föreskrifter.

Lag (2012:595) om införsel av och handel med sprutor och kanyler

Lagen innehåller bestämmelser om införsel av och handel med sprutor och kanyler som kan användas för injektion i människokroppen genom huden.

Förordning (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler

Förordningen ger kompletterande föreskrifter till lagen (2012:595) om införsel av och handel med sprutor och kanyler.

Läkemedelsverkets föreskrifter om handel med sprutor och kanyler (LVFS 2012:22)

Föreskrifterna innehåller bestämmelser om vad en anmälan enligt lagen (2012:595) om införsel av och handel med sprutor och kanyler ska innehålla samt hur anmälan ska göras.

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Lagen innehåller bestämmelser om skyldigheter för regioner att, utöver bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar.

Förordning (2008:347) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Förordningen innehåller bestämmelser om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl.

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Lagen innehåller bestämmelser om skyldighet för landsting att, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till vissa utlänningar som vistas inom ett landsting utan att vara bosatta där.

Förordning (2008:347) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Förordningen innehåller bland annat föreskrifter om att Migrationsverket till ett berört landsting ska lämna uppgifter om utlänningar som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och som har etablerat boende inom landstinget eller som i annat fall vistas där.

Förordning (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Förordningen innehåller bestämmelser om statlig ersättning till landsting, kommuner och öppenvårdsapotek för kostnader för hälso- och sjukvård samt

kostnader för tandvård och receptföreskrivna läkemedel som de har för vissa utlänningar.

Förordning (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar

I denna förordning ges bland annat bestämmelser om den avgift som utlänningarna själva ska betala (vårdavgift) när de har rätt till ersättning enligt förordning (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

Socialstyrelsens föreskrifter (2009:28) om blodverksamhet

Föreskrifterna innehåller kompletterande bestämmelser till lagen (1995:831) om transplantation m.m. och lagen (2006:496) om blodsäkerhet. Föreskrifterna syftar till att med respekt för den enskilda människans integritet säkerställa att blod och blodkomponenter håller hög kvalitet och säkerhet för att förhindra att smitta eller sjukdom överförs vid användning på människor.

Socialstyrelsens föreskrifter (2008:22) om donation och tillvaratagande av vävnader och celler

Dessa föreskrifter ska tillämpas på donation och tillvaratagande av vävnader och celler från människor (biologiskt material) i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125). Föreskrifterna innehåller kompletterande föreskrifter till lagen (1995:831) om transplantation m.m., lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. och lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. (SOSFS 2011:11 och SOSFS 2013:25)

Föreskrifterna ska tillämpas på sådana hälsoundersökningar som ska erbjudas barn och vuxna enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSFL-FS 2015:4) om smittspårning

Föreskrifterna ska tillämpas på smittspårning som avser smitta mellan människor samt smitta från djur, livsmedel och andra objekt till människor.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Föreskrifterna ska tillämpas av de vårdgivare som bedriver sådan verksamhet som erbjuder behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende).

Vägledningar och rekommendationer

- Referensgruppen för antiviral terapi (2017). Läkemedelsbehandling av hepatit C-virusinfektion hos vuxna och barn 2017 – Behandlingsrekommendation.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2017). Underlag för beslut om subvention – Ansökan om prisändring – Läkemedel mot hepatit C.
- Folkhälsomyndigheten & Socialstyrelsen (2015). Stöd till genomförande av hälsoundersökningar – Slutredovisning av regeringsuppdrag S2015/07981/FS (delvis).
- Folkhälsomyndigheten (2016). Hepatit B-vaccination som ett särskilt vaccinationsprogram - Hälsoekonomisk utvärdering.
- Folkhälsomyndigheten (2016). Hepatit B-vaccination till riskgrupper: Kunskapsunderlag.
- Socialstyrelsen (2018). Meddelandeblad Nr 5 – Nya föreskrifter om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel.
- Folkhälsomyndigheten (2015). Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger.
- Folkhälsomyndigheten (2015). Föreskrifter och allmänna råd om smittspårning HSFL-FS 2015:4.
- Folkhälsomyndigheten (2019). Rekommendationer om vaccination mot hepatit B. Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition.
- Socialstyrelsen (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se