



●●● HANDLINGSPROGRAM
STI/hivprevention
2009-2013

●●● HANDLINGSPROGRAM

STI/hivprevention 2009-2013

Handlingsprogrammet har utarbetats av

Anna-Karin Asp
Ingela Berggren
Tina Ekelund
Jerker Jonsson
Anders Karlsson
Lars Lindqvist
Peter Lidbrink
Lillebil Nordén
PehrOlov Pehrson
Torgny Nilsson

ISBN 91-85211-68-0

Det medicinska programarbetet inom SLL

Det medicinska programarbetet i Stockholm syftar till att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs inom Produktionssamordning, Stöd till Kunskapsstyrning i samverkan med såväl sakkunnigorganisationen som leverantörerna och beställarna. Patientorganisationerna medverkar också i arbetet.

Programarbetet bildar en gemensam arena för vårdens parter.

Handlingsprogrammen ska fungera som styr- och samordningsverktyg och ge övergripande riktlinjer för verksamheten inom ett område. De vänder sig till politiker, tjänstemän och alla som arbetar operativt inom det frågeområde som avses.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

Fokusrapporterna ska lyfta fram och belysa angelägna förbättrings- och utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården genom att beskriva dagsläget och tänkbara åtgärder.

De ska också beskriva metoder och verktyg att använda i arbetet med att förbättra och utveckla hälso- och sjukvården. De ska vara ett underlag i dialogen mellan politiker, beställare och producenter i det gemensamma arbetet med att skapa den goda vården.

Förord

Handlingsprogrammet för STI/hivprevention ska fungera som styr- och samordningsverktyg samt ge övergripande riktlinjer för det omfattande STI/hivpreventiva arbete som bedrivs i länet, med många aktörer inblandade. Det är en revidering och omarbetning av det föregående handlingsprogrammet från 2002 och riktar sig till politiker, tjänstemän samt alla som arbetar operativt med STI/hivprevention i Stockholms län.

Fokus ligger på att förhindra smittspridning av sexuellt överförda infektioner, i första hand hiv, klamydia, gonorré, syfilis och hepatit B, vilka samtliga ingår bland de allmänfarliga sjukdomarna reglerade i smittskyddslagen. I praktiken går detta arbete ofta hand i hand med arbetet för att förebygga oönskade graviditeter. När det gäller personer som injicerar narkotika inbegriper handlingsprogrammet även hepatit C.

Sedan 2002 har det epidemiologiska läget rörande STI och hiv förändrats med framför allt kraftigt ökad spridning av klamydia bland unga vuxna, men även fortsatt inhemsk spridning av hiv främst bland MSM (män som har sex med män), samt bland personer med injektionsmissbruk. Även antalet hivpositiva personer från högendemiska områden har ökat i länet. I handlingsprogrammet föreslås åtgärder för tio olika målgrupper. Det är åtgärder som förebygger att smitta uppstår överhuvudtaget, åtgärder som ökar tillgängligheten till testning, ökar sjukvårdens uppmärksamhet på tidiga symptom, höjer kvaliteten på rådgivning samt insatser för att öka det psykosociala stödet till hivpositiva och minska diskriminering i samhället.

Det nya handlingsprogrammet har utarbetats av en projektgrupp bestående av:

Anna-Karin Asp	Chef Lafa, Landstinget förebygger aids
Ingela Berggren	Överläkare/biträdande smittskyddsläkare Smittskydd Stockholm, SLL
Tina Ekelund	Handläggare, repr HSNf
Jerker Jonsson	Bitr överl/biträdande smittskyddsläkare Smittskydd Stockholm, SLL
Anders Karlsson	Chefsöverläkare Venhälsan, Södersjukhuset AB
Lars Lindqvist	Överläkare/Spesak infektion Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
Peter Lidbrink	Överläkare Sesammottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
Lillebil Nordén	Beteendevetare/Doktorand, Beroendecentrum, Stockholm
PehrOlov Pehrson	Legitimerad läkare
Projektledare har varit Torgny Nilsson, Stöd till kunskapsstyrning, LSF.	

I styrgruppen för projektet har ingått:

Henrik Almkvist	Chefläkare, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSNf), SLL
Magna Andreen Sachs	Chefläkare vid Forum/chef Medicinska program och kunskapsstöd, SLL, ordf. i styrgruppen t.o.m. 2008-06-30.
Lena Kanström	Bitr Föreståndare KFA Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, fram till 2008-12-31 chef CFF, SLL
Susanna Lagersten	Chef Stöd till kunskapsstyrning, LSF, ordf i styrgruppen fr.o.m. 2008-07-01
Åke Örtqvist	Smittskyddsläkare, Chef Smittskydd Stockholm, SLL

Utgångspunkten för handlingsprogrammet är att huvuddelen av de åtgärder som föreslås ska rymmas inom befintliga resursramar för det förebyggande arbetet, vilket också inkluderar det statliga hivbidraget.

Det nya Handlingsprogrammet har under våren 2009 delgivits för synpunkter till berörda myndigheter på central och regional nivå samt till olika aktörer och intressenter inom det STI/hivpreventiva arbetet i Stockholms län. Handlingsprogrammet har också godkänts av Stockholms medicinska råd (SMR).

Stockholm i september 2009

Mona Boström
Landstingsdirektör

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Förkortningar och ordförklaringar	9
Ordförklaringar	10
Kapitel 1. Inledning	11
Det epidemiologiska läget har förändrats.....	11
Värderingar till grund för handlingsprogrammet	12
Syfte med handlingsprogrammet	12
Avgränsningar.....	13
Mål	13
Planstruktur	13
Ansvar för genomförande och uppföljning av handlingsprogrammet.....	13
Handlingsprogrammet vänder sig till.....	14
Frivilligorganisationernas roll.....	14
Uppdatering av handlingsprogrammet.....	14
Kapitel 2. Kartläggning och analys	15
Inledning	15
Nuläge.....	15
Framtidsperspektiv.....	16
Patientperspektiv på klamydia och hiv.....	18
Prevention	21
Organisation för testning, vård och uppföljning av STI/hiv i SLL	22
Aktörer	22
Kapitel 3. Hälsofrämjande och förebyggande insatser – handlingsprogram	25
Inledning	25
Val av målgrupper.....	25
Handlingsprogrammets uppbyggnad.....	26
Överlappning mellan de olika målgrupperna och programmen	26
Prioriterade insatser.....	26
Konsekvensanalys.....	27
3.1 Ungdomar och unga vuxna	28
3.2 Män som har sex med män.....	32
3.3 Personer med utländsk bakgrund	36
3.4 Personer som testar sig för STI/hiv	39

3.5 Personer med injektionsmissbruk	42
3.6 Hivpositiva vuxna och barn	46
3.7 Gravida kvinnor	50
3.8 Personer utsatta för prostitution	52
3.9 Utlandsresenärer	55
3.10 Allmänheten.....	57
Kapitel 4. FoU inom preventionsområdet.....	60
Regionalt kunskapsnätverk för att stärka samverkan och FoU-delen i det STI/hivförebyggande arbetet i länet.....	60
Kapitel 5. Styrning och uppföljning.....	62
Övergripande ansvar	62
Smittskyddsarbetet.....	62
Verksamhetschefernas ansvar.....	62
Finansiering/styrning	62
Löpande och årliga uppföljningar av handlingsprogrammet	63
Indikatorer och kompletterande mått för uppföljning av handlingsprogrammet.....	63
Beskrivning av valda indikatorer och mått	64
Referenser.....	74
Bilagor.....	76
Bilaga 1. Anmälningsskyldiga och allmänfarliga infektionssjukdomar samt övriga STI	76
Övriga sexuellt överförda och blodburna sjukdomar	78
Blodsmitta i vården	87
Bilaga 2.....	89
Patientperspektiv på klamydia och hiv	89
Bilaga 3.....	98

Sammanfattning

Handlingsprogrammet för STI/hivprevention ska ge vägledning för prioritering och budgetering av det STI/hivpreventiva arbetet i Stockholms läns landsting. Föreliggande handlingsprogram är en revidering av det föregående handlingsprogrammet från 2002. Avsikten är att det ska fungera som styr- och samordningsverktyg samt ge övergripande riktlinjer för det omfattande preventionsarbete som bedrivs i länet, med många aktörer inblandade.

Sedan 2002 har det epidemiologiska läget rörande STI och hiv förändrats med framför allt kraftigt ökad spridning av klamydia bland unga vuxna, men även fortsatt inhemsk spridning av hiv främst bland MSM (män som har sex med män), samt bland personer som injicerar narkotika.

Handlingsprogrammet inriktas mot tio målgrupper som kräver särskild uppmärksamhet i det preventiva arbetet. De valda målgrupperna stämmer väl överens med dem som anges i den Nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Regeringens proposition 2005/06:60).

De insatser som anges i handlingsprogrammen (för de tio målgrupperna) är valda och kombinerade med avseende på att det samlade resultatet ska bli så bra som möjligt. Utifrån dessa utgångspunkter kan man således säga att alla de åtgärder som anges i programmen är prioriterade som delar av en helhet.

Några insatsområden har dock givits särskilt hög prioritet vid tillskapandet av handlingsprogrammen för de tio målgrupperna. Det gäller att utveckla rutiner för mera lättillgänglig och målgruppsanpassad testning/provtagning och att bland annat genom personalutbildning nå en höjd kvalitet på rådgivningen.

För asylsökande, flyktingar, anhöriginvandrare och andra migranter måste landstinget utveckla arbetet så att fler och om möjligt alla nås av hälsosamtal och erbjudande om testning för hiv, hepatit B och C samt syfilis och tuberkulos. År 2008 var det 30 procent av de asylsökande som genomgick hälsosamtal i länet.

Ett förslag som diskuterats i arbetet med handlingsprogrammet är att Stockholms läns landsting startar ett sprutbytesprogram för att ge personer med injektionsmissbruk möjlighet att erhålla steril injektionsutrustning och därigenom minska spridning av såväl hiv som olika hepatiter. Frågan är föremål för en särskild utredning som pågår inom landstinget.

Av grundläggande betydelse är de breda befolkningsinriktade insatser som syftar till att förebygga att någon överhuvud taget smittas av hiv eller andra STI. Prioriterade insatser med detta syfte är att ge stöd till skolornas sex- och samlevnadsundervisning, öka allmänhetens och andra specifika målgruppers kunskaper om hiv, STI och oönskade graviditeter samt insatser för att öka kondom användningen. Dessa insatser är redan etablerade i länet och behöver vidmakthållas och vidareutvecklas.

Avsikten är att de tio målgruppsvisa handlingsprogrammen samtidigt som de utgör delar av en helhet, också ska kunna fungera fristående från varandra. Därmed avses att de ska kunna läsas vart och ett för sig och ge en helhetsbeskrivning av den verksamhet som eftersträvas för målgruppen ifråga.

Det övergripande ansvaret för handlingsprogrammets genomförande och uppföljning ligger på Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och dess förvaltning (HSNf). Till stöd för genomförandet förs en fortlöpande dialog mellan beställare och utförare inom ramen för det Regionala rådet. I anslutning till de åtgärder som föreslås i programmen för de olika målgrupperna anges där så är möjligt vilken aktör som har det operativa ansvaret för åtgärdens genomförande. I ett handlingsprogram som sträcker sig över fem år är det inte möjligt att förutse de förändringar som kan ske beträffande organisation och utförare. Därför gäller den fördelning av operativt ansvar som anges i anslutning till åtgärderna endast för ett år i taget. Eventuell omarbetning görs efter de årliga uppföljningarna.

Uppföljning av handlingsprogrammet förutsätts ske såväl löpande som genom årliga uppföljningar inom Regionala rådet i dialog med HSNf (se kapitel 5 sid 63). Till stöd för uppföljning av handlingsprogrammet har en uppsättning indikatorer och kompletterande mått angivits (se sammanställning i kapitel 5).

Handlingsprogrammets nätversion uppdateras i anslutning till de årliga översyner som vidtas genom HSNf:s och Regionala rådets försorg. Den tryckta versionen kommer att utvärderas och sedan nytryckas senast under 2013.

Förkortningar och ordförklaringar

Aids	Acquired immune deficiency syndrome (eng., förvärvat immunbristsyndrom).
BV	Beroendevården (se aktörer sid 22 – 24)
Case Management	Metod som innebär att ett personligt ombud samordnar alla nödvändiga kontakter runt personen.
Convictus	Organisation som ger stöd till hivpositiva missbrukare
FoU	Forskning och utveckling
Hbt	Homo-/bisexuella och transpersoner
HCV	Hepatit C virus
HCV-RNA-provtagning	Provtagningsmetod för att mäta smittsamhet, förekomst av virus (se under Hepatit C i Bilaga 1)
Hiv	Humant immunbristvirus
Hiv-Sverige Paraplyorganisation	för hivpositiva på riksnivå
Hiv-teamet	Teamet för barn och ungdomar med hiv vid Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
HPV	Humant papillomvirus (se Bilaga 1)
HSNf	Hälsö- och sjukvårdsnämndens förvaltning
Infklin	Infektionskliniken vid Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
IVIK	Introduktionsklass för invandrarelever
JMM	Järva mansmottagning
KAST-grupper	Grupper för Köpare av sexuella tjänster i Stockholm, Göteborg och Malmö. Syftar till att motivera och assistera potentiella och aktiva sexköpare att ändra sitt beteende.
Lafa Landstinget	förebygger aids, enhet för sexualitet och hälsa Stockholms läns landsting (se aktörer sid 22 – 24).
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
MHV/MVC Mödrahälsovården/Mödravård	rdscentral eller Barnmorskemottagning (se aktörer sid 22 – 24).
MI-metoden	Motivational Interview, metod för motiverande samtal i olika informations- och rådgivningssituationer.
MSM	Män som har sex med män
MVC	Mödravårdscentral (se aktörer sid 22 – 24)
Mösam	Samordningsgrupp för mödrahälsovården i Stockholms län
NKR	Nationella kunskaps- och resurscentret för barn och ungdomar med hiv vid Karolinska universitetssjukhuset Huddinge.
PG	Positiva Gruppen. Nationell organisation för Män som har sex med män. Verksam främst i Stockholm.
PIN	Personer som injicerar narkotika
RFSL	Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter
RFSU	Riksförbundet för sexuell upplysning
Sesam-enhet	Sex och samlevnadsmottagning/enhet som finns vid de stora akutsjukhusen inom SLL (se aktörer sid 22 – 24)
SFI	Svenskundervisning för invandrare
SME	Smittskyddsenheten, Stockholms läns landsting (se aktörer sid 22 – 24)
SML	Smittskyddslagen

Spesak	Specialsakkunnig för ett av 28 områden inom den Medicinska sakkunnigstrukturen i Stockholms läns landsting.
STI	Sexually transmitted infections (eng., Sexuellt överförda infektioner)
Stiftelsen Noaks Ark	Stödorganisation för personer med hiv/aids.
Svevac	Nationellt vaccinationsregister utvecklat av Smittskyddsinstitutet
UM	Ungdomsmottagning (se aktörer sid 22 – 24)
UNAIDS	Övergripande FN-organ för hiv/aids
UNWTO	World Tourism Organisation (eng., Världsturismorganisationen)
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (on hiv/aids).
WHO	World Health Organization (eng., Världshälsoorganisationen)

Ordförklaringar

Epidemi	Ökande anhopning av fall av en viss smittsam sjukdom, ofta uttryckt som ”fler fall än förväntat”, i en viss befolkning eller befolkningsgrupp under en kortare tidsperiod. Om en epidemi täcker en hel världsdel eller flera världsdelar benämns den <i>pandemi</i> .
Incidens	Antal nya fall av en viss sjukdom som inträffat under en viss tidsperiod, t.ex. under ett år, i en bestämd population. Incidens-talet anger antalet sjukdomsfall per t.ex. 100 000 eller 1 miljon invånare, per tidsenhet.
Prevalens	Prevalenstalet anger den andel av befolkningen som vid en viss tidpunkt har en viss sjukdom, vanligen uttryckt i procent eller per t.ex. 100 000 eller 1 miljon invånare.
Screening	Rutinmässig provtagning eller erbjudan om testning för en viss sjukdom, t.ex. hivinfektion, vid blodgivning, graviditet, venerologisk undersökning, flyktinghälsovård, häktesvistelse etc.

Kapitel 1. Inledning

En genomgång av det STI/hivpreventiva arbetet i Stockholms län gjordes på uppdrag av landstingsdirektören under våren 2005. Därav framgick att betydande insatser görs av ett stort antal aktörer, men att det brister i styrning, samordning och uppföljning av arbetet. Av den anledningen, tillika med att stora förändringar inträffat i förutsättningarna för det preventiva arbetet de senaste åren, har det föregående handlingsprogrammet från 2002 omarbetats och uppdaterats. Avsikten är att det reviderade/nya handlingsprogrammet ska fungera som styr- och samordningsdokument för det omfattande preventionsarbete som görs i länet, med många huvudmän och frivilligorganisationer inblandade.

Vid FN:s särskilda session om hiv/aids år 2001, UNGASS, ställde sig medlemsländerna bakom en gemensam deklaration om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv/aids. Deklarationen talar om såväl globala som regionala och nationella åtgärder som krävs för att stoppa spridningen.

Genom WHO/UNAIDS har fokus i det internationella arbetet legat på tillgången till läkemedel. På senare tid har dock behovet av att återställa balansen mellan förebyggande åtgärder, behandling och vård framhållits. Här poängteras vikten av att i länder med en begränsad epidemi inrikta insatserna på särskilt utsatta grupper och att tillämpa en kombination av preventionsåtgärder i analogi med den kombinationsbehandling av hiv som varit så framgångsrik.

I Sverige antog regeringen under 2006 en nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60). I strategin fick Socialstyrelsen uppdraget att verka för samordning av de samlade nationella insatserna och se till att långsiktiga förebyggande insatser vidtas. Det innebär bland annat att Socialstyrelsen övertagit ansvaret för fördelning av de statliga hivmedlen från Folkhälsoinstitutet. Med anledning av den ökade klamydiaspridningen har Socialstyrelsen tagit fram en nationell handlingsplan för klamydiaprevention som sändes ut på remiss i mars 2009. I december 2008 har även en Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar utkommit.[10]
Flera landsting och regioner i Sverige har med stöd från Socialstyrelsen tagit fram regionala planer.

Det epidemiologiska läget har förändrats

Sedan 2002 har det epidemiologiska läget rörande STI och hiv förändrats med framför allt kraftigt ökad spridning av klamydia bland unga vuxna, men även fortsatt inhemsk spridning av hiv främst bland MSM (män som har sex med män), samt bland personer med injektionsmissbruk.

Den kraftiga ökningen av sexuellt överförda sjukdomar beror bland annat på ett ökat risktagande bland ungdomar och unga vuxna till följd av sämre medvetenhet om och minskad respekt/ rädsla för hivinfektion och andra sexuellt överförda sjukdomar. Dagens ungdomar var inte födda under hiv/aids-epidemin på 80-talet och har få om ens några referenser till sjukdomen. Effektiv behandling bidrar ytterligare till att osynliggöra hiv och därmed till att minska ungdomars subjektiva riskupplevelse. Ett större risktagande genom oskyddade samlag i kombination med flera tillfälliga sexuella kontakter ökar spridningstakten. Trots

att behandling leder till minskad smittrisk finns en potentiell källa till fortsatt spridning av hivinfektion om personer med hiv tror att behandling helt eliminerar smittrisen.

Även inom gruppen personer med injektionsmissbruk finns en ökad spridning av hivinfektion som är oroande och insatserna för att nå målgruppen med adekvat riskinformation måste förstärkas.

Personer med utländsk härkomst är svåra att nå med de insatser som görs. I den heterosexuella gruppen utgörs merparten av de hivinfekterade individerna av personer som kommer från högendemiska länder. Att identifiera infekterade individer genom att till exempel erbjuda hälsosamtal vid ankomst till Sverige, samt erbjuda dessa behandling och stöd, är ett viktigt led i att förhindra ytterligare smittspridning.

Merparten av de hivinfekterade finns i storstäderna och enbart i Stockholms län finns ca 60 procent av de hivinfekterade i hela landet.

Värderingar till grund för handlingsprogrammet

De värderingar som ligger till grund för detta dokument är alla människors lika värde, oberoende av bakgrund och egenskaper; individens autonomi i förhållande till kollektivet samt skyldigheten att ta ansvar för sitt eget handlande.

En människas sexualitet hör till den privata sfären och så länge ingen kommer till skada har var och en rätt att själv bestämma över med vem, när och hur hon utför eller deltar i sexuella handlingar. Med denna frihetens rättighet följer dock en skyldighet att ta ansvar för sitt liv, sina val och sina handlingar i relation till sina medmänniskor. Varje möte, och i synnerhet ett sexuellt möte, ställer ett etiskt krav på att ta ansvar för det förtroende och den tillit som visats oss. För att tillämpa detta ansvar krävs en känsla av eget värde och en tilltro till den egna förmågan att ta sitt eget och andras värde på allvar.

De normer som förmedlas av skola och olika delar av hälso- och sjukvården ska ses som vägledande och inte styrande. Framför allt ska de ge aspekter på hur individens ansvar kan stärkas och tillämpas i det sexuella mötet, vad som ingår i en riskbedömning och hur risker kan hanteras.

Hälso- och sjukvården ska ge vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen samt i tillämpliga delar enligt smittskyddslagen. Dessutom ska den på ett lättillgängligt sätt tillhandahålla de hjälpmedel som är nödvändiga för att tillämpa metoder för riskreduktion/riskeliminering.

Syfte med handlingsprogrammet

Syftet med handlingsprogrammet är att ge vägledning för arbetet med prioritering och budgetering av det STI/hivpreventiva arbetet i SLL. Handlingsprogrammet ska fungera som styr- och samordningsverktyg samt ge övergripande riktlinjer för verksamheten. Fokus ligger på att förhindra smittspridning av sexuellt överförda infektioner, i första hand hiv, klamydia, gonorré, syfilis och hepatit B, vilka samtliga ingår bland de allmänfarliga sjukdomarna reglerade i smittskyddslagen.

I praktiken går detta arbete ofta hand i hand med arbetet för att förebygga oönskade graviditeter. När det gäller personer som injicerar narkotika inbegriper handlingsprogrammet även hepatit C.

Avgränsningar

Handlingsprogrammet ger övergripande riktlinjer för verksamheten, men motsvarar inte ett detaljerat vårdprogram för enskilda enheter.

Mål

De övergripande målen för handlingsprogrammet är:

- att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförda infektioner.
- att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för den enskilde och för samhället.
- att invånare i SLL ska ha kunskap om sexuella smittrisker och hur man skyddar sig och andra både mot sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.
- att invånare i SLL ska ha kunskap om andra smittvägar för hiv och hepatit t.ex. osterila injektioner.
- att personer med hiv och övriga STI får det medicinska och psykosociala stöd som krävs för att må bra och kunna följa givna förhållningsregler.
- att öka förståelsen i vården och i samhället för hur det är att leva med hiv/aids.

Planstruktur

För att avhjälpa påtalade brister i styrning, samordning och uppföljning av arbetet med STI/hiv-prevention i Stockholms län har den reviderade handlingsplanen inriktats mot tio målgrupper som kräver särskild uppmärksamhet i det preventiva arbetet. De valda målgrupperna stämmer väl överens med dem som anges i den Nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Regeringens proposition 2005/06:60). För var och en av dessa målgrupper har ett komplett handlingsprogram utarbetats bestående av en inledande presentation av målgruppen och en beskrivning av den aktuella situationen för målgruppen ifråga i Stockholms län. Därefter följer själva programdelen som anger en vision och ett övergripande mål för det preventiva arbetet med målgruppen under planperioden fram t.o.m. 2013. Därunder anges ett antal delmål för olika delar av arbetet, åtgärder för att nå delmålen samt vem som ansvarar för genomförandet av respektive åtgärd, d.v.s. vem som har det operativa ansvaret. Till målen och åtgärderna har kopplats indikatorer som ska användas för att skapa mätbarhet och möjliggöra uppföljning av verksamheten.

Ansvar för genomförande och uppföljning av handlingsprogrammet

Det övergripande ansvaret för handlingsprogrammets genomförande och uppföljning ligger på Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och dess förvaltning (HSNf). Till stöd för genomförandet förs en fortlöpande dialog mellan beställare och utförare inom ramen för det Regionala rådet. I anslutning till de åtgärder som föreslås i programmen för de olika målgrupperna anges där så är möjligt vilken aktör som har det operativa ansvaret för åtgärdens genomförande. I ett handlingsprogram som sträcker sig över fem år är det inte möjligt att förutse de förändringar som kan ske beträffande organisation och utförare. Därför gäller den fördelning av operativt ansvar som anges i anslutning till åtgärderna endast för ett år i taget. Eventuell omarbetning görs efter de årliga uppföljningarna.

Uppföljning av handlingsprogrammet förutsätts ske såväl löpande som genom årliga uppföljningar inom Regionala rådet i dialog med HSNf (se kapitel 5 sid 63). Till stöd för uppföljningsarbetet har en uppsättning indikatorer och kompletterande mått angivits (se sammanställning i kapitel 5). För vart och ett av dessa mått anges vem som har ansvar för att

samla in och analysera informationen. När det gäller de kompletterande måtten ingår också i ansvaret att ta initiativ till och genomföra de särskilda studier som krävs för att fånga avsedd information.

Handlingsprogrammet vänder sig till

Handlingsprogrammet riktar sig till ansvariga politiker, tjänstemän samt alla som arbetar operativt med STI/hiv-prevention.

Frivilligorganisationernas roll

Frivilligorganisationerna har en viktig roll i det preventiva arbetet. De kan förmedla budskap och insikter som annars kan vara svåra att kommunicera. Avsikten är att frivilligorganisationerna ska använda detta handlingsprogram såväl i sin egen planering som i samverkan med myndigheter och övriga aktörer och därigenom bidra till effektivare helhetslösningar. I handlingsprogrammet läggs det formella ansvaret för olika åtgärders genomförande på offentliga myndigheter och verksamheter. Frivilligorganisationerna är dock viktiga samverkansaktörer och bör på olika sätt engageras i det förebyggande arbetet i länet. för denna punkt är också hur programmet skall kommuniceras.

Uppdatering av handlingsprogrammet

Handlingsprogrammets nätversion uppdateras i anslutning till de årliga översyner som vidtas genom HSNf:s och Regionala rådets försorg. Den tryckta versionen kommer att utvärderas och sedan nytryckas senast under 2013.

Kapitel 2. Kartläggning och analys

Inledning

Föreliggande kapitel innehåller en övergripande beskrivning och analys av den aktuella situationen inom det STI/hiv-preventiva arbetet i Stockholms län sedd ur några olika perspektiv. Avsikten är att ge en bakgrund till och några viktiga utgångspunkter för själva handlingsprogrammet som sedan följer i kapitel 3. Texten vänder sig framför allt till beslutsfattare, d.v.s. politiker, beställare, sjukhusledning samt verksamhetschefer inom berörda områden. En utförligare beskrivning av de anmälningspliktiga och allmänfarliga infektionssjukdomarna samt övriga STI återfinns i bilaga 1. Där beskrivs bakgrund/nuläge, symtom, diagnostik/testning, behandling, uppföljning och prevention för respektive sjukdom.

Nuläge

Hiv

Den globala hivpidemin, räknat som andel av befolkningen som årligen infekteras med hiv, har stabiliserats under 2000-talet, men med flera undantag som södra delen av den afrikanska kontinenten, delar av Östeuropa och befolkningsrika länder som Indien och Kina. Antalet människor som lever med hiv/aids fortsätter att öka, dels genom fortsatt spridning, men också till följd av förbättrad överlevnad tack vare effektiv antiretroviral behandling. UNAIDS beräknar att ca 30 miljoner människor levde med hiv/aids år 2007. Preventiva strategier som information, kondomutdelning och sprutbytesprojekt når fortfarande bara en liten del av sina målgrupper och har inte alltid gett förväntade positiva resultat i beteendeförändring. Från såväl USA som Europa rapporteras nya utbrott bland män som har sex med män, en förmodat välinformerad grupp.

I Sverige beräknas omkring 4500 personer leva med hiv år 2008 varav ca 3000 bor i Stockholms län. Drygt femtio av dessa är barn och ungdomar under 20 år. Dagens effektiva behandling har dramatiskt minskat dödligheten i hiv, men medför nya utmaningar för sjukvården då hivinfekterade i högre omfattning än andra drabbas av maligniteter, kardiovaskulära och metabola komplikationer. Hiv upplevs också fortfarande av många som stigmatiserande både bland närstående, på arbetsplatsen och i kontakt med vården.

Den växande gruppen av smittade till trots har antalet nyrapporterade fall av hiv legat relativt konstant sedan slutet av 1980-talet fram till 2002, vilket kan tolkas som ett gott resultat av insatta preventiva åtgärder. Under de senaste åren har emellertid den inhemska smittspridningen ökat. Detta är en utveckling som iakttagits i andra nordeuropeiska storstäder och är tecken på ett ökat risktagande bland såväl smittade som osmittade. I Stockholmsområdet anmäldes 210 personer med hiv under 2008, varav nära hälften var smittade i Sverige. Bland nydiagnostiserade MSM var nära 70 % smittade i Sverige. I gruppen smittade med ursprung i annat land hade en fjärdedel smittats efter migration till Sverige. Bland personer som injicerar narkotika har det under de senaste åren pågått en omfattande smittspridning i Stockholm som förhoppningsvis nådde sin kulmen med 49 personer rapporterade 2007.

Flera hivinfekterade patienter får sin diagnos sent trots att de upprepade gånger sökt vården för hivrelaterade symtom. Under 2008 hade 21 personer redan utvecklat aids vid diagnos-tillfället. Två av dessa var svenskfödda och smittade i Sverige, övriga var migranter från högendemiskt land.

Arbetet mot hiv/aids måste ses som en del av ett bredare arbete med syfte att minska andra STI och blodsmittor (hepatit B och C). De senare kräver en nära samordning mellan sjukvård och beroendevård för att nå personer som injicerar narkotika eller befinner sig i riskzonen för att börja.

Övriga STI

Bland övriga STI har framförallt klamydia ökat stadigt sedan senare hälften av nittio-talet. Bara under 2007 ökade antalet fall av klamydia med mer än 50 procent jämfört med 2006. Under 2008 har dock läget stabiliserats och antalet fall minskat med knappt 10 procent. Klamydia är vanligast bland tonåringar och unga vuxna under 25 år, troligen pga. av att byte av sexualpartner är vanligare i den åldern. Att fler kvinnor än män diagnostiseras beror troligen på att flickor ofta etablerar en regelbunden kontakt med gynekolog eller barnmorska redan i tonåren, medan unga män sällan eller aldrig har någon regelbunden kontakt med sjukvården.

Även andra allmänfarliga STI som gonorré och syfilis har ökat sedan nittio-talet, men inte alls i samma utsträckning. Syfilis och gonorré är vanligast bland män som har sex med män och medelåldern är än så länge betydligt högre. Den ökade förekomsten av hiv/STI är kopplad till att andelen oskyddat sex inte minskar utan sannolikt ökar. En helt ny generation av unga människor har vuxit upp efter de stora hiv/aids-förebyggande kampanjerna som företogs under mitten av 1980-talet. Eventuellt kan introduktionen av de nya effektiva läkemedlen för hiv spela en roll för varför människor skyddar sig sämre nu än tidigare. Förändringar i sexualvanor relaterat till ett ökat resande, kontakter via internet och förändrade sexualtekniker har säkert också stor betydelse.

Ökningen av STI/hiv samt hepatit har lett till en betydligt högre belastning på ungdomsmottagningar och specialistmottagningar som Sesam, Venhälsan och infektionskliniken. Väntetiderna har ökat och mindre tid har kunnat användas till smittspårning och annat förebyggande arbete.

Framtidsperspektiv

Den genomsnittliga kostnaden för vård och behandling av en person med hiv är idag cirka 130 000 kr per år, där läkemedelskostnaden utgör merparten (se beräknad kostnad 2008 i bilaga 3). Modern behandling gör att överlevnaden, om diagnosen ställs tidigt, närmar sig den för en icke hivsmittad population, vilket för unga hivpositiva leder till en livskostnad på 4 – 6 miljoner kronor i dagens penningvärde. Detta under förutsättning att patienterna fortsätter att under lång tid ta sin medicin regelbundet för att undvika resistensutveckling, att läkemedlen inte ger så allvarliga biverkningar att de behöver bytas och att inga andra komplikationer tillstöter.

Tyvärr vet vi att detta sällan är fallet. Hivinfekterade personer har en översjuklighet i hjärtsjukdomar och vissa tumörformer, vissa av läkemedlen har långtidsbiverkningar och följsamheten är inte alltid optimal. Detta leder till byte till andra, oftast nyare och dyrare

¹ Beräkningen utgår från att ca 70 procent av det totala antalet hivpositiva i länet (ca 2 100) får behandling.

² Genomsnittlig ålder för nydiagnostiserade hivpositiva är 33 år.

hiv-läkemedel. Dessutom kan behandlingen i framtiden, liksom vad gäller andra kroniska åkommor, förväntas bli alltmer individualiserad och baserad på ökade kunskaper om läkemedelsmetabolism och bakomliggande faktorer till effekter och bieffekter. Det faktum att patenttiden snart går ut för en del äldre hivläkemedel torde bara påverka kostnaden marginellt, eftersom dessa ändå används i ganska liten omfattning i Sverige. Sammantaget tyder detta på att kostnaden per individ kommer att öka. Till detta kommer att ett ökat antal personer med hiv överlever allt längre med tillgång till modern behandling. En enkel framskrivning av antalet nydiagnostiserade och antalet avlidna med hivdiagnos under åren 2007 – 2008 ger vid handen att vi inom en tioårsperiod kommer att ha 1 500 – 2 000 fler hivpositiva inom SLL, dvs en ökning från dagens cirka 3 000 till cirka 4 500. Ur samhällslig synvinkel finns således starka skäl att försöka minska antalet smittade.

Även om en hivinfekterad person i Sverige idag kan leva ett mera normalt liv än för tio år sedan, finns det naturligtvis också ur individens synvinkel all anledning att i första hand förebygga smitta och i andra hand att upptäcka infektionen innan den lett till komplikationer och därmed blivit svårare att behandla och innan ytterligare personer utsatts för risk att bli smittade.

Inom gruppen personer med injektionsmissbruk kommer ett ökande antal att behandlas för kroniska hepatiter, framför allt hepatit C men även i några fall hepatit B. Eftersom utvecklingen av läkemedel befinner sig i en dynamisk fas kan även dessa behandlingar förväntas bli dyrare än idag, vilket ytterligare påverkar kostnadsutvecklingen.

Utvecklingen för övriga STI är betydligt svårare att förutse. Här är det i större utsträckning antalet besök för diagnostik, behandling och uppföljning som avgör totalkostnaden eftersom läkemedelskostnaden utgör en mindre andel jämfört med behandling av hiv. Dock kan en tilltagande resistensutveckling leda till ökande kostnader även för behandling av dessa sjukdomar. Till detta kommer kostnader för komplikationer som dock visat en sjunkande frekvens, vilket delvis är ett resultat av tidig upptäckt och behandling. Även här finns såväl ur samhällets som ur individens perspektiv skäl att minska smittspridningen och tidigt upptäcka smitta.

Försättningarna för tidig upptäckt av såväl hiv som andra STI kan komma att öka genom utveckling och användning av enklare och lättillgängligare diagnostiska metoder. I vilken mån individer i ökande utsträckning själva kommer att ta kontakt för undersökning är beroende av upplevd kvalitet. En viktig faktor är också att den hittills höga graden av konfidentialitet kan behållas. I Sverige finns en generellt positiv attityd till testning, inom riskutsatta grupper som MSM och injektionsmissbrukare, något som lätt kan förändras ifall upprepade brott mot sekretessen eller diskriminering av hivsmittade förekommer.

I bland annat USA finns sedan något år en rekommendation att alla ska hivtestas vid kontakt med sjukvården för att nya fall ska upptäckas så tidigt som möjligt. Även i Sverige har fördröjningar i diagnostiken påtalats och en av vårdgivaren initierad utvidgad screening för klamydia i vissa åldersgrupper samt hivtestning av alla patienter med oklara sjukdomssymtom kan motverka detta. Tidig upptäckt leder inte enbart till minskad komplikationsrisk utan även till minskad smittspridningsrisk.

Ett ökat antal partner bland unga män och kvinnor och det faktum att klamydia är tämligen spritt i gruppen i kombination med hög sannolikhet för överföring, har lett till ett stort antal fall. Hiv har hittills en låg förekomst och dessutom en förhållandevis låg smittsamhet³, men

³ Smittsamheten varierar påtagligt mellan individer delvis beroende på vilket stadium patienten befinner sig i och om behandling ges.

det finns risk för snabb och utbredd spridning av smittan om den introduceras i nya mottagliga grupper via primär hivinfektion. Uppmärksamhet på ökad förekomst av STI inom olika grupper är viktigt som indikator på ökad risk även för hivspridning.

Möjligheten att minska spridningen av STI i samhället handlar, förutom om tidig upptäckt och behandling, om beteendeförändringar, vilka huvudsakligen styrs av aktörer utanför hälso- och sjukvården och påverkas av helt andra faktorer än sannolikhet för smitta. Ett exempel på detta är att trots ett ökat antal partner och ökat antal klamydiafall samt omfattande information detta inte lett till någon ökning i vare sig tillfällig eller konsistent användning av kondom vid penetrerande samlag.

Patientperspektiv på klamydia och hiv

Charlotta, Johan, Anna och David har alla nyligen drabbats av en sexuellt överförd infektion. Men deras reaktioner på testresultatet skiljer sig åt. David och Anna fick båda beskedet att de är hivpositiva. För Johan och Charlotta var beskedet lättare, de hade ”bara” fått klamydia. Anders tillhör den generation som var med när hiv bröt ut i början på 80-talet. Han klarade sig från hiv under dessa år, trots att han utsatte sig för stora risker, men smittades under 2002 och har nu 6 års erfarenhet av att leva med hivmediciner och deras biverkningar.

Här följer några utdrag ur deras berättelser. Hela intervjuerna⁴ återfinns i bilaga 2.

Charlotta, 18 år: ”Man känner sig lite skabbig när man har fått klamydia”

- Killen som ringt mig hade fått svar två dagar innan mig och berättade att han hade klamydia. Så jag blev inte så överraskad att jag också hade det, det var mer ”okej, då är det väl så”.

Det var första gången Charlotta fick klamydia. Hon blev inte särskilt orolig men tyckte att det kom väldigt olägligt.

Charlotta tycker att hon har lärt sig mer om riskerna med osäkert sex efter det som hänt.

- Man tänker att ”det händer inte mig”. Nu vet jag att man kan bli smittad av vem som helst, inte bara av såna som verkar äckliga.

- Jag ska börja testa mig lite oftare, kanske en gång i halvåret. Och jag hoppas att jag kommer att bli bättre på att skydda mig, men jag vet också att när man väl är i vissa situationer så tänker man inte efter lika mycket.

Johan, 25 har just varit på Sesam City för tredje gången på kort tid.

Första gången gjorde han ett klamydiatest som visade sig vara positivt. Andra gången hämtade han sin behandling, en antibiotikakur. Idag har han träffat kurator och lämnat uppgifter som grund för partnerspårning. Han är nöjd med samtalet.

- Jag kände mig jättebekväm. Det är viktigt hur hon lägger upp det och det var enkelt och avslappnat, inget hysch hysch. Och det var skönt att hon tog upp det här med sekretessen, även fast jag vet att man får vara anonym så var det skönt att höra henne säga det.

Johan är överhuvudtaget väldigt nöjd med den service och det bemötande han har fått på mottagningen.

Johan säger att han vet vem som smittade honom och han vet att han har hunnit smitta någon i sin tur.

⁴ De fyra första intervjuerna har publicerats i Lafas tidskrift *Insikt* och har skrivits av Hanna Ådin och Martina Junström. Intervjun med Anders har gjorts av Anna-Karin Asp.

- Dagen innan jag fick provsvaret hade jag sex första gången med en tjej, vi har hängt ett tag. Hon frågade om jag var grön och jag sa att det får jag veta i morgon. Vi hade oskyddat sex och det var dumt förstås, men hon visste hur det låg till och valde att köra utan kondom. Och nu får hon ju behandling direkt och förhoppningsvis går det lika bra för henne som för mig.

Den nuvarande tjejen har Johan själv berättat för, men tidigare partner föredrar han att kuratorn kontaktar och han vill vara anonym gentemot dem. Nu är han glad att hans klamydia är botad och han är inte orolig för att infektionen ska ha skadat honom på något sätt.

Anna, 22 år, smittades med hiv vid en sexuell kontakt i sin hemstad i Sverige.

- Jag blev så arg på läkaren när jag fick beskedet.

Att jag skulle ha hiv, det bara fanns inte.

Det var för åtta månader sedan som Anna gick för att testa sig för könssjukdomar.

- Jag hade just gjort slut med en kille och ville bara kolla att jag var frisk. Att jag inte hade fått klamydia. Sköterskan frågade om jag ville testa mig för hiv också och jag sa okej utan att tänka så mycket på det.

Anna hade inte klamydia. Däremot hade hon hiv. Det kom som en fullständig chock när läkaren gav henne beskedet.

- Det går inte att beskriva. Läkaren ville att jag skulle stanna och prata men jag ville bara gå därifrån. Sedan bröt jag ihop totalt.

Åtta månader har gått sedan den där hemska, överkliga dagen när Anna rusade ut från läkarens rum. Idag mår hon relativt bra även psykiskt.

- Det är klart att jag tänker på att jag har hiv varje dag, det är en del av mitt liv. Men man kommer till en punkt när man inte orkar vara ledsen längre. En punkt när man antingen tar tag i sitt liv eller går ner sig.

Just nu är det yrkeslivet som Anna fokuserar på.

- Nu gör jag det jag verkligen vill göra. Jag lever här och nu och några månader framåt, sedan vet jag inte vad som händer.

Även när det gäller kärlek och familj tar hon en dag i sänder och känner tillförsikt inför att det kommer att ordna sig.

- Jag räknar inte med att träffa någon de närmaste två åren. Men när jag blir lite äldre tror jag säkert att jag träffar någon som är mogen nog att klara av att jag har hiv och som vill leva med mig ändå.

David fick veta att han har hiv dagarna före jul förra året.

- Livet tog slut där och då, det var så det kändes.

Jag har aldrig varit så rädd i hela mitt liv.

Beskedet kom som en chock. Han hade blivit kallad någon vecka tidigare för att ta ett klamydiatest och lämnat ett hivprov samtidigt, mest som en rutinkoll.

- Jag har ju alltid varit försiktig, inte levt som en del andra gör. Jag har inte varit ute i svängen särskilt mycket eller besökt bastuklubbar. De senaste åren har jag haft oskyddat sex med två killar. I båda fallen var jag helt säker på att de var friska, vi litade på varandra, säger David.

David besökte Noaks ark flera gånger under julveckan. En dag fick han en folder med ett telefonnummer till samtalsprojektet Heart to heart. Den som svarade var Ola på Posithiva gruppen. De bestämde träff på Medborgarplatsen några dagar senare.

- Det första jag frågade var "Hur lång tid har jag kvar, hur fort går det?", berättar David.

Jag var så säker på att jag skulle dö. Och han svarade "Nej, nej, nej! Du kommer inte att dö av det här, du kommer att leva länge och dö av något annat så småningom".

David är i fyrtioårsåldern och jobbar inom vården. För honom har det inte varit svårt att berätta att han har hiv för nära vänner, eller för sin tandläkare och andra som måste få veta. Men han är livrädd för att någon av hans kollegor ska få veta.

- Det skulle vara en katastrof, säger han. Jag vet ju hur omotiverat rädda för smitta en del av mina arbetskamrater är och hur snacket går. Jag är rädd för att det ska bli ryktesspridning och för att jag ska bli utfrysad och att det i sin tur gör att jag vantrivs så mycket att jag blir tvungen att sluta.

Han grubblar mycket över den man som gav honom hiv.

- Det känns som att bli misshandlad utan att säkert veta av vem.

Men på något sätt har livet omkring honom i alla fall fått konturer igen. Häromdagen stötte han ihop med Ola.

- För första gången sedan vi möttes på Medborgarplatsen klarade jag av att småprata lite om allmänna saker, säger David. Det kommer nog att gå upp och ner, men när jag ramlar ner igen, då har jag i alla fall killarna på "PG".

Anders tillhör den generation som var med när hiv bröt ut i början på 80-talet. Han har haft två pojkvänner som dött i aids. Han bodde i New York under 80-talet och kan berätta om skräcken när alla runt omkring började dö.

Anders som idag är 54 år har jobbat som flygpurser i 30 år och rest runt i hela världen och bott i afrikanska länder, Brasilien och New York. Han säger själv att han har åkt i riskbältet för hiv. Han klarade sig från hiv under de tumultartade åren på 80- och 90-talet.

- Jag trodde i min enfald att inget kunde bita på mig. Jag har absolut tillhört riskgruppen.

I slutet på 2001 blev Anders singel och var ute och "rumlade runt". Någon gång under 2002 blev han smittad med hiv.

- Jag fick beskedet 2003. Då hade jag sökt för en urinvägsinfektion, man tog ett hivtest och när jag kom tillbaka och såg att det satt läkare, kurator och sjuksköterska i rummet förstod jag direkt.

Den allra första behandlingskuren fungerade bra, förutom en medicin som han kallar "ko-mockan" och som rann rakt igenom. Men från 2007 har han ständiga problem med biverkningar. Han har återkommande infektioner, feber, förkylningar, känner sig ruggig, har muskelvärk och ont i lederna.

Den senaste tiden har Anders fått magsmärtor, en av medicinerna ökar produktionen av magsyra.

- Alla mediciner påverkar varandra. När någon frågar mig hur jag mår, vet jag inte längre vad som är normalt. Men just idag känns det rätt okej.

På sikt tror Anders att hivmedicinernas biverkningar kommer att bli ett stort problem. Även om man börjat komma till rätta med vissa biverkningar som fettomfördelning så dyker nya upp som muskelvärk, ledbesvär, stroke, cancer och hjärtinfarkt.

- Den nya generationen hivpositiva kommer aldrig att acceptera biverkningarna. Vi gamla har sett folk dö i aids och vet vad alternativet är. Men de nya har inte hört hur det är att leva med hiv. De tror att man med medicinerna kan leva ett helt normalt liv. De vet inte att alla får biverkningar av medicinerna, man mår illa, får sömnproblem, kan inte gå till jobbet för man har diarré hela tiden. Då börjar allt rasa. Hur länge står man ut med att aldrig må bra, utan bara halvdant? För många återstår kanske 40 år utan livskvalitet.

Förutom de medicinska problemen tar Anders upp den sociala utstötningen som innebär ensamhet, utanförskap och isolering.

- Innan medicinerna kom tyckte folk synd om oss. Folk dog ju inom ett par år. Idag är attityden den att vi får skylla oss själva. Alla vet ju att man ska använda kondom. Vi som bor i Stockholm är ändå lyckligt lottade. Här finns Venhälsan, Posithiva gruppen och Arken. På vischan däremot utspelas otroliga tragedier.

Idag arbetar Anders som informatör och stödperson inom en patientförening för hivpositiva. När jag frågar Anders vad han som hivpositiv vill säga till unga människor idag, svarar han så här:

- Se till att inte få hiv. Se till att skydda dig. Lär dig kommunicera frågan om skydd och hivstatus innan och inte efteråt. Du måste själv ta ansvar för din egen hälsa, det är din framtid det gäller. Har du en gång fått hiv blir du aldrig av med det, det är inte som klamydia.
- Och om du väl har fått hiv, ta det lugnt. Berätta inte för alla. Det som är sagt är sagt och går aldrig att ta tillbaka.

Prevention

Förebyggande arbete för att förhindra att någon blir smittad överhuvudtaget är en stor utmaning när det gäller alla sjukdomar. Arbetet med att förebygga och kontrollera hiv och andra STI brukar indelas i fyra kategorier som kompletterar och ofta överlappar varandra.

- Hälsofrämjande insatser - har fokus på friskfaktorer, egenmakt och stöd till individer och grupper och syftar till att ge de färdigheter och det självförtroende som behövs för att ta kontroll över sin hälsa. Arbetssättet kräver insikt om att hälsa är ett multidimensionellt begrepp där psykologiska, sociala, emotionella, andliga och sexuella behov är lika viktiga som de fysiska. [9, 18]
- Primärprevention – åtgärder för att förebygga ohälsa – när det gäller STI/hivprevention förebygga att människor blir smittade. Till exempel sprida kunskaper och insikter som gör att människor inte tar risker som kan leda till smitta. *)
- Sekundärprevention – förebygga att redan smittade personer för smittan vidare, vare sig det är genom sexuella kontakter, graviditet/födelse, injektionsmissbruk eller blodgivning. Åtgärder kan handla om tidig diagnostik, behandling och förhållningsregler. Även psykosomatiskt omhändertagande av en smittad person är sekundärprevention. *)
- Tertiärprevention – avser t.ex. rehabilitering efter sjukdom och skador. För hiv avses att förhindra att den hivpositive utvecklar aids. Tertiärprevention innebär i korthet att minska komplikationer till sjukdom. *)

Smittspridningen av hiv/STI sker väsentligen inom olika segment i samhället. Detta har stor betydelse för inriktningen av primärpreventiva åtgärder och förslag på insatser kommer därför att vara kopplat till respektive målgrupp (se kapitel 3). Likaså ser de sekundärpreventiva insatserna olika ut beroende på såväl ålder som infektion, se de sjukdomsvisa beskrivningarna i bilaga 1. Gemensamt är dock att målsättningen för folkhälsoarbetet när det gäller hiv och STI är att alla människor ska kunna ta ett medvetet ansvar för sin sexualitet, använda kondom och tekniker för säkrare sex samt kunna värdera risker. Grundläggande för detta arbete är att kunskaper om sexualitet, förmåga att samtala om sexualitet, kunskaper om hiv och hur man skyddar sig samt förmåga och förutsättningar för att ta ansvar för sin hälsa ökar i befolkningen. Folkhälsoarbete avseende hiv innebär därför ett ar-

*) Socialstyrelsen: Ord och förkortningar

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIVSTI/specialnavigation/fakta/ord>

bete med sexualitet och samlevnad. En framgångsrik strategi är att kombinera ett riktat arbete till grupper med hög risk med ett bredare hälsofrämjande arbete riktat till ungdomspopulationen i stort, se målgruppen ungdomar och unga vuxna. Detta inkluderar även arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

Organisation för testning, vård och uppföljning av STI/hiv i SLL

Smittskyddslagen säger att alla som misstänker sig vara smittade med en allmänfarlig sjukdom utan kostnad ska få en undersökning utförd av läkare som i sitt arbete ersätts med allmänna medel. I princip innebär det att patienterna har ett stort urval av mottagningar dit de kan vända sig. Men i praktiken när det gäller sexuellt överförda infektioner, blir det i första hand husläkarmottagningar, ungdomsmottagningar, MVC, akutmottagningar inom primärvården och på sjukhus, samt specialmottagningar såsom Sesam-mottagningarna, infektionskliniken hivmottagning och Venhälsan. Även inom beroendevården sker testning. Det är viktigt med hög tillgänglighet och att undersökning kan göras skyndsamt och anonymt på patientens begäran. Många är måna om särskild sekretess och risken är stor att smittsamma personer inte söker sjukvården om begränsningar finns. Specialistmottagningarna ska också fungera som remissinstans för komplicerade fall och vara navet i forskning, utveckling och kunskapsförmedling. Den nyligen genomförda resursanalysen visar att det finns tillräckligt många instanser inom SLL för att motsvara behovet.[6]

Aktörer

Inom länet finns ett stort antal olika aktörer som arbetar med att förebygga hiv och övriga STI. Nedan följer en kort presentation av dessa.

Asylsjukvården

Alla asylsökande erbjuds ett hälsosamtal med provtagning enligt smittskyddsenhetens rekommendationer. Undersökningen ska erbjudas så snart som möjligt efter ankomst till Sverige. Vissa anhöriginvandrare har också tillgång till denna tjänst. Uppdraget utförs av upphandlad vårdgivare.

Beroendevården

Inom beroendevården erbjuder mottagningar provtagning alternativt slussar till närliggande verksamheter där provtagning sker. Inom delar av beroendevården finns flera riktade verksamheter; bland annat en enhet som riktar sig till missbrukande ungdomar som tar risker med droger och sexualitet. En annan mottagning vänder sig till gravida kvinnor med missbruk/beroende och bedriver arbetet i nära samarbete med kvinno- och infektionskliniken. En samverkansavdelning för personer med missbruk och infektionsproblematik drivs gemensamt av beroendevården och infektionskliniken. En vårdcentral för hemlösa bedriver uppsökande verksamhet och lotsar personer i fortsatt behov av vård vidare.

Frivilligorganisationer

Ett flertal frivilligorganisationer arbetar med STI- och hivprevention. Uppsökande arbete, information om smittspridning, kondomutdelning och stödjande insatser för hivinfekterade och deras närstående samt personer med riskbeteende är några av de insatser som görs med bland annat stöd av statsbidrag för STI- och hivprevention. Några av de större aktörerna inom Stockholms län är Stiftelsen Noaks Ark, RFSL Stockholm, RFSU Stockholm, Positiva gruppen och Convictus. På rikoplanen finns också Hiv-Sverige. Dessutom finns in-

vandrarorganisationer som Afrikanska Rådet i Sverige (AFRIS), Afrosvenskarnas riksförbund och Somaliska hälsoteamet m.fl. som organiserar invandrare från olika länder i hög-endemiska områden.

Hivmottagningar

Behandling av hivinfekterade personer är koncentrerad till infektionskliniken på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge samt Venhälsan på Södersjukhuset. Kuratorer på sjukhusen erbjuder psykosocialt stöd till hivpositiva barn och vuxna. Vid Hiv Centrum Karolinska Huddinge finns en nystartad mottagning för tonåringar som överförs från barnklinik till vuxenklinik. En särskild stödverksamhet för hivinfekterade ungdomar och unga vuxna finns vid barnkliniken Karolinska Huddinge som vänder sig till målgruppen i hela landet.

Husläkarmottagningar

På husläkarmottagningarna utförs provtagning av STI och hiv samt smittspårning.

Häktesprojektet

Organiserar testning, vård och uppföljning av STI/hiv och hepatiter inom häktena i region Stockholm.

Lafa (Landstinget förebygger aids)

Lafa, enheten för sexualitet och hälsa, har till uppgift att förhindra spridning av hiv och andra STI, förebygga oönskade graviditeter och främja sexuellt välbefinnande och hälsa. Lafa är ett regionalt kunskaps- och metodcentrum för personer som arbetar med sex och samlevnad i Stockholms län, exempelvis inom skola, fritidsverksamhet, ungdomsmottagningar, vården och frivilligorganisationer. Lafa arbetar dessutom direkt till målgrupperna med annonskampanjer, webbplatser och festivaler. De målgrupper som Lafa riktar sig till är ungdomar och unga vuxna, män som har sex med män, invandrare, flyktingar samt patienter inom primärvården. Verksamheten består av fyra större delar; utbildningsprogram med kurser och seminarier, metodutveckling till stöd för sex- och samlevnadsarbete, kommunikationsinsatser samt kondomverksamhet.

Mödravårdscentraler (MVC)/Barnmorskemottagningar

MVC-mottagningar vänder sig till alla kvinnor över 23 år och alla gravida. Förutom graviditetsrelaterade undersökningar ingår i uppdraget preventivmedelsrådgivning, gynekologiska kontroller, provtagning samt smittspårning.

Sesamenheter

Sesamenheterna finns på de fyra stora akutsjukhusen i länet och har specialistkompetens på sexuellt överförda sjukdomar. Verksamheten drivs i samarbete mellan hud- och kvinnoklinikerna. Den kliniska delen präglas av att ta hand om de mer komplicerade fallen av alla sexuellt överförda infektioner från primärvården. Mottagningarna bildar vårdkedja med och utgör en kunskapsresurs för framförallt ungdomsmottagningarna, men även husläkarmottagningarna och mödravårdsvården. Sesamenheterna bedriver sedan länge ett systematiskt utåtriktat arbete gentemot hela primärvården för att höja kompetensen att verka preventivt mot STI och oönskade graviditeter.

Skolan

Skolan har en viktig roll i det förebyggande arbetet för sexuell hälsa eftersom man når alla ungdomar genom den obligatoriska sex- och samlevnadsundervisningen. Även skolhälsovården och elevvården*) är viktiga aktörer i detta förebyggande arbete.

Smittskyddsenheten

Smittskyddsenheten arbetar för att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Arbetet är länsövergripande och det sker genom epidemiologisk övervakning, smittspårning, information och utbildning. I uppdraget ingår även att bistå allmänheten med råd och upplysningar i smittskyddsfrågor. Verksamheten regleras i smittskyddslagen.

STI-mottagningar utanför sjukhus

Två mottagningar, Sesam City och RFSU-kliniken vänder sig i första hand till unga vuxna för provtagning, rådgivning och smittspårning. Sesam City är en centralt belägen drop-inmottagning som drivs av kvinnokliniken i samverkan med hud- och infektionsklinikerna vid Karolinska Universitetssjukhuset, medan RFSU-kliniken har både planerade besök och drop-inmottagning. Därutöver finns en sex- och samlevnadsmottagning för män, i första hand över 23 år, Järva mansmottagning, som erbjuder provtagning, kondomsamtal, sexologisk rådgivning och psykosocialt stöd. Hälsofrämjande information och utbildning erbjuds till föreningar och SFI-skolor (svenska för invandrare).

Stockholms stads socialtjänstförvaltning.

Inom Stockholms stads prostitutionsenhet finns en mottagning dit personer, i huvudsak kvinnor, som är utsatta för prostitution och trafficking erbjuds bland annat rådgivning, stödsamtal, provtagning samt gynekologisk undersökning.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar vänder sig till ungdomar och unga vuxna mellan 12 och 23 år. De arbetar förebyggande, behandlande och med smittspårning. Ungdomsmottagningarna ska bedriva utåtriktat förebyggande arbete och bl.a. vara ett komplement till skolornas sex- och samlevnadsarbete.

Venhälsan

Förutom att vara en hivmottagning bedriver Venhälsan även STI-verksamhet riktad till MSM.

*) Utöver skolsköterska och skolläkare som ingår i skolhälsovården omfattar elevvården även skolkurator och skolpsykolog.

Kapitel 3. Hälsofrämjande och förebyggande insatser – handlingsprogram

Inledning

I detta kapitel presenteras handlingsprogrammet för STI/hivprevention för tio olika målgrupper. För var och en av dessa målgrupper har ett komplett handlingsprogram utarbetats (se avsnitt om planstruktur i inledningskapitlet). Avsikten är att de tio målgruppsvisa handlingsprogrammen samtidigt som de utgör delar av en helhet, också ska kunna fungera fristående från varandra. Därmed avses att de ska kunna läsas vart och ett för sig och ge en helhetsbeskrivning av den verksamhet som eftersträvas för målgruppen ifråga.

Val av målgrupper

De valda målgrupperna stämmer väl överens med dem som anges i den Nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Regeringens proposition 2005/06:60). Den nationella strategin lyfter särskilt fram sju målgrupper och de återfinns även i detta handlingsprogram. Det gäller:

- Ungdomar och unga vuxna
- Män som har sex med män
- Personer med utländsk bakgrund
- Personer med injektionsmissbruk
- Gravida kvinnor
- Personer som är utsatta för prostitution
- Utlandsresenärer

Därutöver sätter handlingsprogrammet fokus på ytterligare tre grupper i det STI/hiv-preventiva arbetet som gjorts till egna målgrupper, nämligen:

- Personer som testar sig för STI/hiv
- Hivpositiva vuxna och barn.
- Allmänheten

Huvudsakliga skäl för att göra dem till egna målgrupper:

Generös och lättillgänglig testning och ett professionellt omhändertagande är av stor betydelse för att tidigt upptäcka nya fall av hiv/STI och ge bästa möjliga vård till dem som drabbats. Test-/provtagningstillfället och efterföljande samtal kring resultatet ger också möjlighet att nå personer med information och rådgivning inklusive skydd mot oönskad graviditet.

I Stockholms län finns närmare 3 000 personer som är hivpositiva varav cirka 50 barn i åldrarna upp till 18 år. Under senare år har det kommit till/upptäckts mellan 150 och 240 nya fall per år. Tack vare bra hivmediciner kan de flesta leva ett ganska normalt liv, men därigenom finns också flera som kan vara smittsamma under längre tid.

Många bland allmänheten nås via programmen för de nio övriga målgrupperna, men en grundläggande framgångsfaktor i ett förebyggande arbete är att den allmänna medvetenheten om hiv och STI är stor bland befolkningen och att frågorna finns på samhällsagendan.

De mera individ- och gruppinriktade insatser som görs till olika målgrupper behöver stöd av insatser som vänder sig till alla i samhället.

Handlingsprogrammets uppbyggnad

Handlingsprogrammet för varje målgrupp består av en inledande presentation av målgruppen och en beskrivning av den aktuella situationen för målgruppen ifråga i Stockholms län. Därefter följer själva programdelen som anger en vision och ett huvudmål för det preventiva arbetet med målgruppen under planperioden fram t.o.m. 2013. Därunder anges ett antal delmål för olika delar av arbetet, åtgärder för att nå delmålen samt vem som ansvarar för genomförandet av respektive åtgärd.^{*)}

Till målen och åtgärderna har kopplats indikatorer som ska användas för att skapa mätbarhet och möjliggöra uppföljning av verksamheten.

Överlappning mellan de olika målgrupperna och programmen

Mellan de olika målgrupperna finns en betydande överlappning. Samma individ kan t.ex. tillhöra målgrupperna ungdomar och unga vuxna, män som har sex med män och personer med utländsk bakgrund. Detta leder till att det också finns en viss upprepning av de åtgärder som föreslås i de olika programmen.

Prioriterade insatser

De insatser som anges i handlingsprogrammen är valda och kombinerade med avseende på att det samlade resultatet ska bli så bra som möjligt. Utifrån dessa utgångspunkter kan man således säga att alla de åtgärder som anges i programmen är prioriterade som delar av en helhet. I ett handlingsprogram som sträcker sig över fem år är det också naturligt att tyngdpunkten mellan de olika åtgärderna växlar över tid och att det finns en logisk ordningsföljd mellan vissa av de föreslagna insatserna.

Några insatsområden har dock givits särskilt hög prioritet vid tillskapandet av handlingsprogrammen för de tio målgrupperna. Det gäller att utveckla rutiner för mera lättillgänglig och målgruppsanpassad testning/provtagning och att bland annat genom personalutbildning nå en höjd kvalitet på rådgivningen.

För asylsökande, flyktingar, anhöriginvandrare och andra migranter måste landstinget utveckla arbetet så att fler och om möjligt alla nås av hälsosamtal och erbjudande om testning för hiv, hepatit B och C samt syfilis och tuberkulos. År 2008 var det 30 procent av de asylsökande som genomgick hälsosamtal i länet.

Ett förslag som diskuterats i arbetet med handlingsprogrammet är att Stockholms läns landsting startar ett sprutbytesprogram för att ge personer med injektionsmissbruk möjlighet att erhålla steril injektionsutrustning och därigenom minska spridning av såväl hiv som olika hepatiter. Frågan är föremål för en särskild utredning som pågår inom landstinget.

Av grundläggande betydelse är de breda befolkningsinriktade insatser som syftar till att förebygga att någon överhuvud taget smittas av hiv eller andra STI. Prioriterade insatser

^{*)} Se vidare under rubriken Ansvar för genomförande och uppföljning av handlingsprogrammet i kapitel 1 sid 13-14.

med detta syfte är att ge stöd till skolornas sex- och samlevnadsundervisning, öka allmänhetens och andra specifika målgruppernas kunskaper om hiv, STI och oönskade graviditeter samt insatser för att öka kondom användningen. Dessa insatser är redan etablerade i länet och behöver vidmakthållas och vidareutvecklas.

Konsekvensanalys

Utgångspunkten för handlingsprogrammet är att huvuddelen av de åtgärder som föreslås ska rymmas inom befintliga resursramar för det förebyggande arbetet.

Viktiga förutsättningar för att klara detta är ett aktivt planerings- styrnings- och uppföljningsarbete som tillser:

- att genomförandet av de föreslagna åtgärderna fördelas över (hela) planperioden. Alla de åtgärder som nämns i de målgruppsvisa handlingsprogrammen kan inte inledas under planperiodens första år utan förutsätter ett successivt genomförande under flera år.
- att insatserna samordnas mellan de aktörer som fått det operativa ansvaret enligt handlingsplanen så att tillgängliga resurser används optimalt
- att resultatet av olika steg i en utvecklingskedja följs upp noggrant och kan omprövas om de uppnådda resultaten inte motsvarar de förväntade. I handlingsprogrammet finns ett flertal åtgärder som förutsätter arbete i flera steg. Det vanligaste är att de inleds med ett utvecklingsarbete vars resultat sedan ska användas i en genomförandeprocess i form av utbildningar, informationsinsatser etc varefter de till sist avslutas med en utvärdering.

Några insatsområden kräver resurstillskott utöver befintliga ramar.

Det gäller för det prioriterade insatsområdet att utveckla rutiner för mera lättillgänglig och målgruppsanpassad testning/provtagning och att nå en höjd kvalitet på rådgivningen. Ökad tillgänglighet innebärande längre öppethållande för mottagningar i form av kvällsöppet, sommaröppet etc kan medföra ökade kostnader för dessa enheter. Erbjudande om testning till utökade målgrupper t.ex. gravida kvinnor och deras partner kan också vara kostnadsdrivande. Likaså kan de utbildningssatsningar som är förknippade med höjd kvalitet på rådgivningen kräva extra resurstillskott. Det gäller också kommunikationsinsatser för att öka medvetenheten om STI/hivfrågor.

Ett annat insatsområde där målen i handlingsprogrammet medför krav på förändrad inriktning och struktur, utökad verksamhet och sannolikt ökade resurser är att fler och om möjligt alla asylsökande, flyktingar, anhöriginvandrare och andra migranter ska nås av hälso-samtal och erbjudande om testning för hiv, hepatit B och C samt syfilis och tuberkulos.

Under förutsättning att förslaget i handlingsprogrammet att starta ett sprututbytesprogram inom Stockholms län införs måste det finansieras med resurser utöver befintliga ramar. Frågan utreds i särskild ordning och de kostnadsmässiga konsekvenserna belyses i samband därmed.

3.1 Ungdomar och unga vuxna

I Stockholms län finns 2008 236 000 ungdomar i åldrarna 10 – 19 år och 260 000 unga vuxna i åldrarna 20 – 29 år. Totalt ingår således nära en halv miljon av Stockholms läns landstings 1,9 miljoner invånare i denna målgrupp.

Förändringar i samhälle och livsstil har inneburit förlängd ungdomstid med uppskjuten familjebildning. Låg kondomanvändning i kombination med tätare byte av sexualpartner medför en ökning av sexualitetens hälsorisker såsom överförda infektioner och oönskade graviditeter. Regelbundna studier visar att det ungdomar är mest oroliga för vid samlag är graviditet, medan betydligt färre oroar sig för sexuell smitta, trots att klamydia ökat kraftigt de senaste 10 åren.[16] Det är viktigt att man i rådgivning kring preventivmetoder och även graviditetstest alltid tar upp frågan om smittskydd och vid behov aktivt erbjuder testning av STI och hiv. Nuvarande kondomanvändning på ca 30 procent, är ur ett hälsoperspektiv otillräcklig.

Det primärpreventiva arbetet som riktar sig till ungdomar och unga vuxna i länet kanaliseras huvudsakligen via Lafa (Landstinget förebygger aids). Arbetet förutsätter tillgänglighet till och god kvalitet på:

- sex- och samlevnadsundervisning i skolan (börja tidigt innan puberteten)
- ungdomsmottagningar (ska passa/attrahera bägge könen oavsett ursprung och sexuell preferens)
- smitt- och graviditetsskydd till låg kostnad.

Ungdomar får informationen om preventivmedel och sexuellt överförda infektioner i skolan, på ungdomsmottagningen, via media och internet. Skola och internet är viktigaste informationskällan för unga män och för ungdomar med invandrarbakgrund medan ungdomsmottagningen och andra typer av media bäst når de unga kvinnorna.[16] Diskussioner kring sexualitet och hälsa bör påbörjas tidigt redan innan ungdomarna debuterat sexuellt.[15]

De unga vuxna svarar för de flesta aborterna och de flesta könssjukdomarna. Det är den åldersgrupp i Stockholms län som kommer att öka mest fram till 2013. Gruppen har ingen gemensam arena för preventivt arbete som skola och ungdomsmottagningar och är därför svårare att nå. Individuellt riktade kampanjer, samarbete med högskolor och universitet och direkt information på vårdcentraler, närakuter, specialistmottagningar och sjukhus är några av de metoder som står till buds.

VISION

Unga män och kvinnor i Stockholms län tar ansvar för sin egen och sin(a) partners sexuella och reproduktiva hälsa.

Huvudmål

Minska antalet fall av STI och oönskade graviditeter bland ungdomar och unga vuxna.

Delmål 1.1 Ge ungdomar och unga vuxna färdigheter och bred och likvärdig kunskap om sex och samlevnad och prevention

Åtgärd	Ansvarig
Utbildning/handledning/information i sex och samlevnad, STI prevention och förebyggande av oönskade graviditeter till lärare, kuratorer, fritidsledare, barnmorskor och andra vuxna som arbetar med ungdomar	Lafa
Vidareutveckla metoder och utarbeta kriterier för att kvalitetssäkra sex- och samlevnadsarbetet på grundskolor och gymnasieskolor	Lafa i samverkan med Skolmyndighet
Information till målgruppen via interaktiva internetsajter	Lafa
Regelbundet genomföra studier om ungdomar och unga vuxnas kondomanvändning, testning, attityder, riskbedömning mm	Lafa med stöd av Socialstyrelsen
Vidareutveckla strategier att nå unga med särskilda behov, PIN, hbt, utomeuropeiskt ursprung m.fl.	Lafa

Delmål 1.2 Ökad tillgång för ungdomar och unga vuxna till ungdomsvänliga mottagningar för rådgivning och provtagning kring STI och oönskade graviditeter

Åtgärd	Ansvarig
Erbjuda testning av hiv/STI inom högst tre dagar – vid symtom samma dag.	Resp. mottagning
Ökad tillgänglighet genom drop-inmottagningar, öppet hus, kvällsöppet, sommaröppet och möjligheter att boka tid via nätet.	Sesam, UM, MHV
Metodutveckla smitt- och graviditetsrådgivning (motiverande samtal)	Sesam, UM, Lafa
Genomföra attitydpåverkande kampanjer om testning, t ex Klamydiamåndagen	Lafa
Uppdatera kunskapen om STI och preventivmedel bland vårdpersonal i primärvården	Sesam huvudansvarig SME, UM, Lafa, Mösam
Klamydia/hivtestning, smittspårning och motiverande samtal ska ingå som del i rutinverksamheten på samtliga vårdcentraler	Resp. vårdcentral
Kvalitetssäkra mottagningarnas STI-verksamhet och rådgivningssamtal om smitt- och graviditetsskydd	Sesam, UM

Delmål 1.3. Öka antalet ungdomar och unga vuxna, särskilt unga män, som testar sig för klamydia och andra STI

Åtgärd	Ansvarig
Pröva och utvärdera klamydiatest via nätet	HSNf
Pröva nya arenor för testning, t ex testbussar, on-sitetestning på ungdomsfestivaler, fotbollskvällar	Lafa, Sesam
Utveckla och implementera metoder för att nå unga män med budskap om testning inklusive snabbtester.	Sesam, Lafa, Venhälsan, JMM, mfl
Ge information om smittskyddslagen	Vårdguiden, SME, alla mottagn som arb med STI

Delmål 1.4 Öka användningen av kondomer och andra graviditetsskydd

Åtgärd	Ansvarig
Lättillgänglig information om hiv/STI, smitt- och graviditets-skydd i olika medier	Lafa, JMM, UM, Sesam, VC, Venhälsan, SME m fl
Metodutveckla kondomsamtalet för rådgivare och smittspårare (motiverande samtal)	JMM, Lafa, Sesam, Venhälsan
Gratis utdelning av kondomer och möjlighet till komdomsamtal på skolor, fritidsgårdar, ungdomsmottagningar, Sesammottagningar, vårdcentraler, krogar, klubbar och andra offentliga platser.	Lafa i samarbete med alla utdelningsställen i länet
Kondomcertifiering av vårdcentraler och andra mottagningar efter genomgången kondomskola	Lafa
Erbjuda alla högstadie-/gymnasieskolor samarbete med närmaste UM	Lafa ansv. samordn, UM

Delmål 1.5 Öka antalet arenor där gruppen unga vuxna kan nås

Åtgärd	Ansvarig
+ 23-kampanjen, ett årligt informationsutskick till dem som fyller 23 år.	Lafa
Kondomkampanj för unga vuxna t.ex. på resebyråer och internet	Lafa
Utveckla och utvärdera arbetet med målgruppen unga vuxna för att hitta adekvata arenor och budskap	Lafa, Sesam

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för mål-grupp/delmål	Anmärkning/ kommentar
Antalet fall av aborter, hiv, klamydia och andra STI i målgruppen fördelat på ålder och kön.	SME, Lafa	Huvudmålet	Huvudmålen för målgrupp 2, 3, 5	Uppdelat på åldersgrupper
Väntetid för hiv/STI-test	Resp. mottagn.	1:2	jfr 2:1	
Antal mottagningar som har drop-in-mottagning, kvällsmottagning, sommaröppet etc (i enlighet med målgruppens behov)	Resp. mottagn.	1:2		

Andel av samtliga Ungdomsmottagningar och Sesammottagningar som kvalitetssäkras årligen	HSNf/UM, Sesam	1:2		
Antalet unga kvinnor respektive män som testat sig för klamydia	Lab	1:3		
Antal vårdcentraler och husläkarmottagningar som har kondomutdelning	Lafa	1:4	jfr 3:2	
Andel av berörd vårdpersonal som har utbildats i metoden motiverande samtal.	Lafa	1:4		

Kompletterande mått som kräver särskilda studier

Mått	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Andel av länets mellanstadie-, högstadie- och gymnasieskolor som uppfyller angivna kriterier för sex- och samlevnadsarbete	Lafa	1:1	jfr 2:4	Förutsätter utvecklingsarbete enl punkt 1.1
Andel ungdomar och unga vuxna som anger att de fått rådgivning i samband med testning, vård och behandling av klamydia	HSNf	1:2		Uppgifter föreslås inhämtas genom att lägga till fråga i patientenkäten.
Andelen unga män (15-24 år) som uppger att de använt kondom vid senaste samlaget	Lafa	1:4	jfr 2:2	Lafa kan ta in dessa uppgifter genom årlig studie
Andel av länets högstadie- och gymnasieskolor inklusive friskolor som har kondomutdelning på skolan	Lafa	1:4		Register på Lafa
Andel av alla 23-åringar som under året fått information om mottagningar och säkrare sex	Lafa	1:5		Årligt utskick till alla som fyller 23 år.

3.2 Män som har sex med män

Män som har sex med män är den grupp i Sverige som drabbats hårdast av hiv/aids. Flertalet av dem lever i storstäder. Prevalensen av andra STI som gonorré och syfilis är också hög i denna grupp.

Redan tidigt riktades omfattande förebyggande insatser i länet till män som har sex med män, till stor del i frivilligorganisationernas regi. På grund av de påtagliga konsekvenserna av hivpidemin med många dödsfall i gruppen och även som en följd av de förebyggande insatserna ändrade männen sitt sexuella beteende och säkrare sex blev en norm. Hiv och även gonorré och syfilis minskade i gruppen. Under slutet av 1990-talet ändrades attityden till hivinfektion och andra sexuellt överförda infektioner. Risktagandet ökade och är idag större än tidigare. En bidragande orsak kan vara de effektiva hivmedicinerna, vilka gör att man inte längre ser hiv som en dödlig infektion. Hivinfektionen blir mindre synlig och närvarande, trots att det idag är fler män som har sex med män som lever med hiv än någonsin tidigare.

Män som har sex med män löper stor risk att träffa på en hivinfekterad partner. Därför har de behov av goda kunskaper om sexualitet och säkrare sex. De behöver också adekvat information om vad hivinfektion innebär och vad livslång behandling med hivläkemedel kan medföra när det gäller livskvalitet och biverkningar. Framför allt unga homosexuella som drabbas av omgivningens okunskap och bristande acceptans kan vara dåligt rustade inför sin sexuella debut, t ex när det gäller kondomanvändning. Skol- och vårdpersonal är exempel på yrkesgrupper som behöver ökad hbt-kompetens.

Män som har sex med män och som kommer från kulturer där homosexualitet inte erkänns eller är förbjudet behöver stöd och information för att undvika att smittas av sexuellt överförda infektioner.

Andelen homosexuella i en befolkning brukar uppskattas till mellan 2 och 7 procent. I en undersökning bland 14 – 29-åringar i Stockholms län år 2006 svarade 8 procent av männen att de föredrar en sexpartner av samma kön och 4 procent svarade att de var bisexuella.[8] Samma studie visade också att homo- och bisexuella ungdomar hade haft fler partner än andra. Homo- och bisexuella ungdomar är mindre nöjda än övriga med sex- och samlevnadsundervisning kring frågor om homo- och bisexualitet. De vill främst ha mer undervisning om sexuella trakasserier och sexuell läggning än andra. Men liksom övriga ungdomar anser de att frågor om könssjukdomar och preventivmedel är viktigast.

Regeringen har i sin proposition om nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar sagt att det är viktigt att landstingen inte förlitar sig på att det förebyggande arbetet till målgruppen män som har sex med män enbart hanteras av frivilligorganisationer utan sker i samarbete med landstingen. I Stockholms län sker redan ett sådant samarbete när det gäller primärprevention.

VISION

Alla män som har sex med män (MSM) i Stockholms län skyddar sig och varandra mot hiv/STI.

Huvudmål

Minska antalet nya fall av hiv/STI bland MSM i länet

Delmål 2.1 God tillgänglighet till MSM- kompetenta mottagningar för rådgivning, testning och smittspårning av hiv/STI.

Åtgärd	Ansvarig
Erbjuda testning av hiv/STI inom högst tre dagar – vid symtom samma dag.	Respektive mottagning
Erbjuda utökade möjligheter till snabbtest av hiv med adekvat rådgivning	Respektive mottagning
Genomföra kampanjer för att få MSM att komma till mottagningar för rådgivning och testning av hiv/STI (öka antalet MSM som tidigt får kännedom om sin hivstatus)	Lafa, Venhälsan/
Öka tillgängligheten genom drop-in-mottagningar, kvällsöppet, sommaröppet, onsite-testning och möjlighet att boka via nätet mm.	Sesam, UM, Venhälsan
Utveckla kriterier för MSM-kompetens och kvalitetssäkra mottagningar som utför test och bedriver rådgivning kring hiv/STI.	Sesam, UM, Venhälsan
Utveckla, genomföra och utvärdera kurser för att öka MSM-kompetensen och kunskapen om adekvat provtagning på mottagningar som utför test och rådgivning kring hiv/STI inom hälso- och sjukvården	Venhälsan, Sesam, UM, Lafa
Kontinuerligt genomföra studier av bemötande, tillgänglighet, önskemål etc	Venhälsan, Sesam, UM
Erbjuda behovsanpassad hälsovård till män som säljer sex till män	Venhälsan i samarbete med Prostitutionsenheten (se sid 52)

Delmål. 2.2. Öka kunskapen om sexuellt risktagande och om metoder för riskhantering bland MSM

Åtgärd	Ansvarig
Tillhandahålla gratis kondomer och glidmedel inom hälso- och sjukvården och på viktiga mötesplatser för MSM	Lafa i samarbete med frivilligorganisationer
Utveckla och utbilda berörd personal samt utvärdera kondomsamtalet .	Lafa huvudansvarig, JMM, Sesam, Venhälsan, UM
Genomföra kampanjer om metoder för riskhantering där hivpositiva delar med sig av sina erfarenheter.	Lafa, Venhälsan i samarbete med PG
Genomföra kampanjer som ökar kondomens status	Lafa

Utveckla nya metoder i samarbete med målgruppen för att kommunicera kring sexuellt risktagande och metoder för riskhantering.	Lafa huvudansvarig, JMM, UM, Sesam, Venhälsan m fl
---	--

Delmål 2.3 Öka kunskapen om sexuellt risktagande och utveckla och genomföra metoder för att nå MSM som tar stora sexuella risker.

Åtgärd	Ansvarig
Genomföra en studie med MSM som tar stora risker och ta reda på vilka behov de har.	Lafa, Venhälsan
Utveckla och pröva metoder utifrån de resultat studien antyder samt utvärdera dessa metoder	Lafa, Venhälsan
Hiv-förebyggande aktivitet till MSM som söker för annan STI.	Sesam, Venhälsan

Delmål 2.4 Öka kunskapen om hiv/STI, sex och samlevnad och säkrare sex framför allt bland unga MSM 15 -25 år

Åtgärd	Ansvarig
Utveckla kriterier för hur hbt-frågor ska inkluderas i ett bra sex- och samlevnadsarbete på högstudier och gymnasier .	Lafa
Utveckla kriterier för hbt-kompetens på ungdomsmottagningar och öka hbt-kompetensen i länet bl a genom att erbjuda kvalitetssäkrade utbildningar för personalen	Sesam, UM, Lafa
Utveckla, genomföra och utvärdera samtalsgrupper kring säkrare sex	Sesam, Venhälsan, UM
Utbilda landstingspersonal i att föra beteendeariktade samtal inkluderande riskvärdering kring sekundärprevention	Lafa, Venhälsan
Genomföra kampanjer för att få unga MSM att komma till ungdomsmottagningar och andra mottagningar för rådgivning och testning av hiv/STI	Lafa kampanjansvarig, Venhälsan/

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Antalet nya fall av hiv/STI bland MSM i länet	SME	Huvudmålet 2:3	Jfr huvudmål för målgrp 1, 2, 3 och 5	
Väntetid för hiv/STI-test	Resp. mottagning	2:1	jfr 1:2	

Kompletterande mått som kräver särskilda studier

Mått	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Kondomanvändning bland MSM i länet.	Lafa	2:2	Jfr 1:3	Lafa kan ta in dessa uppg gm årl studie Definiera måttet
Andel av länets högstadie- och gymnasieskolor som uppfyller angivna kriterier för sex- och samlevnadsarbete när det gäller hbt-frågor	Lafa	2:4	Jfr 1:4	Förutsätter utvecklingsarbete enl punkt 2.4
Andelen MSM som uppger att de känner sin hivstatus p g a att de testat sig under senaste halvåret	Venhälsan, SME	2:1		

3.3 Personer med utländsk bakgrund

I Stockholms län fanns vid årsskiftet 2006/2007 491 976 personer med utländsk bakgrund som representerade 181 olika länder. Med utländsk bakgrund menas att man antingen är utrikes född eller att man är född i Sverige med båda föräldrarna födda utomlands.

De flesta i Stockholms län som är födda utanför Sverige är från Finland. Andra stora grupper är födda i Irak, Iran, Turkiet och Polen. Många kommer från områden med högre hivprevalens än Sverige.

Av de hivfall som anmälts som smittade utomlands har mer än hälften smittats innan de flyttade till Sverige. Gruppen utgör två tredjedelar av dem som i Sverige rapporterats ha hivsmittats genom heterosexuell kontakt. Under 2008 har andelen nyanlända från områden med hög prevalens av hiv ökat. Enligt prognoser från Migrationsverket kommer antalet asylsökande under perioden 2009 – 2010 att vara cirka 23 000 per år och därefter sjunka till cirka 20 000 per år.

Personer i Sverige med anknytning till områden med hög hivprevalens riskerar att smittas vid besök i sina hemländer. Vid återkomst till Sverige finns det risk för att dessa nysmittade personer är höggradigt smittsamma och för smittan vidare till sexualpartner i Sverige.

De flesta hivsmittade som kommer till Sverige vet inte om att de bär på viruset. Det finns en tendens till fördröjd hivtestning i gruppen personer med utländsk bakgrund, vilket kan försena diagnos och behandling och öka risken för att smittan förs vidare. Bristande kunskaper om STI/hiv, den svenska hälso- och sjukvården, t.ex. möjligheten att testa sig anonymt, liksom rädsla för diskriminering och stigmatisering av personer med hiv riskerar att bidra till fördröjd diagnos. En orsak till sen diagnos är också sjukvårdens bristande uppmärksamhet på tidiga symtom.

Personer som vistas i Sverige ”utan papper”, utgör en särskilt utsatt riskgrupp som är mycket svår att nå med förebyggande insatser. Chefläkargruppens riktlinjer i avvaktan på regeringens beslut om vård till gömda/papperslösa flyktingar ger rätt till all akut sjukvård och återbesök, behandling av livshotande sjukdomar, akut psykiatrisk vård samt mödrahälsovård till gravida.

Andra riskutsatta grupper bland personer med utländsk bakgrund är ensamkommande ungdomar, gäststudenter och prostituerade män och kvinnor från områden med hög hivprevalens samt män som har sex med män. Bristande kunskaper och tabun kring sexualiteten, exempelvis kring homo- och bisexualitet, gör det angeläget att nå dessa med information om STI/hiv, smitt- och graviditetsskydd samt tillgång till kondomer.

Enligt nationella mål ska hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare identifieras inom två månader och för de övriga grupper som har vistats i områden med hög prevalens, inom sex månader.

Hälsoundersökningar, som bl.a. syftar till att identifiera smittsamma sjukdomar som hiv, ska enligt en överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting och regeringen erbjudas alla flyktingar och asylsökande. År 2008 genomgick i genomsnitt mindre än hälften av de asylsökande i Sverige hälsoundersökning och i Stockholms län var det bara 30 procent.

VISION

Personer med utländsk bakgrund har kunskap om hälso- och sjukvården i länet, STI/hiv och hur man skyddar sig mot oönskade graviditeter.

Huvudmål

Minska antalet fall av smitta med STI/hiv samt oönskade graviditeter i målgruppen personer med utländsk bakgrund efter ankomst till Sverige.

Delmål 3.1 Öka andelen nyanlända som deltar i hälsosamtal och testning.

Åtgärd	Ansvarig
Strukturera samarbetet mellan migrationsverket, vårdgivare och resp. mottagning som möter nyanlända	SME, resp. mottagning
Förbättra tillgänglighet och service på mottagningar som erbjuder hälsosamtal och testning	Resp. mottagning
Utveckla metoder i samarbete med frivilligorganisationer för att motivera målgruppen att delta i hälsosamtal och testning.	Lafa, SME i samarbete med Transkulturellt Centrum

Delmål 3.2. Öka kunskapen om STI/hiv prevention, graviditetsskydd och sexualitet bland personer med utländsk bakgrund.

Åtgärd	Ansvarig
Ta fram information om hiv/STI, kondomanvändning, graviditetsskydd mm på olika språk och enkel svenska (olika medier)	Vårdguiden, Lafa
Erbjuda samarbete med SFI/IVIK-skolor om sex och samlevnad, STI/hiv-prevention	Lafa, JMM
Erbjuda invandrarorganisationer samarbete om hiv/STI- prevention och kondomdistribution.	Lafa
Identifiera nya arenor och utveckla nya metoder för att nå ut med hiv/STI-prevention till målgruppen.	Lafa

Delmål 3.3. Ökad kunskap om STI/hiv och förbättrad transkulturell kompetens hos vårdpersonal som möter målgruppen.

Åtgärd	Ansvarig
I uppdragsbeskrivningar vid upphandling av hiv/STI-testning, rådgivning och behandling inkludera krav på transkulturell kompetens hos vårdpersonalen.	HSNf
Öka vårdpersonalens kunskap om hiv/STI-testning, rådgivning och behandling	SME, Sesam, Infektionskliniken
Kvalitetssäkra mottagningarnas arbete kring hiv/STI-testning, rådgivning och behandling.	Resp. mottagning Samordnare måste tillsättas

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Andel av länets nyanlända som A) genomgått hälsosamtal och B) blivit testade	HSNf	Huvudmålet, 3:1		Hög prioritet OBS två mått!
Andel av mottagningar som kvalitetssäkrat sin verksamhet avseende hiv/STI-testning, rådgivning och behandling	SME	3:3	Jfr 1:1	

Kompletterande mått som kräver särskilda studier

Mått	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Andel av personalen på länets SFI/IVIK-skolor som deltagit i utbildning kring hiv/STI, sex och samlevnad, prevention, graviditetsskydd mm.	Lafa	3:2		Uppföljning via detta mått sker i samarbete med Stockholms stad
Andel av elever på länets SFI-skolor som fått undervisning kring hiv/STI, sex och samlevnad, prevention, graviditetsskydd mm.	Lafa, KSL	3:2		

3.4 Personer som testar sig för STI/hiv

Många vänder sig till vården för testning av hiv och andra STI. Varje år upptäcks i Stockholms län nära 12 000 nya fall av olika sexuellt överförda infektioner som omfattas av smittskyddslagen, d.v.s. hiv, klamydia, gonorré och syfilis. Dessutom upptäcks och behandlas minst lika många andra sexuellt överförda infektioner som kondylom, herpes m.fl. Det är viktigt att landstinget har god tillgänglighet och erbjuder professionellt och snabbt omhändertagande för dem som söker vård och behandling för sexuellt överförda infektioner inklusive hepatiter. I det ingår också att erbjuda STI-patienter rådgivning när det gäller skydd mot oönskad graviditet.

Personal som möter STI-patienter ska erbjuda effektiv rådgivning och smittspårning i samband med STI-infektion bl.a. för att undvika återsmitta. Rådgivning ska också ges till patienter som testat negativt men som har ett riskbeteende. Särskild rådgivning bör sättas in då hivpositiva personer testas positivt för andra sexuellt överförda infektioner.

Testningen ska vara generös och provtagning ska ske utifrån patientens beskrivning av hur smitta kan ha överförts. Nya och enklare metoder för test ska snabbt införas om de uppfyller gällande krav på säkerhet. Ny kunskap kring testning, rådgivning och epidemiologi ska snabbt återföras till professionen.

Inom Stockholms läns landsting finns idag ett samarbete mellan Sesamenheter, Smittskyddsenheten och Lafa för att initiera och samordna arbetet kring smittskydd och förebyggande av oönskade graviditeter. Syftet är att öka rådgivningskompetensen inom sjukvården, främst inom primärvården, kring säkrare sexuellt beteende och för att ge patienterna ett bra bemötande och god behandling. Lafa har ett samordningsansvar för Sesamenheternas primärpreventiva utvecklingsarbete gentemot primärvården.

VISION

Personer som testar sig för klamydia och andra STI har möjlighet att i möte med vården få rådgivning, samtal och eventuell behandling så att de kan skydda sig mot sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.

Huvudmål

Tidigt upptäcka nya fall av hiv/STI inom länet och ge bästa möjliga vård till dem som drabbats för att undvika komplikationer och minska smittspridningen.

Delmål 4:1

God tillgänglighet till professionellt omhändertagande för dem som söker för testning av klamydia och andra sexuellt överförda infektioner.

Åtgärd	Ansvarig
Verka för god tillgänglighet och ökad provtagning för såväl kvinnor som män. Verka särskilt för att öka tillgängligheten för pojkar och unga män.	Respektive mottagning
Erbjuda testning av hiv/STI inom högst tre dagar – vid symtom samma dag	Respektive mottagning
Erbjuda befolkningen nya och enkla sätt för testning, t ex snabbtest och testning via Internet.	Sesam, Venhälsan, Infektionsklin, Vårdguiden
Utbildning/handledning/information till hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör smittskydd, STI, sexuell och reproduktiv hälsa, genus och hbt.	Sesam, Lafa
Öka kompetensen om smittskydd för dem som idag ger råd till kvinnor om preventivmedel t ex inom mödrahälsovården och andra gynnottagningar.	Sesam, Mösam
Erbjuda patienterna rådgivning i graviditetsskydd	Respektive mottagning
Genom kampanjer, t ex Klamydiamåndagen, göra befolkningen medveten om behovet av att testa sig. Se vidare målgrupp 10 Allmänheten.	Lafa
Erbjuda patienterna kondomer och glidmedel	Respektive mottagning, Lafa

Delmål 4:2. Utvecklat patientomhändertagande i samband med att sexuellt överförda infektioner upptäcks.

Åtgärd	Ansvarig
Utveckla och implementera effektiva metoder och strategier kring rådgivning behandling och smittspårning	Sesam, SME
Erbjuda personalen utbildning i samtalsmetodik för att förbättra rådgivnings-samtalet.	Lafa, Sesam, Venhälsan
Utbilda personalen i kondomsamtalet och vilka risker som finns vid återsmitta	JMM, Lafa, Sesam
Ge patienterna information om var de kan hitta/söka mer kunskap om hur man skyddar sig mot hiv/STI och oönskade graviditeter ex broschyrer och internet.	Respektive mottagning, Lafa, Sesam

Delmål 4:3 Öka kunskapen om sexuellt risktagande.

Åtgärd	Ansvarig
Undersöka orsaker till riskbeteende samt utveckla metoder och strategier för att nå patienter som tar stora sexuella risker	Lafa
Erbjuda personalen kunskap om riskbeteende och ge dem metoder att kunna kommunicera detta med aktuella patienter.	Lafa, Sesam

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Väntetid för hiv/STI-test	Resp. mottagning	4:1	jfr 1:1. 2:1	
Tid från diagnos till påbörjad kontaktsparning	Sesam, resp. mottagning	4:2		Antal dagar
Antal män som testat sig för klamydia	Resp. lab.	4:1		
Antal test som görs med snabbtest	Resp. lab.	4:1		
Antal test som görs via internet	Vårdguiden	4:1		

Kompletterande mått som kräver särskilda studier

Mått	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/ kommentar
Antalet fall av återsmitta	SME	4:2		OBS! Kan ej anv som generell indikator. Underlag måste inhämtas genom särskild studie vid aktuell enhet.

3.5 Personer med injektionsmissbruk

Antalet personer i Stockholms län som dagligen injicerar narkotika beräknas vara ca 9 000. Hälften av personerna i gruppen har missbrukat mer än 10 år och medelåldern är mellan 35 och 40 år. Flertalet använder amfetamin men cirka två tredjedelar av gruppen använder flera narkotiska preparat och var tionde är också alkoholberoende.

Droganvändning i sig innebär ett risktagande, där omedelbar behovstillfredsställelse och positiva upplevelser på kort sikt måste ställas mot risken för negativa konsekvenser på längre sikt. För att minimera risker måste droganvändaren förstå den möjliga faran, och de personliga konsekvenser som kan uppstå. Personer som injicerar narkotika och som delar injektionsutrustning (spruta, kanyl, drogblandning, filter, sked mm), utsätter sig för risken att få blodburna infektioner som hiv och hepatit. I gruppen personer som injicerar finns även sexuella riskfaktorer för överföring av smitta. Det förekommer sexuellt umgänge med flera partner, oskyddade samlag samt att sexuella tjänster säljs och köps. STI inom gruppen vuxna missbrukare är dock inget känt stort problem.

År 2008 finns cirka 400 hivinfekterade personer i Stockholms län som smittats via injektioner och en del av dessa är i aktivt missbruk. Från år 2005 till 2007 ökade antalet nydiagnostiserade hivfall med smittväg injektioner från cirka 25 till 50 personer per år, men sjönk under 2008 till ca 20. Akut hepatit B diagnostiseras hos ca 10 personer per år inom gruppen. Antalet anmälda fall av hepatit C ligger på cirka 200 per år, vilket innebär att 80 – 90 procent bland dem som injicerat narkotika är smittade. Mer än hälften smittas av hepatit C inom två år efter injektionsdebut och är då oftast i 20 – 25 årsåldern.

Vården runt personer med beroende kräver samordning. En framgångsrik metod för att organisera samarbetet runt patienter med stora hjälpbehov är Case Management som innebär att ett personligt ombud samordnar alla nödvändiga kontakter runt personen; somatisk och psykiatrisk vård, beroendevård, socialtjänst, kriminalvård och insatser av frivilligorganisationer.

Den främsta preventionen mot infektioner till följd av injicering av narkotika är självklart att sluta injicera. När detta inte är möjligt är målet för infektionspreventionen att minimera skadeverkningarna av drogberoendet. WHO använder begreppet ”harm reduction” om att förebygga eller minska negativa konsekvenser för hälsan av vissa beteenden. Exempel på ”harm reduction” kan vara att tillhandahålla steril injektionsutrustning men även att förmedla kontakt till vård för personer med missbruk såsom substitutionsbehandling av opiat- och amfetaminberoende.[14]

VISION

Personer i Stockholms län som injicerar narkotika kan skydda sig mot STI/hiv samt hepatit B och C.

Huvudmål

Minska antalet nydiagnostiserade med hiv och smittväg injektioner till < 10 per år till år 2013.
Minska antalet nydiagnostiserade hepatit C fall till <100 per år till år 2013.
Minska antalet nydiagnostiserade fall med akut hepatit B till 0 år 2013.

Delmål 5.1 Förbättrad kunskap hos personer med injektionsmissbruk om riskbete- ende och metoder för riskreduktion

Åtgärd	Ansvarig
Erbjuda steril injektionsutrustning ur smittskyddsperspektiv t.ex. genom sprututbytesprogram. (Frågan är föremål för särskild utredning som pågår inom landstinget under 2009.)	Infektionsklin, Beroendevården
Kommunicera om risk- och skyddsfaktorer vid injicering enligt strukturerad samtalsmetod och utveckla metoder för riskreduktion.	Infektionsklin, Beroendevården
Erbjuda HCV-RNA-provtagning för information om smittsamhet	Infektionsklin
Genomföra årlig blodprovskontroll av levern för de kroniskt HCV-infekterade	Infektionsklin
Smittspårning vid nydiagnostiserad HCV-infektion	Infektionsklin
Ge tillgång till behandling för HCV-infektion (även för personer med aktivt missbruk)	Infektionsklin
Fullfölja påbörjade vaccinationsprogram mot hepatit B	Infektionsklin, beroendevården

Delmål 5.2 Personer med injektionsmissbruk ska veta sin hiv- och hepatitstatus och kunna följa Smittskyddslagen (SmL)

Åtgärd	Ansvarig
Samordning av insatser för stöd till en stabil livssituation för hivpositiva	Beroendevården, Infektionsklin, SME
Erbjuda lättillgänglig och regelbunden testning	Beroendevården, Infektionsklin

Delmål 5.3 Personer med injektionsmissbruk ska känna till vikten av att använda kondom vid sexuella kontakter

Åtgärd	Ansvarig
Kondomutdelning på alla enheter inom beroendevården	Beroendevården
Kommunicera om risk- och skyddsfaktorer vid sexuellt umgänge enligt strukturerad samtalsmetod	Infektionsklin, Beroendevården
Ta fram information riktad till målgruppen (olika medier som webbsidor etc)	Lafa

Delmål 5.4 Ökad kunskap för personal som arbetar med målgruppen

Åtgärd	Ansvarig
Utbilda i sex och samlevnad samt smittspridningsvägar	Sesam, Lafa
Stödja regionala och lokala nätverk för smittskyddsfrågor	Beroendevården, Infektionsklin
Införa smittskydd i återfallspreventionskurser	Beroendevården

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Antalet nydiagnostiserade fall med hiv bland personer med injektionsmissbruk	SME	Huvudmål	Jfr huvudmål för målgrp 1, 2, 3 och 9	
Antalet nydiagnostiserade fall med akut hepatit B med smittväg injektioner	SME	Huvudmål	Jfr huvudmål för målgrp 1, 2, 3 och 9	
Antalet nydiagnostiserade fall med hepatit C med smittväg injektioner	SME	Huvudmål	Jfr huvudmål för målgrp 1, 2, 3 och 9	
Antalet påbörjade behandlingar av hepatit C < 2 år efter injektionsdebut	Infklin	5:1		
Andel HCV-smittade via missbruk för vilka smittspårning fullföljts	SME	5:1		SME begär in den informationen för de fall som anmälts som smittade via missbruk de senaste två åren.

Kompletterande mått som kräver särskilda studier

Mått	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Antalet hivtestade bland personer med injektionsmissbruk	Beroendevården, Infektionsklin	5:2		OBS! Kan ej anv. som generell indikator. Underlag måste inhämtas genom särskild studie vid aktuell enhet.
STI-prevalens inom målgruppen (klamydia, gonorré, syfilis)	Beroendevården, Lafa	5:1	Jfr huvudmålen för målgrupp 1, 2, 3 och 9	
Antalet fullföljda vaccinationer mot hepatit B/år	Beroendevården, Infektionsklin.	5:1		I väntan på Svevac måste underlag inhämtas via särskild uppföljning
Antal personer som deltar i sprututbytesprogram	Beroendevården	5:1		Osäkert vilken registrering som kan göras av deltagare i ett sådant program

3.6 Hivpositiva vuxna och barn

Vuxna

Sedan hiv började diagnosticeras och anmälas i Sverige har ca 4 800 fall rapporterats i Stockholms län. År 2008/2009 beräknas att det finns närmare 3 000 hivpositiva som lever och bor i länet. Under de senaste tio åren har det tillkommit mellan 150 och 240 nya fall varje år.

Tack vare bra hivmediciner kan de flesta hivpositiva leva ett ganska normalt liv, men därigenom finns också flera som kan vara smittsamma under längre tid. Nya och bättre mediciner med färre biverkningar bidrar dock till att man kan börja behandlingen tidigare än förut och därmed minska smittsamheten. Kunskap om hiv och hivrelaterade symtom bör finnas hos hälso- och sjukvårdspersonal för att man ska kunna upptäcka hiv hos patienter som sökt vård av annan anledning samt för att personer med en redan känd hivdiagnos ska få ett bra omhändertagande. Det är viktigt att genom generös hivtestning tidigt upptäcka nya fall så att de kan få information och utbildning kring hiv samt ges tillfälle att reflektera över frågor som rör samlevnad, sexualitet och föräldraskap. Personer med hiv behöver också stöd för att bibehålla en hög följsamhet och därmed undvika resistensutveckling.

Eftersom hiv fortfarande kan vara förknippat med stigma och diskriminering kan olika former av psykosocialt stöd behövas, såväl från andra personer med hiv som från organisationer för hivpositiva samt från personal inom vården. Hivpositiva män som har sex med män kan uppleva stigma och känna utanförskap från gaykulturen liksom hivpositiva afrikaner från sina egna landsmän och sin egen kultur. Upplevt eller förmodat utanförskap kan leda till förnekande och hemlighållande av hivinfektionen och att andra utsätts för smittöverföring.

I juli 2008 presenterades en undersökning om livskvalitet för personer som lever med hiv i Norden. [5] När det gäller frågor om sexuallivet svarade 20 – 25 procent av svenskarna att de känner stor rädsla inför att ha sex. Varannan av dem som har sex uppger att de har färre partner efter sin hivdiagnos och lika många anser det svårt att hitta en partner när hivstatusen är känd. Hälften uppger att de alltid berättar om sin hivstatus för sin sexpartner, medan 20 procent aldrig berättar om sin status om det är ett "one-night stand". Trettio procent har haft osäkert sex under det senaste året. Som anledningar anges att partnern inte ville att de skulle skydda sig, att partnern var hivpositiv, att man antog att partnern var hivpositiv, att man var alkohol- eller drogpåverkad, att man inte kände sig smittsam eller att man saknade kondom.

Tillfällen att prata om säkrare sex där man också kan få psykosocialt stöd från vården är oerhört viktigt för hivpositiva ur ett preventivt perspektiv. Hivpositiva behöver också stöd av sjukvården för att kunna behålla ett sexuellt liv, där även frågan om reproduktion ingår. I takt med att antalet hivpositiva som behöver livslång kontakt med vården stadigt ökar i länet behöver arbetsrutiner och resurser kontinuerligt ses över.

Barn

Bland de hivpositiva i länet finns ca 50 barn i åldrarna upp till 18 år. De flesta har smittats i sina ursprungsländer via mor-barnsmitta. En del av barnen har kommit ensamma till Sverige och adopterats av släktingar då föräldrarna avlidit i aids. Andra har kommit med sina föräldrar och några är adopterade av svenska föräldrar. Många av barnen är inte bara hivin-

fekterade utan lever också i familjer som på andra sätt är drabbade eller marginaliserade. I många fall är även någon av föräldrarna och syskonen hivpositiva. De har också en rad problem framför sig, allt ifrån placering i daghemsgrupp, möjlighet till normal skolgång, introduktion i sexualitet och vuxenliv till livslång medicinering. Den här gruppen behöver mer stöd än andra barn i samma ålder.

VISION

Hivpositiva i Stockholms län kan skydda sig och andra från hiv/STI och hepatiter.

Huvudmål

**Minska vidare smittspridning av STI/hiv.
Minska risken för utveckling av hivresistens.
Minska antalet fall av STI bland hivpositiva.**

Delmål 6:1 Öka förmågan hos hälso- och sjukvårdspersonal att känna igen symtom på hiv hos patienter som sökt vård av annan anledning.

Åtgärd	Ansvarig
Bred verksamhetsanpassad information till personal inom hälso- och sjukvården om symtom, testning och bemötande	Infektionsklin, Venhälsan

Delmål 6:2 God tillgänglighet till hivmottagningar för kunskapsstöd, samtal kring riskbeteende, sex- och samlevnadsrådgivning, kondomkunskap, psykosocialt stöd.

Åtgärd	Ansvarig
Utveckla metoder som kan användas i kontakt med hivpatienter med fokus på riskbedömning, informationsskyldighet enligt smittskyddslagen och säkrare sex.	Sesam, Lafa, Venhälsan, Infektionsklin
Erbjuda personalen utbildning i samtalsmetodik riktad till hivpatienter.	Sesam, Lafa, Venhälsan
Utveckla metoder att ge psykosocialt stöd till hivpositiva	Venhälsan, Lafa, Infektionsklin
Säkerställa hivbehandling enligt nationella och internationella riktlinjer.	Infektionsklin, Venhälsan, Barnklin
Informera alla hivpositiva och deras partner om möjligheten till pre- och postexpositionsprofylax.	Infektionskliniken, Venhälsan
Erbjuda rådgivning kring föräldraskap	Familjesociala mottagn, Infektionsklin, Venhälsan

Delmål 6:3. Öka kondom användningen bland hivpositiva till 100 procent vid penetrerande samlag (år 2013)

Åtgärd	Ansvarig
Tillhandhålla gratis kondomer och glidmedel inom hälso- och sjukvården, på föreningar för hivpositiva och på ytterligare platser enligt målgruppens behov	Lafa
Erbjuda föreningar för hivpositiva utbildning i kondomkunskap och samtal kring kondom användning.	JMM, Lafa, Sesam, Venhälsan
Genomföra kampanjer som bygger på hivpositivas erfarenheter av att hantera sexualitet och säkrare sex och som ökar kondomens status.	Lafa, Venhälsan i samarbete med PG
Använda internet för information och kunskap till hivpositiva bl a om säkrare sex och ge möjlighet att ställa frågor.	Lafa, Infektionsklin, Venhälsan m fl

Delmål 6:4 Öka kunskapen om sexuellt risktagande och utveckla metoder och strategier för att nå hivpositiva som tar stora sexuella risker.

- 2013 ska andelen hivpositiva som smittats med övriga STI ha minskat med 75 procent

Åtgärd	Ansvarig
Genomföra en studie med hivpositiva som tar stora risker, och ta reda på vilka behov de har	Infektionsklin, Venhälsan
Utveckla och pröva metoder utifrån de resultat studien antyder samt utvärdera dessa metoder	Infektionsklin, Venhälsan

Delmål 6:5 Minska stigma och utanförskap hos hivpositiva.

Åtgärd	Ansvarig
Stöd till organisationer för hivpositiva för att synliggöra hivpositivas livssituation.	Lafa
Aktivt involvera hivpositiva i preventionsarbete på olika nivåer.	Lafa, Venhälsan, Infektionskliniken
Utveckla vårdpersonalens kunskaper om och bemötande av hivpositiva patienter	Lafa, Sesam, Venhälsan, Infektionskliniken i samverkan med hiv-positivas stödföreningar
Utveckla och sprida metoder för hur stigma och diskriminering av hiv-positiva kan motverkas i skolan t.ex. genom sex- och samlevnadsundervisning.	Lafa

VISION för hivpositiva barn och ungdomar

Unga hiv-infekterade har god självkänsla och möjlighet att leva ett för sin ålder fullvärdigt liv utan stigma och diskriminering.

Delmål 6:6 Alla hivpositiva barn och ungdomar ska ha kunskap om hiv, möjlighet till bearbetning och diskussion samt tillfälle att träffa andra barn i samma situation

- 2013 ska alla hivpositiva barn delta i hivskolan minst en gång per år.

Åtgärd	Ansvarig
Genomföra hivskola för barn och ungdomar med hiv samt utbildningskonferenser och kvällsträffar för unga vuxna med hiv för att ge kunskap, bearbetning och gemenskap.	Nationella kunskaps- och resurscentret för barn och ungdomar med hiv (NKR)
Tillhandahålla ungdoms-/överföringsmottagning för barn och ungdomar med hiv mellan 16 och 24 år	Barnklin, infektionsklin
Utveckla och sprida metoder som kan användas i arbetet med barn och ungdomar med hiv i hela landet.	NKR
Förstärka sex- och samlevnadsarbetet gentemot ungdomar med hiv.	NKR
Utbilda förskolepersonal, skolsköterskor m fl för att underlätta barnens liv och minska stigma och diskriminering	Hiv-teamet, NKR
Uppföljning av de olika verksamheterna	NKR

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Andel nya hivfall (vuxna och barn) som smittats i Sverige	SME	Huvudmålet		
Andel hivpositiva som smittats med STI	SME	Huvudmålet		
Andel av hivpositiva barn från Stockholms län som deltar i hivskolan.	NKR	6:6		
Andel hivpositiva barn och ungdomar från Stockholms län som deltar i konferenser och gruppträffar	Barnkliniken			

3.7 Gravida kvinnor

År 2008 föddes 27 400 barn i Stockholms län, vilket är fler än under åren 1990 – 1992, då fruktsamheten var den högsta sedan 1960-talet. Antalet kvinnor i barnafödande ålder har ökat och många utrikes födda kvinnor med hög fruktsamhet har flyttat till länet. Fruktsamhetstalet i länet var 1,9 barn per kvinna år 2007 och genomsnittsåldern för förstföderskor 30,3 år.

Det finns ett medicinskt basprogram inom mödrahälsovården i länet för omhändertagande av gravida kvinnor. Där finns bland annat beskrivet vilka provtagningar (hiv, syfilis, hepatit B och i vissa fall hepatit C) som ska erbjudas den gravida kvinnan. Även de gravida kvinnornas män bör erbjudas möjlighet att hivtesta sig. Klamydiatest erbjuds idag alla kvinnor upp till 26 år. Eftersom åldern för förstföderskor i länet ökat under senare år skulle den åldersgränsen behöva höjas till 30 år. I rådgivningssamtal med gravida kvinnor är det också viktigt att ta upp STI-prevention. Graviditeten i sig är inget skydd mot en sexuellt överförd infektion.

De allra flesta gravida tackar ja till hivtest. Om en kvinna upptäcks vara hivpositiv i samband med graviditeten påbörjas hivbehandling. Förlossning rekommenderas ske med planerat kejsarsnitt. Barnet får läkemedelsbehandling under sex veckor efter födseln och får inte ammas.

För alla gravida hivpositiva kvinnor finns ett etablerat samarbete mellan Familjesociala mottagningen och infektionskliniken vid Karolinska universitetssjukhuset Huddinge. Antalet barn födda av en hivpositiv mamma har de senaste åren varierat mellan 30 – 40 barn per år i Stockholms län.

Även kvinnor som avbryter graviditeten ska erbjudas hivtest i samband med rådgivningsbesök på abortmottagning, oavsett val av abortmetod. För klamydiatest föreslås samma regler som beskrivs ovan. År 2008 utfördes cirka 10 300 aborter i Stockholms län.

VISION

Inga barn föds med hivinfektion eller smittas under amning.

Huvudmål

Hiv-infektion hos gravida skall vara känd innan eller upptäckas tidigt under graviditet.

Delmål 7:1 Öka kunskapen hos kvinnor och par om vikten av att hivtesta sig vid graviditet.

Åtgärd	Ansvarig
Erbjuda hivtest till alla gravida kvinnor och deras partner samt till alla kvinnor som söker för abort.	MHV, Mottagningar för abort-sökande
Erbjuda gravida kvinnor upp till 30 år klamydiatest.	MHV
Utbilda personal inom mödrahälsovården (MHV) i samtal om hiv/STI under och efter graviditeten.	Sesam, Mösam
Tillse att samtliga hivpositiva gravida kvinnor erhåller adekvat vård och behandling.	Familjesociala mottagningen Infektionskliniken
Erbjuda kvinnor som inte är testade eller känt testade snabbtest för hiv i samband med förlossning	Respektive förlossnings-avdelning

Delmål 7:2 Öka kunskapen hos kvinnor och män med invandrarbakgrund om vikten av att känna till sin hivstatus innan en graviditet.

Åtgärd	Ansvarig
Informera personal som möter kvinnor och par t ex i samband med hälsosamtal vid flyktingsmottagning om vikten av att hivtesta sig.	SME, MHV
I skrivet material till invandrargrupper och i samarbete med föreningar som arbetar hivförebyggande informera om vikten av hivtest i samband med graviditet.	Lafa, Vårdguiden

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Antal gravida som hivtestar sig.	MHV, respektive lab.	7:1		
Antal barn födda av hivpositiv mamma	Familjesociala mottagn, Infklin, Barnkliniken	Huvudmålet		
Antal barn som föds med hiv-infektion.	SME	Huvudmålet 7:1		

3.8 Personer utsatta för prostitution

Personer utsatta för prostitution är angelägna att nå med hiv/STI-preventiva insatser såväl ur individens som ur samhällets perspektiv. Riskutsatta grupper är kvinnor och män samt barn under 18 år som säljer sex eller utnyttjas för människohandel med sexuella ändamål samt sexköpare och deras partner. Avsaknad av kondom och många samlagspartner med okänt hivstatus, är några av de faktorer som innebär en särskild riskutsatthet när det gäller hiv/STI.

Prostitutionens omfattning är störst i de tre storstadsregionerna. Förutom svenskfödda uppges personer i prostitution framför allt komma ifrån Östeuropa, Afrika och Thailand. Erbjudanden om sexköp förekommer på gator, krogar och restauranger, hotell, massageinstitut och i lägenhetsbordeller. Prostitution via internet och mobiltelefoni ökar snabbt medan gatuprostitutionen minskat sedan lagen om förbud mot köp av sexuella tjänster infördes 1999.

Antalet personer i gatuprostitution, företrädesvis kvinnor, uppskattas år 2008 uppgå till cirka 200 i Stockholm. Kvinnorna är sällan under 20 år. Det finns idag ett större inslag av kvinnor från andra länder som säljer sex under kortare eller längre tid.

När det gäller män som prostituerar sig är kunskapen liten men i en undersökning gjord av Socialstyrelsen angående annonser om sexuella tjänster på internet var drygt en sjättedel av de påträffade erbjudandena från män.[7]

Bland de ungdomar som någon gång utfört sexuella handlingar mot någon form av ersättning finns två tydliga mönster.[13] De lever ett påtagligt sexualiserat liv och har samtidigt ett utagerande, prövande och gränsöverskridande beteende i form av t.ex. missbruk och kriminalitet. Enligt regeringens handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål ska det förebyggande arbetet stärkas framför allt gentemot ungdomar.[3] Skolhälsovården och ungdomsmottagningarna har en mycket viktig roll för att fånga upp barn och unga som befinner sig eller riskerar att hamna i utsatta situationer.

Prostitutionsenheten i Stockholms stad bedriver uppsökande och stödjande verksamhet till personer utsatta för prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Under 2008 har hivtestning börjat erbjudas prostituerade kvinnor via Spiralenheten, en gynekologisk mottagning som landstinget bekostar. När det gäller övriga STI vet man att förekomsten av klamydia bland prostituerade ligger något under riksgenomsnittet. De flesta män som smittas med könssjukdomar av prostituerade har smittats utomlands.

Kvinnor som annonserar efter kunder på nätet kräver i de flesta fall kondom vid vaginal- och analsex, men kan ibland erbjuda oralsex utan kondom.

För att motivera och assistera potentiella och aktiva sexköpare att ändra sitt beteende genom samtal, rådgivning och terapi finns s.k. KAST-grupper (Köpare Av Sexuella Tjänster) i Stockholm, Göteborg och Malmö. KAST-grupperna vänder sig till dem som upplever problem med köp av sexuella tjänster, porrsurfning etc.

VISION

Kvinnor, män och barn inom Stockholms län som är utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål kan skydda sig mot STI/hiv och oönskade graviditeter.

Huvudmål

Minska antalet fall av hiv, klamydia, andra STI samt oönskade graviditeter i målgruppen personer utsatta för prostitution och människohandel.

Delmål 8.1 Förmedla kunskap till personal inom skola och vård om särskilda behov hos personer utsatta för prostitution

Åtgärd	Ansvarig
Sammanställa kunskaper och erfarenheter från spiralenhetens gynekologiska mottagning, Söka samverkan med Prostitutionscentrum, socialtjänstens uppsökande Prostitutionsgrupper och frivilligorganisationer för att ta reda på målgruppens behov kring bemötande, kondomutdelning etc.	Operativt ansvarig utses av HSNf
Genomföra utbildningsdagar: - för länets ungdomsmottagningar, Sesammottagningar, Venhälsan m.fl. mottagningar för att öka kunskapen om bemötande och frågeställningar kring prostitution och hiv/STI-problematik - för skolsköterskor och kuratorer i länet kring ungdomar och prostitution	Lafa i samarbete med Prostitutionsenheten
Sammanställa och sprida kunskaper till vuxna som arbetar med ungdomar om utsatthet inför prostitution och försäljning av sexuella tjänster via internet mm	Lafa i samarbete Socialtjänsten

Delmål 8:2 Nå personer utsatta för prostitution med erbjudande om venereologisk och gynekologisk hälsoservice. Däri ingår: information, rådgivning, testning och behandling av hiv/STI och oönskade graviditeter samt erbjudande om smitt- och graviditetsskydd.

Åtgärd	Ansvarig
Öka tillgängligheten till Prostitutions- och spiralenheten genom ökade öppettider	Lafa i samarbete med Spiralenheten
Ge socialtjänsternas prostitutionsgrupper tillgång till kondomer för utdelning samt informationsmaterial om Prostitutions- och spiralenheten samt andra enheter för hiv/STI-testning och rådgivning	Lafa i samarbete med Spiralenheten
Öka kunskapen hos prostituerade om oralsmitta	SME i samarbete med Spiralenheten
Hitta platser där kondomer kan tillhandhållas för prostituerade	Lafa i samarbete med Spiralenheten

Kompletterande mått som kräver särskild studie

Indikator	Ansvarig	Avser del-mål	Aktuell även för mål-grupp/ Delmål	Anmärkning/ kommentar
Antalet fall av hiv, klamydia, andra STI samt oönskade graviditeter i målgruppen personer utsatta för prostitution och människohandel.	SME och Lafa i samarbete med Spiralenheten	Huvudmålet	Huvudmålen för målgrupp 1, 2, 3 och 5	

3.9 Utlandsresenärer

Det är väl känt att det sexuella risktagandet är större vid resor, då människor kommer bort från de sociala normer som råder på hemmaplan. Enligt World Tourism organization (UNWTO) har den internationella turismen ökat med 100 procent sedan 1991 och organisationen förutspår en global tillväxt med ytterligare 73 procent fram till år 2020. Det innebär en stor utmaning i det globala arbetet att förebygga sexuellt överförda infektioner.

Fem kategorier av resenärer har identifierats som viktiga för det STI/hiv- preventiva arbetet:

- ungdomar/unga vuxna
- män och kvinnor som reser ensamma
- människor som arbetar/studerar under längre tid utomlands
- MSM
- vissa grupper av personer med utländsk härkomst. [12]

OBS! Det finns överlappningar mellan grupperna på samma sätt som det förekommer mellan målgrupperna se (sid 26).

Årligen görs nästan 400 000 resor med minst en övernattnings utomlands av unga vuxna i åldern 20 – 29 år från Stockholms län, vilket ger 1,6 utlandsresor per person och år i målgruppen. Rena turistresor utgör en stor del av resandet, men många reser också för att träffa släkt och vänner. Det är också vanligt att man vistas längre tider utomlands för att studera eller arbeta.

Studien Hiv i Sverige (Herlitz, 2007) visade att väsentligt fler av dem som vistats utomlands under en längre tid har haft fler sexualpartner än övriga de senaste 12 månaderna. Detta gällde oavsett i vilket område de vistats, men andelen var särskilt hög för personer som varit i Östeuropa, Asien, Afrika söder om Sahara och Oceanien. Tillfälliga sexuella kontakter utomlands var vanligast bland 20 – 24-åriga män och 18 – 24-åriga kvinnor.

Personer bosatta i Sverige med utländsk härkomst från områden med hög prevalens av hiv, löper risk att smittas med STI/hiv när de besöker sitt tidigare hemland. Tre fjärdedelar av de utlandsfödda som smittats efter ankomsten till Sverige har hivsmittats under besök i sina tidigare hemländer, varav flertalet i Afrika eller Asien. Vid återkomst till Sverige finns det risk för att dessa nysmittade personer är höggradigt smittsamma och för smittan vidare till sexualpartner i Sverige (jfr sid 36).

Av de svenskfödda heterosexuella männen som smittats utomlands har flertalet smittats i länder i Afrika och Asien. De svenskfödda kvinnorna har till stor del smittats i Europa. Det gäller även män som har sex med män där nästan 70 procent av dem som smittats utomlands har smittats i andra europeiska länder.

Tjugo procent av de anmälda gonorré- och syfilisfallen har smittats utomlands. Flera av dem har haft kontakt med prostituerade.

En bidragande orsak till ökat sexuellt risktagande vid resor utomlands är ökat intag av alkohol och andra droger. Undersökningar visar att alkoholkonsumtionen ökar under semestertider.[1] Även i samband med resor i tjänsten och längre arbetstillfällen utomlands brukar alkoholintaget öka. Tillgängligheten till både alkohol och andra droger är större i många andra länder än i Sverige.

VISION

Personer som reser utomlands skyddar sig mot STI/hiv.

Huvudmål

Halvera antalet fall av STI/hiv smittade utomlands (under tiden fram till 2013).

Delmål 9:1 Ge resenärer information och kunskap om risk- och skyddsfaktorer för STI/hiv

Åtgärder	Ansvarig
Hitta arenor och etablera samarbete med företag och organisationer som kommer i kontakt med resenärer.	Lafa
Ta fram kommunikationsmaterial och erbjuda kondomer för säkrare sex utomlands till vårdcentraler, flygplatser, apotek, vaccinationscentraler	Lafa med stöd av Socialstyrelsen
I samarbete med frivilligorganisationer ta upp risken med osäkert sex vid resande till ursprungsländer och hur man testar sig vid hemkomst	Lafa i samarbete med frivilligorg.
Undersöka möjligheter att i samarbete med Socialstyrelsen utveckla reklamfilmer för tv med säker sex-budskap att visa på landets flygplatser	Lafa
Erbjuda personal på vaccinationscentraler kurs i rådgivningssamtal om säkrare sex	Lafa, Sesam

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Antalet fall av STI/hiv smittade utomlands	SME	Huvudmålet	Huvudmålen för målgrupp 1, 2, 3 och 5	

3.10 Allmänheten

Alla människor i länet – oavsett kön, etnisk tillhörighet och sexuella preferenser – har rätt till kunskap om hur man skyddar sig mot hiv och STI. De ska också ges förutsättningar för att använda denna kunskap till att skydda sig själv och andra mot att bli smittade. Vissa grupper löper större risk att smittas och behöver därför fördjupad kunskap. Det finns också personer inom de riskutsatta grupperna som inte identifierar sig själva med gruppen, det kan t ex gälla bland män som har sex med män. För att nå alla inom de riskutsatta grupperna behövs därför en grundläggande information till allmänheten. Det är särskilt viktigt i Stockholms län, där de flesta hivpositiva i landet bor och där risken för smitta är som störst.

Sedan 1987 har allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden kring hiv följts via regelbundna enkäter ”Hiv och aids i Sverige”. [4]. Under perioden från 1987 till 2007 har allmänhetens engagemang i aidsfrågan minskat kraftigt. Det är numera få som söker kunskap om hiv/aids från olika informationskällor. Hiv/aids är en fråga som det är ganska tyst om i samhället idag. De nya behandlingsmetoderna för hiv som kom i mitten på 1990-talet har säkert bidragit till att minska allmänhetens rädsla för att drabbas av hiv. Detta sker samtidigt som allmänheten fått en alltmer tillåtande inställning till tillfälliga sexuella kontakter, något som också märks i ändrade beteenden med t ex fler partner och mer riskabla sexvanor, något som inte är unikt för Sverige utan delas av fler länder i västvärlden. För att motverka risken för sexuellt överförd smitta krävs en ökad medvetenhet om risker vid tillfälliga sexuella kontakter och en ökad användning av kondom.

Många bland allmänheten nås genom de målgrupper som redan beskrivits i handlingsprogrammet. Men en framgångsfaktor i det förebyggande hiv- och STI-arbetet är att den allmänna medvetenheten om hiv och STI är stor och att frågorna finns på samhällsagendan. Hiv och STI måste uppfattas som viktiga frågor av dem som är med och påverkar utvecklingen, t ex beslutsfattare, experter, medier, forskare och andra. Kommunikationen till dem måste ske så att den också når allmänheten i offentliga samtal eller debatter eller via informationsaktiviteter och allmänna kampanjer.

Allmänheten behöver baskunskaper om hiv och STI för att den enskilde ska kunna göra rimliga bedömningar och kunna skydda sig och andra. Debatter och kampanjer påminner allmänheten om frågans betydelse och kan på sikt bädda för ändrade attityder och beteenden. Därför behöver de mer individ- och gruppriktade insatserna som görs till olika målgrupper stödjas av medieinsatser som både riktar sig till riskutsatta grupper och till allmänheten. Kampanjer kan också påminna personer med riskbeteende om säkrare sex.

VISION

Allmänheten i Stockholms län anser att det är angeläget att skydda sig och andra mot hiv, STI och oönskade graviditeter. Alla vet vart de kan vända sig för kunskap, rådgivning och testning och de har en ickediskriminerande inställning till hivpositiva. Den preventiva förmågan är god och kondomanvändningen i länet ligger på högre nivå än riksgenomsnittet.

Huvudmål

Minska antalet nya fall av hiv/STI i länet och öka den preventiva förmågan.

Delmål 10:1 Öka allmänhetens kunskap om hiv, STI och oönskade graviditeter, hur man kan skydda sig och vart man vänder sig för rådgivning och testning

Åtgärd	Ansvarig
Korrekt och lättillgänglig information på olika webbsajter om hiv, STI, sexualitet och hälsa samt vart man vänder sig för rådgivning och testning.	Lafa, Sesam, Vårdguiden
Skriftlig information om hiv och STI tillgänglig på olika mottagningar.	Lafa m.fl.
Annonser till olika målgrupper som även når allmänheten.	Lafa m fl
Regelbundna attitydpåverkande kampanjer om testning t ex Klamydiamåndagen, Kondomanvändning t.ex. Kondom08 i tunnelbana, bussar och pendeltåg samt årliga informationsutskick som 23+.	Lafa
Se till att allmänheten vet var kondomutdelning sker i länet	Lafa
Reklamfilmer om kondomanvändning på bio, tv, internet	Lafa
Pressmeddelanden till media	Lafa

Delmål 10:2 Hålla allmänheten fortlöpande informerad om vad som händer inom området STI/hiv-prevention och se till att den offentliga debatten i dessa frågor är livaktig och ger en korrekt information.

Åtgärd	Ansvarig
Medverka i debatter, skriva debattartiklar och delta i intervjuer för att öka allmänhetens kunskap. Skriva pressmeddelanden, artiklar i In-sikt (Lafas tidning), nyheter och artiklar på webbsajter.	Alla aktörer
Deltagande i olika relevanta mässor och andra utåtriktade aktiviteter i länet som World Aids Day och Pride där allmänheten kan nås med hiv/STI-information och kunskap om sexualitet och hälsa	Lafa, Sesam, Venhälsan i samarbete med frivilligorganisationer m fl
Ta del av och sammanställa nationella och regionala studier och enkäter om allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden inom området sexualitet och hälsa samt förmedla dem till allmänheten och professionella	Lafa med stöd av Socialstyrelsen
Förmedla kunskapen via seminarier till dem som arbetar med sexualitet och hälsa	Lafa

Indikatorer för uppföljning/utvärdering av verksamheten

Indikator	Ansvarig	Avser del-mål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Antalet nya fall av hiv, klamydia, gonorré, syfilis och hepatit B	SME	Huvudmålet	Huvudmålen för målgrupp 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, och 9	

Kompletterande mått som kräver särskilda studier

Mått	Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för målgrupp/delmål	Anmärkning/kommentar
Kondomanvändning	Lafa			Lafa kan ta in dessa uppgifter genom årlig studie.
Antal personer som tagit del av olika typer av information, t ex på nätet och genom kampanjer.	Lafa	10:1		

Kapitel 4.

FoU inom preventionsområdet

I regeringens proposition 2005/06:60 Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar finns ett avsnitt som behandlar kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Där står att kunskapsunderlaget måste förstärkas för att möjliggöra mer kvalificerade bedömningar och analyser och för att förbättra möjligheterna att bedriva ett kunskapsbaserat preventivt arbete.

Man går bl a igenom den forskning inom biologi/medicin som bedrivs på statlig nivå. Inom det området anser man att den rena grundforskningen är väl tillgodosedd i Sverige, det som behöver förstärkas är i första hand kliniska studier och epidemiologin, dvs forskning som kan leda till en förbättrad användning av nya mediciner och tester, nya behandlingsmetoder, minskade biverkningar, minskad resistensutveckling, snabbare smittspårning och bättre behandling av opportunistiska infektioner.

Inom det beteendevetenskapliga forskningsområdet anser man att det behövs en rejäl förstärkning. Det området har en svagare forskningstradition än biomedicin. Det finns sämre möjlighet till ekonomiskt stöd, området påverkas ständigt av samhällsförändringar och det är svårare att applicera utländska studier i Sverige än när det gäller biomedicin.

När det gäller metodutveckling och strategier för att utveckla och förbättra det STI- och hivförebyggande arbetet ur ett folkhälsoperspektiv är det idag Socialstyrelsen som har ett uppdrag att svara för detta och vara ett kunskapscentrum på nationell nivå. Det sker i nära samarbete med landsting och regioner som i sin tur ska se till att effektiva metoder används och att aktuell kunskap sprids till målgrupper och allmänhet.

För att systematisera det förebyggande arbetet pågår en uppbyggnad av regionala kunskapsnätverk i Sverige, bl a ett för Stockholmsregionen.

Redan idag pågår samarbete inom Stockholms län kring vissa målgrupper som t ex injektionsmissbrukare och män som har sex med män. Vad som saknas är en samverkan mellan olika aktörer när det gäller metodutveckling och kunskapsutveckling av FoU-karaktär inom preventionsområdet. Man behöver också identifiera kunskapsluckor och se vilka behov av utvecklingsarbete som finns i länet.

Regionalt kunskapsnätverk för att stärka samverkan och FoU-delen i det STI/hivförebyggande arbetet i länet

Socialstyrelsen har 2008 gett storstadsregionerna samt ytterligare några landsting i uppdrag att bygga upp regionala kunskapscentrum eller nätverk för att stärka det förebyggande arbetet mot hiv och STI. I Stockholmsregionen sker detta genom ett samarbete mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting och arbetet leds av en styrgrupp. I Stockholmsregionen kommer detta att framför allt förstärka FoU-arbetet kring STI/hivpreventionen och öka samverkan mellan olika aktörer.

Huvudmålet med nätverket är att det förebyggande arbetet ska bli effektivare på regional nivå. Olika huvudmän som landsting, kommuner och frivilligorganisationer ska kunna samverka inom områdena prevention, implementering och utveckling. De olika regionala kunskapsnätverken ska sedan samverka genom en nationell grupp med representanter från nätverken som Socialstyrelsen leder.

Delmål för nätverket är att utvärderade metoder ska implementeras brett och systematiskt, kommunikations- och informationsinsatser ska kunna samordnas. FoU-anknytningen ska förbättras och interventioner och andra insatser ska utvärderas. Nätverket ska bli en bas för metodutveckling och erfarenhetsutbyte.

Inriktningen ska vara på primär- och sekundärprevention och fokus ska vara på kunskap som är baserad på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Arbetet ska bedrivas tvärsektoriellt mellan olika aktörer och nätverk men också med avseende på olika kunskapstraditioner. De som arbetar praktiskt med STI/hivprevention och som aktivt utnyttjar nätverkets resurser ska ha stort inflytande.

Under hösten 2008 och våren 2009 pågår en förstudie i länet för att utröna hur stort intresse är för ett sådant kunskapscentrum/nätverk och hur det ska kunna anpassas till och komplettera befintliga verksamheter i länet. För arbetet med förstudien har Socialstyrelsen avsatt medel, men det fortsatta arbetet i nätverket bygger på att de medverkande parterna bidrar med kunskaper och egna insatser.

Kapitel 5. Styrning och uppföljning

Övergripande ansvar

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har ett övergripande ansvar för att tillgodose de vårdbehov som länets invånare har. Nämndens förvaltning, som beställare, styr vårdens inriktning genom olika verktyg som bland annat uppdragsbeskrivningar, ersättningsmodeller, uppföljningsplaner och avtal/överenskommelser. Genom lagen om offentlig upphandling, LOU, ges möjlighet för nya vårdaktörer att etablera sig och gamla att avvecklas. Inom vårdvalsmodellen finns möjlighet till fri etablering genom auktorisation, exempelvis husläkarverksamheten.

Smittskyddsarbetet

Personer som har symtom på eller tror sig vara smittade av könssjukdomar har en lagstadgad skyldighet att söka sjukvården. De har rätt till gratis undersökning och vård. Vid konstaterad anmälningspliktig STI (klamydia, gonorré, syfilis, hivinfektion) är fortsatt vård, behandling som ger smittfrihet och uppföljning också kostnadsfri för patienten. Detta regleras av smittskyddslagen liksom även förebyggande insatser för att minska smittspridning. Landstingen tillhandahåller de resurser som krävs för detta, exempelvis smittskyddsläkarorganisationen. Beträffande personer som vistas i Sverige utan papper se sid 36.

Verksamhetschefernas ansvar

Verksamhetschefen för respektive sjukvårdsproducent ansvarar för att enheten arbetar i enlighet med lagar och regler, samt att det finns en fungerande internkontroll.

Finansiering/styrning

Verksamhet på sjukhusen finansieras inom ramen för de överenskommelser och avtal som gäller för respektive sjukhus. Hivvården ingår i huvuduppdraget för Karolinska universitetssjukhuset samt för Södersjukhusets uppdrag för Venhälsan. Avtalen är treåriga och ersättningen utgår efter prestation via DRG-ersättningen. Sesamverksamheterna på sjukhusen är tilläggsavtal till huvuduppdragen och anslagsfinansierade. STI-vården utanför sjukhusen är för närvarande också de anslagsfinansierade. Husläkarnas uppdrag styrs av en för husläkarverksamheten framtagen regelbok. Ersättningen baseras på kapitering per listad patient och en rörlig ersättning per besök. Ungdomsmottagningarna har ett länsgemensamt uppdrag och ersättningssystem där landstinget finansierar läkar- och barnmorskeinsatser medan kommunen ansvarar för kuratorskostnaden. En uppdragsbeskrivning formulerar Lafas primärpreventiva uppdrag. Finansieringen sker huvudsakligen via statsbidraget för STI/hivprevention. Landstinget har under flera år erhållit cirka 30 mkr i statsbidrag för STI- och hivpreventiva insatser. Medlen har fördelats till STI/hivpreventiva projekt och utvecklingsarbete inom landstingets egna verksamheter samt till frivilligorganisationernas arbete.

Löpande och årliga uppföljningar av handlingsprogrammet

Regionalt råd för STI/hivprevention svarar för löpande uppföljning av handlingsprogrammet i dialog med Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Ett regionalt råd för STI/hivprevention inrättades av landstingsdirektören i juli 2006 för att ansvara för övergripande planering, analys och uppföljning av det STI/hiv-preventiva arbetet inom Stockholms läns landsting. Rådet som leds av smittskyddsläkaren består av representanter från Beroendevården, infektionskliniken, Venhälsan, Sesammottagningarna, Lafa och beställarna. Stockholms stads hiv/aids-samordnare är adjungerad till rådet.

Inom rådet förs en fortlöpande dialog mellan beställare och utförare om verksamhetens utveckling och resultat. Grundläggande är att följa upp de mål och åtgärdsprogram som fastställts i föreliggande handlingsprogram. Detta förutsätts ske såväl löpande som genom årliga uppföljningar. Till stöd för uppföljningen av handlingsprogrammet har en uppsättning indikatorer och kompletterande mått angivits (se sid 66 – 74).

Utifrån aktuell epidemiologisk situation i länet och de mål som formulerats i handlingsprogrammet har rådet också till uppgift att till HSNf föreslå en fördelning av de statliga medlen som regeringen avsätter för STI/hivprevention, samt följa upp användningen av dessa. Med det statliga anslaget följer vanligen också statens och SKL:s intentioner för hur dessa medel ska användas.

Indikatorer och kompletterande mått för uppföljning av handlingsprogrammet

För vart och ett av de målgruppsvisa handlingsprogrammen anges lämpliga indikatorer och kompletterande mått som kan användas för att följa upp och utvärdera verksamheten enligt det angivna programmet. Uppdelningen på indikatorer, eller kvalitetsindikatorer som det också brukar kallas och kompletterande mått som kräver särskilda studier är en konsekvens av de krav som ställts på indikatorerna.

För indikatorer som används i styrning, uppföljning och förbättring av vården krävs: att det finns lättillgängliga system/verktyg för kontinuerlig rutinmässig inrapportering av uppgifter/data

- att det finns lättillgängliga system/verktyg för återrapportering till olika intressenter
- att kompetens för analys/tolkning finns tillgänglig
- att indikatorerna används i avtals- och uppföljningsarbetet och i dialogen mellan beställare och vårdgivare. [17]

I tabell 5.1 återfinns en sammanställning över samtliga indikatorer som föreslagits i handlingsprogrammet. Totalt rör det sig om 22 olika mått som avser 12 frågeområden (se numrering G1 – G12).

De kompletterande mått som angivits för målgrupperna 1 – 5, 8 och 10 uppfyller inte ovan angivna krav och har därför listats för sig (se tabell 5.2). Totalt har 14 sådana mått som kräver särskilda studier för att samla in föreslagits i handlingsprogrammet.

Av sammanställningarna i tabell 5.1 och 5.2 framgår att flertalet indikatorer är generella och kan användas för uppföljning av verksamheten inom flera målgrupper. De kompletterande måtten däremot är med ett undantag avsedda för uppföljning av ett speciellt delmål inom någon av målgrupperna. Av tabell 5.1 framgår även vilka indikatorer som kan användas för uppföljning av huvudmålen inom de olika målgrupperna. I en särskild kolumn i båda tabellerna anges vem som är ansvarig för att samla in och analysera information enligt angiven indikator/angivet mått. När det gäller de kompletterande måtten ingår också i ansvaret att ta initiativ till och genomföra de särskilda studier som krävs för att fånga avsedd information (se avsnitt Ansvar för genomförande och uppföljning av handlingsprogrammet i kapitel 1).

Beskrivning av valda indikatorer och mått

I syfte att ge en bild av i vilken utsträckning de indikatorer och kompletterande mått som föreslås i handlingsprogrammet täcker den verksamhet de avses mäta har de i tabellerna 5.3 och 5.4 beskrivits med avseende på:

- vilket led i vårdkedjan de följer upp
- vilken typ av indikator/mått det är
- vilket/vilka kvalitetsområden de avser.

Led i vårdkedjan

För varje indikator/mått anges vilket av följande led i vårdkedjan den/det avser:

- Hälsofrämjande insatser – har fokus på friskfaktorer, egenmakt och stöd till individer och grupper och syftar till att ge de färdigheter och det självförtroende som behövs för att ta kontroll över sin hälsa.
- Primärprevention – åtgärder för att förebygga att människor blir smittade
- Sekundärprevention - förebygga att redan smittade personer för smittan vidare genom sexuella kontakter, graviditet/födsel, injektionsmissbruk eller blodgivning.
- Tertiärprevention - rehabilitering efter sjukdom och skador, förhindra att den hiv-positiva utvecklar aids, minska komplikationer till sjukdom.

OBS! För utförligare beskrivning av de olika leden i vårdkedjan se sid 21.

Typ av indikator/mått

Av tradition brukar indikatorer struktureras enligt den så kallade Donabedianmodellen i tre typer av mått:

- Strukturmått speglar förutsättningarna för god hälso- och sjukvård t.ex. kompetens, bemanning och utrustning. I handlingsprogrammet förekommer t.ex. antalet mottagningar som har drop-in-mottagning och andel av vårdpersonalen som har utbildats i metoden ”motiverande samtal”.
- Processmått speglar vad som faktiskt görs i vården; när, var och hur. I handlingsprogrammet återfinns processmått som: väntetid för hiv/STI-test, antalet utförda test för hiv och olika STI, tid från diagnos till påbörjad kontaktsparning.
- Resultatmått speglar vårdresultat och hälsoeffekter. I handlingsprogrammet är de vanligast förekommande resultatmåtten uttryckta som antalet nydiagnostiserade fall av hiv och andra STI.

Sex kvalitetsområden

I Stockholms läns landsting används sedan några år tillbaka nedanstående sex kvalitetsområden för att strukturera den goda vården. För varje indikator/mått anges vilket kvalitetsområde den/det avser.[2]

1. **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig** vård innebär att vården ska bygga på evidensbaserad kunskap och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt och för att främja hälsoutvecklingen i befolkningen.
2. **Säker vård** innebär att skador i samband med vård undviks genom ett aktivt förebyggande arbete.
3. **Patientfokuserad vård** innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.
4. **Med effektiv vård** avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.
5. **Jämlig vård** innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla medborgare.
6. **Vård i rimlig tid** innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Kommentar

Av beskrivningarna i tabell 5.3 och 5.4 framgår att de föreslagna måtten täcker in samtliga led i vårdkedjan och att de är av såväl struktur-, process- som resultatkaraktär. Även de sex kvalitetsområdena täcks in av de mått som avser verksamhet inom hälso- och sjukvården. Här bör dock påpekas att några av måtten inte hänförs till något kvalitetsområde. Det gäller de kompletterande mått som föreslagits för uppföljning av hälsofrämjande insatser inom skolor på olika nivåer och ligger utanför hälso- och sjukvården.

Tabell 5.1 Sammanställning över indikatorer som föreslås för uppföljning av handlingsprogrammet STI/hiv-prevention

Indikator nr		Avser Målgrupp/delmål	Anmärkning	Ansvarig
G.1	Väntetid för hiv/STI-test	1:2, 2:1, 4:1	Hög prioritet Kan troligen inhämtas gm WIM-enkäten	Respektive mottagning
G.1.1	Antal mottagningar som har drop-in-mottagning, kvällsmottagning, sommaröppet etc	1.2,	Hög prioritet Inh. genom WIM-enkäten	Resp. mottagn.
G.2	Antalet utförda test för hiv och olika STI.	1.3, 4.1, 7:1	Hög prioritet Om möjligt även mäta ant testade pers	Respektive lab.
G.2.1	Antalet snabbtest i förekommande fall	4:1	Hög prioritet	Respektive lab.
G.2.2	Antal test som görs via internet	4:1	Hög prioritet	Vårdguiden
G.3	Antalet nydiagnostiserade fall av hiv och andra STI totalt och i respektive målgrupp	Huvudmålen för målgrupp 1, 2, 5, 6, 9 och 10		SME
G.3.1	Tid från diagnos till påbörjad kontaktsparning	4:2		Respektive mottagning
G.4	Totalt antal hivinfekterade	Huvudmål målgrupp 10 om möjligt även fördelat på målgrupperna 1, 2, 3, 5, 6		SME
G.4.1	Andelen hivpositiva som smittats med STI	Huvudmålet målgrupp 6		SME
G.5	Andel av hivpositiva barn från Stockholms län som deltar i hiv-skolan.	6:6		NKR
G.5.1	Andel hivpositiva barn och ungdomar från Stockholms län som deltar i konferenser och gruppträffar	6:6		Barnkliniken
G.6	Antal barn födda av hiv-positiv mamma	Huvudmål målgrupp 7		Familjesoc mottagn/ Inf-kliniken
G.6.1	Antal barn som föds med hiv-infektion	Huvudmål målgrupp 7		SME

G.7	Antal aborter (oönskade graviditeter)	Huvudmålen för målgrupp 1, 2, 3, 5 och 9	Oklart om det kan tas fram för de olika målgrupperna	Lafa
G.8	Antalet nydiagnostiserade fall med akut hepatit B	Huvudmålen för målgrupp 1, 2, 3, 5 och 9	Osäkert hur många målgrupper som måttet är aktuellt för	SME
G.9	Antalet nydiagnostiserade hepatit C-fall	Se ovan	Se ovan	
G.9.1	Antalet påbörjade behandlingar av hepatit C	Totalt och för målgrupp 5.		Inf.klin
G.9.2	Andel HCV-smittade via missbruk för vilka smittspårning fullföljts	5:1		SME
G.10	Andel vårdcentraler och husläkarmottagningar i länet som tillhandahåller rådgivning, testning och kondomutdelning	1.4,		
G.10.1	Andel av berörd vårdpersonal som har utbildats i metoden motiverande samtal och kan genomföra sådana samtal om kondomanvändning och testning	1:2, 1:3	Hög prioritet	Lafa
G.11	Andel av samtliga ungdomsmottagningar, sesammottagningar respektive vårdcentraler/husläkarmottagningar som kvalitetssäkras regelbundet	1.1, 3.3,		HSNf
G.12	Andel av länets nyanlända som A) genomgått hälsosamtal och B) blivit testade	Huvudmålet 3:1	Hög prioritet OBS två mått!	HSNf

Tabell 5.2 Sammanställning över kompletterande mått som föreslås för uppföljning av handlingsprogrammet STI/hiv-prevention

Mått nr		Ansvarig	Avser delmål	Aktuell även för mål-grupp/delmål	Anmärkning/kommentar
M.1	Antalet fall av åter-smitta (för olika STI) Kan även ses som mått på smittspårningssamtalets preventiva kvalitet	SME	4:2 1:2		Inhämtas genom särskild studie vid aktuell enhet.
M.2	Antalet hiv-testade bland personer med injektionsmissbruk	Beroendevården, Infektionsklin	5:2		
M.3	STI-prevalens inom målgruppen personer med injektionsmissbruk (klamydia, gonorré, syfilis)	Beroendevården, Lafa	5:1	Jfr huvudmålen för målgrupp 1, 2, 3 och 9	
M.4	Antalet fullföljda vaccinationer mot hepatit B/år	Beroendevården, Infektionsklin.	Totalt och för målgrupp 5.		I väntan på Svecac måste underlag inhämtas via särskild uppföljning
M.5	Antal personer som deltar i sprututbytesprogram	Inf.klin Beroendevården	5:1		Osäkert vilken registrering som kan göras av deltagare i ett sådant program
M.6	Antalet fall av hiv, klamydia, andra STI samt oönskade graviditeter i målgruppen personer utsatta för prostitution och människohandel.	SME och Lafa i samarbete med Spiralenheten	Huvudmålet Målgrupp 8		Kan ej avgränsas för målgruppen utan särskild studie.
M.7	Andel av länets mellanstadie-, högsta-die- och gymnasieskolor som uppfyller angivna kriterier för sex- och samlevnadsarbete / när det gäller hbt-frågor	Lafa	1:1	jfr 2:4	Förutsätter utvecklingsarbete enl punkt 1.1

M.8	Andel av länets högstadie- och gymnasieskolor inklusive friskolor som har kondomutdelning på skolan	Lafa	1:4		Register på Lafa
M.9	Andel av personalen på länets SFI/IVIK-skolor som deltagit i utbildning kring hiv/STI, sex och samlevnad, prevention, graviditetsskydd mm.	Lafa	3:3		Uppföljning via detta mått föreslås ske i samarbete med Stockholms stad
M.10	Andel av elever på länets SFI-skolor som fått undervisning kring hiv/STI, sex och samlevnad, prevention, graviditetsskydd mm.	Lafa i samverkan med KSL	3:2		
M.11	Andelen MSM som uppger att de känner sin hivstatus pga att de testat sig under senaste halvåret	Venhälsan SME	2:1		
M.12	Andel ungdomar och unga vuxna som anger att de fått rådgivning i samband med testning, vård och behandling av klamydia	HSNf	1:2		Uppgifter föreslås inhämtas genom att lägga till fråga i patientenkäten.
M.13	Kondomanvändning Andelen unga män som uppger att de använt kondom vid senaste samlag	Lafa	1:4	jfr 2:2	Lafa kan ta in dessa uppgifter genom årlig studie
M.14	Antal personer som tagit del av olika typer av information på nätet och genom kampanjer, t.ex. Andel av alla 23-åringar som under året fått information om mottagningar och säkra sex.	Lafa	1:5, 10:1		Årligt utskick till alla som fyller 23 år.

Tabell 5.3 Beskrivning av föreslagna indikatorer med avseende på led i vårdkedjan, typ av indikator och kvalitetsområde

Indikator nr		Led i vårdkedjan				Typ av indikator			Kvalitetsområde					
		Hälsöfrämjande ins.	Pri-märprev.	Se-kundärprev.	Ter-tiärprev.	Struktur-mått	Pro-cess-mått	Re-sultat-mått	1	2	3	4	5	6
G.1	Väntetid för hiv/STI-test	x	x	x			x		x		x		x	x
G.1.1	Antal mottagningsar som har drop-in-mottagning, kvällsmottagning, sommaröppet etc		x	x		x	x		x		x		x	x
G.2	Antalet utförda test för hiv och olika STI		x	x			x		x					x
G.2.1	Antalet snabbtest		x	x			x		x					x
G.3	Antalet nydiagnostiserade fall av hiv och andra STI totalt och i respektive målgrupp		x	x				x	x			x		
G.3.1	Tid från diagnos till påbörjad kontaktspårning		x	x			x		x		x	x		x
G.4	Totalt antal hiv-infekterade			x	x			x				x		
G.4.1	Andelen hivpositiva som smittats med STI		x	x	x			x				x		
G.5	Andel av hivpositiva barn från Stockholms län som deltar i hiv-skolan.			x	x		x		x		x		x	x
G.5.1	Andel hivpositiva barn och ungdomar från Stockholms län som deltar i konferenser och gruppträffar			x	x		x		x		x		x	x
G.6	Antal barn födda av hivpositiv mamma			x	x			x	x	x				
G.6.1	Antal barn som föds med hiv-infektion		x	x	x			x	x	x				
G.7	Antal aborter (oönskade graviditeter)				x			x			x			
G.8	Antalet nydiagnostiserade fall med akut hepatit B		x	x				x	x					

Kvalitetsområde

1. Kunskapsbaserad vård
2. Säker vård
3. Patientfokuserad vård
4. Effektiv vård
5. Jämlig vård
6. Vård i rimlig tid

Tabell 5.3 fortsättning

Indikator Nr		Led i vårdkedjan				Typ av indikator			Kvalitetsområde					
		Hälsö- främ- jande ins.	Pri- mär- prev.	Se- kun- där- prev.	Ter- tiär- prev.	Struk- tur- mått	Pro- cess- mått	Re- sul- tat- mått	1	2	3	4	5	6
G.9	Antalet nydia- gnostiserade hepatit C-fall		x	x				x	x					
G.9.1	Antalet påbörjade behandlingar av hepatit C				x		x		x		x			x
G.9.2	Andel HCV- smittade via missbruk för vilka smittspårning fullföljts			x			x		x			x		x
G.10	Andel vårdcentra- ler och husläkarmottag- ningar i länet som tillhan- dahåller rådgivning, test- ning och kondomutdelning	x	x	x			x		x		x			
G.10.1	Andel av berörd vårdpersonal som har utbildats i metoden motive- rande samtal och kan genomföra sådana samtal om kondomanvänd- ning och testning	x	x	x		x			x		x			
G.11	Andel av samtliga ungdomsmottag- ningar, sesam- mottagningar respektive vård- centraler/ huslä- karmottagningar som kvalitetssä- ras regelbundet	x	x	x	x	x	x		x	x		x		
G.12	Andel av länets nyanlända som A) genomgått hälso- samtal och B) blivit testade	x	x	x	x		x		x		x	x	x	x

Tabell 5.4 Beskrivning av kompletterande mått med avseende på led i vårdkedjan, typ av mått samt kvalitetsområde

Mått nr		Led i vårdkedjan				Typ av mått			Kvalitetsområde					
		Hälsofrämjande ins.	Primärprev.	Sekundärprev.	Tertiärprev.	Struktur-mått	Process-mått	Resultat-mått	1	2	3	4	5	6
M.1	Antalet fall av åter-smitta (för olika STI). Kan även ses som mått på smitt-spårningssamtalets preventiva kvalitet		x	x				x	x			x		
M.2	Antalet hivtestade bland personer med injektionsmissbruk			x			x		x					
M.3	STI-prevalens inom målgruppen personer med injektionsmissbruk (klamydia, gonorré, syfilis)			x	x			x				x		
M.4	Antalet fullföljda vaccinationer mot hepatit B/är		x				x		x					x
M.5	Antal personer som deltar i sprututbytesprogram		x	x	x		x		x		x			
M.6	Antalet fall av hiv, klamydia, andra STI samt oönskade graviditeter i målgruppen personer utsatta för prostitution och människohandel.	x	x	x				x	x			x		
M.7	Andel av länets mellanstadie-, högstadie- och gymnasieskolor som uppfyller angivna kriterier för sex- och samlevnadsarbete/när det gäller hbt-frågor	x				x								
M.8	Andel av länets högstadie- och gymnasieskolor inklusive friskolor som har kondomutdelning på skolan	x					x							
M.9	Andel av personalen på länets SFI/IVIK-skolor som deltagit i utbildning kring hiv/STI, sex och samlevnad, prevention, graviditets-skydd mm.	x	x			x								

Tabell 5.4 fortsättning

Mått nr		Led i vårdkedjan				Typ av mått			Kvalitetsområde					
		Hälso- främ- jande ins.	Pri- mär- prev.	Se- kun- där- prev.	Ter- tiär- prev.	Struk- tur- mått	Pro- cess- mått	Re- sul- tat- mått	1	2	3	4	5	6
M.10	Andel av elever på länets SFI-skolor som fått undervisning kring hiv/STI, sex och samlevnad, prevention, graviditetsskydd mm.	x	x					x						
M.11	Andelen MSM som uppger att de känner sin hivstatus pga att de testat sig under senaste halvåret	x	x					x	x		x			
M.12	Andel ungdomar och unga vuxna som anger att de fått rådgivning i samband med testning, vård och behandling av klamydia		x	x	x			x	x		x			
M.13	Kondomanvändning Andelen unga män som uppger att de använt kondom vid senaste samlag	x	x					x						
M.14	Antal personer som tagit del av olika typer av information på nätet och genom kampanjer, t.ex. Andel av alla 23-åringar som under året fått information om mottagningar och säkrare sex.	x	x					x						

Referenser

1. Drickandets temporal struktur – analyser av alkoholkonsumtionens och berusningsdrickandets månatliga variationer. Håkan Leifman & Nina-Katri Gustafsson SoRAD, Stockholms universitet 2003
2. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2007.
3. Handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Skr 2007/2008:167.
4. Hiv och aids i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987 – 2007. Claes Herlitz 2007
5. HIV – Quality of life survey - Livskvalitet för personer som lever med hiv i Norden. NordPol 2008
6. Hiv/STI preventivt arbete i Stockholms län – utvärdering av insatser samt förslag till framtida styrning av särskilda medel. Stockholm 2005
7. Kännedom om prostitution. Socialstyrelsen 2007
8. Lafa-barometern 2006.
9. Naidoo, J & Wills, J (2007). Folkhälsa och hälsofrämjande insatser. Lund: Studentlitteratur.
10. Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar. Socialstyrelsen december 2008
11. Proposition 2005/06:60 Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar
12. Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring. Betänkande av Hiv/aidsutredningen. SOU 2004:13.
13. Sexuell exploatering av barn i Sverige. SOU 2004:71
14. Technical Guide för countries to set targets för universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. WHO 2009
15. Ungdomars sexuella hälsa. Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Socialstyrelsen 2007
16. Ungdomsbarometern 2007/08 Cosmos Communications AB 2009
17. Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt programarbete. Stockholms läns landsting 2004.

18. WHO (1986) Ottawa Charter on Health Promotion

Bilagor

Bilaga 1.

Anmälningspliktiga och allmänfarliga infektionssjukdomar samt övriga STI

HIV-infektion

Bakgrund

Antalet personer som lever med hiv i Sverige ökar, dels som följd av en fortsatt smittspridning framför allt från människor som är ovetande om sin infektion och dels av en förlängd överlevnad hos de redan smittade som behandlas med antiretrovirala läkemedel. Under senare år har uppmärksammas spridning av injektionsmissbruk bland vissa invandrargrupper och ökad smitta bland socialt marginaliserade missbrukare, ökat risktagande hos yngre och fortsatt hos något äldre män som har sex med män samt ändrat sexuellt beteendemönster hos framför allt yngre kvinnor, som alltmer liknar mäns.

En större andel av personer med nyupptäckt hiv identifieras först när de insjuknar i svåra komplikationer och särskilt ofta gäller detta personer med icke svensk etnisk bakgrund. Samtidigt som effekten av de förebyggande insatserna kan ifrågasättas har hivbehandling- en varit synnerligen framgångsrik såväl vad gäller att förhindra sjukdom och död som att förbättra individens livskvalitet. Dessutom har, genom behandling och övriga förebyggan- de insatser, smittöverföring från en gravid hivinfekterad kvinna till hennes barn helt kunnat förhindras.

Symtom

Kort tid efter en exposition kan den smittade uppvisa influensa- eller halsflussliknande, men även andra symtom från exempelvis mag-tarm eller nervsystemet. Hos flertalet är dock symtomen så milda och snabbt övergående att de inte söker kontakt med sjukvården. Härpå följer ett oftast symtomfritt stadium av varierande längd innan tecken på en cellulärt betingad immundefekt uppträder. Först när denna blivit avancerad insjuknar individen i något av de sjukdomstillstånd som sammanfattats under begreppet aids. Ett viktigt undan- tag är tuberkulos, som kan uppträda tidigt i sjukdomsförloppet och som globalt sett är den vanligaste komplikationen.

Diagnostik

Under större delen av tiden, från smittotillfället fram till sådana symtom som leder till kon- takt med sjukvården, är diagnostiken beroende på om vederbörande själv inser eller av någon annan i omgivningen görs uppmärksam på möjligheten av smittoöverföring. Hon eller han bör så tidigt som möjligt fås att söka och ges möjlighet till rådgivande samtal och testning, dels för sin egen skull men också för att förhindra fortsatt smittspridning. Det är då viktigt att mötas av en person med kunskap och en öppen attityd som gör det möjligt att diskutera riskbedömning och risktagande i allmänhet och sexuell riskhantering i synnerhet. För sjukvårdens del är det viktigt att vara uppmärksam på den varierande och ofta diffusa symtombilden såväl i tidigt som i sent skede av infektionen, liksom på att många inte upp- ger sina sexuella preferenser eller hela sanningen vid frågor rörande sexualitet och/eller missbruk.

De blodanalyser som används för att konstatera hivinfektion är så kallade kombinationstester, som oftast ger positivt utslag redan två veckor efter smittotillfället. Säkerheten i dessa tester är mycket hög, men bekräftas med ändå med en annan typ av test. Dessutom, och framför allt för att utesluta möjligheten av förväxling, görs alltid ytterligare en undersökning på ett nytt blodprov.

Resultatet diskuteras med den testade individen och detta är kanske det bästa (och för den hivnegative ofta enda) tillfälle som ges att reflektera över ett riskfyllt sexuellt beteende och hur detta kan hanteras i framtiden.

Vid detta eller vid ett uppföljande besök förmedlas föreskrifter om rättigheter och skyldigheter som hiv-infekterad, bland annat om skyldigheten att vara behjälplig i kontaktsparningsarbetet. Ett positivt hiv-test leder till anmälan, dock utan full identitet, till smittskyddsläkarorganisationen regionalt och till Smittskyddsinstitutet centralt.

Behandling

Med nuvarande behandling kan hiv inte elimineras, men hållas under kontroll så att komplikationer till infektionen förhindras. Behandlingen är livslång, påbörjas när immundefekten är måttlig och ges som en kombination av minst tre olika preparat. På senare år har antalet tabletter och doseringstillfällen minskat och läkemedel med mindre biverkningar introducerats. Ett flertal preparat med alternativa verkningsmekanismer eller som påverkar olika stadier i virusets utveckling finns numera tillgängliga och kan användas vid intolerans eller resistensutveckling. Ges behandlingen på en mottagning med erfaren personal och om patienten är väl förberedd och motiverad samt efter initialt stöd ges ansvar för sin egen behandling är denna synnerligen framgångsrik.

Genom att behandla gravida hivinfekterade kvinnor, göra planerade kejsarsnitt och ge barnet bröstmjölksersättning har smittoöverföring från mamma till barn helt kunnat undvikas sedan en kombination av dessa åtgärder infördes.

Uppföljning

Eftersom det rör sig om en livslång infektion med livslång behandling är det naturligt att behandlingströtthet kan uppträda och att den sociala situationen inklusive sexuella relationer kan förändras. Av stor vikt är därför en levande diskussion kring ansvar för sig själv och andra, risker och risktagande vid olika sexuella handlingssätt, föräldraskap etc. Kontaktsparning kan därför inte heller anses avslutad utan skall likaså hållas levande under hela sjukdomsförloppet.

Prevention

Utöver via blod sprids hiv som en sexuell smitta vid penetrerande, oskyddade anala, orala eller vaginala samlag med en smittad individ.

Riskundvikande innebär att avstå från penetrerande samlag och göras uppmärksam på, inse möjligheten av och använda andra former för sexuell utlevelse och njutning.

Riskreduktion av varierande grad kan åstadkommas genom medvetet partnerval, minskat antal samlagspartner, gemensam kontroll av hivstatus följt av ömsesidig sexuell trohet.

Kondom skyddar under förutsättning att den används under hela det penetrerande samlaget och vid varje samlag. För män har omskärelse visats sig leda till en betydande riskreduktion. Riskundvikande och riskreduktion vad gäller injektion av droger behandlas på annat ställe i texten.

När hiv och andra STI diskuteras handlar det förutom om ren kunskapsöverföring även om samtal kring ansvar, sexuella rättigheter och skyldigheter, riskbedömning och riskhantering, roller och maktförhållanden i sexuella sammanhang, samband mellan alkohol/andra droger och sexualitet etc.

En tidig upptäckt av hiv-infektionen är viktig för att begränsa smittspridningen. Flertalet personer som får reda på sin hivinfektion är efter rådgivande samtal beredda att ta ansvar för sig själv och andra. Det är dessutom viktigt för att i tid få tillgång till adekvat behandling.

Framtiden

Under den period som dokumentet avser kommer metoderna för att begränsa hivspridningen och dess effekter att vara individuell prevention, tidig upptäckt och bra behandling. Enklare tester kommer att bli tillgängliga. Undersökningar för att bedöma hivinfekterades smittsamhet och medicinska metoder att profylaktiskt förhindra smitta kan förväntas användas. Läkemedelsbehandlingen kan sannolikt ytterligare förenklas, påbörjas tidigare i sjukdomsförloppet och bli än mer individualiserad. Tillsammans med ett ökande antal hivinfekterade kommer detta att leda till att kostnaderna för hivvård och behandling stiger avsevärt.

Övriga sexuellt överförda och blodburna sjukdomar

Klamydia

Bakgrund

Klamydia är idag den största anmälningspliktiga könssjukdomen som är spridd i den yngre populationen. Sedan 1994 har antalet klamydiafall successivt ökat, och var cirka 11000 år 2007. Fallen minskade något under 2008, med knappt 10 %. Ökningen har framförallt skett bland kvinnor 16-24 år och män 20-29 år. Detta är olyckligt då riskerna för vidare smittspridning bedöms som stor i dessa grupper. Möjliga förklaringar till uppgången är ändrade beteenden med fler partnerbyten och/eller mindre kondom användning, då uppmärksamheten och rädslan för hiv minskat, införandet av känsligare testmetoder för klamydia, en pressad sjukvårdsapparat som inte lyckas fånga smittade i tid samt en otillräcklig sex- och samlevnadsundervisning i skolorna.

Symtom

Personer med klamydiainfektion är oftast asymtomatiska (män cirka 50 procent; kvinnor cirka 70-80 procent). Infektionen kan fortgå flera år under vilken tid den infekterade är smittsam vid sexuella kontakter. För att kunna reducera de allvarliga konsekvenserna av klamydia, såsom äggledarinflammation, utomkvedshavandeskap, kroniska buksmärtor, sterilitet, bitestikelinflammation, reaktiv artrit, Reiters' syndrom m.m., måste man hitta de symptomfria bärarna genom testning.

Indikationer för klamydiaprovtagning

- Symtom på okomplicerad klamydia, t.ex. genitala flytningar, miktionsveda m.m., blödningsrubbning och lågt sittande buksmärtor hos kvinnor.
- Symtom på komplikationer t ex äggledarinflammation, bitestikelinflammation m.m.
- Vid symtom på eller utredning av annan STI.
- Konjunktivit som ej svarar på lokalbehandling.
- Vid kontaktsparning.
- Kvinnor under 25 år vid insättande av preventivmedel.
- Vid partnerbyte.
- Gravida under 30 år.
- Abortsökande.
- Vid insättning av spiral.

Testning

Testning bör erbjudas generöst, framförallt i de åldersgrupper där prevalensen är hög (16 – 29 år). Det är viktigt att de sjukvårdsinstanser som idag testar har möjlighet att fortsätta och vid behov utöka verksamheten utan att ekonomiska överväganden begränsar provtagningsvolymen. Tillgängligheten måste vara god. Väntetider för personer som söker sjukvården på grund av symtom eller oro att vara klamydiasmittade skall inte överstiga tre dagar. Drop-in mottagningar bör finnas på Ungdomsmottagningar och STI-mottagningar. Vid behov testning från svalg, urinrör och ändtarm.

Sjukvårdsinstanser där klamydiaprovtagning av asymtomatiska personer bör erbjudas generöst

- Ungdomsmottagningar.
- Mödravårdcentraler.
- Vårdcentraler.
- Sesam/STI-mottagningar.
- Kvinnokliniker.
- Studentmottagningar.

Behandling

Omhändertagandet av personer med konstaterad klamydiainfektion skall följa allmänt accepterade riktlinjer och gällande smittskyddslag. Alla skall få möjlighet till information om hur smittoöverföring skall förhindras och erbjudas psykosocialt stöd. Diskriminering och stigmatisering av smittade skall motverkas.

Vid konstaterad klamydiainfektion skall antibiotikabehandling inledas utan dröjsmål. Behandlingen är gratis för patienten. Läkemedelskostnaderna belastar smittskyddsanslaget. I första hand ges tetracyklinpreparat (ex. doxycyklin). Som alternativ, framförallt vid misstänkt dålig följsamhet till medicinering, ges azitromycin i engångsdos. Ofloxacin utgör ett tredjehandsval. Vid graviditet ges doxycyklin under första trimestern, därefter erytromycin. Det är lämpligt att de sjukvårdsinstanser som har många klamydiafall har möjlighet att dela ut läkemedlet direkt, så slipper patienten omvägen via apoteket.

Utdelningen på ungdomsmottagning kan ske av barnmorska som fått skriftlig delegation för detta. Patienten får samtidigt muntlig och skriftlig information om sjukdomen och hur man skyddar andra från smitta. En man med uretritssymtom där ökat antal neutrofila leukocyter påvisas i ett färgat direktutstryk av uretrasekret bör få behandling som vid klamydia med doxycyklin och även fast partner kallas och behandlas innan provresultat föreligger. En kvinna med symptomatisk uretrit/cervicitbild bör också behandlas på liknande sätt.

Uppföljning/kontaktpårning

Kontaktpårning är en mycket viktig sekundärpreventiv åtgärd och skall i samtliga fall genomföras enligt gängse riktlinjer. Kontaktpårningen skall inledas så fort som möjligt, och senast inom en vecka. Att behandla partner utan föregående undersökning och testning skall motverkas genom kontinuerlig information och utbildning av vårdgivarna. Uppgivna partner det senaste året skall testas. Vid komplicerad kontaktpårning remitteras patienten till Sesam-mottagning i första hand.

Fast sexualpartner till klamydiainficerad skall omgående undersökas och testas för klamydia och få klamydiabehandling oavsett testresultatet. Även denna behandling skall vara kostnadsfri. Uppföljning efter behandling bör i första hand ske med avseende på följsamhet och kontrollprov bör erbjudas.

Prevention

Varje patientmöte innebär en möjlighet att diskutera hur den aktuella situationen kan undvikas att återkomma. Samtal kring kondom samt förebyggande av oönskade graviditeter skall ingå för alla patienter med klamydiainfektion.

Gonorré

Bakgrund

Det har skett en drastisk nedgång av antalet gonorréfall i Sverige sedan 1970-talet. Efter att ha nått en lägsta nivå på 93 anmälda fall år 1996 då de flesta smittades utomlands ser vi åter en inhemsk smitta om än dock i beskedlig skala. År 2007 noterades 298 fall i Stockholms län och nivån har legat väsentligen stabil under senare år med mindre variationer.

I ungefär 25 procent av fallen är gonorréinfektionen numera utlandsförvärvad framför allt i Östeuropa och Sydostasien, särskilt Thailand.

Cirka 85 procent av gonorréfallen utgörs av män och ca 45 procent av männen har uppgett en homosexuell smittväg. Det är fram för allt i den senare gruppen det sker en smittspridning inom landet.

Viktiga förutsättningar för ett effektivt smittskydd för gonorré

- Kunskap om sjukdomen i befolkningen och bland sjukvårdspersonal.
- Information om smittorisker vid utlandsvistelse och hur man skall skydda sig.
- Tidig diagnos.
- Alla misstänkta fall skall analyseras med odlingsprov.
- Resistensbestämning skall alltid utföras.
- Bestämning av serovar på alla positiva prov utan fördröjning.
- I övrigt omhändertagande som vid klamydia.

Symtom

Symtom på gonorré är vanligtvis flytningar och/eller sveda vid miktion. Kvinnor kan vara symtomlösa i upp till 50 procent av fallen medan männen sällan är symtomfria. I färgat direktutstryk av sekret kan gonokocker påvisas. Oralsex kan ge kolonisation i svalget och analsex en infektion med proctitbild. Undantagsvis förekommer konjunktivit.

Testning

Alla män med en objektivt klart konstaterad uretrit skall provtas för gonorré, för kvinnor vid tecken på uttalad genital infektion. Vidare personer som haft oskyddade sexuella kontakter utanför Norden de senaste 6 månaderna samt för män som har haft sex med män. Det är viktigt att vid anamnesupptagandet inhämta uppgifter om sexualteknik så att korrekt provtagning sker.

Behandling

Gonorré behandlas omgående. Om resistensbestämning ännu inte finns ges i första hand cefixim po som engångsdos. Vid konstaterad svalggonorré ges hellre injektion med ceftriaxon. Cefixim är licensmedel. Alla gonorréfall remitteras till Sesam/STI-mottagning för behandling, uppföljning och kontaktspårning. Omhändertagandet av patienter med komplicerad infektionsbild (salpingit, epidydimit, sepsis) skall ske på sjukhus, i samarbete mellan aktuella specialister. Aktuella behandlingsrekommendationer uppdateras vartannat år via specialsakkunnig läkare (spesak) i dermatovenereologi. Dessa bör vila på nationella riktlinjer.

Uppföljning

Vid kontaktspårning skall alla partner de senaste 6 månaderna testas om inte smittkällan är säkerställd. Att patienten blivit botad bör kontrolleras med odling. Alla fall av gonorré skall även testas för klamydia, och framförallt utlandssmittade bör erbjudas uppföljning med lues- och hivserologi.

Prevention

Den inhemska spridningen av gonorré var i det närmaste obefintlig i mitten av 1990-talet. Under senare år har dock gonorré åter etablerat sig, om än i blygsam omfattning. Det är mycket viktigt att denna nya spridning hejdas på ett tidigt stadium genom snabbt omhändertagande och remittering av positiva fall till Sesam/STI-mottagning för adekvat behandling och omsorgsfull kontaktspårning av speciellt utbildade kuratorer. Dessa skall tillsammans med smittskyddsläkaren ha regelbunden genomgång över fallen för att få en överblick av spridningen, koppla ihop smittkedjor och kunna göra riktade insatser. Smittskyddsläkaren får på detta sätt en möjlighet att tidigt upptäcka nya epidemier och följa resistensutvecklingen.

Syfilis

Bakgrund

Liksom med gonorré observerades mycket få fall av syfilis som smittats i Sverige under större delen av 1990-talet. Mot slutet rapporterades dock ett ökat antal fall bland män som har sex med män, främst i Stockholm och som inte smittats utomlands. Denna epidemi är fortfarande (2008) inte under kontroll. Personer som fått sjukdomen utomlands är främst individer från länder med hög förekomst av syfilis och turister som besökt och haft sexkontakt i östra Europa och Sydostasien, ofta med prostituerade.

Sjukvårdens insatser för att begränsa spridning av syfilis och motverka senmanifestationer av sjukdomen

Fortsatt screening och laboratorieservice med såväl ospecifika (reagin) som specifika serologiska tester för syfilis. Frikostig provtagning skall erbjudas män som har sex med män, personer som haft tillfälliga sexuella kontakter utomlands eller haft prostitutionskontakt. Alla fall av oklara genitala sår skall utredas på STI-mottagning utan föregående behandlingsförsök. Alla fall av serologiskt konstaterad syfilis skall bedömas och vid behov behandlas och följas upp på STI-mottagning. Smittspårning skall utföras av specialutbildade kuratorer. Fortbildning av övriga vårdgivare när serologiskt test för syfilis bör övervägas.

Symtom

Symtomatologin vid syfilis är mångfacetterad och kan inte beskrivas inom ramen för denna skrift. Det viktiga är, att trots att det är en sällsynt sjukdom ha den i åtanke, framförallt vid oklara genitala sår (även orala), utslag, lymfkörtelförstoring och neurologiska symtom. Om syfilis inte behandlas insjuknar cirka 25 procent av de smittade i neurologiska och/eller hjärt- och kärlkomplikationer. Risk finns också för smittöverföring från smittad gravid kvinna till foster under graviditeten.

Testning

Syfilisserologi bör tas på vida indikationer och fram för allt efter oskyddade sexuella kontakter med personer från utomnordiska länder samt män som haft sex med andra män. Syfilistest ingår i screening prov som erbjuds alla gravida. I det första stadiet med sår kan syfilisbakterien påvisas i direktutstryk. Därvid används särskild teknik och vana krävs.

Detta görs på Sesammottagning. Det går också att ställa diagnosen med PCR-teknik på sårprov. I övrigt ställs diagnosen serologiskt.

Behandling

Behandlingen av syfilis sker vanligen med injektioner med penicillin. Detta är effektivt och syfilisbakterien har inte utvecklat resistens mot detta läkemedel. Behandlingen skall ges på sjukhus.

Uppföljning

Alla fall av tidig syfilis (<2år) är anmälningspliktiga enligt SML och smittspårning skall göras. Klinisk uppföljning med serologiska test görs för att konstatera att patienten blivit botad.

Prevention

Information om den pågående epidemin bland homosexuella och hur man skyddar sig liksom vanliga symptom bör komplettera det hivförebyggande arbetet riktat till män som har sex med män. Information om syfilis liksom om hiv och övriga vanliga STI bör även ingå i det smittförebyggande arbetet riktat till turister som ämnar resa till platser där förekomsten är hög.

Hepatit B

Bakgrund

I genomsnitt anmäls varje år cirka 40 fall av akut hepatit B och 200-300 fall av kroniskt hepatit B-bärarskap till smittskyddsläkaren i Stockholms län. Där smittvägen var känd angavs sexuell smittväg för 50 procent. Alla bärare av hepatit B ytantigen (HBsAg) måste betraktas som smittsamma, oavsett HBeAg/anti-HBe-status. I en nyligen genomförd studie kunde smittskyddsläkaren i Stockholms län visa att 86 procent av patienter med kronisk anti-HBe-positiv hepatit B hade virus påvisbart i blodet.

Symtom

Smittar genom blodkontakt, orena sprutor och sexuellt. Inkubationstiden är mellan 4 och 28 veckor, vanligen mellan 60 och 110 dagar. Hepatiten kan föregås av utslag och ledbesvär. Hos dem som insjuknar i hepatit kan svårighetsgraden variera från mild, anicterisk form (utan gulsot) till svår ikterisk sjukdomsbild med ibland fulminant förlopp, ibland med dödlig utgång. Den akuta hepatit B-infektionen läker vanligtvis ut inom sex månader hos vuxna personer med normalt immunförsvar. Endast ett mindre antal (<5 procent) utvecklar kronisk hepatit. Hos de med kronisk hepatit B finns efter många års infektion risk för utveckling av levercirrhos med svikt och/eller primär levercancer i cirka 15- 40 procent.

Testning

Prov för hepatit B bör erbjudas liberalt till invandrare, intravenösa missbrukare, män som har sex med män, personer med många sexualpartner och personer inom vården med stor blodkontakt i samband med besök inom sjukvården. Ingår i graviditetsscreeningen. En potentiell grupp som omedvetet kan sprida hepatit B utgörs av barn till invandrare från länder med hög hepatit B-förekomst. Barnen kan vara födda i Sverige men smittade under graviditeten och vara smittsamma när de når sexuellt aktiv ålder. En ökad medvetenhet om detta inom såväl sjukvården som berörda grupper bör komma till stånd. Testning kan övervägas, t.ex. på BVC. I vuxen ålder kan testning ske i samband med provtagning för annan STI.

Behandling

Patienter med akut hepatit B hamnar inom infektionssjukvården. Den kroniska infektionen kan behandlas med antivirala läkemedel (se RAV behandlingsriktlinjer www.rav.nu).

Uppföljning

Anmäls enligt SML och smittspårning skall göras. Vid sexuell smitta kan även andra STI ha överförts och därför bör man erbjuda dessa patienter provtagning för hiv, lues, klamydia och gc. Detta kan ske vid den behandlande enheten eller genom att patienten remitteras till förslagsvis STI-mottagning.

Prevention

Hepatit B kan förebyggas genom vaccination som alltid bör uppmuntras. En tidigare genomgång av akuta hepatit B-fall visar, att av 111 rapporterade fall hade 67 (60 procent) kunnat undvikas, om de nuvarande vaccinationsrekommendationerna, som gäller för Stockholms län, hade följts. I Stockholms läns landsting är vaccin mot hepatit B kostnadsfritt för sexualpartner till person med akut hepatit B eller smittsam HBsAg-bärare, intravenösa narkotikamissbrukare som inte är immuna genom hepatit B-infektion, och män som har sex med män.

Hepatit C

Bakgrund

Globalt sett är hepatit C virus (HCV) mycket utbrett och vanligt, men förekomsten i Sverige är förhållandevis låg. I stort sett alla personer som injicerat narkotika i mer än fem år har infekterats av HCV. Antalet rapporterade fall har minskat de senaste åren men trots det rapporteras 200-300 nya fall årligen i Stockholms län. De flesta anmälda fallen år 2006 var i åldern 20-29 år men medelåldern var 33 år.

Symtom

HCV smittar via blod och smittöverföringen sker främst vid sprutdelning och vid delning av annan injektionsutrustning (filter, sked, kokare och droglösning) men viss risk finns även vid sexuellt umgänge. Vid många olika sexuella kontakter och vid förekomst av andra sexuellt överförbara infektioner såsom STI/hiv tenderar risken för att få HCV infektion att öka. Smittöverföring från mor till barn vid förlossningen finns men risken är liten. Smittöverföring vid tatuering och piercing kan förekomma om utrustningen är osteril. Smittöverföring via blodprodukter är numera ovanlig. Även sticksador i vårdarbete, där personal skadar sig på smittad utrustning är ovanliga. I en Stockholmsstudie bland personer som injicerat narkotika (PIN) fann man att hälften av deltagarna infekterats med HCV redan under det första injektionsåret och injektionsdebutåldern var i medeltal 21.5 år. I samma studie var 77 % smittsamma, de hade en kronisk infektion som på sikt kan leda till bl a skrumplever.

Coinfektion, HCV och hiv, förekommer och leverrelaterad död har blivit en av de främsta orsakerna till död bland hiv och hepatit coinfekterade personer.

Testning

Med ett blodprov, hepatitserologi, analyseras förekomst av antikroppar mot HCV. Om anti-HCV testet är positivt, ger remitterande läkare information om förhållningsregler enligt smittskyddslagen samt gör en anmälan till smittskyddsläkaren. För att mäta smittsamhet, förekomst av virus, HCV-RNA, krävs analys med PCR-teknik.

Behandling

Det finns antiviral behandling som fungerar i de flesta fall. Den är dock både lång och besvärlig för patienten samt kostsam. En genomgången infektion ger ingen immunitet mot ny smitta. Det primära målet är att erbjuda behandling för missbruket/beroendet av narkotika och det sekundära målet att minska risken för skador och sjukdom. Substitutionsbehandling vid heroinberoende och farmakologisk behandling vid amfetaminberoende kan även minska smittspridningen. Detta sker alltid i samarbete mellan socialtjänst och beroendevård.

Prevention

Det finns inget vaccin mot hepatit C. Det är viktigt att all personal inom socialtjänst, beroendevård, ungdomsmottagningar och övrig sjukvård som arbetar med ungdomar och vuxna med missbruk/beroende har kunskaper om infektionssjukdomar för att kunna informera om riskerna för smittspridning och sjukdom.

Genital herpes

Bakgrund

Flera studier har visat att det sedan 1970-talet skett en ökning av antalet fall av genital herpes. Denna sjukdom, som tidigare betraktades som ovanlig och alltid symtomgivande, har visats vara mycket vanlig och för majoriteten av de infekterade en infektion, som de i ca 80 procent av fallen inte är medvetna om. Flera antikroppsstudier hos sexuellt aktiva vuxna i Europa har visat att 20-40 procent har utsatts för smittämnet.

Symtom

Symptomatisk genital herpesinfektion orsakas av humant herpesvirus (HSV) I eller II. Det primära insjuknandet är ofta dramatiskt med allmänpåverkan och svåra underlivssmärter och sår. De flesta, ca 75 procent, som smittats med HSV förblir dock oupptäckta, de har ospecifika symptom eller är helt asymptomatiska, men är ändå smittsamma då infektionen är livslång.

Barn som smittas i samband med förlossningen kan drabbas mycket hårt och sjukdomen ger utan behandling upphov till ett livshotande tillstånd. Dessbättre är detta ovanligt i Sverige, men den potentiella risken gör att stor uppmärksamhet inom mödrahälso- och förlossningsvården måste inrikta sig på att förebygga att barn utsätts för smittfara. Personer med herpesinfektion har ofta fått en sämre livskvalitet, beroende på medvetenheten om att kunna smitta sexualpartner och/eller besvär av återkommande skov av herpesinfektionen.

Testning

Diagnosen säkerställs genom att ett sårprov tas vid akut skov och som analyseras med PCR-teknik som medger bestämning av vilken typ det rör sig om. Sesammottagningarna har drop-in möjlighet för sådan provtagning

Serologisk bestämning med typspecifika antikroppar bör endast undantagsvis utföras och då föregås av noggrann information vid led i utredning av oklara symptom.

Behandling

Vid välgrundad klinisk misstanke om primärinfektion av herpes bör antiviral terapi sättas in innan svar har anlänt för att lindra symtomen. Rekommenderat läkemedel enligt Kloka Listan är aciclovir.

Vid recidiverande herpes är skovens natur och täthet avgörande för om antiviral behandling skall ges. Kontinuerlig behandling, suppressionsbehandling, kan övervägas om skovens antal överstiger 6 gånger/år.

Uppföljning

Utförlig information och ett gott omhändertagande minskar psykosexuella komplikationer. Kontinuerlig behandling med antivirala medel bör skötas av specialist. Epidemiologin av genital herpes efterfrågas ofta. De virologiska laboratorierna bör kunna leverera data på antalet genitala prov för herpes och frekvensen positiva för HSV I respektive II uppdelat på kön och ålder.

Prevention

Även om suppressionsbehandling minskar smittsamheten bedöms det som omöjligt att genom sekundärpreventiva metoder reducera prevalensen på gruppnivå på grund av utbredningen och avsaknad av botande behandling. Att förebygga genital herpes kan därför i första hand åstadkommas genom den allmänna informationen om säkrare sex med ökad kondom användning, framförallt vid tillfälliga kontakter. Sjukvårdens insatser inriktas på att sprida ökad kunskap om sjukdomen och ett adekvat omhändertagande för diagnos och psykosocialt stöd av de smittade.

Kondylom/Infektion med humant papillomvirus (HPV)

Bakgrund

Det finns ca 40 olika typer av humant papillom virus, HPV, som drabbar genital hud och slemhinna där vissa typer orsakar synliga könsvårdar, kondylom, och andra ger upphov till cellförändringar (dysplasi) som kan utvecklas till cancer, bland annat livmoderhalscancer och analcancer. Infektionen är vanlig, man räknar med att ca 20-30 procent av den sexuellt aktiva befolkningen någon gång blir smittad av en eller flera HPV-typer. Det finns inget system för att rapportera denna infektion. Tack vare screening genom cellprovsundersökning regelbundet har incidensen av livmoderhalscancer successivt sjunkit och tillhör inte de 10 vanligaste formerna i Stockholms län (ca 10 fall/100 000/år, andra hälften av 1990-talet) till skillnad från utvecklingsländerna där denna cancerform är den näst vanligaste bland kvinnor.

Symtom

Genitala infektioner med HPV drabbar unga, särskilt i de övre tonåren och före 30 års ålder. Smitta sker huvudsakligen genom sexuell kontakt. Inkubationstiden är lång. Kliniskt manifesterade kondylom kan förorsaka klåda och blödningar men är oftast av kosmetiskt bekymmer. Spontanläkning är vanlig men tar lång tid. Subkliniskt bärarskap av virus medför smittsamhet. De typer som förorsakar cellförändringar, framförallt på livmoderhalstappen (cervikal intraepitelial neoplas, CIN) är vanligtvis asymptomatiska och upptäcks vid cellprovtagning. Även denna form har hög spontanläkningsfrekvens.

Testning

Kondylom är en klinisk diagnos. Vid oklara fall kan histopatologisk undersökning göras. HPV-bestämning med typning kan utföras i utvalda fall (dyrbart). Alla kvinnor över 23 års ålder kallas för cellprovtagning vart tredje år för kontroll av cellförändringar på livmoderhalsen. Det är dock många kvinnor som inte hörsammar kallelserna för provtagning.

Behandling

Kondylombehandling utgörs i första hand av självbehandling med podofyllotoxin. Recidivfrekvensen är hög och kirurgisk behandling rekommenderas om inte patienten svarar på podofyllotoxin. Ett nytt lokalbehandlingsalternativ, som dock är betydligt dyrare, utgörs av imiquimod. CIN handläggs av gynekolog och behandlingen styrs av vilken allvarlighetsgrad som konstaterats, lättare cellförändringar kontrolleras och svårare cellförändringar blir föremål för kirurgi alternativt laser- eller frysbehandling.

Uppföljning

Vanlig kondylom kräver ingen klinisk uppföljning i allmänhet. Där dysplasi påvisats vid cellprovtagningen på kvinnor sker uppföljning på gynklinik enligt särskilt vårdprogram. Män med cellförändringar remitteras till specialist för individuellt omhändertagande.

Prevention

Profylax genom kondom användning är osäker men skall alltid uppmuntras särskilt vid tillfälliga kontakter. Den gynekologiska hälsokontrollen med regelbunden cellprovtagning anses starkt ha bidragit till minskad mortalitet i cervixcancer. Två vaccinpreparat (Gardasil och Cervarix) har nyligen introducerats. De har visat mycket god förebyggande effekt mot cellförändringar orsakade av HPV-typerna 16 och 18 och ingår i högkostnadsskyddet för flickor 13-17 år. HPV-vaccin kommer att ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet för flickor inom något eller några år. Hur det kommer att utformas inom SLL är inte klart. Gardasil ger även skydd för kondylom som beror på HPV-typerna 6 och 11 varför detta vaccin är att föredra från en STI-preventionssynpunkt. Man bör uppmuntra till vaccination av unga flickor enligt de riktlinjer som har angivits. Vaccinerna har ännu inte godkänts för pojkar.

Lymfogranuloma venereum (LGV)

Denna sjukdom sågs tidigare som sällsynta importerade fall, men under 2000-talet har en liten epidemi bland män som har sex med män uppstått i Europa och även i Sverige. Den orsakas av chlamydia trachomatis typerna L1-3, alltså av andra typer än de som ger vanlig genital klamydiainfektion. Kliniskt skiljer den sig också, det första tecknet kan vara ett litet genitalt sår som följs av en mycket kraftig lymfkörtelförstoring i ljumskarna eller en bild som domineras av en kraftig inflammation i ändtarmen (proctit). Obehandlad ger sjukdomen svåra bestående skador på lymfsystemet. Diagnos får man med samma metod som för vanlig klamydia kompletterat med typning. Vid misstanke skall man begära sådan typning, det utförs för närvarande på mikrobiologen i Uppsala. De flesta fallen som upptäcktes 2007 hade proctit. Därför analyseras alla positiva klamydiaprover från rectum med typning för att få en uppfattning om det även förekommer tysta LGV-fall. Anmälan enligt SML och smittspårning skall utföras. Det är mycket angeläget att man har denna sjukdom i åtanke för att om möjligt förhindra vidare spridning. Behandling sker med doxycyklin i dubbel dos 3 veckor.

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma genitalium är en relativt sett nyupptäckt bakterie, som ger upphov till urinrörskatarr (uretrit) och /eller inflammation i livmoderhalsen (cervicit) och som sprids genom sexuella kontakter.

Infektionens betydelse är ännu inte fullt klarlagd, men det finns all anledning att i likhet med andra STI betrakta den som en faktor som kan öka smittsamheten av en parallell hivinfektion. Kliniken liknar den vid okomplicerad klamydia, dvs sveda vid miktion och flytningar. På STI-mottagningar är infektionen knappt hälften så vanlig som klamydia.

Mycoplasma genitalium kan ge samma komplikationsmönster som klamydia men detta tycks vara relativt sällsynt. Diagnos ställs med PCR-test på urin- eller sekretprov.

Indikation på provtagning: Alla med ett negativt klamydiatest och som efter behandling med doxycyklin har fortsatta symtom på nedre genital infektion. Alla med recidiverande uretriter/cerviciter. Partners till patienter med infektionen.

Behandling: Azitromycin under fem dagar. Obs att engångsdos med azitromycin kan framkalla resistens och därför måste undvikas. Fast partner bör få samma behandling. Infektionen är inte anmälningspliktig.

Blodsmitta i vården

(för ytterligare information se <http://www.smittskyddsinstitutet.se/rav/rekommendationer>)

Ofrivillig exposition för blod eller annan kroppsvätska genom stick eller stänk

- som olyckshändelse vid ingrepp på levande person eller hantering av biologiskt material
- som våldshandling riktad mot personal från patient, anhörig eller annan person

Aktuella smittämnen är fr.a. hepatit B och C samt hiv, men även andra är tänkbara.

Sannolikhet för smittöverföring är beroende av:

- Smittämne
- Volym av blod eller annan vätska
- Smittämnets koncentration – ”naturligt” förekommande eller anrikat exempelvis på laboratorium
- Expositionssätt – ytligt på eller penetrerande av hud eller slemhinna
- Tiden innan förebyggande åtgärder

Åtgärder vid exposition

- Sköljning av hud eller slemhinna – vatten med eller utan tillsats av tvål, alkohol eller annat desinfektionsmedel – skall göras omedelbart
- Information till arbetsledare och anmälan som tillbud
- Kontakt med infektionsklinik för riskbedömning, rådgivning och eventuell åtgärd – snarast, skall betraktas som akutfall
- Eventuell polisanmälan

Om möjligt konstaterande av indexfallets serostatus. Ifall detta är osäkert eller okänt sök tillstånd för provtagning med snabbsvar.

På infektionsklinik

- Kontakt med erfaren sköterska, läkare och kurator för riskbedömning
- Beroende på bedömning - eventuell provtagning, immunisering mot hepatit B, profylaktisk behandling av hiv samt rådgivning för undvikande av sekundärsmitta (sexuell) och uppföljning
- Remiss för uppföljning inom personalhälsovården

Förebyggande

- Tydliga och välkända säkerhetsrutiner
- Handskar, mun- och ögonskydd vid hantering av blod och annat biologiskt material
- Undvikande av störningar och andra stressfaktorer vid genomförande av riskfyllda arbetsmoment
- Hepatit B immunisering

Sammanfattning

- Tydliga säkerhetsföreskrifter på varje arbetsplats och information om dessa till alla anställda – ansvarig verksamhetschef
- Lättillgängliga föreskrifter om åtgärder vid exposition eller misstanke om exposition – ansvarig arbetsledare
- Rutiner för handläggning på infektionsklinik – ansvarig verksamhetschef
- System för samarbete arbetsplats och personalhälsovård

Indikator – antal expositionstillfällen (tillbudsanmälningar avseende exposition för blod eller annat biologiskt material)

Bilaga 2.

Patientperspektiv på klamydia och hiv

Intervjuerna återges här i sin fulla längd.

Charlotta, Johan, Anna och David har alla nyligen drabbats av en sexuellt överförd infektion. Men deras reaktioner på testresultatet skiljer sig åt. David och Anna fick båda beskedet att de är hivpositiva. För Johan och Charlotta var beskedet lättare, de hade ”bara” fått klamydia. Anders tillhör den generation som var med när hiv bröt ut i början på 80-talet. Han klarade sig från hiv under dessa år, trots att han utsatte sig för stora risker, men smittades under 2002 och har nu 6 års erfarenhet av att leva med hiv-mediciner och deras biverkningar.

Här följer deras berättelser. De fyra första har tidigare publicerats i Lafas tidskrift *Insikt* och har skrivits av Hanna Ådin och Martina Junström. Intervjun med Anders har gjorts av Anna-Karin Asp.

Charlotta, 18 år:

”Man känner sig lite skabbig när man har fått klamydia”

Det började med att Charlotta fick ett telefonsamtal från en kille som hon haft sex med för en och en halv månad sedan.

- Han hade fått ett samtal från ungdomsmottagningen där han bor om att han kanske blivit smittad med klamydia. När vi pratade hade han inte hunnit testa sig ännu, men tyckte ändå att jag skulle gå och testa mig också. Så jag beställde tid på min ungdomsmottagning. Charlotta hade inte märkt något särskilt, förutom att hon kanske luktade lite konstigt från underlivet. Men barnmorskan såg redan vid gynundersökningen att Charlotta hade någon form av infektion. Hon satte upp Charlotta på en läkartid ifall det inte skulle vara klamydia. Men några dagar senare fick Charlotta ett meddelande från ungdomsmottagningen på mobilen och förstod direkt hur det låg till.

- Killen som ringt mig hade fått svar två dagar innan mig och berättade att han hade klamydia. Så jag blev inte så överraskad att jag också hade det, det var mer ”okej, då är det väl så”.

Det var första gången Charlotta fick klamydia. Hon blev inte särskilt orolig men tyckte att det kom väldigt olägligt.

- Det är mycket jobb och skola just nu och så ska jag resa bort snart, det kändes som att allt kom på en gång. Det var fel tidpunkt, men annars var det mest ”jaha, nu har jag också haft klamydia, nu är jag som alla andra”. Jag äter fortfarande penicillin och mår bra, har inte fått ont i magen av det. Och jag tror inte att jag blivit steril eller något.

Charlotta berättade efter viss tvekan för sina närmaste vänner att hon fått klamydia.

- Först tänkte jag att jag säger inget till någon, man känner sig lite skabbig när man haft fått klamydia. Ordet klamydia är småäckligt bara det. Men sen tänkte jag att det är klart att jag måste berätta, ventilerar lite med dem.

- De sa inte så mycket, bara ”Oj, gud vad jobbigt”. En har haft det tidigare, hon blev smittad av sin pojkvän. Det är så vanligt med klamydia så det var inte värsta grejen att avslöja.

Charlotta sa även till sin mamma att hon varit och testat sig. Sedan åkte mamman iväg på en resa, men Charlotta tänker berätta om klamydian när hon kommer tillbaka.

Några dagar innan hon intervjuas i Insikt träffade Charlotta sin barnmorska och hjälpte till med partnerspårningen.

- Det var helt okej. De på ungdomsmottagningen är jättetrevliga, jag har gått där sedan 2002 och fått p-piller, hämtat akut-p-piller och även testat mig för klamydia tidigare. Jag vet att de har tystnadsplikt och det känns naturligt att komma dit. Man kan fråga vad man vill och jag fick svar på alla mina frågor.

- Jag är glad att jag bara har haft sex med två personer det senaste året och att jag bara kan ha smittat en. Det är faktiskt det som känns jobbigast, att jag kan ha smittat mitt ex, säger Charlotta som ska prata med honom senare samma dag.

Hon berättar att hon hade ett förhållande med kille nr 1 (som senare smittade henne) för över ett år sedan. Sedan blev hon ihop med kille nr 2. Men så vid nyår tog det slut och då hade hon sex med kille nr 1 en gång. Efter det har hon haft sex med kille nr 2 igen.

- Jag är ganska säker på att jag blev smittad då vid nyår. Visst är det surt att vi hade sex en gång och så fick man klamydia. Killen som smittade mig har sagt förlåt, men jag får skylla mig själv, jag valde ju att vi skulle ha sex utan kondom.

- Jag och mitt ex hade gjort slut, så jag var inte otrogen. Men vi fortsatte ju att träffas och det känns dumt att jag hade en annan kille nästan på en gång. Men det blev som det blev och nu får jag ta att jag kanske har smittat mitt ex.

Charlotte tycker att hon har lärt sig mer om riskerna med osäkert sex efter det som hänt.

- Man tänker att ”det händer inte mig”. Nu vet jag att man kan bli smittad av vem som helst, inte bara av såna som verkar äckliga.

- Jag ska börja testa mig lite oftare, kanske en gång i halvåret. Och jag hoppas att jag kommer att bli bättre på att skydda mig, men jag vet också att när man väl är i vissa situationer så tänker man inte efter lika mycket.

Hanna Ådin

Johan, 25: "Vi hade oskyddat sex dagen innan provsvaret "

När jag pratar med Johan har han just varit på Sesam City för tredje gången på kort tid. Första gången gjorde han ett klamydiatest som visade sig vara positivt. Andra gången hämtade han sin behandling, en antibiotikakur. Idag har han träffat kurator och lämnat uppgifter som grund för partnerspårning. Han är nöjd med samtalet.

- Jag kände mig jättebekväm. Det är viktigt hur hon lägger upp det och det var enkelt och avslappnat, inget hysch hysch. Och det var skönt att hon tog upp det här med sekretessen, även fast jag vet att man får vara anonym så var det skönt att höra henne säga det.

Johan är överhuvudtaget väldigt nöjd med den service och det bemötande han har fått på mottagningen.

- Det har flutit på bra och alla har varit jättetrevliga. Att man har fått klamydia är ju inget man brukar snacka om över en drink precis. Men idag efter kuratorsbesöket käkade jag lunch med en god vän och då berättade jag faktiskt var jag hade varit, bara för att jag hade fått ett så bra mottagande. Det känns ju bra att tipsa andra om vart man kan vända sig. Och när man börjar snacka kommer det fram att fler har haft det, att det är jättevanligt med klamydia.

Det var när han kom hem från en resa som Johan kände att något inte var som det skulle.

- Jag kände symptom som liknade en urinvägsinfektion och förstod att det kunde vara klamydia. Min mamma jobbar i sjukvården så jag har redan från början vetat om vad som kan hända och hur det funkar. Så jag tänkte att det är ju bara att springa och kolla sig. Och det var hur smidigt som helst.

Johan har inte haft klamydia tidigare, men det kom inte som någon överraskning för honom att provet var positivt.

- Nej, jag kände någonstans att det skulle vara det, jag var ju väl medveten om att klamydia finns och vilka symptom det kan ge.

Johan säger att han vet vem som smittade honom.

- Jag vet vem det var till 99 procent, det var för någon månad sedan.

Han är inte arg eller besviken på den person som gav honom klamydia.

- Det där beror nog på vem man är som person, det är ingen karamell som jag gillar att suga på, sånt lägger jag åt sidan, konstaterar Johan.

Och han vet att han har hunnit smitta någon i sin tur.

- Dagen innan jag fick provsvaret hade jag sex första gången med en tjej, vi har hängt ett tag. Hon frågade om jag var grön och jag sa att det får jag veta i morgon. Vi hade oskyddat sex och det var dumt förstås, men hon visste hur det låg till och valde att köra utan kondom. Och nu får hon ju behandling direkt och förhoppningsvis går det lika bra för henne som för mig.

Den nuvarande tjejen har Johan själv berättat för, men tidigare partner föredrar han att kuratorn kontaktar och han vill vara anonym gentemot dem. Nu är han glad att hans klamydia är botad och han är inte orolig för att infektionen ska ha skadat honom på något sätt.

- Efter penicillinet känns det hur bra som helst, det är häftigt vad det gör! Jag känner ingen oro, det beror väl på hur väl man känner sin kropp, men jag känner att det är lugnt nu. Och jag tänker att någon gång ska man väl ha klamydia. Det är fler än vad man någonsin tror som får det, säger Johan.

Han tror dock att han kommer att bli bättre på att använda kondom nu, åtminstone den närmaste tiden.

- I vanliga fall gör man ju det som känns bäst, alltså har sex utan kondom. Men visst får man en tankeställare när det här händer. Jag kommer nog att vara mer noggrann en tid framöver.

Hanna Ådin

”Jag kände mig så fruktansvärt ensam”

Anna, 22 år, smittades med hiv vid en sexuell kontakt i sin hemstad i Sverige.

- Jag blev så arg på läkaren när jag fick beskedet. Att jag skulle ha hiv, det bara fanns inte.

Det var för åtta månader sedan som Anna gick för att testa sig för könssjukdomar.

- Jag hade just gjort slut med en kille och ville bara kolla att jag var frisk. Att jag inte hade fått klamydia. Sköterskan frågade om jag ville testa mig för hiv också och jag sa okej utan att tänka så mycket på det.

Anna hade inte klamydia. Däremot hade hon hiv. Det kom som en fullständig chock när läkaren gav henne beskedet.

- Det går inte att beskriva. Läkaren ville att jag skulle stanna och prata men jag ville bara gå därifrån. Sedan bröt jag ihop totalt.

Det visade sig att Anna smittats av en annan kille som hon känner väl och bara har haft sex med vid något tillfälle. Han visste inte om att han var hivpositiv utan gick och testade sig först när Anna kontaktade honom och berättade att hon var smittad.

- Han är en kille som brukar skydda sig och det kom som en chock för honom också.

Anna visste rätt mycket om hiv även innan, att det är ett virus som smittar bland annat i samband med sex. Men risken för egen del var något hon såg förbi, det verkade så otroligt att hon skulle smittas med något värre än klamydia.

- Det kändes som att...vi är ju i Sverige, hiv finns inte här, funderar Anna.

Genom sin läkare fick hon höra talas om hivkonferensen för unga vuxna och hon kände direkt att hon ville åka dit.

- Jag kände mig så fruktansvärt ensam. Jag behövde få andra ansikten, se att de som har hiv är vanliga människor som finns mitt ibland oss.

I oktober förra året åkte hon dit och konferensen kom att betyda mycket.

- Jag åkte dit för att få lite info och kanske träffa någon som jag kunde prata med. När jag åkte därifrån hade jag fått jättebra kontakt med flera stycken och vi har fortsatt att höras och ses efteråt.

- När man har hiv lever man med en lögn. På konferensen kan man vara öppen och berätta allt som man känner, dela erfarenheter. Jag som så nyligen fått reda på att jag har hiv fick träffa andra unga nysmittade, se att det finns fler än jag. Det hade inte varit samma sak att bara träffa äldre personer som haft hiv i många år.

De enda i Annas vardag som vet att hon har hiv är familjen och ett fåtal vänner. När hon berättar om sina föräldrars sorg och oro låter hon särskilt ledsen.

- Det är svårt att se föräldrar som mår dåligt därför att jag, deras barn, är sjukt. Det har tagit hårt på familjen.

Då har det varit enklare att berätta för de närmsta vännerna.

- Det var nervöst innan förstås, man vet ju aldrig hur de ska reagera. Men min kompis sa bara: ”Jag kommer att behandla dig precis som alla andra vänner. Tyvärr så får du ingen särbehandling”. Hon gjorde precis som man ska göra. Hon var mest intresserad av hur jag mådde.

Anna mår bra fysiskt. Hon känner inget särskilt i kroppen och behöver inte ta några mediciner. Men just det faktum att viruset inte märks gör det på ett sätt svårare att handskas med tycker hon.

- Jag tittar mig i spegeln och ser precis likadan ut som förut. Hiv är en sjukdom man inte kan ta på och därför är det svårt att dela den med folk.

Åtta månader har gått sedan den där hemska, överkliga dagen när Anna rusade ut från läkarens rum. Idag mår hon relativt bra även psykiskt.

- Det är klart att jag tänker på att jag har hiv varje dag, det är en del av mitt liv. Men man kommer till en punkt när man inte orkar vara ledsen längre. En punkt när man antingen tar tag i sitt liv eller går ner sig.

Just nu är det yrkeslivet som Anna fokuserar på. Hon har bestämt sig för att gå en utbildning som hon länge drömt om men tvekade inför tidigare.

- Förut kunde jag oroa mig för om den skulle ge något jobb, om jag skulle få en tryggad ekonomi. Nu gör jag det jag verkligen vill göra. Jag lever här och nu och några månader framåt, sedan vet jag inte vad som händer.

Även när det gäller kärlek och familj tar hon en dag i sänder och känner tillförsikt inför att det kommer att ordna sig.

- Jag räknar inte med att träffa någon de närmaste två åren. Men när jag blir lite äldre tror jag säkert att jag träffar någon som är mogen nog att klara av att jag har hiv och som vill leva med mig ändå.

Hanna Ådin

"Allt blev kaos när beskedet kom"

David fick veta att han har hiv dagarna före jul förra året.

- Livet tog slut där och då, det var så det kändes. Jag har aldrig varit så rädd i hela mitt liv.

Beskedet kom som en chock. Han hade blivit kallad någon vecka tidigare för att ta ett klamydiatest och lämnat ett hivprov samtidigt, mest som en rutinkoll.

- Jag har ju alltid varit försiktig, inte levt som en del andra gör. Jag har inte varit ute i svängen särskilt mycket eller besökt bastuklubbar. De senaste åren har jag haft oskyddat sex med två killar. I båda fallen var jag helt säker på att de var friska, vi litade på varandra, säger David.

Läkarens ord fick hela rummet att gunga. David hörde att han och kuratorn pratade, men uppfattade inte vad de sa.

- Allt var kaos inuti. Jag förstod inte ens hur jag skulle kunna ta mig hem.

Han fick en akuttid hos kuratorn på Aidsjouren på Noaks ark och åkte direkt dit. Efteråt satt han kvar på en stol och bara grät. Ville inte åka hem till ensamheten i lägenheten.

Dagarna som följde var skrämmande och förvirrande. Läkarbesök, hälsoundersökningar, provtagning, smittspårning. Nya ansikten, en räkka uppmaningar och förklaringar, viktiga lappar som han tappade, information som han glömde bort med en gång.

- Jag hade tappat fotfästet, jag svävade plötsligt fritt. Jag hade sådan dödsångest, så mycket känslor.

David besökte Noaks ark flera gånger under julveckan. En dag fick han en folder med ett telefonnummer till samtalsprojektet Heart to heart. Den som svarade var Ola Stähle på Positiva gruppen. De bestämde träff på Medborgarplatsen några dagar senare.

- Det första jag frågade var "Hur lång tid har jag kvar, hur fort går det?", berättar David. Jag var så säker på att jag skulle dö. Och han svarade "Nej, nej, nej! Du kommer inte att dö av det här, du kommer att leva länge och dö av något annat så småningom".

Det blev ett långt samtal. David var fylld av frågor som hade snurrat runt i huvudet nästan dygnet runt sedan beskedet. Visst hade han pratat med både kuratorer och läkare om sjukdomsförloppet och om hur medicinerna fungerar, men:

- Vad som verkligen hjälper en som nysmittad är när man träffar någon som själv har levt med hiv i kanske åtta eller tjugo år, någon som kan berätta hur det är. Det lugnar en mycket mer än om en läkare säger samma saker.

Ola visade också runt i PG:s lokaler på Södermalm i Stockholm. Dit har David återvänt många gånger sedan dess, på pubkvällar, middagar och annat.

- Jag har hela tiden känt ett jättestort behov av att lära känna andra som har hiv.

Han beskriver mötet med Ola och senare Anders och andra medlemmar i Positiva gruppen "som att komma hem". De har alla det gemensamt att de är hivpositiva män som har sex med andra män.

- Det är i den här gruppen jag passar in, det är så det känns. Man har gått igenom samma saker. För mig är det ett otroligt stöd, jag har aldrig mött så mycket värme och medmänsklighet som här.

David är i fyrtioårsåldern och jobbar inom vården. För honom har det inte varit svårt att berätta att han har hiv för nära vänner, eller för sin tandläkare och andra som måste få veta. Men han är livrädd för att någon av hans kollegor ska få veta.

- Det skulle vara en katastrof, säger han. Jag vet ju hur omotiverat rädda för smitta en del av mina arbetskamrater är och hur snacket går. Jag är rädd för att det ska bli ryktesspridning och för att jag ska bli utfrysst och att det i sin tur gör att jag vantrivs så mycket att jag blir tvungen att sluta.

Oron dominerar fortfarande hans vardag, men precis just nu känns det lite bättre, tycker David. Hans allra bästa vän har just varit i Stockholm på besök. De har pratat och pratat och hon följde med honom till Posithiva gruppens lokaler och hälsade på.

Om några veckor kommer hans partner till Sverige. Det blir första gången de ses sedan David fick sitt hivbesked.

- Han ville komma direkt, då precis när jag hade fått beskedet. Men jag kände att jag måste vara för mig själv den där första tiden. Fast nu känns det rätt.

De har ett förhållande på långdistans sedan många år, och det är klart att de står inför en ny situation nu, när den ene har hiv och den andre inte.

- Men han har sagt att han inte vill förlora vår relation. Jag tror att vi kommer att klara det. David är fortfarande rädd för att dö, men han kan hantera rädslan bättre. Han är orolig för att behöva börja äta mediciner. Han undrar vad de ska göra med honom och om han kommer att tåla dem över huvud taget. Och han grubblar mycket över den man som gav honom hiv.

- Det känns som att bli misshandlad utan att säkert veta av vem.

Men på något sätt har livet omkring honom i alla fall fått konturer igen. Häromdagen stötte han ihop med Ola.

- För första gången sedan vi möttes på Medborgarplatsen klarade jag av att småprata lite om allmänna saker, säger David. Det kommer nog att gå upp och ner, men när jag ramlar ner igen, då har jag i alla fall killarna på PG.

Martina Junström

”Jag tillhörde absolut riskgruppen”

Anders tillhör den generation som var med när hiv bröt ut i början på 80-talet. Han har haft två pojkvänner som dött i aids. Han bodde i New York under 80-talet och kan berätta om skräcken när alla runt omkring började dö.

- Det var en förfärlig tid, som jag inte bearbetat förrän nu. Folk försvann från barerna. Hux flux såg man dem inte mer. Först frågade man vad som hänt, men sen slutade man fråga. Man ringde runt till varandra. ”Nu har Carlos dött, vi ska ha en ceremoni”. Hela tiden tänkte man, det kunde lika gärna ha varit jag.

- Många isolerade sig sexuellt, man blev rädd och gick inte ut. I slutet på 80-talet var det ganska tomt på barerna i Greenage Village, det var som en spökstad. Tidigare kunde det vara 2 000 män på en gaybar, nu var det kanske 150. Det var som om blodet rann ur en. Man blev inte kåt längre.

Anders som idag är 54 år har jobbat som flygpurser i 30 år och rest runt i hela världen och bott i afrikanska länder, Brasilien och New York. Han säger själv att han åkt i riskbältet för hiv.

På barerna i New York fanns gratis kondomer i drivor, men många i gayvärlden var redan smittade. Anders berättar om varför många trots skräcken för hiv ändå valde bort kondomen.

- När jag gjorde min sexdebut på 60-talet fanns p-piller, man behövde inte kondom. Det gäller många 40- och 50-talister. Vi blev aldrig vana vid kondomer. För dem som debuterade på 80- och 90-talet var det annorlunda. Då fanns hiv och det måste man förhålla sig till.

Anders klarade sig från hiv under de tumultartade åren på 80- och 90-talet.

- Jag trodde i min enfald att inget kunde bita på mig. Jag har absolut tillhört riskgruppen.

I slutet på 2001 blev Anders singel och var ute och ”rumlade runt”. Någon gång under 2002 blev han smittad med hiv.

- Jag fick beskedet 2003. Då hade jag sökt för en urinvägsinfektion, man tog ett hivtest och när jag kom tillbaka och såg att det satt läkare, kurator och sjuksköterska i rummet förstod jag direkt.

Anders bodde då i Danmark och där påbörjade man den medicinska behandlingen tidigt. Hans virushalter hade gått upp katastrofalt och CD4-talet låg runt 300.

Den allra första behandlingskuren fungerade bra, förutom en medicin som han kallar ”ko-mockan” och som rann rakt igenom. Men från 2007 har han ständiga problem med biverkningar. Han har återkommande infektioner, feber, förkylningar, känner sig ruggig, har muskelvärk och ont i lederna.

Bara det senaste året har han haft bihåleinflammation, lunginflammation, luftrörskatarr, öroninflammation och pannhåleinflammation. Immunförsvaret är helt försvagat. När jag träffar honom har han fått lunginflammation igen.

- I april 2008 blev jag av med en medicin och fick en annan. Den är förfärligt bra för hiv-värdena, men jag sover bara två timmar i stöten, kallsvettas och har hemska mardrömmar. En mardröm var så otäck att den nästan tog knäcken på mig, jag vaknade och spydde rakt ut.

Den senaste tiden har Anders fått magsmärtor, en av medicinerna ökar produktionen av magsyra.

- Alla mediciner påverkar varandra. När någon frågar mig hur jag mår, vet jag inte längre vad som är normalt. Men just idag känns det rätt okej.

På sikt tror Anders att hivmedicinernas biverkningar kommer att bli ett stort problem. Även om man börjat komma till rätta med vissa biverkningar som fettomfördelning så dyker nya upp som muskelvärk, ledbesvär, stroke, cancer och hjärtinfarkt.

- Den nya generationen hivpositiva kommer aldrig att acceptera biverkningarna. Vi gamla har sett folk dö i aids och vet vad alternativet är. Men de nya har inte hört hur det är att leva med hiv. De tror att man med medicinerna kan leva ett helt normalt liv. De vet inte att alla får biverkningar av medicinerna, man mår illa, får sömnproblem, kan inte gå till jobbet för man har diarré hela tiden. Då börjar allt rasa. Hur länge står man ut med att aldrig må bra, utan bara halvdant? För många återstår kanske 40 år utan livskvalitet.

Förutom de medicinska problemen tar Anders upp den sociala utstötningen som innebär ensamhet, utanförskap och isolering.

- Innan medicinerna kom tyckte folk synd om oss. Folk dog ju inom ett par år. Idag är attityden den att vi får skylla oss själva. Alla vet ju att man ska använda kondom. Vi som bor i Stockholm är ändå lyckligt lottade. Här finns Venhälsan, Positiva gruppen och Arken. På vischan däremot utspelas otroliga tragedier.

Idag arbetar Anders som informatör och stödperson inom en patientförening för hivpositiva. Han tycker att för mycket ansvar läggs på den hivpositiva när det gäller kondomanvändning.

- I USA har man kommit otroligt långt. Där säger man i gayvärlden: What's your status? Svarar man att man är hivpositiv, blir svaret: okej då kör vi med kondom.

- Om man i Danmark inte frågar eller säger något om sin hivstatus, så utgår man från att personen är hivpositiv och använder kondom. I Sverige är man mycket sämre på att kommunicera rakt, man är konflikträdd. Man frågar: Är du frisk och säger man att man är hivpositiv så backar den som frågat. Eller så frågar man först efteråt om personen är frisk.

När jag frågar Anders vad han som hivpositiv vill säga till unga människor idag, svarar han så här:

- Se till att inte få hiv. Se till att skydda dig. Lär dig kommunicera frågan om skydd och hivstatus innan och inte efteråt. Du måste själv ta ansvar för din egen hälsa, det är din framtid det gäller. Har du en gång fått hiv blir du aldrig av med det, det är inte som klamydia.

- Och om du väl har fått hiv, ta det lugnt. Berätta inte för alla. Det som är sagt är sagt och går aldrig att ta tillbaka.

Anna-Karin Asp

Bilaga 3.

Beräkning av vad vården av patienter med hivdiagnos kostat i Stockholms läns landsting under 2008.

Enligt VAL-databasen gjordes i den slutna vården inom SLL under 2008 1 110 vårdtillfällen omfattande 7 116 vård dagar av 207 individer med hivdiagnos (diagnosnumren B20-B23).

Totalt 2 608 individer med hivdiagnos svarade under året för:

- 49 553 besök vid sjukhusens öppna vård, varav 21 519 läkarbesök
- 7 319 besök i primärvård, varav 3 742 läkarbesök
- 1847 besök i övr öppen vård, varav 931 läkarbesök

Totalt antal individer inom öppen och sluten vård tillsammans 2 666.

Antalet avlidna med hivdiagnos under 2008 var 20 personer.

Kostnader för vårdtillfällen med hivdiagnos 2008

- Sluten vård 21 926 146 (inkl uppräkn för 54 x medelv. 60 906 = 3 288 924)
- Sjukhusens öppenvård 43 760 719
- Totalt 65 686 865 (*65 miljoner kronor*)

Kostnader för all vård konsumerad av hivpositiva patienter 2008

- Sluten vård 35 710 896
- Sjukhusens öppenvård 67 179 908
- Primärvård 5 172 800
- Övrig öppen vård 1 107 218
- Totalt 109 170 822 (*110 miljoner kronor*)

Kostnader för hivrelaterade läkemedel 2008

Huvuddelen av hivläkemedlen bokförs som smittskyddsläkemedel och separatfaktureras av apoteken. Till detta kommer en mindre del förskrivningar som inte ingår bland smittskyddsläkemedlen samt rekvisitioner till öppen och sluten vård.

- Smittskyddsläkemedel 154 344 296
- Övr förskrivningar 13 934 098
- Rekvisitioner öppen vård 114 108
- Rekvisitioner sluten vård 955 223
- Totalt 169 347 725 (*170 miljoner kronor*)

Landstingets totala kostnad för hivläkemedel under år 2008 beräknas således ha uppgått till *170 miljoner kronor*.

Slutsats

Den totala kostnaden för all vård inklusive läkemedel till personer med hivdiagnos i Stockholms läns landsting år 2008 uppgår enligt dessa beräkningar till *280 miljoner kronor*. Begränsat till kostnaden för de vårdtillfällen som åsatts hivdiagnos blir den totala kostnaden inklusive läkemedel *235 miljoner kronor*.

● ● ● Rapporten kan laddas ner eller beställas i tryckt version på www.vardsamordning.se

