

**Kriminologiska institutionen
Stockholms universitet
106 91 STOCKHOLM**

Rapport 2003:1

Forskare om narkotikapolitiken

Red. Henrik Tham

Förord

”Ett narkotikafritt samhälle” är målsättningen för svensk narkotikapolitik. Sverige har härigenom markerat en särställning bland europeiska stater genom en totalförbudsmodell och betoningen av en restriktiv hållning. Denna politik har officiellt framhållits som framgångsrik i förhållande till såväl en tidigare, mindre restriktiv politik som politiken i andra länder.

Narkotikafrågan har fått förnyad aktualitet sedan narkotikamissbruket skjutit i höjden efter en tidigare tillbakagång. Regeringen har tillsatt en särskild samordnare i narkotikafrågor, som nu arbetar under namnet ”Mobilisering mot narkotika”. Regeringen förväntas också skjuta till stora belopp för denna mobilisering.

Flera forskare har länge varit kritiska mot olika delar av den svenska narkotikapolitiken. Debatten har samtidigt varit låst och polariserad, varför det varit svårt att nå fram med alternativa synsätt. I den nya och öppnare situation som nu råder önskar ett antal forskare här föra fram sin syn på narkotikapolitiken. Varje författare svarar ensam för sitt avsnitt.

Red.

INNEHÅLL

FÖRORD	2
INNEHÅLL	3
FÖRFATTARPRESANTATION	4
NARKOTIKAPOLITIKEN OCH MISSBRUKETS UTVECKLING	5
<i>HENRIK THAM</i>	
NARKOTIKAPOLITIK OCH BROTTSKONTROLL	17
<i>PER OLE TRÄSKMAN</i>	
TVÅNGSVÅRDENS RESULTAT OCH KONSEKVENSER	26
<i>MATS EKENDAHL</i>	
SVERIGE OCH HOLLAND - TVÅ MODELLER FÖR NARKOTIKAPOLITIK	30
<i>DOLF TOPS</i>	
DUM DOGMATISM DÖDAR. OM SUBSTITUTIONSBEHANDLING	36
<i>MARKUS HEILIG</i>	
NARKOTIKAPOLITIK OCH FÄNGELSEVÄSENDETS EXPANSION	42
<i>MAGNUS HÖRNQVIST</i>	
DEN NARKOTIKAPOLITISKA RELEVANSEN AV NARKOTIKARELATERADE DÖDSFALL	48
<i>LEIF LENKE OCH BÖRJE OLSSON</i>	
FN:S NARKOTIKAKONVENTIONER OCH NARKOTIKAPOLITIK	58
<i>HENRIK THAM</i>	
ETT NARKOTIKAFRITT SVERIGE?	64
<i>HENRIK THAM</i>	

Författarpresentation

Mats Ekendahl är fil. dr och verksam vid socialhögskolan vid Stockholms universitet

Markus Heilig är docent vid Karolinska Institutet och FoUU-chef för psykiatrien vid Huddinge Sjukhus

Magnus Hörnqvist är doktorand i kriminologi vid Stockholms universitet

Leif Lenke är professor i kriminologi vid Stockholms universitet

Börje Olsson är professor i alkohol- och narkotikapolitik vid Stockholms universitet

Henrik Tham är professor i kriminologi vid Stockholms universitet

Dolf Tops är fil. dr och verksam vid socialhögskolan vid Lunds universitet

Per Ole Träskman är professor i straffrätt vid Lunds universitet

Narkotikapolitiken och missbrukets utveckling

Henrik Tham

Kontrollens utveckling

Svensk narkotikapolitik har varit framgångsrik i att minska narkotikamissbruket såväl över tid som i förhållande till andra länder. Detta är den officiella bilden som den framkommer i politiska uttalanden, statliga utredningar och myndigheters informationsskrifter. Politikens framgång beror, enligt dessa officiella uttalanden, på att den är restriktiv. Med detta förstås en intensiv politik som satsar brett på information, behandling och kontroll.

Narkotikapolitikens framgång har ifrågasatts när det gäller satsningar på informationskampanjer och behandling. Dessa insatser är dock mindre kontroversiella. Kritiken mot den förda politiken har framför allt riktats mot kontrollen, då den innebär användning av straff och tvång. Polisingripanden, fängelsestraff och tvångsvård utgör avsteg från regeringsformens grundläggande fri- och rättigheter. Sådana ingripanden mot medborgarna, som alltså är undantag, måste därför berättigas särskilt genom lag. Skälen till tvångsåtgärder kan vara att de tydligt minskar riskerna för allvarliga konsekvenser för individ och samhälle. Narkotikapolitikens tvångsåtgärder måste därför bedömas i förhållande till dess effekter på missbruket och dess följder.

Skärpningarna av kontrollinslagen i narkotikapolitiken har varit påtagliga sedan slutet av 1960-talet. I tablå 1 redovisas viktiga förändringar i lagstiftningen sedan narkotikastrafflagen trädde i kraft 1968. Strafflagstiftningen expanderar under hela perioden. Också tillämpningen av lagen skärps successivt. Antalet narkotikapoliser ökar (figur 1), antalet dömda till fängelse för narkotikabrott ökar (figur 2) och andelen narkotikamissbrukare bland intagna i fängelse ökar (figur 3).¹

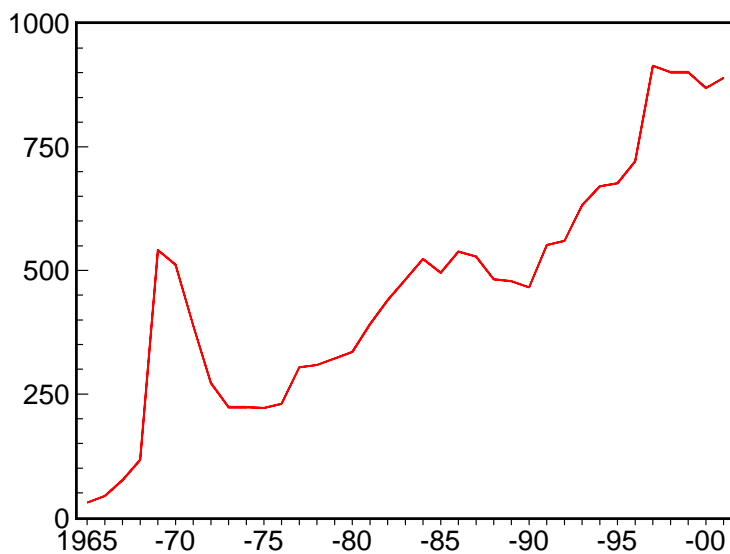
Åren kring 1980 utgör en vattendelare i narkotikapolitiken. Målsättningen blir från denna tidpunkt ”ett narkotikafritt Sverige” och missbrukaren - mot tidigare tillverkaren och försäljaren - sätts i fokus för politiken. Riksåklagaren minskar kraftigt möjligheterna för åtalsunderlåtelse vid innehav för eget bruk. Polisen satsar särskilt på aktioner på gatuplanet under parollen ”det skall vara jobbigt att vara missbrukare”.

¹ *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 2002. Stockholm: Folkhälsoinstitutet/Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

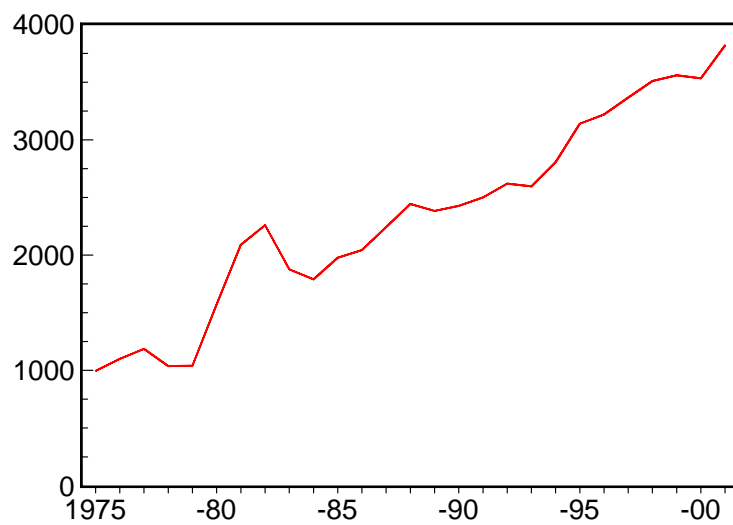
Tablå 1. Narkotikalagstiftningens utveckling

1968	Fängelse för grovt brott höjs från 2 till max. 4 år
1969	Fängelse för grovt brott höjs till max. 6 år Telefonavlyssning vid grova brott
1972	Fängelse för grovt brott höjs till max. 10 år
1980	Skärpt praxis vid åtalsunderlåtelse
1981	Fängelse vid normalbrott höjs från max. 2 till max. 3 år Fängelse vid grovt brott höjs från min. 1 till min. 2 år
1982	Lag om tvångsvård för vuxna missbrukare
1983	Utvidgning av straffbart område
1985	Fängelse för ringa narkotikabrott höjs till max. 6 mån.
1988	Kriminalisering av konsumtion, max. böter
1989	Utvidgning av lag om vård av unga vad gäller missbrukare
1993	Fängelse max. 6 mån. för konsumtion
1999	Utvidgning av kriminalisering av syntetiska droger Nollgräns för narkotika i trafiken

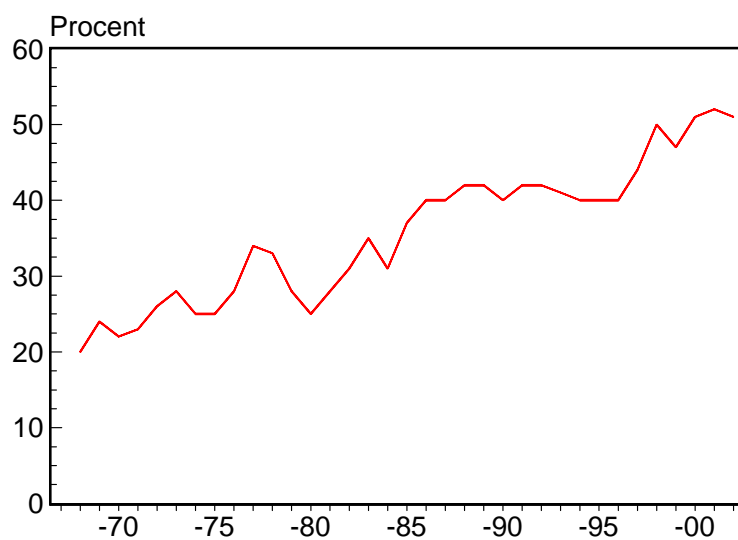
Figur 1. Antal poliser sysselsatta med narkotika 1965-2001



Figur 2. Dömda till fängelse för narkotikabrott 1975-2001



Figur 3. Narkotikamissbrukare i fängelse 1968-2002

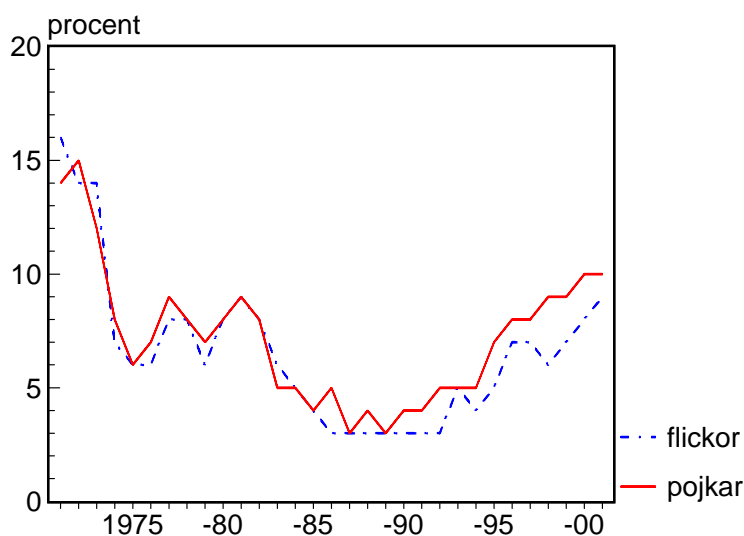


Narkotikans utveckling

En bedömning av den svenska narkotikapolitikens effekt måste utgå från olika mått på missbruket. Genom sådana mått är det möjligt att studera förändringar och också att göra jämförelser med andra länder. Mått på narkotikans omfattning, som använts för analyser i Sverige, är självdeklarerad narkotikaanvändning bland skolelever och värnpliktiga, narkotikarelaterad sjuklighet och dödlighet, gripna med stickmärken, räkningar av antalet missbrukare av olika myndigheter, polis- och tullbeslag, polis- och domstolsstatistik och antal missbrukare på kriminalvårdsanstalter. Dessa mått uttrycker delvis olika saker och är också på skilda sätt osäkra. De mått som direkt beskriver missbruk får anses som säkrare än de som beskriver reaktioner på missbruk, t.ex. polis- och domstolsdata. Sammantaget kan dock de olika måtten ge en grov bild av utvecklingen.

Sedan 1971 genomförs årliga frågeundersökningar bland elever i årskurs 9. Utvecklingen av flickor respektive pojkar som säger sig någonsin ha provat narkotika, främst cannabis, framgår av figur 4.² Utvecklingen visar en successiv minskning under 1970- och början av 80-talet, en lägsta nivå från mitten av 80-talet till början av 90-talet och därefter en markant ökning. Ett mer kvalificerat mått på narkotikakonsumtion är användning under senaste månaden. Utvecklingen är här i stort sett densamma.

Figur 4. Andel i årskurs 9 som använt narkotika 1971-2001, flickor och pojkar



² *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 2002. Stockholm: Folkhälsoinstitutet/Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

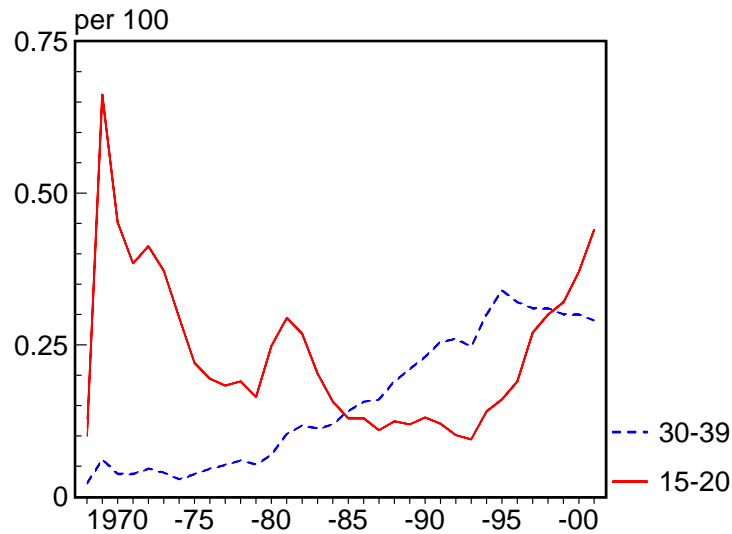
Ett mått på utvecklingen, som startar redan på 60-talet, bygger på stickmärken som påträffats för första gången bland intagna på Stockholms häkte.³ Efter en markant ökning sjunker antalet med stickmärken kraftigt från slutet av 60-talet till mitten av 70-talet. Därefter ligger antalet på en ganska stabil nivå till början av 90-talet (varefter data saknas). Utmärkande för utvecklingen i Sverige var också att landet fick ett amfetaminproblem till skillnad från de flesta andra länder där heroinet blev den dominerande tunga drogen. Heroinet kom in i Sverige i mitten av 70-talet. Det har också ökat sedan dess och ligger vid sekelskiftet på nästan samma nivå som amfetamin som dominerande drog bland tunga missbrukare.

Ett reaktionsmått, som lagförda för narkotikabrott, kan vara vanskligt att använda. Det kan sägas främst uttrycka rättsväsendets arbetsinsats. Sådana mått kan dock användas för att undersöka om olika grupper utvecklas olika. Bilden av lagförda visar då en minskning av antalet unga, 15-20 år, från början av 70-talet till början av 90-talet (figur 5).⁴ Detta sker samtidigt som de något äldre, 30-39-åringarna, ökar. Då det är svårt att tänka sig att polisen skulle bestämt sig för att minska inriktningen på unga, pekar utvecklingen mot allt färre unga missbrukare. Detta bygger på att de som begår narkotikabrott i allmänhet också är missbrukare och att debut i narkotika sker relativt tidigt. Från början av 90-talet stiger dock lagföringarna kraftigt för de yngre medan ökningen för de äldre bryts.

³ Kühlhorn, E. (1996) "Går brottsligheten att minska?" i: *Minskad brottslighet: till vilket pris?* Stockholm: Rikspolisstyrelsen.

⁴ *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 2002. Stockholm: Folkhälsoinstitutet/Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Figur 5. Lagförda för narkotikabrott 1968-2001,
15-20 år och 30-39 år



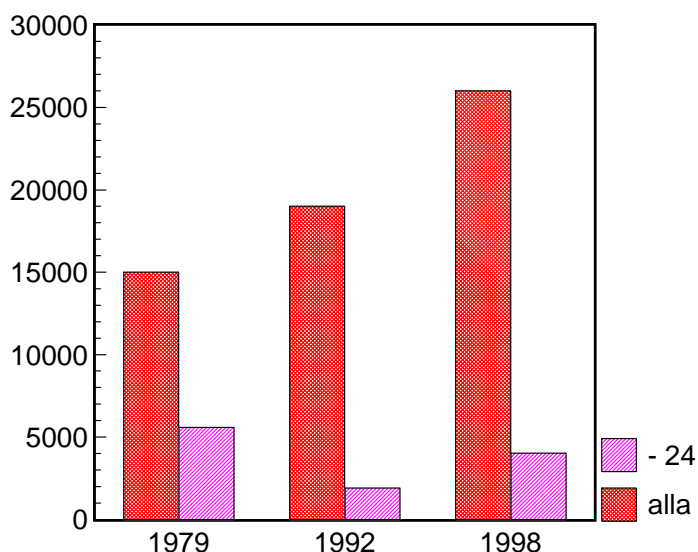
Mått på nytilkomna narkotikamissbrukare ska skiljas från mått på antalet missbrukare i befolkningen vid ett visst tillfälle. Nationella räkningar av antalet narkotikamissbrukare visar att antalet tunga missbrukare (de som injicerar eller brukar cannabis så gott som dagligen) utvecklats från 15 000 1979, 19 000 1992 till 26 000 1998⁵. Ökningen är alltså betydande och särskilt stark under 90-talet. Till del speglar denna utveckling att personer som i unga år påbörjade ett tungt missbruk fortsätter detta upp i åldrarna. Mellan 1979 och 1992 stiger också medelåldern tydligt och tillströmningen av unga minskar. På 90-talet ökar dock inte bara de äldre utan även de yngre. Narkotikarelaterad dödlighet följer också trendmässigt utvecklingen av antalet tunga missbrukare.⁶

Sammanfattningsvis sker en mycket kraftig ökning av antalet som debuterar i narkotikaanvändning under 1960-talet för att gå tillbaka under 70-talet, nå sin lägsta nivå under 80-talet och fr.o.m. 90-talet öka markant. Antalet tunga missbrukare i landet har successivt ökat sedan mätningar startades i slutet av 70-talet. Trots denna totala ökning har antalet unga missbrukare minskat fram till början av 90-talet varefter också dessa ökat i antal.

⁵ Olsson, B., Adamsson Wahren, C. & Byqvist, S. (2001) *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

⁶ Se Leif Lenkes & Börje Olssons bidrag i denna antologi.

Figur 6. Tungt narkotikamissbruk 1979, 1992 och 1998, totalt samt upp till 24 år



Kontrollen och narkotikautvecklingen

Frågan kan då ställas. Har narkotikapolitiken, särskilt vad gäller kontrollen, varit framgångsrik i förhållande till de mått som är tillgängliga för narkotikamissbrukets utveckling?

Den kraftiga ökningen av antalet narkotikamissbrukare på 1960-talet kan iakttas också i flera andra länder, och den har inget specifikt med svensk politik att göra. Av intresse för den narkotikapolitiska debatten från denna tid är ett experiment med legalförskrivning som genomfördes i Stockholm 1965-67. Experimentet, som innebar att några läkare gav en mindre grupp missbrukare frikostig tillgång till amfetamin, har senare ofta anförts som skäl för varför Sverige inte kan liberalisera sin narkotikapolitik.⁷ Kritiken betraktade legalförskrivningen som en katastrof och särskilt p.g.a. den omfattande spridningen av narkotika till andra än dem som ingick i experimentet. En noggrannare bedömning av experimentet pekar dock inte på att det hade några direkta negativa följder. Brottsligheten totalt ökade inte bland dem som ingick och dödligheten skilde sig inte från den bland andra missbrukare. Den kraftiga ökningen av antalet injektionsmissbrukare i Stockholm startade flera år innan experimentet. Antalet förskrivningar av amfetamin var också allt för litet för att ha kunnat få något större inflytande på antalet missbrukare i Stockholm.⁸

⁷ *A restrictive drug policy. The Swedish experience* (1993) Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

⁸ Lenke, L. & Olsson, B. (1998) "Drugs on prescription – The Swedish experiment of 1965-67 in retrospect" *European Addiction Research*, nr 4, 1998.

Åren 1968-1972 infördes kraftiga straffskärpningar för grova narkotikabrott. Politiken under 70-talet präglades i övrigt av att missbrukaren inte skulle straffas. Mindre innehav för eget bruk ledde till åtalsunderlåtelse och personer med tungt missbruk erbjöds vård. Trots frånvaron av mer ingripande åtgärder pekar tillgängliga mått på en minskning av antalet som debuterade i narkotikabruk under detta årtionde – antal 15-åringar som prövat halveras och unga som lagförts för narkotikabrott sjunker drastiskt.

1970-talet kom dock att i debatten framställas som det alltför liberala decenniet, präglat av en ”låt gå-politik” där narkotikan spreds allt längre ned i åldrarna och till allt större delar av landet. Den ledande kritikern, som också fick stort inflytande på den fortsatta politiken, hävdade att narkotikamissbruket spred sig som en epidemi, och att ”den ultraliberala politiken” var ”en svensk tragedi”.⁹

Från slutet av 70-talet får, som nämnts, narkotikapolitiken en ny inriktning genom att målet nu blir att missbruket helt skall elimineras. Praxis vid åtalsunderlåtelse för ringa narkotikabrott skärps och antalet narkotikapoliseringar ökar samtidigt som insatserna riktas mot missbrukaren på gatan.

De omedelbara effekterna av den skärpta politiken blir att antalet unga som lagförs för narkotikabrott ökar under ett par år (se figur 5). Därefter fortsätter minskningen sedan 70-talet men nu långsammare. Minskningen av antalet unga lagförda för narkotikabrott motsvaras av en minskning av antalet unga med tungt missbruk i de nationella räkningarna (se figur 6). Även siffrorna för 15-åringar och värnpliktiga som prövar narkotika går ned ytterligare.

Utvecklingen under 80-talet kan tolkas som att den mer restriktiva politiken haft effekt på antalet unga som debuterat i narkotika. Nedgången utgör dock i huvudsak en fortsättning av utvecklingen under det ”ultraliberala 70-talet”. Samtidigt följer minskningen av de ungas narkotikaanvändning under 80-talet en nedgång i alkoholberusning bland unga. Denna nedgång har knappast med narkotikapolitiken att göra. Den sammanfaller däremot med alkoholpolitiska åtgärder med syfte att begränsa ungas drickande. När de ungas narkotikaanvändning går upp igen på 90-talet sker detta också samtidigt som alkoholberusningen ökar.¹⁰ Sambandet kan tolkas på olika sätt. Det är dock klart från forskningen att narkotikabruk och missbruk ofta föregås av kraftig alkoholförtäring medan det omvända är mindre vanligt.

⁹ Bejerot, N. DN.debat, *Dagens Nyheter* 1982-12-07.

¹⁰ Lenke, L. & Olsson, B. (1999) ”Swedish drug policy in perspective”, i Derks, J., van Kalmthout, & Albrecht, H.-J. (red.) *Current and future drug policy studies in Europe*, Freiburg.

Under 80-talet skärps straffet för även icke-grova narkotikabrott. Tvångsvården utvidgas för både unga och vuxna. Konsumtion av narkotika kriminaliseras 1988. Fängelse införs i straffskalan för konsumtion av narkotika 1993, vilket innebär att polisen ges rätt till tvångsmässiga kontroller av kroppsvätskorna. Syftet med straffskärpningen 1993 var att ge polisen ”möjligheter att ingripa tidigt och med kraft förhindra att unga människor fastnar i missbruk”. Sedan straffskärpningen har omkring 10 000 urin- och blodprov tagits årligen. Antalet narkotikapoliser under 90-talet nästan fördubblas (se figur 1).

Den kraftiga satsningen på straffrättsliga medel under 90-talet leder dock inte till någon minskning av narkotikans omfattning. De olika måtten på narkotika-utvecklingen pekar i stället på markanta öknings - antal 15-åringar som prövat, antal unga som döms för narkotikabrott och antal tunga missbrukare bland unga människor enligt räkningarna 1992 och 1998. Polisen har också nedprioriterat insatserna mot grova narkotikabrott och langning i relation till eget bruk. Av de provtagningar som polisen utfört på unga har en tredjedel givit negativt resultat. Brottsförebyggande rådet framhåller i en utvärdering av lagändringen problemen med de integritetskränkningar som unga härigenom utsätts för.¹¹

Det totala antalet tunga missbrukare utvecklas delvis annorlunda än nytillkomna användare och missbrukare. Gruppen har successivt ökat under 80- och 90-talen. Redan etablerade missbrukare tycks inte ha avskräckts av polis eller straff. Betydande vårdinsatser förefaller inte heller ha kunnat stoppa ökningen. Antalet personer med tungt missbruk ökade också under 80-talet trots massiva vårdinsatser för att möta hotet från HIV.

Det har i debatten och i en statlig utredning hävdats att den markanta ökningen av antalet missbrukare under 90-talet skulle bero på bl.a. på en minskning av vårdresurserna.¹² Det går dock inte att enkelt belägga att en sådan allmän minskning skulle ha inträffat. Enligt Socialstyrelsens utvärdering tycks många kommuner gjort neddragningar inom missbrukarvården i början av 90-talet. Vårdtiderna tycks också ha blivit kortare. Kommunernas kostnader för missbrukarvården har däremot legat still under mitten av 90-talet. Institutionsvården har minskat men öppenvården har samtidigt ökat. Nedgången i institutionsvården faller också främst på alkoholistvården.¹³

¹¹ Brottsförebyggande rådet, *Kriminalisering av narkotikabruk – en utvärdering av rättsväsendets insatser*. Brå rapport 2000:21, Stockholm: Fritzes.

¹² SOU 2000:126 *Vägvalet. Den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommissionen. Stockholm: Fritzes.

¹³ SOU 2000:3 *Välfärd vid vägskil*. Stockholm: Socialdepartementet, s. 138-144.

Även om en viss neddragning av vården för narkotikamissbrukare skulle ha ägt rum, så är frågan om detta kan förklara ökningen av antalet tunga missbrukare under 90-talet. Minskningen av tvångsvården lär inte spela någon roll, då tvångsvård inte visat sig minska återfallen.¹⁴ Behandlingseffekter inom narkomanvård överhuvudtaget kan också ifrågasättas. Enligt en forskningsöversikt, som Socialstyrelsen låtit företa, har vetenskapliga uppföljningar inte funnit några långsiktiga effekter av behandling.¹⁵

Detta är inget argument mot behandling. Den har ett stort värde i sig i form av omsorg. Enskilda människor har fått – och bör få - hjälp att avbryta sitt missbruk. Vissa program har givit positiva effekter, andra förefaller lovande, och strävan måste förstås vara att utveckla effektiva behandlingsmetoder. Resultaten från forskningen hittills pekar dock på att förväntningarna på vård som ett sätt att minska återfall i narkotikamissbruk inte bör ställas särskilt högt. Det måste framför allt ifrågasättas att det skulle vara möjligt att ens genom omfattande vårdinsatser markant påverka missbrukets nivå och utveckling.

Det förefaller alltså vara svårt att föra tillbaka narkotikamissbrukets förändringar i Sverige på förändringar i kontrollåtgärder. Bruk och missbruk tycks ha utvecklats relativt oberoende av straff- och tvångslagstiftningen, polisinsatser, fängelsedomar och vårdinsatser.

Cannabis som inkörsport?

Fortfarande kan det dock kanske hävdas att politiken varit framgångsrik genom att andelen unga som prövar narkotika är och har varit låg i förhållande till andra västerländska stater.¹⁶ Det är alltså därför viktigt att upprätthålla kontrollpolitiken i alla dess delar.

Att ha prövat narkotika, vanligtvis cannabis, är dock i sig knappast allvarligt eller ett socialt problem bland unga. Det tillfälliga bruket sägs dock vara allvarligt genom att vara inkörsport till tungt missbruk. Detta är ett påstående som förtjänar tas på allvar och som också kan prövas mot data. Bakgrunden till denna tes, som har stark förankring i Sverige, är bl. a. svensk alkoholpolitik. Genom en restriktiv alkoholpolitik, som förts med åldersgränser, monopol, begränsat öppethållande, kontroll av restaurangnäringen, höga skatter m.m., har alkoholrelaterade skador kunnat begränsas. De positiva effekterna av en sådan

¹⁴ Se Mats Ekendahls bidrag i denna antologi..

¹⁵ Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1993) ”Behandlingseffekter inom narkomanvården”, Bilaga 1 i *Socialstyrelsen följer upp och utvärderar*, rapport 1993:1. Stockholm: Socialstyrelsen.

¹⁶ www.EMCDDA.org

politik på våld¹⁷ och dödlighet i levercirros¹⁸ kan konstateras såväl historiskt som i förhållande till andra länder.

Alkohol har dock, till skillnad från narkotika, aldrig varit förbjuden i Sverige. Marknaderna ser därför olika ut. Sannolikheten att gå från att ha prövat narkotika till tungt missbruk eller från tillfällig rökning av cannabis till injicering av amfetamin eller heroin varierar också påtagligt. I Nederländerna har en betydligt större andel unga prövat narkotika och betydligt fler röker cannabis regelbundet än i Sverige. Omfattningen av tungt injektionsmissbruk är dock inte högre i Nederländerna.¹⁹ Mycket få av dem som prövat cannabis prövar också heroin – för Amsterdam och USA ges siffror på 3 respektive 4 procent.²⁰

Även om det tillfälliga bruket skulle öka risken för tungt missbruk, så är det alltså svårt att veta hur det tillfälliga bruket ska kunna kontrolleras. Genom satsningen på urinprovskontroller och genom en kraftig ökning av antalet domar sökte man under 90-talet hindra unga människor från att börja använda narkotika. Trots detta stiger under samma period markant både andelen unga som prövat narkotika och som bedöms som tunga missbrukare.

Utvecklingen av det tunga missbruket har sin grund i andra orsaker än i hur många som prövar eller tillfälligt använder narkotika. Det tunga missbruket är i allt väsentligt kopplat till marginalisering och utslagning. Det gäller på såväl individuell som samhällelig nivå. Upprepade undersökningar visar att personer med tungt missbruk betydligt oftare än andra kommer från fattiga hem, upplevt konflikter i familjen, haft psykiska och fysiska hälsoproblem och vantrivts i skolan – allt detta alltså innan narkotikamissbruket.²¹ Tidiga ingripanden har heller inte saknats, bl. a. i form av omhändertaganden och placeringar utanför hemmet.²² Det tunga missbruket är också i ett europeiskt perspektiv särskilt

¹⁷ Lenke, L. (1990) *Alcohol and criminal violence*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

¹⁸ *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 2002. Stockholm: Folkhälsoinstitutet/Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

¹⁹ www.EMCDDA.org.

²⁰ MacCoun, R. & Reuter, P. (2001) *Learning from Other Vices, Times & Places*, Cambridge: Cambridge University Press, s. 261 f.

²¹ Goldberg, T. (2000) *Narkotikan avmystifierad. Ett psykosocialt perspektiv*. Solna: Academic Publishing of Sweden.

²² Nilsson, A. (2002) *Fånge i marginalen. Uppväxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar*. Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.

utbrett i länder med hög arbetslöshet.²³ I Sverige visar ungdomsarbetslösheten överensstämmelse med utveckling av narkotikaanvändning bland unga.²⁴

Tungt narkotikamissbruk bestäms i allt väsentligt av samma förhållanden som ger upphov till alkoholmissbruk och upprepad brottslighet. De åtgärder som krävs bör därför vara ungefär desamma. I ett historiskt perspektiv och i jämförelser mellan länder förefaller här inte mer straff och tvång vara de åtgärder som givit resultat. Eller som det uttrycks i en betydelsefull bok om narkotikapolitik i Norden, *Den gode fiende*: ”Vi kan inte straffa oss bort från de stora samhällsproblemen. Kollektiva lösningar trivs inte speciellt bra i skuggan av strafflagen. Kriget är förlorat. Nu gäller det att inte förlora det civila samhället”.²⁵

²³ Lenke, L. & Olsson, B. (1996) “Sweden: Zero tolerance wins the argument”, i Dorn, N., Jepson, J. & Savona, E. (red.) *European drug policies and enforcement*. London: McMillan.

²⁴ Lenke, L. & Olsson, B. 1999.

²⁵ Christie, N. & Bruun, K. (2003) *Den gode fiende*. 3e reviderade upplagan. Oslo: Universitetsforlaget.

Narkotikapolitik och brottskontroll

Per Ole Träskman

Utvecklingen har lett till att narkotikapolitiken och kriminalpolitiken flätats in i varandra. Allt sedan 1960-talet har narkotikapolitiken kännetecknats av en hård straffrättslig linje. Kriminalisering och stränga straff har utgjort de primära medlen för kontroll av allt som kan betecknas som "narkotika". En granskning av narkotikapolitiken måste därför innehålla en kriminalpolitisk analys.

I Norden har man ofta beskrivit en förnuftig kriminalpolitik - och som en del av denna en förnuftig straffrättspolitik - med karaktärsord som "rationell", "homogen" och "humanistisk". Vad man önskar betona med hänvisningen till *rationalitet* och *homogenitet* är framför allt kravet på att alla beslut skall bygga på en stark faktabas (både empirisk och rättslig) och vara väl övervägda. All lagstiftning tar utgångspunkt i att man identifierar och erkänner ett samhälleligt problem. För att det skall vara befogat att försöka lösa problemet genom lag, skall problemet vara tillräckligt allvarligt, och så svårt att lösa att informella lösningar eller beslut av myndigheter på verkställighetsnivån inte är tillräckliga. Före lagstiftningsåtgärder vidtas måste problemets innehåll därför noggrant fastställas och preciseras, samt olika alternativa lösningsmöjligheter bestämmas.¹ Särskilt för straffrättslagstiftningen gäller att det måste finnas mycket goda skäl för en kriminalisering. Kriminalisering och straff är en lösning som kan berättigas först då andra alternativ inte är tillräckliga.²

Kravet på *humanism* refererar först och främst till de normer som gäller för brottmålsrättegången med dess krav på en rättvis rättegång, däri inbegripet alla sådana minimigarantier för brottmålsrättegången som de internationella mänskliga rättigheterna förutsätter. Men kravet på humanism förutsätter också att de straffrättsliga normerna inte är diskriminerande, samt att påföljdssystemet inte utformas på ett sådant sätt att den straffrättsliga kontrollen förorsakar mer lidande än högst nödvändigt. Detta innebär framför allt att den nödvändiga sanktionsnivån övervägs noggrant. Det skall finnas en rimlig balans mellan kravet på effektivitet och de krav som följer av att straffrätten bara skall användas som "ultima ratio" och då bara i den omfattning och på ett sådant sätt som kan härledas från en på rättvisa byggd straffideologi.³

¹ Träskman, P O & Kyvsgaard, B. (2002) *Vem eller vad styr straffrättspolitiken? Flores juris et legum. Festskrift till Nils Jareborg*. Uppsala, s 620-21.

² Nils Jareborg, N. (2001) *Allmän kriminalrätt*. Uppsala, s 63-64.

³ Träskman, P O. (2003) *Samma straff för lika brott – strävandena att uppnå en enhetlig rättstillämpning inom Europa*. Rikosoikeudellisia kirjoituksia VII. Pekka Koskiselle 1.1.2003 omistettu. Helsinki, s 313-314.

Strafflagstiftningen är därför alltid knuten till tre frågor: skall en viss gärning överhuvudtaget kriminaliseras, hur skall gärningen som kriminaliseras beskrivas och avgränsas, och hur strängt skall straffet för den kriminaliserade gärningen vara?

Då det gäller en kriminalisering av narkotika tas svaren på de tre frågorna ofta för givna. Kriminalisering skall alltid tillgripas, kriminaliseringen skall vara så omfattande att den inbegriper alla former för narkotikahandling och straffen skall vara stränga. Men hur väl överensstämmer detta egentligen med kraven på en god kriminalpolitik? Låt oss börja med att kort se på utvecklingen.

Fram till 1960-talet definierades narkotikabruket närmast som ett individproblem, som något mer koncentrerat fanns inom vissa sociala grupper.⁴ Detta ändrades radikalt på 1960-talet, vilket bl.a. ledde till en särskild Narkotikastrafflag (Lag 1968:64). Lagen hade två huvudsyften. Genom den ville man betona allvaret med narkotikamissbruket och klargöra att det var ett oönskat problem som skulle bekämpas hårt. För det andra avsåg lagen att skilja mellan försäljare/distributörer å ena sidan och missbrukare å den andra. Missbrukarna skulle inte drabbas av den nya lagen, utan tanken var att minska tillgången på narkotika genom en intensiv straffrättslig kontroll av dem som bjöd ut och spredde narkotika. Maximistraffet för narkotikabrott sattes vid fyra år fängelse och detta maximum (som uppfattades vara högt) motiverades med att detta hade en preventiv effekt på den allvarliga narkotikakriminaliteten och narkotikahandeln. Straffmaximum höjdes emellertid redan året efter till sex år fängelse.⁵

En ny höjning av straffmaximum aktualiserades något år senare. Detta skedde i samband med en ”nordisk karusell”. Åren 1970-72 var en skärpning av narkotikalagstiftningen aktuell i Finland, Norge och Sverige. I Finland fastställdes härvid straffmaximum för grovt narkotikabrott till 10 år fängelse. I motiven för detta maximum hänvisade man till planer som då fanns i Norge och Sverige att höja straffmaximum just till detta. Något senare höjdes straffmaximum både i Norge och i Sverige till tio år fängelse. Motiven för detta

⁴ Lenke, L. & Olsson, B. (1999). “Swedish Drug Policy in Perspective” i Derks, J., Van Kalmthout, A. & Albrecht, H-J. (eds.) *Current and Future Drug Policy Studies in Europe. Problems, Prospects and Research Methods*. Freiburg, s 136-139; Kassman, A. (1998). *Polisen och narkotikaproblemet. Från nationella aktioner mot narkotikaprofitörer till lokala insatser för att störa missbruket*. Stockholm, s 27-34.

⁵ Sävås, S. (1999). *Restriktiv och liberal narkotikapolitik – en jämförelse mellan Sverige och Danmark*. Examensarbete vid Lunds universitet, s 4-6.

var nu att man inte i dessa länder kunde ha ett straffmaximum som var lägre än det som fanns i Finland.⁶

Nya skärpningar av narkotikakontrollen genomfördes under slutet av 1970-talet. Från och med denna tid uppställdes ”ett narkotikafritt samhälle” som en officiell målsättning för kontrollpolitiken. Det finns knappast någon berörd myndighet, parti eller organisation som inte använt denna målformulering. Målformuleringen gäller fortfarande⁷, också om regeringen i en skrivelse till riksdagen deklarerat att detta övergripande och visionära mål kan brytas ned i tre mätbara enheter: nyrekryteringen av missbruk skall minska, fler missbrukare skall upphöra med sitt missbruk och tillgången på narkotika skall begränsas.⁸

Utmärkande för den svenska narkotikakontrollen kan sägas vara att man på alla plan har valt en ”hård” linje. Kriget mot narkotikan skall vinnas genom en rak, enkel och bestämd kamp. Det anses inte vara motiverat att göra någon skillnad mellan lätta och tunga droger. Riskerna med de lätta drogerna har t.o.m. ansetts vara större än med de tunga, eftersom de lätta uppfattas utgöra en inkörsport till tyngre missbruk.⁹

En väsentlig beståndsdel i kampen mot narkotikan är kriminaliseringen av eget bruk. Narkotikan har jämförts med ett virus som kan drabba vem som helst, varför detta virus måste stoppas med alla tillbuds stående medel, men framför allt genom stränga straffrättsliga åtgärder.¹⁰

Fram till 1980-talet var avsikten med tillämpningen av narkotikalagstiftningen att den inte skulle försvåra eller hindra att en missbrukare kom under vård. Kontrollens fokus skulle vara riktad mot tillverkare, leverantörer etc. På 1980-talet började denna hållning att ifrågasättas i en intensiv debatt. Skulle kontrollåtgärderna primärt sättas in mot den grova narkotikabrottsligheten eller mot missbrukaren?¹¹ Ett avgörande steg mot det senare alternativet, en kontrollfokusering mot missbrukarna, gjordes när en kriminalisering också av

⁶ Träskman, P O. (1981). ”Från varning till fängelse i fyratusentrehundraåttio dagar – om kriminalisering och värdering av brott” i Heckscher, S., Snare, A., Takala H. & Vestergaard, J. (red.). *Straff och rättfärdighet – ny nordisk debatt*. Stockholm, s 58-59.

⁷ Tham, H. (1999). *Lag & ordning som vänsterprojekt? Socialdemokratin och kriminalpolitiken. Åtta reflektioner om kriminalpolitik*. Brå rapport 1999:9. Stockholm, s 103-104.

⁸ Regeringens skrivelse 1997/98:172

⁹ Träskman, P O. (2001). *Kontroll och behandling av personer som brukar narkotika i Sverige. Skyldig eller sjuk? Om valet av påföljd för narkotikabruk*. NAD-Publikation Nr 40. Helsingfors, s 84-89.

¹⁰ Sävås 1999, s 7.

¹¹ Se Prop. 1980/81:76, s 10-11, och Prop. 1984/85:19, s 24-26.

eget bruk gjordes 1988. I lagförslaget betonades att drogpolitiken måste utformas så att det klart framgår att samhället ställer sig negativt till droger och drogbruk. Vidare ansåg man att en kriminalisering av bruket skulle ha en preventiv effekt på framför allt ungdomar. Dessutom betonades vikten av en enhetlig nordisk linje. I norsk och finsk lagstiftning var eget bruk av narkotika redan straffbelagt.¹²

I förarbetena till den lagändring som innebar att eget bruk kriminaliserades år 1988 diskuterades framför allt tre argument emot ett straffbeläggande: det strider mot en liberal svensk tradition att straffbelägga en handling som riktar sig mot den egna personen (inte ens självmord eller medverkan till självmord är kriminaliserat); ett effektivt upprätthållande av kriminaliseringen förutsatte sådana resurser som polisen saknade (särskilt känslig var frågan om polisens rätt att ta urin- och blodprov i samband med misstanke om narkotikabruk och frågan om sådana provs bevisvärde); rädslan för straff kunde innebära att missbrukare undvek att söka vård. Den sistnämnda frågan löstes genom en särskild ansvarsfrihetsregel som innebar att en missbrukare kunde undgå straffansvar om han eller hon underkastade sig vård för sitt narkotikaberoende.¹³ 1988 bestämdes straffet för eget bruk av narkotika till böter.

Det kontroversiella vid en kriminalisering av eget bruk och av möjligheterna att tillåta urinprov vid misstänkt bruk har beskrivits av justitierådet Staffan Vängby på följande sätt:

Jag kan ta ett par exempel ur min egen praktik som utredare [beträffande bevissvårigheter som kommer att uppstå vid en nykriminalisering]. Det ena gällde kriminaliseringen av narkotikakonsumtion. Inom 1982 års narkotikakommission präglade vi uttrycket att om narkotikakonsumtion kriminaliserades så skulle vi *komma att vada i urin*. Politikerna lyckades inte hålla emot opinionstrycket och vi fick vad vi hade förutsett. Det blev ett medel för polisen att markera handlingskraft genom att gripa kända missbrukare utan att detta såvitt jag kan förstå har fått den ringaste praktiska effekt. Tvärtom tar sådana enkla polisiära insatser bort resurser

¹² Hakkarainen, P., Laursen, L., & Tigerstedt C. (Eds.). *Discussing drugs and control policy. Comparative studies on four Nordic countries*. NAD Publication No. 31. Helsingfors 1996.

¹³ Brottsförebyggande rådet (2000). *Kriminalisering av narkotikabruk – en utvärdering av rättsväsendets insatser*. Brå rapport 2001:21. Stockholm, s 13.

från vad som kan få verklig betydelse på narkotikaområdet, bl.a. spaningen på gatulangningen.¹⁴

År 1993 skärptes straffet för eget narkotikabruk. Nu infördes fängelse i högst sex månader i straffskalan. Syftet med straffskärpningen var att ”ge möjligheter att ingripa tidigt och med kraft förhindra att unga människor fastnar i missbruk och till att förbättra behandlingen av de missbrukare som avtjänar straff”.¹⁵ Argumenten för skärpningen var framför allt följande: Straffvärdet för eget bruk (böter) var alltför lågt i jämförelse med andra ringa narkotikabrott, framför allt innehav. Genom att fängelse infördes i straffskalan fick polisen nu möjligheter till kroppsbesiktning i form av urin- och blodprov vid skälig misstanke om bruk av narkotika. Då fängelse infördes i straffskalan var det möjligt att utdöma vårdinriktade påföljder för narkotikabruk. Detta förbättrade missbrukarnas möjligheter till vård. Den särskilda regeln om ansvarsfrihet för missbrukare som frivilligt sökte vård upphävdes emellertid. De allmänna reglerna om åtalsunderlåtelse ansågs vara tillräckliga i detta fall.¹⁶

I samband med kriminaliseringen av eget bruk av narkotika fick polisen utökade kontrollmöjligheter också på annat sätt än genom kroppsbesiktning. Alla dessa ökade polisresurser var i själva verket i stor utsträckning ett resultat av polisens egen aktiva politik. Före straffskärpningen som möjliggjorde tagande av urin- och blodprov vid skälig misstanke om narkotikapåverkan hade polisen vid ett flertal tillfällen framställt ett sådant krav. Utan möjlighet till urin- och blodprov saknades det nämligen enligt polisen sådana bevismedel som behövdes för att göra kriminaliseringen av eget bruk effektiv. Kravet på ökade kontrollmöjligheter var en av punkterna i det narkotikamanifest som Rikspolisstyrelsen utarbetade 1989. En devis i detta manifest, som också upprepades i flera andra sammanhang, var att ”det skall vara jobbigt att vara missbrukare”, och möjligheten att ta urin- och blodprov vid misstanke om narkotikapåverkan var något som skulle användas just för att göra det jobbigt.

Utfallet av polisens ökade möjligheter beskrivs i Brottsförebyggande rådets rapport över rättsväsendets insatser mot det egna narkotikabruket. Rapporten visar tydligt hur just denna del av narkotikabekämpningen har fått en allt högre prioritet:

¹⁴ Träskman, P O., Vängby, S., Riberdahl, S., Nilsson, T., Lindström, L. & Horned, O. (2000). *Tio år med straffvärdet*. NTfK, s 139-140.

¹⁵ Brå rapport 2000:21, s 13.

¹⁶ Brå rapport 2000:21, s 13.

Drygt 70 procent av alla polismyndigheter uppger att insatser mot narkotikamissbruket är ett mål för området narkotikabrottslighet. Närmare hälften har uppgivit som mål att ett visst antal urin- och blodprov ska genomföras. Insatser mot den grova narkotikabrottsligheten förekommer inte lika ofta som prioriterat mål i redovisningen, trots att även de länsgemensamma enheterna, som framför allt ska bekämpa grövre narkotikabrottslighet, ingår i redovisningen. En tredjedel av polismyndigheterna uppger att de har som mål att genomföra insatser mot grova narkotikabrott. Bara två polismyndigheter har satt upp produktionsmål för hur många grova narkotikabrott som ska utredas.¹⁷

I rapporten sammanfattas utvecklingen i fråga om antalet narkotikaanmälningar på följande sätt:

Antalet narkotikaanmälningar har ökat kraftigt sedan mitten av 1970-talet. Som ett resultat av ändrad åtalspraxis och intensifierade insatser mot gatulangningen i början av 1980-talet ökade antalet anmälningar avseende innehav och bruk. Den markanta ökningen av antalet narkotikaanmälningar efter 1993 kan förklaras av att polisen fick utökade möjligheter att tillämpa lagstiftningen mot narkotikabruk. Att döma av utvecklingen av anmälda narkotikabrott har polisens insatser i högre grad än tidigare riktats mot innehav och eget bruk. År 1999 svarade brottskategorin eget bruk för drygt 40 procent av det totala antalet anmälda narkotikabrott. En lika stor andel av brotten var innehav. Överlåtelseerna utgjorde ungefär 15 %.¹⁸

Konklusionen av BRÅ:s utvärdering kan sammanfattas i några få enkla satser. Polisen har under senare år allt tydligare prioriterat den ringa narkotikabrottsligheten, där eget bruk utgör en betydande del. En väsentlig del i denna kontrollverksamhet utgörs av urin- och blodprov som allt oftare har riktats mot yngre personer. Detta har också resulterat i en kraftig ökning av antalet lagförda för ringa narkotikabrott.

Denna korta beskrivning av utvecklingen ifråga om narkotikakontrollen gör det också möjligt att teckna en bild av situationen just nu. Denna bild domineras totalt av kriminalisering, inklusive kriminaliseringen av eget bruk av narkotika, av stränga straff, d.v.s. vanligtvis fängelse för alla narkotikabrott med undantag för bruk av narkotika och innehav av mindre mängder narkotika¹⁹ samt en

¹⁷ Brå-rapport 2000:21, s 21.

¹⁸ Brå-rapport 2000:21, s 20.

¹⁹ Träskman 2001, s 94-99.

”aggressiv” polisinsats. Särskilt då det gäller polisinsatsen mot brukare bygger den på en trivial skrämstaktik, där ett omfattande bruk av urin- och blodprov ingår som väsentliga beståndsdelar. Ingrepp i den personliga integriteten används medvetet i ett ”punitivt syfte”. Är denna narkotikapolitik förnuftig och representerar den en kriminalpolitik som kan betecknas med karaktärsorden rationell, homogen och humanistisk? I prop. 1994/95:23 (Ett effektivare brottmålsförfarande) gjorde Regeringen följande bedömning:

Kriminalisering som en metod för att söka hindra överträdelse av olika normer i samhället bör användas med försiktighet. Rättsväsendet bör inte belastas med sådant som har ringa eller inget straffvärde. Kriminalisering är heller inte det enda och inte alltid det mest effektiva medlet för att motverka oönskade beteenden. Det allmännas resurser för brottsbekämpning bör koncentreras på sådana förfaranden som kan föranleda påtaglig skada eller fara och som inte kan bemötas på annat sätt.

Mycket av det som ingår i narkotikahandlingen är klart straffvärt. Detta är också något som kommer klart till uttryck i de internationella narkotikakonventionerna, särskilt i FN:s narkotikabrottskonvention (Förenta Nationernas konvention mot olaglig hantering av narkotika och psykotropa ämnen, antagen den 19 december 1988). Men detta behöver inte gälla allt, t.ex. inte eget bruk av narkotika eller innehav för eget bruk.

I olika länder har man löst frågan om kriminalisering av bruk på olika sätt. Detta gäller redan för Norden, där Danmark medvetet har valt att inte straffbelägga eget bruk. Det är svårt att skapa sig en bild av den internationella linjen, bl.a. därför att i vissa länder är bruk inte straffbart, men brukaren kan dömas till straff för innehav, medan bruk i andra länder kan vara straffbart enligt lag, men i praktiken beivras bruk inte.²⁰ Inom EU har man inte ansett det vara befogat att vidta gemensamma lagstiftningsåtgärder för en kriminalisering av eget bruk av narkotika. I det förslag till rambeslut som kommissionen har utarbetat beträffande minimumregler då det gäller straffbara handlingar i förbindelse med olovlig narkotikahandel och påföljderna härför, har man uttryckligt uteslutit handlingar som uteslutande begås i samband med eget narkotikabruk (förslag till art. 2 stycke 2, i förslag av den 23 maj 2001 i jämförelse med förslag 30 november 2002).

²⁰ Reg.prop. 1992:180.

Flera argument kan anföras mot att också eget bruk av narkotika är kriminaliserat.²¹ Vissa argument kan också anföras för. Flera fördelar kan med säkerhet uppnås i riktning mot en mer rationell och human narkotika- och kriminalpolitik genom en avkriminalisering av eget bruk inklusive innehav av mindre mängder för eget bruk.

En avkriminalisering kan motiveras med hänvisning till *rationalitet*: missbruksproblemen kan inte lösas effektivt genom strafflagstiftning; den nuvarande kontrollen har fått en felaktig fokusering och är inte särskilt effektiv, andra kontrollåtgärder än straff är i det långa loppet effektivare för att komma åt hälso- och ordningsproblemen kring eget bruk av narkotika. En avkriminalisering kan också motiveras med hänvisning till *homogenitet*: i ett liberalt samhälle finns det är mycket litet utrymme för kriminalisering av självdestruktivt beteende eller beteende som egentligen endast är uttryck för sådant som vissa uppfattar som omoral. Men avkriminaliseringen kan framför allt motiveras med hänvisning till *humanitet*. Missbrukare skall inte stressas och behandlas som människor från en främmande önskad värld. Som professor Johs. Andenaes, som också stöder en avkriminalisering av eget bruk och innehav för eget bruk, har konstaterat "handlar det bl.a. om rättfärdighet och medmänsklighet i förhållande till en starkt belastad grupp människor".²² Den svenska stresspolitiken mot narkotikaanvändare och narkotikamissbrukare är inte ett spår rättfärdig. Det är därför ovärdigt att stöda den.

I ett annat sammanhang har jag gjort följande bedömning av den straffrättsliga narkotikapolitiken:

Den straffrättsliga narkotikapolitiken motsvarar ... inte den kriminalpolitik som man annars officiellt har accepterat som den riktiga. Vid utformningen av den straffrättsliga narkotikapolitiken har man antingen underlåtit att genomföra en sannfärdig analys av de skilda narkotikarelaterade gärningarnas skadlighet och förkastlighet, eller alternativt underlåtit att acceptera och respektera de resultat som man härvid har kommit till. Man har inte heller öppet vägt olika alternativa handlingsmodeller mot varandra, för att sedan välja den som är förnuftigast. Det man däremot har gjort är att man mycket klart har formulerat en politisk målsättning ("ett narkotikafritt samhälle"), samtidigt som man har deklarerat att detta mål skall och kommer att uppnås genom att använda straffrättsliga medel. Detta

²¹ Reg.prop. 1992:180.

²² Slettan S. (2002). *Hva bør straffes? Flores juris et legum. Festskrift till Nils Jareborg*. Uppsala, s 577.

betyder att man har nonchalerat att beakta de begränsningar som utmärker det straffrättsliga kontrollsystemet. Man har bestämt sig för att uppnå ett mål med medel som inte är realistiska och envetet hållit fast vid att detta är riktigt.²³

Jag står fortfarande bakom denna bedömning. En ändrad bedömning förutsätter en ändrad narkotikakontroll och därigenom också en ändring av den kriminalpolitik som bedrivs på narkotikaområdet. En god öppning i detta avseende är en avkriminalisering av eget bruk inklusive innehav för eget bruk.

²³ Träskman, P O. (1995). "Drakens ägg – Den narkotikarelaterade brottskontrollen" i Victor, D. (red.). *Varning för straff. Om vådan av den nyttiga straffrätten*. Stockholm, s 157

Tvångsvårdens resultat och konsekvenser

Mats Ekendahl

I Sverige har tvångslagen LVM, Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, tillämpats sedan början av 1980-talet. I den stadgas att missbrukare kan bli tvingade att vistas på särskilda LVM-institutioner mot sin vilja i maximalt sex månader. Tvångsingripandena syftar till att säkra överlevnaden genom att avbryta akuta missbrukstillstånd, motivera till fortsatt frivillig vård samt främja en mer långsiktig rehabilitering.

Sedan mitten av 1990-talet har antalet personer som vårdas med stöd av LVM minskat kontinuerligt¹, varför lagstiftaren under år 2002 tillsatte en utredning för att undersöka orsakerna bakom förändringen i rättstillämpning.² Dess slutsatser förväntas bli offentliggjorda under 2003. Nyligen publicerade också riksdagens revisorer en oberoende utredning av hur Statens institutionsstyrelse (SiS) sköter uppdraget att vara huvudman för den tvångsbaserade institutionsvården av missbrukare och ungdomar. I denna kritiserar SiS som myndighet för att utöva tillsyn över sig själv, inte följa upp verksamheten på ett adekvat sätt samt tillämpa behandlingsmetoder vars effektivitet kan ifrågasättas.³

Som framgår pågår i dagsläget en diskussion på huvudsakligen politisk nivå, kring om LVM fungerar och tillämpas på det sätt som var tänkt då den förbereddes. Vad som dock lyser med sin frånvaro, i såväl statliga utredningar och kommittédirektiv som makthavares uttalanden i massmedia, är ett ifrågasättande av om tvångsvård utgör ett nödvändigt och värdefullt inslag i samhällets hantering av beroendeproblematiken. I stället brukar senare års minskning av antalet LVM-beslut tas som tecken på att missbrukarna lämnas åt sina öden och inte får den vård de har rätt till.

Om tvångsomhändertaganden jämlikt LVM som regel uppfyller ovan nämnda syften, så innebär den förändrade rättstillämpningen givetvis ett vårdideologiskt och rättssäkerhetsmässigt problem. Nu är det emellertid så, att det saknas säker kunskap kring vilka behandlingsresultat som uppnås med hjälp av LVM. Några effektstudier som kan ge denna typ av information har inte genomförts på området. En uppenbar anledning är att sådana skulle kräva etiskt oförsvarliga

¹ Socialstyrelsen (2002:8). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser 2001*. Statistik – Socialtjänst. Socialstyrelsen, Sveriges Officiella Statistik.

² Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Kommittédirektiv 2002:10.

³ Riksdagens Revisorer (2002). *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* Rapport 2002/03:1.

experimentsituationer där jämförbara försökspersoner slumpmässigt placeras i antingen påtvingad, frivillig eller ingen behandling alls. I avsaknad av sådan forskning måste frågan om tvångslagstiftningens behandlingseffekter besvaras på annat sätt.

Vänder man sig till de mindre uppföljningsstudier som gjorts visar det sig att tvångsvård på LVM-institutioner, och frivillig institutionsvård i allmänhet, ofta åtföljs av en likartad förbättringskvot. Oavsett hur behandlingen har initierats brukar cirka var tionde person vara missbruksfri och var tredje på något sätt förbättrad efter cirka 1-2 år.⁴ Liknande data kan dock inte användas för att dra slutsatser kring eventuella behandlingseffekter. Missbrukare kan förväntas pendla mellan bättre och sämre livssituationer, och ibland till och med sluta missbruka, även när de avstår från formellt organiserad behandling.⁵

Vidare är tvångsvårdade missbrukare själva tveksamma till om flera månaders vistelse på LVM-institution är till nytta för en varaktig rehabilitering.⁶ De ifrågasätter därmed, precis som socialsekreterare med erfarenhet av LVM-ärenden, om tvång och eventuella integritetskränkningar alls kan fungera som inledningen på en effektiv behandling.⁷ Däremot tycks majoriteten av såväl missbrukare som handläggande socialsekreterare vara positiva till förekomsten av kortare tvångsavgiftningar. Sådana skulle hjälpa missbrukare att överleva i riktigt akuta situationer och medföra att de i nyktert/drogfritt tillstånd kan ta ställning till eventuellt fortsatt frivillig behandling.

Det är dock inte så att dessa vetenskapliga insikter med säkerhet kommer att medverka till att tvångslagstiftningen mot missbrukare revideras eller tas bort. För det första finns i samhället en lång tradition av att hjälpa även de missbrukare som inte efterfrågar myndigheternas insatser. Redan Alkoholistlagen från 1913 stadgade att personer som bedömdes sakna egen förmåga att få ordning på sina liv skulle kunna tvingas till förändring genom internering och arbetsplikt. Det paternalistiska inslaget i välfärdssystemet är således ingen nyhet, utan bygger på och utvecklar en idé som praktiserats i nittio år. När våra myndigheter konfronteras med människor som genom missbruk av

⁴ Jfr Gerdner, A. (1998). *Compulsory treatment for alcohol use disorders. Clinical and methodological studies of treatment outcome*. Lund University: Department of Clinical Alcohol Research.

⁵ Se t ex Blomqvist, J. (2002). *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. FoU-rapport 2002:2. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen.

⁶ Ekendahl, M. (2001). *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Rapport i socialt arbete nr 100. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.

⁷ Ekendahl, M. (2003, kommande). *En studie av socialsekreterares beskrivningar av LVM-handläggning*.

droger förstör sina egna eller andras liv, blir därför inte den traditionsenliga och logiska frågan "Vill du ha hjälp?", utan snarare "Vill du ha hjälp eller ska vi tvinga dig?".

För det andra bygger tillämpandet av påtvingade institutionsvistelser inom missbrukarvården på ett antal grundsatser som tas för givna och som i sig rättfärdigar LVM. Till dessa hör att samhällets problem med fenomenet missbruk är betydande, att droger och drogbruk är odelat farligt och onyttigt, att missbrukare är offer för omständigheter de inte kan påverka samt att behandling innebär en adekvat lösning på enskilda individers problematik.⁸

Fler grundsatser som lagstiftningen vilar på är att missbruk i samhället definieras som ett socialt och inte ett privat problem samt att människor inte ska ges rätten att ta sina liv genom missbruk. Dessutom finns en stark övertygelse om att intaget av vissa kemiska substanser (framför allt heroin) är starkt beroendeframkallande. Detta anses resultera i att individens förmåga till rationella val blir satt ur spel.

Mot bakgrund av dessa grundläggande idéer är det helt följdriktigt att myndigheterna ges möjlighet att tillfälligt omhänderta dem som inte rationellt kan hantera sina liv på ett socialt acceptabelt och konstruktivt sätt. Samhället kan sägas göra de "oförmögna missbrukarna" en tjänst när de hindras göra det de förutsätts egentligen inte vilja göra. Detta lagstiftningens välvilliga fundament förstärks inte minst av att syftet med LVM är gott samt av att det i samhället finns en tilltro till missbrukarvårdens möjlighet att medverka till rehabilitering.

Oavsett vilka behandlingsresultat som är för handen ur ett längre tidsperspektiv kan tvångsvården inte fela; den är så att säga dömd att lyckas. För detta talar för det första att nykterhets-/drogfrihetsmålet uppnås per definition genom att missbrukaren inledningsvis blir inlåst på avgiftningsavdelning. För det andra att motivationsmålet brukar anses avklarat när missbrukaren accepterar att bli överflyttad till vård i öppnare form. Något som enligt lagtexten ska ske senast efter tre månader på LVM-institution, men som inte betyder att den intagne har accepterat frivillig vård eller att möjligheten att tvinga honom/henne tillbaka har eliminerats. För det tredje har lagstiftningen trumf på hand eftersom det rent mänskligt kan tyckas bättre att göra något, än att låta missbrukarna ta livet av sig i fred.

⁸ Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1988). *Drug abuse and treatment – a study of social conditions and contextual strategies*. Stockholm Studies in Social Work 4. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

I praktiken resulterar tvångsvård jämlikt LVM i tre konsekvenser av symbolisk vikt för den svenska välfärdsstaten: 1) den säkrar en omfattande tilldelning av resurser till behandling för missbruk eftersom LVM inte kan bortprioriteras ens när budgetramarna är snäva; 2) den står som garant för att samhällets "olycksbarn" blir hjälpta och överlever; samt 3) den utgör grunden för en stark socialtjänst med möjlighet att hjälpa även människor som tycks sakna egen förändringskapacitet

Vänder man på resonemangen visar det sig dock att besparingskraven tvingar kommunerna att reservera sina institutionsvårdsresurser för LVM-ärenden, i stället för på människor som är beredda att frivilligt söka sig till vårdapparat. Likaså kan man hävda att LVM medför att samhällets "olycksbarn" blir inlåsta och tvingas ta del av en behandling vars positiva resultat är tvivelaktiga. Vidare kan en "stark socialtjänst" med tvångsbefogenhet innebära att människor drar sig för att söka hjälp i rädsla för omhändertaganden.

Sammantaget torde LVM:s tid som försöksverksamhet och "pionjärinsats"⁹ kunna anses vara förbi. Lagstiftningen har använts i över tjugo år och det saknas fortfarande belägg för att tvångsvård på längre sikt resulterar i någon typ av rehabilitering när det gäller grava missbrukare som saknar egna förändringsincitament. Senare års minskning av antalet LVM-beslut har ansetts tyda på att kommunerna använder lagstiftningen med det primära syftet att rädda liv och få till stånd avgiftningar. Då förarbeten och lagtext anger att tvångsvården avses resultera även i motivationsarbete och långsiktig rehabilitering, kan givetvis denna typ av akuta rättstillämpning kritiseras. Med utgångspunkt i förväntade behandlingsresultat förefaller dock kortare tvångsmässiga avgiftningar vara de enda LVM-ingripanden som har vetenskapligt stöd och är rehabiliteringsmässigt rationella.

⁹ SOU (1987:22, sid 352). *Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget*. Betänkande av socialberedningen. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.

Sverige och Holland - två modeller för narkotikapolitik

Dolf Tops

Att Sverige och Holland sedan 1960-talet har utvecklat helt olika typer av narkotikapolitik är ett välkänt faktum. Men vilka skillnaderna är och hur de har uppstått finns fortfarande en del missuppfattningar om. Mitt bidrag här består i att reda ut vilka skillnaderna är¹.

I internationella diskussioner om narkotikapolitik betraktas svensk och holländsk narkotikapolitik som motpoler. Den svenska narkotikapolitiken beskrivs som restriktiv, det vill säga åtgärderna riktas mot att förhindra att befolkningen kommer i kontakt med illegala narkotiska preparat. Grundantagandet är att allt icke-medicinskt bruk av narkotika är missbruk. Motivet är att detta görs för folkets bästa och det är statens uppgift att skydda befolkningen mot faror. Den holländska narkotikapolitiken beskrivs som liberal, dvs. staten ska inte blanda sig i folkets privatliv så länge detta inte skadar tredje person. Detta inkluderar också beteenden som av majoriteten betraktas som icke önskvärda, t.ex. bruk av illegala droger. Jag ska i det följande begränsa mig till vad jag anser vara grundbulten i skillnaden mellan både ländernas narkotikapolitik.

Sociala problem

Ett sätt att studera utvecklingen av en narkotikapolitik är att anlägga ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Med detta menas att t.ex. ett socialt problem som illegalt narkotikabruk konstrueras i en process där många aktörer deltar. En viktig aspekt av processen är att komma fram till en problemdefinition som man i stora drag är ense om. Orsakerna till problemet, hur det sprider sig, vilka motåtgärder som är lämpliga, vem som ska ha ansvaret för vad, är aspekter som avgörs av hur problemet definieras². Resultatet av denna process är en samlad strategi, en narkotikapolitik. Mot bakgrund av detta är det viktigt att se hur det nya sociala problemet definierades i de två länderna. När narkotikabruk bland ungdomar under 1960-talet alltmer uppmärksammades tillsattes i båda länder en expertkommitté som skulle kartlägga problemet och ge förslag till motåtgärder. I det följande diskuteras inledningsvis kommittéernas sammanställning som är av betydelse därför att den antyder hur politikerna uppfattade problemets karaktär. Kommittéernas slutsatser kom sedan i stort sett att lägga grunden för hur

¹ För en mer utförlig beskrivning av skillnaderna samt förklaringar hänvisas till författarens avhandling *A Society With or Without Drugs? Continuity and Change in Drug Policies in Sweden and The Netherlands*. Lunds Dissertations in Social Work nr 5, 2001.

² För en ingående studie av denna process i Sverige se Lindgren, S-Å. (1993). *Den hotfulla njutningen: Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890-1970*. Stockholm/Stehag: Symposium Graduale.

problemet uppfattades och angav kursen för narkotikapolitiken som den har utvecklats sedan dess.

Sverige

Den svenska narkomanvårdskommittén (1965 - 1968) dominerades av medicinska discipliner, vilket kan förklaras med att intravenöst amfetaminmissbruk betraktades som det stora narkotikaproblemet i Sverige. Amfetamin hade efter andra världskriget använts som läkemedel i stor skala och läkarkåren var experter på området. Läkarnas inflytande, inte bara i kommittén, utan även i den allmänna debatten bidrog säkerligen till en central utgångspunkt för svensk narkotikapolitik, nämligen att narkotikaproblemet kan jämföras med en epidemi. Fastän kommittén poängterade att jämförelsen enbart gällde utbredningen av narkotikamissbruket och inte åtgärdsprogrammet, skulle metaforen få stor genomslagskraft i utformningen av den svenska narkotikapolitiken³. Strategin för att bekämpa epidemier beskrivs av Nils Bejerot⁴ som följer:

1. Själva agensen måste så långt som möjligt elimineras (*drogen*).
2. Kontroll över spridningsvägarna för den farliga agensen (*blockera illegal produktion, import och försäljning*).
3. Preventiva åtgärder beträffande mottagliga och riskhotade men ännu inte infekterade befolkningsgrupper (*upplysning, information, förebyggande aktiviteter*).
4. Behandling av redan drabbade.
5. Isolering och långtidsvård av de höggradigt smittosamma (*tvångsvård*).

En förutsättning för en sådan kontrollstrategi är att epidemin framställs som ett hot mot hela befolkningen eller stora delar av den (ungdomar). Hotbilden ska dessutom framställas som så överhängande att eventuella nackdelar är underordnade de förväntade fördelarna. För att få stöd till åtgärdsprogrammet tillämpades ett klassiskt demagogiskt grepp. Socialminister Aspling till exempel poängterade vikten av att alla goda krafter skulle förenas i kampen mot narkotika⁵. Här gjordes alltså en indelning mellan goda och onda krafter. Den goda kraften utgjordes av alla som kämpar mot narkotika. Till de onda krafterna räknades oseriösa läkemedelstillverkare och naturligtvis de som smuglade narkotika till Sverige, ”narkotikahajarna”. En annan ond kraft var de som hade en uppfattning som avvek från den officiella problemdefinitionen och som några år senare kallades för ”drogliberaler”.

³ Det var i kommitténs första delbetänkande som epidemi användes som en metafor (SOU 1967: 25). I de efterföljande betänkningarna användes inte längre denna metafor.

⁴Bejerot, N. (1968). *Narkotikafrågan och samhället*. Stockholm: Aldus/Bonnier.

⁵ FK 1968 nr 10: 133.

Riksdagen fastställde 1978 att målet skulle vara att eliminera narkotikan (agensen) i Sverige. Den skulle aldrig få bli en del av den svenska kulturen ⁶. Med det sistnämnda infördes ett nytt element i diskussionerna om narkotika. Att använda narkotika var något osvenskt. Detta förstärkte en trend som funnits sedan 1960-talet, nämligen att narkotika var en farsot som kom utifrån. Att placera orsaken till narkotikaproblemet utanför Sverige har varit ett utmärkande drag i svensk narkotikapolitik. Kampen var inte enbart en uppgift för myndigheterna utan skulle även föras av medborgarna på skolor och i bostadsområden. Ett enat svenskt folk var den goda kraften som bekämpade ondskan som kom utifrån och 1984 angav Ingvar Carlsson att det enda godtagbara målet var ett narkotikafritt samhälle ⁷.

Det utvecklades en modell som bygger på den enkla tankegången att om det inte finns narkotika i samhället kan det inte heller finnas något narkotikaproblem. För att uppnå detta tillstånd behövs i huvudsak tre angreppssätt som känns igen från den ovan beskrivna epidemimodellen. För det första ska tillförseln av agensen (narkotika) till Sverige skäras av och här spelar tullen en huvudroll. För det andra ska efterfrågan motverkas genom att förebygga att de ännu inte drabbade skall kunna komma i kontakt med narkotika, vilket är en viktig uppgift för polisens gatulangningspatruller. En annan förebyggande åtgärd är att genom upplysning, utbildning och opinionsformning påverka människors attityder och beteende så att de inte ens vill testa narkotika. Här spelar massmedia en avgörande roll. För det tredje behövs en narkomanvård som ska behandla smittbärarna (missbrukarna) till ett drogfritt liv, om så behövs under tvång (isolering av de smittosamma).

Holland

Den holländska expertkommittén (1966 -1972) hade en bred sammansättning av jurister, samhällsvetare och medicinare. En direkt anledning till kommitténs inrättande var den starka kritiken av den repressiva linjen angående illegalt narkotikabruk som hade tillämpats i Holland på 1950-talet fram till senare delen av 1960-talet. I motsats till den svenska situationen var det cannabis som stod i fokus för uppmärksamheten. Ett preparat utan medicinsk anknytning om vilket man inte hade någon djupgående kunskaper. Det betraktades främst som ett ungdomskulturellt fenomen som inte kunde lösas genom straffrättsliga åtgärder. Det var en del av starka kulturella förändringar som påverkade hela samhället. Begreppet epidemi användes inte alls av kommittén utan den refererade till

⁶ Rd 1978 nr 160.

⁷ Prop. 1984/85: 19.

diffusionsteorin som används för att förklara en innovations spridning i en befolkning. Antagandet är att ett nytt fenomen i början sprids snabbt för att sedan klinga av och uppnå en lägre mättnadspunkt.

Det fanns olika uppfattningar om lämpliga åtgärder men politikerna enades så småningom om att den holländska narkotikapolitiken skulle grundas på en bedömning av riskerna av bruket av olika psykoaktiva substanser för brukaren själv och samhället. I denna riskbedömning medförde cannabis mindre risker än t.ex. LSD, amfetamin och opiater. Åtgärder skulle inriktas på de substanser som medför störst risk. En viktig utgångspunkt var att inte allt bruk av narkotika per definition var missbruk utan att ett socialt integrerat bruk var möjligt och förekom. Narkotikapolitiska åtgärder ansågs kunna förvärra problemen och var därmed en riskfaktor som skulle inkluderas i en riskanalys. Detta ledde till skilda strategier för att reducera riskerna av bruk av cannabis jämfört med andra preparat ⁸.

Kommitténs definition och riskbegrepp bildade i stora drag grunden för den narkotikapolitik som antogs av det holländska parlamentet i 1976 ⁹. Detta blev särskilt aktuellt när heroin introducerades 1972 och spreds snabbt, speciellt bland marginaliserade ungdomsgrupper. Viktigt att notera är att orsakerna till problemet söktes i sociala förhållanden i det holländska samhället och inte utanför. Att kunna skära av tillförseln av narkotika diskuterades inte som ett realistiskt alternativ. Den öppna holländska ekonomin och landets beroende av transitohandeln med sitt enorma in- och utflöde av varor omöjliggjorde detta. Att narkotika användes betraktades som en bekymmersam utveckling men också som en del av en utveckling som inte gick att styra av politiken. Bortsett från geografiska och ekonomiska förhållanden skulle det krävas åtgärder som var oförenliga med landets liberala tradition när det gäller statens förhållande till medborgarna.

Man utgick ifrån att narkotika skulle utgöra en (illegal) del bland utbudet av andra njutningsmedel för en lång tid framöver och något som samhället på något sätt var tvunget att leva med. Det utvecklades en modell som skulle separera marknaderna för cannabis och annan narkotika med oacceptabla risker. När det gäller cannabis försökte man genom att tolerera Coffeeshops få cannabismarknaden ur den kriminella sfären, men när det gäller andra preparat (heroin, kokain) utvecklades en mer repressiv strategi med en huvudroll för tull och polis. Förebyggande åtgärder genom upplysning och utbildning inriktades

⁸ Werkgroep verdovende middelen (1972) Achtergronden en Risico's van druggebruik. Den Haag.

⁹ 11 742 Handelingen Tweede Kamer februarie/mars 1976.

främst på att åstadkomma en dialog mellan ungdomar och föräldrar om hur att förhålla sig till droger i allmänhet. Behandling av narkomaner hade till en början drogfrihet som mål. När det detta mål visade sig vara orealistiskt differentierades målen, drogfrihet eller ett kontrollerat bruk, allt efter personens förutsättningar. Utmärkande för narkotikapolitiken är en differentiering av substanser och målgrupper samt att åtgärderna inriktades på att reducera riskerna.

Jämförelse

Det var under de första två decennierna av det moderna narkotikaproblemet som de grundläggande utgångspunkterna för narkotikapolitiken utformades. Senare utveckling har snarast cementerat dessa utgångspunkter. Vilka skillnader och likheter mellan de två länderna kan då konstateras?

I Sverige definierades problemet som ett allvarligt hot mot folket och i Holland som en del av ett samhälle i förändring. I Sverige betraktas allt icke-medicinsk bruk som missbruk medan ett socialt integrerat bruk ses som möjligt i Holland. För Sverige gäller också en enad front mot narkotika, vilket är oförenligt med den holländska politiken om differentierade åtgärder som resultat av en riskanalys. I Sverige urskildes goda och onda krafter och i Holland olika substanser och olika sätt att använda dessa. I förlängningen av detta kan narkotikapolitiken i Sverige sägas ha som huvudmål att skydda befolkningen mot narkotika. I Holland inriktas narkotikapolitiken mot att skydda individer och samhället mot olika risker som kan uppstå genom bruket av narkotika.

En likhet är att i båda länderna utpekats tre områden som centrala för narkotikapolitiken: kontrollsystemet, förebyggande insatser och behandling. Som framgått ovan har dessa områden dock fått mycket olika mål och innehåll eftersom utgångspunkterna är helt olika.

Avslutningsvis kan frågan ställas om narkotikasituationen efter drygt trettio år av helt olika typer av narkotikapolitik också är radikalt annorlunda? Borde inte antalet tunga narkomaner vara betydligt högre i Holland, liksom andelen i befolkningen som har använt cannabis? Är inte antalet narkotikarelaterade dödsfall mycket lägre i Sverige?

Enligt uppskattningar i årsrapporten 2002 från det Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA) är så inte fallet. I Holland har 19.1 procent av befolkningen använt cannabis någon gång och i

Sverige 13 procent.¹⁰ Däremot finns det fler som använder cannabis mer regelbundet (5.5% mot 1 %).¹¹ Antalet tunga narkomaner är dock ungefär samma och till och med mycket högre i Sverige om man räknar per 1000 invånare, 4.7 mot 2.6¹². Även när det gäller dödligheten verkar Holland, trots att landet har fler opiatmissbrukare, ha färre akuta dödsfall bland narkomanerna¹³.

¹⁰ <http://annualreport.emcdda.eu.int/en/page24-en.html>

¹¹ <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab02-en.pdf>

¹² <http://annualreport.emcdda.eu.int/en/page25-en.html>

¹³ <http://annualreport.emcdda.eu.int/en/page36-en.html>

Dum dogmatism dödar. Om substitutionsbehandling

Markus Heilig

Bakgrund

Det finns en utbredd uppfattning i Sverige att vi är ett föregångsland när det gäller narkotikapolitik och behandling. Gatans verklighet är annorlunda. Och för mig, som forskare, läkare och människa, är den fullständigt outhärdlig. Tydligast är detta vad gäller de heroinberoende patienterna, för vilka det finns behandling som enligt samstämmiga internationella och svenska metaanalyser förbättrar patienternas situation vad gäller att reducera drogmissbruk, förbättra social funktion - inkl. att minska kriminaliteten - och kanske viktigast, minska dödligheten. Motsvarande effekt saknas för psykologiska behandlingsmetoder om de inte ges i tillägg till verksam läkmedelsbehandling; och även i en sådan kombination saknas effekt för den typ av behandling som vanligast erbjuds i Sverige, dvs. ospecifikt stöd.¹ Trots dessa tydliga data, som i vissa fall varit tillgängliga i ca 20 år, fortsätter ”den svenska modellen” av ideologiska skäl att undanhålla verksam behandling för flertalet, ca 90 procent av heroinberoende patienter. Även för den minoritet av patienterna som får tillgång till behandling sker det i en polisiär snarare än medicinsk anda. Resultatet är att den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige nu brant ökat i nästan ett decennium, medan andra länder - t.ex. Frankrike och Norge - förmått att bryta motsvarande trend. En stor del av dödligheten i Sverige inträffar i omedelbar anslutning till att patienter tvångsutskrivs från metadonbehandling (MMT) pga. stundtals banala förseelser, ibland efter flera år av framgångsrik behandling.

Även om metadon och liknande läkemedel är effektiva för gruppen av redan heroinberoende personer måste det vägas mot risken av läckage och nyrekrytering till missbruk. En oro för sådan utveckling bottnar dock i bästa fall i okunskap. Primärt metadonberoende är en raritet även i länder där tillgången

¹ Asplund, K. & Jonsson, E. Methadone and naltrexone in heroin addiction--an explanation from the SBU. *Läkartidningen* 2002;99(6):552-3; Berglund, M., Andreasson, S. et al. *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. 2001; 156(1-2); Gronbladh, L., Ohlund L S. & Gunne, L M. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;82(3):223-7; Gunne, L M., Gronbladh, L. & Ohlund, L S. Treatment characteristics and retention in methadone maintenance: high and stable retention rates in a Swedish two-phase programme. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 2002;4:37-46; Mattick, R P B. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4):CD002209, 2002 2002; Mattick, R P K. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4):CD002207, 2002 2002.

till metadon är i stort sett fri - metadon missbrukas förvisso, men endast av personer som redan utvecklat ett beroende, nämligen av heroin. Än viktigare är insikten att varje aktiv narkoman är en spridningskälla för droger, eftersom langning är en del av syndromet. Varje narkoman som genom verksam behandling kan fås bort från gatan bidrar till att minska tillgången på narkotika. Det finns varken medicinska, allmänpreventiva eller ekonomiska argument för den svenska linjen. Positioneringen drivs av aktörernas politiska behov, inte av patienternas medicinska.

Konceptuell ram för behandling av heroinberoende

Människor knarkar inte för att dö av AIDS eller en överdos. Narkomaner vill uppnå samma goda mål i livet som alla andra. Skillnaden är att patienterna gång på gång misslyckas. Återfall kommer emellan, och slår sönder tillvaron så att man ständigt hamnar på ruta 1. Detta är en svikt av "self-efficacy", dvs. förmåga att "självreglera" beteendet så att man lyckas med uppställda mål. Vi har idag en relativt god kunskap om de centralnervösa processerna bakom detta.² Beteendeval blir normalt till genom att motstridiga faktorer fortlöpande vägs samman. Ska jag gå till datorn och skriva denna artikel eller sitta kvar i soffan? Skall jag skaffa barn, så underbart, men ack så jobbigt? Vardagens krav på självreglering är svåra nog. Hos en patient med beroende snävas valen in, och avgörs av balansen mellan normala motivationskrafter och faktorer som hänger samman med beroendet. Bland de senare är heroineuforin viktig i början, men med tiden förskjuts tyngdpunkten mot att hålla ett plågsamt drogsug (eng. "craving") stången, och övervinna dåliga vanor. Återfall inträffar när individen inte förmår få balansen att väga över till förmån för beteenden som leder till mål han eller hon eftersträvar: att behålla ett arbete, en partner eller kanske en bostad.³

Att misslyckas leder till negativ inlärning, som nedsätter patientens förväntningar på att kunna hantera framtida valsituationer. Dessa förväntningar fogas in i tankescheman som med tiden blir automatiska. Det finns en myt om att knarkare måste "knarka färdigt" innan de blir "åtkomliga" för behandling, men det enda en narkoman lär sig av att misslyckas är - att misslyckas. Behandlingens viktigaste uppgift är att hjälpa patienten bryta denna spiral, och hjälpa honom erfara att lyckas. I detta arbete finns användning för varje metod som förskjuter den motivationella balansen till förmån för "friska" beteendeval.

² Koob, G F. & Le Moal M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. Science 1997;278(5335):52-8.

³ Koob, G F. & Le Moal M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. Science 1997;278(5335):52-8; Koob, G F. & Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. Neuropsychopharmacology 2001;24(2):97-129.

Sådana interventioner kan åstadkommas med såväl farmakologiska som psykologiska redskap.⁴

Läkemedlens roll - metadon och buprenorfin

I mer än 30 år har ideologiskt drivna debattörer upprepat samma missuppfattningar: att behandling med metadon och liknande preparat är ”legalt knark”, som i bästa fall håller patienten borta från gatan. I själva verket är de aktuella preparaten framtagna för att i så liten utsträckning som möjligt efterlikna de narkotiska medlens euforigivande egenskaper. Även om detta inte lyckats till fullo är beroendepotentialen mycket låg jämfört med gatudrogerna, i samklang med den basalfarmakologiska kunskapen om medlen.⁵ Det är också välkänt med vilka mekanismer läkemedlen kan förskjuta den motivationella balansen i rätt riktning (tabell 1).

Tabell 1. Den kliniska effektprofilen bland läkemedel som kan vara aktuella för farmakologisk behandling av heroin-beroende.

Typ av läkemedel	Blockad av drogsug	Blockad av heroin-eufori
Full opiat receptor agonist (t.ex. metadon)	Ja	Ofullständig
Partiell agonist (t.ex. buprenorfin)	Ja	Ja
Ren antagonist (t.ex. naltrexon)	Nej	Ja

”Agonist” är den farmakologiska benämningen för en substans som binder till en receptor och aktiverar den. ”Antagonist” innebär binding till receptorn utan åtföljande aktivering, varvid effekten av andra aktiverande substanser - t.ex. heroinet - konkurreras ut och uteblir. ”Partiella agonister” faller mitt emellan - binding åtföljs av en viss men begränsad receptoraktivering. Om inte andra receptor-aktiverande substanser finns i systemet innebär det i detta fall en viss grad av opiatliknande klinisk effekt. I närvaro av andra, i sig mera potenta opiater förvandlas effekten istället till antagonism.

Bland aktuella läkemedel har metadon överlägset evidensstöd. Medlet minskar

⁴ O'Brien, C P. A range of research-based pharmacotherapies for addiction. Science 1997;278(5335):66-70.

⁵ Kreek, M J. Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. Annals of the New York Academy of Sciences 2000;909:186-216.

dödlighet och sjuklighet, och förbättrar social funktion. Den rimliga slutsatsen i ett medicinskt perspektiv måste rimligen bli att patienter som inte blir hjälpta av annat måste ha rätt att få denna behandling. Exakt detta fastslogs redan 1998 i federala riktlinjer från amerikanska National Institutes of Health.⁶ Metadonet har dock nackdelar som begränsar dess användbarhet, framför allt viss potential för överdosering och läckage till gatumissbruk. Behandlingen måste i flertalet fall vara mångårig. Det behövs därför även strategier som kan utgöra en ”första försvarslinje” innan man tar steget till metadon. Särskilt stort är behovet för unga patienter, och patienter tidigt i beroendeutveckling. För det syftet har den partiella opiatreceptoragonisten buprenorfin (Subutex) en intressant farmakologisk profil, som förutsäger lägre beroendepotential och lägre toxicitet. Det ter sig därför attraktivt att använda buprenorfin för att skapa förutsättningar för modern psykologisk behandling.

Utvecklingen av Maria-modellen

Vid Mariakliniken i Stockholm lade vi under 1999 upp ett projekt för att utveckla integrerad, Subutex-assisterad behandling. Daglig Subutex-medicinering kombinerades med kognitivt-beteendeterapeutisk gruppbehandling inriktad på att förebygga återfall, enl. en manualbaserad metodik som fått gott empiriskt stöd.⁷ Andra komponenter var individuellt samtalsstöd, och strikt drogfrihetskontroll. Baserat på en liten serie framgångsrika pilotpatienter startade vi våren 2000 en kontrollerad studie av modellen. Alla fick det intensiva psykosociala behandlingspaketet; hälften randomiserades därutöver till buprenorfin-behandling, och hälften till placebo. Det är viktigt att påpeka att dessa patienter, i likhet med ca 90 procent av svenska heroinister, annars inte hade tillgång till vare sig metadon, buprenorfin, eller kvalificerad psykosocial behandling.

En utmaning för denna typ av behandling är att å ena sidan upprätthålla en struktur och en ambition om drogfrihet, utan att behandlingen å andra sidan förvandlas till ett förtryck, med det eftertraktade och bokstavligen talat livsviktiga läkemedlet som maktmedel. Målet är ju att patienten med tiden skall överta ansvaret för behandlingen. Vi använde oss av behandlingsplaner som noga klargjorde att problem i behandlingen i första hand skulle leda till stödinsatser - ökad frekvens individuella samtal, eller, i extremfallet, kort inläggning. Det var viktigt att förmedla vår ambition att, i motsats till den

⁶ Anonymous. Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. JAMA 1998;280(22):1936-43.

⁷ Larimer, M E., Palmer R S. & Marlatt, G A. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism 1999;23(2):151-60

etablerade metadonbehandlingsmodellen i Stockholm, göra allt för patienterna skulle kunna vara kvar i behandlingen. Samtidigt fanns tydliga regler om att uteblivna besök eller drogpositiva urinprover skulle leda till utskrivning om inte patienten medverkade till stödinsatserna och så småningom stabiliserades. Kombinationen skapade ett ömsesidigt förtroende, och hos patienterna en känsla av att vara respekterade, på ett sätt som är avgörande för all framgångsrik behandling.

Resultaten var slående, och är i skrivande stund i färd att publiceras i en av världens mest prestigefyllda medicinska tidskrifter, *The Lancet*.⁸ Med kravet på drogfrihet kunde ingen i kontrollgruppen klara sig längre än ca 2 månader, trots en betydligt intensivare psykosocial behandling än vad som normalt är tillgängligt för patientgruppen. I den aktiva gruppen var däremot 15 av 20 patienter kvar i behandling efter ett år. De hade i snitt 75 procent rena urinprover, och deras problemtynghad hade sjunkit dramatiskt, visat med stabil bostadssituation, kraftigt minskad kriminalitet och markant förbättrad sysselsättning. Då vet vi ändå från Gunne och Grönbladhs metadonstudier att den typen av förbättringar når maximum först efter ca 4 års behandling.

Myterna

”Den franska katastrofen”. För mer än 6 år sedan blev Subutex registrerat i Frankrike. Landet har haft en speciell situation, med stark begränsning av metadon, och flertalet patienter utan behandling. En hög och stigande dödlighet var resultatet. När Subutex registrerades blev det helt utan restriktioner, och utan resurser till andra behandlingskomponenter. Man fick en explosionsartad förskrivning bland allmänläkare. Även med denna lågkvalitativa behandling är dödsfallen nu ca 1/5 så många som för 6 år sedan.⁹ Högkvalitativ behandling är självklart att föredra än lågkvalitativ sådan. Men står valet mellan lågkvalitativ behandling och ingen alls är det svårt att se logiken eller etiken i det senare alternativet. Katastrofen håller på att ske i Sverige, inte i Frankrike.

”Okontrollerad förskrivning av Subutex”. Ett nära samarbete mellan intresserade behandlare i hela Sverige gjorde det initialt möjligt att räkna patienter i strukturerad behandling enligt Maria-modellen, och jämföra med antalet patienter som fick Subutex förskrivet. Skillnaden var länge försumbar. Däremot finns Subutex att köpa på gatan, där det framför allt handlar om

⁸ Kakko, J., Dybrandt Svanborg, K., Kreek, M J. & Heilig, M. High 1-year retention and improved social function in a buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence: A randomized, placebo-controlled Swedish trial. [In Press] *The Lancet* 2002.

⁹ Auriacombe, M., Franques, P., & Tignol, J. Deaths attributable to methadone vs buprenorphine in France. *JAMA* 2001;285(1):45

smuggelgods från Finland. Detta är olyckligt, men de medicinska riskerna är begränsade. Subutex ger begränsad drogeufori, och går pga. sina farmakologiska egenskaper knappast att överdosera. I det fåtal dödsfall i Frankrike där patienten haft buprenorfin i blodet har de också haft en mix av andra medel, varför dödsfallen inte kunnat knytas till Subutex. Oaktat detta är logiken inte uppenbar i att begränsa Subutex-användningen bland skötsamma svenska läkare för att lösa problem med smuggling från utlandet.

”Men vi vill inte ha en liberal narkotikapolitik”. Att visa sig mest avståndstagande från narkotika har blivit en viktig politisk tävlingsgren. Det är dock svårt att se hur narkotikapolitiken blir ”liberalare”, dvs. mer tillåtande i förhållande till missbruket, om vi erbjuder effektiv behandling, i strikt kontrollerade former, och därmed hjälper patienterna sluta knarka, upphöra med kriminalitet, och få en bättre social situation. Jag är personligen för en maximalt strikt narkotikapolitik. Den som säljer knark skall bort från gatan, och den som säljer utan att själv vara beroende skall enligt min uppfattning i fängelse - länge. Men den som är beroende är inte hjälpt av polisiära insatser, och effektiv behandling är det bästa sättet att minska både efterfrågan och utbudet av narkotika. Det tål att upprepas: Effektiv behandling är en av hörnstenarna i en restriktiv narkotikapolitik. Eller borde vara det.

Övergripande strategi

Nya behandlingar kan av sina introduktörer mötas med en entusiasm som är lika aningslös som motståndet. Jag känner ett starkt ansvar för att undvika den fällan. Subutex är knappast en behandling som plötsligt skall rädda alla heroinister. Behandlingen breddar däremot utbudet, och hjälper oss att tillsammans med patienten välja det som passar bäst i det enskilda fallet. Det är lätt att se möjligheten till en rationell, nyanserad strategi som skulle göra behandling tillgänglig för de patienter som behöver den, och samtidigt undvika avararterna. En sådan strategi föreslogs 2002 av en expergrupp arbetande på Socialstyrelsens uppdrag. Redan innan dokumentet var offentligt anlände ett 28-sidigt protestbrev fyllt med en provkarta på alla okunniga ryggmärgsreflexer i debatten. Orkar vi nyorientera? Vi väljer mellan omhuldade dogmer och patienters liv.

Narkotikapolitik och fängelseväsendets expansion

Magnus Hörnqvist

De senaste 10-20 åren har fängelsepopulationen ökat i nästan alla västländer. Narkotikapolitiken är en viktig del av förklaringen. Det finns ett nära samband mellan narkotikapolitik och fängelseväsendets expansion. Kampen mot droger har fyllt fängelserna med narkomaner. Det är den enskilt viktigaste orsaken till den stora ökningen av fångpopulationen i USA. Missbrukare dömda för narkotikarelaterade småbrott utgör den stora majoriteten av fångpopulationen i USA. Under 1990-talet ökade antalet fångar med åtta procent årligen och vid decenniets slut var två miljoner amerikaner intagna på anstalt en given dag. Även i Europa ökar antalet fångar generellt liksom antalet fängslade narkomaner. Det är visserligen långt till de amerikanska nivåerna och dessutom är det svårt att veta hur många av de intagna som är narkomaner, beroende på skiftande rutiner och definitioner. Men enligt en uppskattning passerar varje år 180 000 – 600 000 narkotikamissbrukare genom fängelsesystemet i EU och tendensen är stigande.¹

Sett till sociala resurser är narkomaner i fängelse en särskilt svag grupp. Det gäller inte bara i förhållande till befolkningen i stort utan även i jämförelse med andra fångar. Bland de intagna är det vanligare att narkotikamissbrukare är bostadslösa, har ekonomiska svårigheter och inte får besök. Tillgängliga studier av samtliga narkomaners levnadsförhållanden skildrar en usel ekonomi, svårigheter att hitta bostad, dålig fysisk och psykisk hälsa samt bristande sociala kontakter. Samtidigt döms inte alla till fängelse. Finns det någon skillnad mellan de narkomaner som vid upprepade tillfällen döms till fängelse och de som sällan eller aldrig omhändertas av kriminalvården? Framför allt, är de mera marginaliserade? I Sverige saknas undersökningar vilket gör det svårt att svara på frågan. Undersökningar från andra länder visar att polis och domstolar särskilt prioriterar fattiga och invandrare. USA är återigen ett tydligt exempel. Afro-amerikanska män representerar sex procent av befolkningen i landet och sju procent av missbrukarpopulationen. Samtidigt utgör afro-amerikanska män

¹ Wacquant, L. (2001). "The penalisation of poverty and the rise of neo-liberalism", *European Journal on Criminal Policy and Research* nr 9, s. 404; Tonry, M. (1995). *Malign neglect – race, crime, and punishment in America*. New York/Oxford: Oxford University Press, s. 113; Wacquant, L. (2000), *Elend hinter Gittern*. Konstanz: UVK Universitätsverlag, s. 69 ff; EMCDDA (2001), *An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, s. 6 ff.

35 procent av dem som arresteras för narkotikabrott och hela 75 procent av dem som döms till fängelse för samma brott.²

De allra senaste åren har överbeläggningen inom den svenska kriminalvården diskuterats åtskilligt. Allt talar nu för att det blir fler fängelser och därmed plats för fler fångar. Alternativet hade varit en avkriminalisering eller en ökad användning av andra påföljder än fängelsestraff såsom kontraktsvård. Men under de närmaste fyra åren planeras 1500 nya anstalts- och häktesplatser. En stor del av dessa kommer sannolikt att tas i anspråk av narkomaner. År 2000 var 3900 personer, eller 43 procent av de nyintagna, tunga narkotikamissbrukare.³

Ur denna synvinkel är den svenska narkotikapolitiken inte unik utan en del av en internationell utveckling. Besluten har emellertid fattats på nationell nivå. Förändringarna i den svenska fängelsepopulationen är en konsekvens av politiska beslut i riksdagen och av prioriteringar på tjänstemannanivå inom polis- och åklagarväsendet.

Det började för drygt trettio år sedan, i slutet av 60-talet, då straffvärdet skärptes kraftigt för narkotikabrott. Under de följande årtiondena fördubblades sedan mängden utdömd fängelsestid för narkotikabrott: från 7000 månader per år (under perioden 1973-75) till 14 000 månader per år (under perioden 1990-93). Lagstiftningen skärptes successivt till dess att fängelse infördes i straffskalan för eget bruk av narkotika 1993. Under 1990-talet har sedan polisen fortsatt att prioritera insatser i konsumtionsledet, missbrukarna på gatan. Detta har lett till en kraftig ökning av antalet personer dömda för narkotikabrott; mellan 1993 och 1998 ökade antalet med över 40 procent. Drygt hälften av dem som fälldes för enbart narkotikabrott 1996 dömdes till fängelse, resten fick andra påföljder såsom kontraktsvård, skyddstillsyn eller dagsböter. Det finns ett starkt samband mellan fängelsestraff för narkotikabrott och eget missbruk. Nio av tio intagna narkomaner har relativt nyligen (under den senaste femårsperioden) avtjänat ett fängelsestraff för narkotikabrott. Följaktligen har andelen narkomaner i anstalt ökat under samma tid. Enligt den officiella statistiken har knappt hälften som intagits på anstalt de tre senaste åren varit narkotikamissbrukare. Det gäller

² Nilsson, A. (2002). *Fånge i marginalen*. Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet, s. 123; Svensson, D. (2000). *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987-1994*. MAX-projektet, delrapport 2, Stockholm: CAN; Wacquant, L. (2002). "Four strategies to curb carceral costs", *Studies in Political Economy* nr 69, s 21.

³ Kriminalvårdsstyrelsen, pressmeddelande 2002-12-12, <http://www.kvv.se/press/utbygg.pdf>; KROD 2000, *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen*. Norrköping: KVS, s 49.

särskilt intagna med kort strafftid (högst två månader), där andelen narkotikamissbrukare nästan tredubblats under 1990-talet.⁴

Med en oförändrad narkotikapolitik kommer alltså en växande andel av samhällets resurser gå till inlåsning av narkomaner. Är detta rimligt? Detta är inte i första hand en ideologisk fråga. Politiken på det här området måste precis som politiken på andra områden utvärderas med avseende på effekterna. Här redovisas några av de faktiska effekterna för människor som är föremål för frihetsberövande i dagens svenska kriminalvård. Det är effekterna på den enskilde narkotikamissbrukaren som är intressanta och den centrala frågan är på vilket sätt individens förutsättningar att upphöra med missbruket påverkas under anstaltstiden.

Det förutsätter ett svar på frågan vilka effekter som är relevanta. Vad är det som krävs för att narkomaner intagna på anstalt ska fullfölja steget att leva ett liv utan kriminalitet och droger? Frågar man dem själva är det främst två saker: dels en förbättrad social situation och dels den egna motivationen. Har man inte själv bestämt sig för att sluta använda droger, eller leva ett annat liv, saknas den viktigaste förutsättningen för förändring. Därutöver finns en enighet om den sociala situationens stora betydelse för eventuellt fortsatt missbruk. Arbete, utbildning, boende, drogfritt umgänge, och engagemang på fritiden är avgörande för att sluta missbruka och hålla sig drogfri.⁵

Därmed kan frågeställningen preciseras. Vilken effekt har dagens svenska kriminalvård på, för det första, de intagnas sociala situation och, för det andra, deras motivation att sluta missbruka? Utgångsläget är att själva frihetsberövandet påverkar såväl motivationen som den sociala situationen negativt. Därför krävs *aktiva* ansträngningar för att motverka de skadliga effekterna. Den insikten har även vunnit insteg i lagstiftningen. Enligt lagen om kriminalvård i anstalt är myndigheten ålagd att motverka skadorna av själva

⁴ Lenke, L & Olsson, B. (1999). "Swedish Drug Policy in Perspective", i Derks, van Kalmthout, Albrecht (red.). *Current and Future Drug Policy Studies in Europe*. Freiburg: Edition iuscrim, s 160; Brottsförebyggande rådet (1996). *Åtgärder mot drogbrottslighet: ett naturligt experiment inom narkotikapreventionen*. Brå rapport 1996:4. Stockholm, tabell 8.; Brottsförebyggande rådet (2000) *Kriminaliseringen av narkotikabruk*. Brå rapport 2000:21. Stockholm, s 6; 28 ff; Nilsson, M., Johansson, P. & Olsson, B. (2001). *Heroindömda 17-29-åringar 1996*. MAX-projektet, delrapport 4. Stockholm: CAN, s 19; Nilsson (2002), s 97; KROD 2000, s 48 f.

⁵ Hörnqvist, Magnus, (kommande), "Ingen höjdare: anstaltsplacerade narkomaners syn på sin situation". *Nordisk Tidsskrift för Kriminalvetenskap*.

anstaltsvistelsen. Vidare ska anpassningen i samhället underlättas. Det vill säga, samtidigt som staten dömer till fängelse, ska de dömda inom ramen för detta straff ges reella möjligheter att ta sig ur kriminalitet och missbruk.⁶

Den sociala situationen. Det saknas statistik över vilka resurser som erbjuds narkomaner intagna på anstalt, liksom även sammanställningar över den hjälp som de intagna faktiskt utnyttjat för att förbättra sin sociala situation. Däremot finns en omfattande dokumentation av behovet. Ser man till utbildning, boende, ekonomi, hälsa och sociala relationer visar flera undersökningar att fångar och narkomaner hade betydligt sämre resurser i förhållande till den övriga befolkningen.⁷

Behovet är alltså stort. Vad vet vi om förmågan att tillgodose det? Det finns enstaka intervjuundersökningar med intagna beträffande kriminalvårdens utbud av hjälpinsatser. Enligt dessa uppger en mindre del av de intagna att de fått relevant hjälp att förändra sin sociala situation, medan majoriteten anser att de inte fått tillgång till sådan. På område efter område var det bara en minoritet som upplevde att de fått hjälp. I en studie från Brottsförebyggande rådet, där 95 slumpvis utvalda intagna intervjuades om sin situation en månad före frigivning, var det 19 procent som uppgav att de hade fått hjälp med bostad, 29 procent med sysselsättning, 15 procent med sin ekonomiska situation och 17 procent uppgav att de hade fått hjälp med att behålla sitt sociala kontaktnät. I min enkätundersökning med 166 narkomaner på anstalt uppgav drygt 10 procent att de fick relevant hjälp vid den aktuella tidpunkten, medan ytterligare drygt 15 procent hade chans till relevant hjälp mot slutet av anstaltstiden. 60 procent svarade att de inte fick någon eller knappt någon hjälp. Det pekar på stora brister i kriminalvårdens kapacitet att – på egen hand eller i samverkan med andra myndigheter – motsvara de dokumenterade sociala behoven. Enligt narkotikakommissionens slutbetänkande är trenden nedåtgående.⁸

Motivationen. Dagens kriminalvård bygger i likhet med övrig svensk narkotikapolitik på antagandet att tvång och motivation står i ett komplementärt förhållande. Ju svårare det blir att missbruka desto mer kommer människor att

⁶ Lag (1974:203) om kriminalvård i anstalt, 4 §.

⁷ Lander, I., Olsson, B., Rönneling, A & Skrinjar, M. (2002). *Narkotikamissbruk och marginalisering*. MAX-projektet, slutrapport. Stockholm: CAN; Nilsson (2002).

⁸ Brottsförebyggande rådet (2000). *Från anstalt till livet i frihet. Delrapport 1: Inför muck*. Brå-rapport 2000:20 Stockholm, s 23ff. Även kriminalvårdens personal, närmare bestämt kontaktpersonerna till de intagna, intervjuades om sin uppfattning. Dessa svarade i högre utsträckning att de intagna erhållit hjälp på olika områden. Hörnqvist (kommande); SOU 2000:126, *Vägvalet*. Slutbetänkande från Narkotikakommissionen, s 223.

vilja sluta. Utökade tvångsåtgärder antas inte stå i motsättning till förstärkt motivation, utan det ena ses som en förutsättning för det andra.⁹ Men det finns skäl att ifrågasätta ett antagande som förbiser såväl skadeverkningarna av tvånget som den sociala situationens inverkan. Den omedelbara effekten av upprepade tvångsinsatser är nedbrytande. Det gäller både i stort och smått – från enskilda urinprov och kroppsbesiktningar till fängelsestraffet som sådant. Vidare innebär antagandet om tvångets komplementära funktion en underskattning av den sociala situationens betydelse för motivationen. Den missbrukare som kan se framkomliga vägar till ett hyfsat arbete, en egen bostad och ett fungerande socialt nätverk efter frigivningen är i allmänhet mera motiverad till drogfrihet än den som inte ser detta framför sig, och istället konfronteras med polis, arbetslöshet och nya anstaltsvistelser. Det gäller att förstå varför människor fortsätter att använda narkotika. Efter att under flera år ha följt missbrukarlivet på nära håll konstaterade Bengt Svensson att det innehöll ”elände, svek, bristande solidaritet, sjukdom, lidande och död, men det har också andra inslag – socialiteten, händelserikedomen, de korta perspektiven, det-ordnar-sig-alltid inställningen, känslan av kompetens, sysselsättningen i form av kriminella försörjningsformer, drogernas artificiella välbehag. Det kan ställas mot det som ofta är det vanliga livets alternativ för dem – ensamhet, arbetslöshet, fattigdom, sysslolöshet, upplevelsen av att vara överflödig.”¹⁰

Motivationen att sluta missbruka tilltar och avtar i ett socialt sammanhang. Men inom dagens kriminalvård behandlas den som något isolerat. De intagna motiveras till drogfrihet genom särskilda kurser som påverkar sättet att resonera, attityder och självbilder. Kurserna syftar till att ge mentala verktyg för att klara ett liv utan droger och kriminalitet, oberoende av den sociala situationen. Men viljestyrka och bättre självkänsla är resurser som många gånger bryts ned av motgångar efter frigivningen. Kognitiva program kan vara tillräcklig hjälp för några men knappast för det stora flertalet.¹¹

Narkotikamissbrukare utgör en allt större del av den växande fängelsepopulationen. Med tanke på de höga kostnaderna – ekonomiskt och mänskligt – borde det finnas goda argument för denna satsning. Åtminstone borde det ligga i allas intresse att ställa frågan om effekterna, för hur ska vi annars bedöma om satsningen varit lyckosam eller inte? Slutsatsen av den

⁹ Se t. ex. Kriminalvårdsstyrelsen (2002) *Insatser mot narkotika. Forskningsbaserad narkomanvård – ett förslag till handlingsplan*. Norrköping.

¹⁰ Svensson, B. (1996). *Pundare, jonkare och andra*. Stockholm: Carlssons, s 383; Hörnqvist (kommande).

¹¹ Brottsförebyggande rådet (2002), *Att lära ut ett nytt sätt att tänka. Utvärdering av Cognitive Skills-programmet i kriminalvården 1995-2000*. Brå-rapport 2002:11. Stockholm.

analys som gjorts här är att dagens kriminalvård tycks vara dåligt rustad för att ta hand om den aktuella gruppen av människor. Det saknas resurser för att förbättra de intagnas sociala situation, vilket även påverkar motivationen att lämna missbruket negativt. Att i det läget döma ännu fler människor med missbruksproblem till fängelse förefaller djupt irrationellt.

Den narkotikapolitiska relevansen av narkotikarelaterade dödsfall

Leif Lenke och Börje Olsson

Bakgrund och syfte

Allt sedan bruket av narkotika lyftes fram i offentlighetens ljus och definierades som ett samhällsligt problem under 1960-talet, har den kraftigt förhöjda dödlighet som på olika sätt varit kopplad till narkotikamissbruk varit ett av de främsta skälen till att frågan kontinuerligt fått en framträdande plats i debatt och politik. Den mystik och dramatik som i alla tider varit förknippad med narkotika har ytterligare ökat intresset, samtidigt som detta, i kombination med att narkotikabruk trots allt är en för de flesta okänd aktivitet, bidragit till att rader av myter kring företeelsen kunnat florera. I relativa tal är antalet sådana dödsfall få. Antalet alkoholrelaterade dödsfall, till exempel, är uppskattningsvis 20-30 gånger så stort som de narkotikarelaterade utan att få tillnärmelsevis så mycket medialt utrymme.

Statistik om den narkotikarelaterade dödligheten har systematiskt presenterats ända sedan 1956. Dels har denna information använts som en indikator på narkotikamissbrukets omfattning och utveckling över tid, dels har den gett information om de narkotika preparatens farlighet och de riskfyllda levnadsförhållanden under vilka missbrukarna lever.

Den narkotikarelaterade dödligheten är inget enhetligt begrepp, utan rymmer flera olika dödsorsaker. Ofta lyfts de akuta dödsfallen fram som inträffar som en direkt följd av intaget av ett narkotiskt preparat. Överdoser av heroin är här den vanligaste formen. Andra dödsorsaker förekommer dock, t.ex. infektioner som uppkommit i samband med injektioner (bl.a. hiv/aids), olycksfall under narkotikapåverkan eller våldshandlingar mellan narkotikamissbrukare. Dessutom brukar man i statistiken skilja mellan dödsorsaker som är direkt underliggande och sådana som indirekt bidragit till dödsfallen. Det finns med andra ord stort utrymme för förvirring och missförstånd när statistik kring narkotikarelaterad dödlighet i olika syften används. För närvarande redovisas från svenska myndigheter och organisationer åtminstone tre olika statistiska serier över denna dödlighet. Serierna ger delvis olika bilder av omfattningen och utvecklingen av den narkotikarelaterade dödligheten, och det är uppenbart att olika syften ligger bakom vilken serie man väljer att presentera eller referera till.

Syftet med denna artikel är dubbelt. För det första vill vi försöka bringa klarhet i skillnaderna mellan de olika typer av statistik som presenteras på området. Det innebär bl.a. att försöka beskriva vad de olika serierna visar. Detta är inte minst

viktigt om jämförelser görs med narkotikarelaterad dödlighet i andra länder. För det andra försöker vi analysera och förstå varför det förekommer en “politisk” konflikt kring denna statistik.

Redovisad statistik

Under många år har nationell statistik över antalet narkotikarelaterade dödsfall publicerats. Äldst är de två serier som årligen presenteras i Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) *Drogutvecklingen i Sverige* och som bygger på Sveriges officiella dödsorsaksstatistik. Den första sträcker sig tillbaka till 1956 och omfattar dödsfall med narkomani (klassificerat enligt ICD-systemet)¹ som underliggande dödsorsak. Med underliggande dödsorsak avses, enligt WHO (Världshälsoorganisationen), “den sjukdom eller skada som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller de omständigheter vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan”². Det innebär att denna statistik i princip speglar akuta dödsfall – mestadels överdoser – i samband med narkotikaintaget.

¹ The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

² Bilaga till SOU 2000:126. PM nr 3. Juni 1999. S. 8. Narkotikakommissionen. Slutbetänkande. “Vägval”.

Tabell 1. Narkotikarelaterad dödlighet i Sverige.

År	SCB 1 ³	SCB 2 ⁴	FHI ⁵
1970	10	29	
1971	5	44	
1972	3	43	
1973	1	34	
1974	3	23	
1975	5	31	
1976	5	39	
1977	7	43	
1978	14	72	
1979	25	79	
1980	16	74	
1981	16	85	
1982	26	104	
1983	16	103	
1984	20	140	
1985	21	150	
1986	13	138	
1987	71	141	
1988	56	125	
1989	57	113	
1990	64	143	64
1991	62	147	62
1992	67	176	67
1993	82	181	82
1994	85	204	85
1995	71	194	71
1996	124	251	124
1997	73	265	99
1998	65	263	81
1999	64	280	99
2000	100	353	104

³ Underliggande dödsorsaker. ICD 10 F11.2-F16.2 och F18.2-F19.2. Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 har nya principer för klassificering av dödsorsaker införts. Försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa år.

⁴ Underliggande och bidragande dödsorsaker enligt samma koder som not 3.

⁵ Av Folkhälsoinstitutet rapporterad statistik till European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). ICD 10 F11, F12, F14, F15, F16, F18 och F19 alla med underkoderna 1-9.

De statistiska serierna bygger på två principer. Serierna rubricerade SCB 1 och FHI avser "underliggande" dödsorsak. Dessa serier visar i praktiken de fall där dödsfallet inträffat som en direkt följd av narkotikamissbruket. Den vanligaste formen gäller här s.k. "överdoser" till följd av injektion av heroin. Till serien SCB 2 har man också fogat fall där narkotikan fungerat som en s.k. "bidragande" dödsorsak. Den senare serien beskriver i princip dödligheten inom den narkotikabrukande gruppen i stort, d.v.s. också sådana dödsfall som skett i andra former än som direkta överdoser.

Diagram 1. Narkotikarelaterade dödsfall i Sverige 1969-2000.

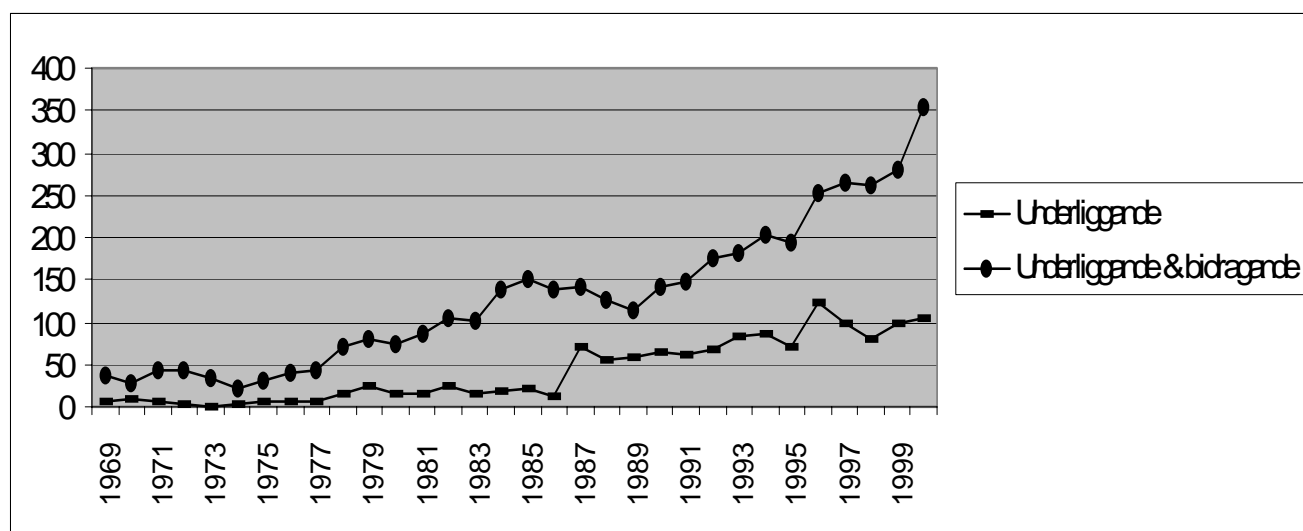
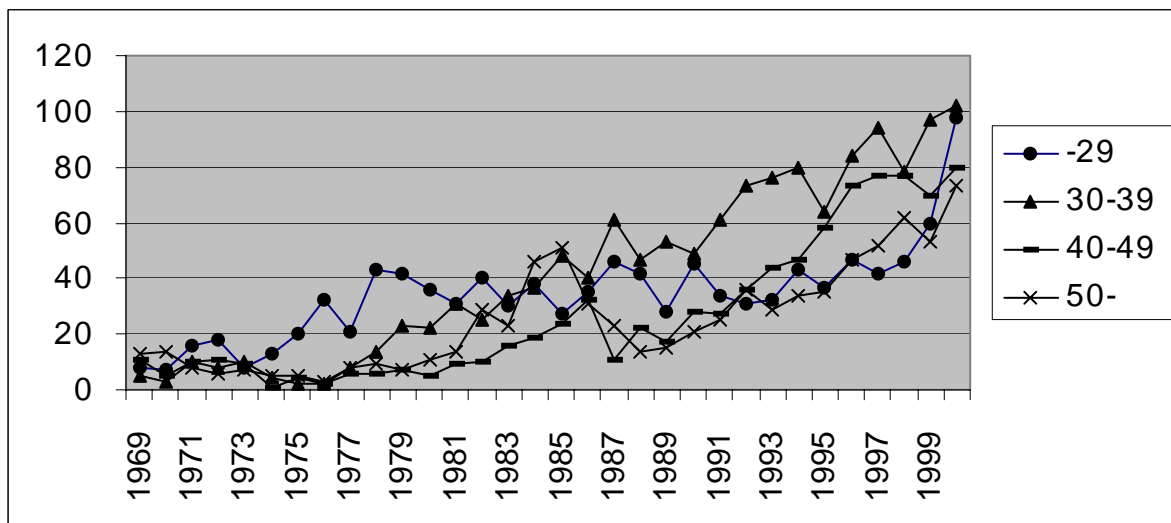


Diagram 2. Narkotikarelaterade dödsfall i Sverige 1969-2000. Fördelade efter ålder.



Som framgår av diagram 1 har det skett en dramatisk ökning av de narkotikarelaterade dödsfallen, speciellt under 1990-talet och i kategorin där man också tillfogar narkotikamissbruket som en bidragande orsak. När man fördelar dödsfallen efter ålder visar sig ökningen vara i stort sett lika stark i alla åldrar (diagram 2). Det betyder att ökningen inte kan förklaras av en åldrande kohort av missbrukare.

Statistiken över narkotikarelaterade dödsfall är behäftad med en rad problem (ändrade diagnoskoder, förändrad obduktionsfrekvens, m.m.), men den generella bilden över utvecklingen under de senaste 20 åren är ändå mycket entydig. Antalet narkotikarelaterade dödsfall (underliggande eller bidragande) är idag avsevärt högre än någonsin tidigare. De senaste åren tycks dessutom ha inneburit att ökningstakten stegrats. Att kräva att problemen kring denna statistik utreds och att arbeta för att den förbättrats är naturligtvis helt i sin ordning, men detta får inte tjäna som ursäkt för att inte analysera vilka narkotikapolitiska implikationerna den ökning som redan nu kan konstateras bör få.

Ett problem?

I vilken mån har man då i narkotikadebatten speciellt uppmärksammat detta problem? Vissa experter har gjort det, bl.a. socialläkaren, och numera

generaldirektören för Folkhälsoinstitutet, Gunnar Ågren som uttryckte saken såhär i en intervju i Expressen (98-11-19):

Dödligheten bland heroinister är dubbelt så hög i Stockholm som i andra europeiska städer. Den enda någorlunda effektiva behandlingsmetoden, metadon, bromsas av den svenska narkotikapolitiken.

I alla läger är dock detta inte en självklarhet. Om man exempelvis går in på den norska föreningen Forbundets Mot Rusgift (FMR) hemsida⁶, finner man en artikel med rubriken "Överdosisfrågan, en hälsofråga?". I denna artikel argumenterar man *mot* en fokusering på dödsfallsproblematiken. Man skriver:

270 människor dog av överdos förra året (i Norge). Det är allvarligt. Men diskussionen om vilka åtgärder som skall vidtagas skall ses i ljuset av en internationell legaliseringsdebatt, där just överdosproblematiken är en skärningspunkt.

Hur skall detta förstås? Ja, till att börja med *är* 270 dödsfall en mycket hög siffra. Siffran gav rubriker i internationell press. Få länder uppvisar lika stor narkotikarelaterad dödlighet i förhållande till folkmängden som Norge.

Vilken roll spelar det då att "diskussionen om dödsfallen skall ses mot bakgrund av en internationell legaliseringsdebatt"? Jo, enligt föreningen – som liksom sina broderföreningar i Sverige – Riksförbundet mot narkotika (RNS), Hassela, Föräldrarföreningen mot narkotika (FMN) -, förespråkar en "noll-tolerans"-politik⁷, är fokuseringen på den höga mortaliteten bland norska missbrukare ägnad att kunna användas som argument av den s.k. "harm reduction"-rörelsen⁸. Denna rörelse står för ett synsätt att narkotikapolitiken måste fokusera på att minska skadorna av narkotikamissbruk, även om missbruket fortgår. Denna rörelse har också – enligt FMR – "ofta uppfattats som en spjutspets inom legaliseringsrörelsen". Om man fokuserar på dödsfallen hjälper man således legaliseringsrörelsen. I texten uttrycker man det så att eftersom många i Norge ställt upp på ett 10-punktsprogram för att minska dödligheten bland missbrukare

visar det att legaliseringsrörelsen har haft starkt genomslag för sina argument./.../ Medan analysen visar att förslagen i bästa fall kommer att ha

⁶ www.fmr.no samt www.alkoholfornuft.org/behandling/920551725.html

⁷ Dessa organisationer kommer i texten att benämnas NTO, vilket står för Noll-Tolerans-Organisationer.

⁸ Någon sådan rörelse existerar knappast i Sverige. Närmast kommer här den nyligen bildade Svenska Brukarföreningen och klientrörelsen Riksföreningen för hjälp till läkemedelsmissbrukare (RFHL).

en marginell överdosförebyggande effekt, men kommer att bidra till att ge narkotikapolitiska signaler som på sikt kan ge oss långt flera överdosfall att handskas med.

Detta är den europeiska narkotikadebatten i ett nötskal. I den mån man ger försök att minska skadorna av narkotikamissbruket hög prioritet, så hjälper man "legaliseringsrörelsen" genom att "ge fel signaler". Karakteristiskt för denna debatt är att man på "noll-tolerans"-sidan inte anser att det finns några dilemman i narkotikapolitiken. Man var emot metadonprogram eftersom de ansågs ge "fel signaler". Man är på samma grund emot sprutbytesprogram, trots att sådana har rekommenderats av WHO⁹ etc.

Parallellen med Motbokssystemet.

Vad vi här har att göra med är en klassisk motsättning mellan absolutistisk och reformistisk politisk teori och praktik. De "absolutistiska" motsätter sig reformer eftersom reformerna tenderar att minska incitamenten och viljan att uppnå det ultimata målet. Det gällde också den absolutistiska nykterhetsrörelsens hållning till motboken. Få känner idag till att det var nykterhetsrörelsen i Sverige som var motbokens starkaste fiende och den rörelse som gick i bräschen för att avskaffa motboken. (Detta i samarbete med de, oftast konservativa, alkoholliberalerna). Denna process har illustrerats på ett tydligt sätt av Svante Nycander i boken "Svenskarna och spriten".¹⁰

Med kunskap om den mycket dramatiska problemökning som uppstod efter motbokens avskaffande – i form av kraftigt stegrad dödlighet, brottslighet och andra sociala problem – kan man fråga sig hur detta gick till¹¹. Att de som brukar bevaka denna sektor – nykterhetsrörelsen – inte har haft lust att ta upp frågan, är kanske inte så konstigt.

Det är emellertid i nykterhetsrörelsens ideologi svaret ligger. Den svenska nykterhetsrörelsen – liksom motsvarande rörelser i Finland, Norge, Island och Nordamerika – bygger/byggde på en moralisk grund, ofta med frikyrklig anknytning, d.v.s. det är omoraliskt att berusa sig eftersom man då inte kan ta fullt ansvar för sina handlingar. Detta leder till slutsatsen att ett "alkoholfritt samhälle" är den enda rätta linjen. Med dagens terminologi var Ivan Bratt – skaparen av motbokssystemet – en företrädare för "harm reduction" på

⁹ WHO – World Health Organization. Regional Office for Europe. Principles for preventing HIV infection among drug users. 1998.

¹⁰ Nycander, S. (1996). *Svenskarna och spriten*. Sober förlag. Malmö 1996.

¹¹ Lenke, L. (1991). Dryckesmönster, nykterhetsrörelser och narkotikapolitik - en analys av samspelet mellan bruk av droger, brukets konsekvenser och formerna för deras kontroll i ett historiskt och komparativt perspektiv. *Sociologisk forskning*. Nr 4/91.

alkoholområdet. Hans förslag och politik innebar att nykterhetsrörelsen förlorade folkomröstningen om totalförbudet mot alkohol 1922. Man förlät honom aldrig för detta. Hans politik innebar att staten "legaliserade" alkoholen. Bratt gav "fel signaler".

Mot detta argumenterade Bratt att alkoholskadorna – i alla former – under motbokssystemet var mycket låga och stabila under flera decennier samt att ett totalförbud inte skulle kunna upprätthållas. Mortaliteten bland alkoholmissbrukare var då inte högre än hos normalbefolkningen etc.

Detta bekom inte nykterhetsrörelsen. Dess fokus låg inte på skador och mortalitet, utan istället i stort sett uteslutande på det faktum att *antalet nykterister minskade* under motbokstiden. Likaså antalet *organiserade nykterister*.

Avskaffandet av motboken medförde en dramatisk försämring av alkoholskadorna. Endast i ett – men ganska problematiskt avseende – var avskaffandet en framgång. Detta gällde det faktum att antalet medlemsansökningar till nykterhetsrörelsen började strömma in. Det är ju svårt att bortse ifrån att denna nya tillströmning var en funktion av att alkoholen återigen upplevdes som – och återigen hade blivit – ett allvarligt samhällsproblem.

På kontinenten – liksom i Danmark – gick nykterhetsrörelsen en annan väg. Rörelserna byggde där inte på en moralisk, absolutistisk grund, utan på ett folkhälsoperspektiv. Man bedömde läget så att *spriten* var det huvudsakliga problemet och man mångdubblade *spritskatten*. Alkoholkonsumtionen minskade drastiskt, liksom alkoholskadorna.

Parallellerna till dagens narkotikapolitik är uppenbara. På kontinenten upplevde man att denna "reformistiska politik" var framgångsrik, till och med så framgångsrik att nykterhetsrörelserna på många håll upphörde att existera. Mot denna bakgrund riktar man idag in sin narkotikapolitik mot de droger man upplever som farligast.

De "absolutistiska" nykterhetsrörelserna återhämtade sig emellertid och fortsatte att driva en politik där svagare alkohol ansågs utgöra en "inkörsport" till "tyngre" alkohol. Under motbokstiden fick man köpa sprit men starköl förbjöds helt enligt nykterhetsrörelsens doktrin. På Island gick detta så långt att man på restauranger ända till 1989 fick köpa sprit (t.ex. "Svarta döden") men inte

starköl¹². Politiken avbröts, men dryckesvanorna hade då fört upp Island på plats nummer ett i Norden när det gällde problematiska dryckesvanor.

Relevansen för den svenska narkotikadebatten.

Vilken relevans har då detta för den svenska narkotikadebatten? Jo, här drivs hela narkotikapolitiken fortfarande efter en doktrin liknande den som den tidigare nykterhetsrörelsen byggde på. De "nya nykterhetsrörelser" som växt fram på narkotikaområdet bygger, med något undantag, på den s.k. "noll-tolerans"-principen. Man motsätter sig alla åtgärder som kan uppfattas ge "fel signaler" inom narkotikaområdet. Detta har gällt metadonprogram, liksom s.k. sprutbytesprogram m.m. I denna politik ges också polisen en central roll, inte endast när det gäller langning och smuggling m.m., utan också när det gäller att kontrollera missbrukarnas *bruk* av narkotika. Polisen, som också arbetar enligt noll-tolerans-principen, har uttryckt målsättningen "Det ska vara svårt att vara missbrukare".¹³

Retoriken ser här fortfarande likadan ut. Senast kom den till uttryck i en artikel i Svenska Dagbladet (2002-06-23). Där skrev företrädaren för Hassela Nordic Network (som är en NTO), MaLou Lindholm, att vi i Sverige håller på att få ett nytt narkotikamissbruk, nämligen av det metadonliknande medlet Subutex. Denna substans har enligt författarna "skapat 50 tusen missbrukare i Frankrike" och nu håller den på att introduceras också här.

Detta nämns utan att man samtidigt ens berör förhållandet att det rör sig om en behandlingsmetod som bidragit till att minska narkotikadödsfallen med bortåt 80 procent under de senaste åren i Frankrike¹⁴.

NTO-organisationerna fokuserar istället blint på att *andelen ungdomar som prövat någon drog* är lägre i Sverige än på kontinenten. Man kommenterar aldrig att antalet tunga missbrukare i Sverige ligger på en i stort sett likartad nivå som på kontinenten och att våra missbrukare har den högsta hepatit-C-frekvensen i Europa¹⁵ etc.

Också narkotikakommissionen i Sverige var starkt influerad av NTO. Man noterade att narkotikadödsfallen var högre än t.ex. i Nederländerna, men man försökte inte dra någon slutsats om vad denna skillnad skulle kunna bero på.

¹² Ólafsdóttir, H., Leifman, H. Legalizing beer in Iceland. I Room, R. (ed.) The Effects of Nordic Alcohol Policies. NAD. Helsinki 2002.

¹³ Rapport från Regeringens aktionsgrupp mot narkotika. 1991. "Vi ger oss ALDRIG!". S. 11.

¹⁴ Heilig, i denna antologi. "Skapat 50 000 missbrukare" är väl knappast en adekvat benämning, eftersom de flesta som använder denna substans kommer från heroinmissbrukargruppen.

¹⁵ EMCDDAs årsrapport 2002.

Man kommenterar deras risk-reduceringspolitik, men finner ingenting att lära ifrån deras förhållningssätt. Frankrikes dramatiska minskning i dödsfall kommenterar man överhuvudtaget inte alls. Istället avslutar man analysen om narkotikadödligheten med kommentaren “Enligt kommissionens bedömning är insatser mot *missbruket i sin helhet* det enda som kan ha avgörande betydelse för att på längre sikt få ned antalet narkotikarelaterade dödsfall” (Kursiverat här).¹⁶ Metadonprogrammet, som *alla* experter anser sänka dödligheten, menar man ha “relativt stränga regler” som man inte avser att ändra på.

Som vanligt i den svenska narkotikapolitiken är det kartan, snarare än verkligheten, som gäller. Man bortser ifrån att dödligheten hos dem som utesluts eller inte kommer med i metadonprogrammen är så hög som bortåt 10 procent. Istället hoppas man på att minska dödligheten genom att minska nyrekryteringen till tungt missbruk¹⁷. Problemet är ju bara det att när nyrekryteringen minskade under 1980-talet, så påverkade inte det narkotikadödsfallen. (Se diagram 1-2 ovan). Men kartan gäller fortfarande.

¹⁶ Bilaga till SOU 2000:126. PM nr 3. Juni 1999. S. 45. Narkotikakommissionen. Slutbetänkande. “Vägval”.

¹⁷ Någon minskning av nyrekrytering till tungt narkotikamissbruk har hittills inte åstadkommits. Tvärtom ökade detta kraftigt under 1990-talet (Olsson, B., Adamsson Wahren, C., Byqvist, S. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. CAN. Stockholm. 2001.

FN:s narkotikakonventioner och narkotikapolitik

Henrik Tham

Sveriges narkotikapolitik berättigas särskilt med hänvisning till FN:s narkotikakonventioner. De medlemsstater som skrivit på konventionerna förbinder sig att följa dessa. FN:s narkotikapolitik baseras på tre konventioner från 1961, 1971 och 1988.

1961 års konvention ersättande äldre konventioner rörande narkotika ("Single Convention")

Konventionen kontrollerar narkotiska preparat som kommer från opiumvallmon, kokabladet och cannabisplantan. Den samlade ett antal tidigare internationella överenskommelser om kontroll av narkotika i ett enda regelverk och gäller för över 100 narkotiska preparat.

1971 års konvention om psykotropiska ämnen

Konventionen tillkom för att kontrollera det växande antalet psykotropiska preparat och inkluderar amfetamin och många syntetiska medel, dvs. medel framställa på kemisk väg.

1988 års narkotikakonvention

Konventionen tillkom framför allt för att öka kontrollen av den internationella narkotikahandeln. Den riktas dock även mot efterfrågan genom att kravet att kriminalisera köp och innehav av sådana preparat som regleras i de två föregående konventionerna.

FN:s konventioner skall, liksom andra FN-konventioner, ses som regelverk som växt fram i en viss historisk situation och som tillkommit ibland i enighet, ibland efter konflikt. När cannabis fördes in i Singel Convention opponerade sig utan framgång ett antal utvecklingsländer, bl. a. därför att de var rädda att det skulle medföra en övergång till alkoholkonsumtion.¹

En traditionell motsättning i narkotikafrågan i FN rör förhållandet nord-syd. De sydliga länderna, som är de fattigare producentländerna, har en delvis annan bild av hur kontrollpolitiken bör utövas än de rikare konsumentländerna. Länder som Peru förstår inte riktigt varför man måste utrota fattiga bönders skördar av kokablada därför att USA har ett problem med kokain. Kravet från de länder som står för utbudet har då blivit att också efterfrågan måste kontrolleras i

¹ Christie, N. & Bruun, K. (2003). *Den gode fiende*. 3:e reviderade upplagan. Oslo: Universitetsforlaget, s. 100.

konsumentländerna. Detta krav ledde till att innehav för eget bruk straffbelades i 1988 års narkotikakonvention.²

En annan motsättning visar sig mellan olika delar av FN. Världshälsoorganisationen WHO har i narkotikafrågan stått för skadereduktion (harm reduction). Bland annat har man utifrån sitt hälsoperspektiv ställt sig positiv till sprutbytesprogram. Flera forskningsprojekt har också initierats. WHO och dess expertgrupper har, i strid med den rådande kontrollpolitiken, framhållit alkohol och tobak som ett betydligt större problem än narkotika och ifrågasatt den hårda kriminaliseringen av lättare droger.³

Pågående diskussioner inom FN och bland medlemsstater pekar också på problem med konventionerna och den förda politiken. Trots återkommande stolta deklARATIONER om en narkotikafri värld pekar utvecklingen mot en ökning. I den mån man alls företagit utvärderingar tenderar man att framhålla processen snarare än resultatet. Man kan i vissa fall peka på att program genomförts, t.ex. förhindrade skördar, men effekterna på antalet missbrukare lyser med sin frånvaro. Frågor om hälsoproblem kopplade till användning av narkotika leder till krav på skademinskning. Flera medlemsstater kräver också större utrymme för lokala sätt att förhålla sig till narkotikaproblemet och en större öppenhet till frågor om reglering och avkriminalisering. Härmed ges också ett större utrymme för de olika medlemsstaterna att utifrån egna utgångspunkter förhålla sig till narkotikaproblemet.⁴

FN-konventionerna är alltså resultatet av politiska processer och konflikter. De har en tillkomsthistoria och de är självfallet inte en gång för alla givna utan kan modifieras och ändras i olika riktningar. I FN:s rapport om narkotikasituationen i världen framhålls: "Deras (konventionernas) styrka baseras på det breda samförstånd som inspirerade dem och från deras grund i internationell rätt, deras svaghet kommer sig av deras ställning som kompromisslösningar för nationer med vitt skilda historiska, kulturella och rättsliga traditioner, och från deras relativa svårighet att anpassa sig till snabbt förändrade förhållanden". FN-

² De Ruyver, B. m. fl. (2002). *Multidisciplinary drug Policies and the UN Drug Treaties*. Institute for International Research on Criminal Policy, Ghent University. Antwerpen: Maklu.

³ Jelsma, M. (kommande) *Drugs in the UN system: an unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on drugs*. International Journal of Drug Policy.

⁴ "Change of Course, An Agenda for Vienna"; *Drugs & Conflict Debate Papers* Nr 6, Transnational Institute, Amsterdam, March 2003.

rapporten framhäver också: ”Lagar – och t.o.m. internationella konventioner – är inte skrivna i sten; de kan ändras när nationer i demokratisk ordning så önskar”.⁵

Den kritik som riktas mot FN-konventionerna är bl. a. att de tvingar fram likartade kriminalpolitiska lösningar där medicinska och socialpolitiska skulle varit mer på sin plats, och att hänsyn till nationella och lokala förhållanden försvåras.

De medlemsstater som skrivit på konventionerna förbinder sig dock, som nämnts, att följa dessa. Konventionerna lämnar samtidigt utrymme för tolkningar, vilket kanske är förståeligt mot bakgrund av skilda intressen och traditioner och av att enighet uppnåtts först efter kompromisser. Alla länder är heller inte alltid ense om hur konventionerna skall förstås. Sverige och andra länder menar t.ex. att Nederländernas coffeshops strider mot konventionen. Sverige å sin sida gör en mycket restriktiv tolkning genom att betona att all användning av narkotika är förbjuden enligt FN:s narkotikakonvention. Sveriges officiella hållning förefaller vara att även själva bruket måste vara kriminaliserat – en tolkning som delas av få andra EU-stater.

En forskargrupp vid Gents universitet i Belgien har i en analys av FN:s narkotikakonventioner gjort en bedömning av vad som är bindande för medlemsstaterna och vad som är föremål för tolkning och där praxis därför kan variera. Gruppen pekar bl. a. på att konventionerna inte kräver kriminalisering av konsumtionen, att administrativa påföljder kan tillämpas i st. f. straffrättsliga, att åtalsunderlåtelse kan användas, att sprutbytesprogram bryter mot konventionerna men kan tillåtas av folkhälsoskäl, och att FN självfallet kan ändra såväl klassificeringen av olika preparat som hur man tillämpar konventionerna. Gruppens allmänna slutsatser är som följer:⁶

”1. Förenta Nationernas konventioner som internationellt ramverk

Förenta Nationernas tre narkotikakonventioner tillhandahåller ett internationellt ramverk för kontrollen av narkotika och psykotropa ämnen.

Förenta Nationernas konventioner står fast vid en förbudslinje vad gäller narkotikaproblemet. Emellertid tonar Förenta Nationernas ”soft law”, Europarådet, den Europeiska Gemenskapen och den Europeiska Unionen ned denna förbudshållning (t.ex. nya strategier för att minska efterfrågan).

⁵ World Drug Report. United Nations International Drug Control Programme, s. 184 resp. 199. Oxford: Oxford University Press, 1997.

⁶ De Ruyver, B. m.fl. (2002).

Förenta Nationernas konventioner verkställer inte sig själva. Följaktligen lämnas tillämpandet av konventionernas bestämmelser till de enskilda staterna. Detta leder oundvikligen till tolkningsfrågor.

2. Handlingsutrymme

Utvecklingen av samhällseliga fenomen rörande narkotikaproblemet resulterar i förändrade strategier och rättsliga åtgärder i de enskilda länderna.

Handlingsutrymmet som FN:s konventioner för med sig tillåter konventionernas parter att utveckla egna nationella ställningstaganden i narkotikafrågan.

Detta handlingsutrymme är emellertid inte obegränsat.

Generellt förutsätts att FN:s konventioner tillämpas lojalt av parterna.

I synnerhet gäller konventionernas huvudrestriktioner omfattningen av kriminalisering. Parterna är förpliktade att kriminalisera innehav, köp och framställning av narkotika för eget bruk. Det är därför klart att ingen avkriminalisering av dessa brott är möjliga. FN:s konventioner förpliktar dock inte parterna att kriminalisera användande av narkotika.

Som nämnt ovan lämnar FN:s konventioner betydande utrymme för parterna att utveckla skilda nationella policys i narkotikafrågan.

- införandet av sanktioner är en fråga för parternas nationella lagstiftning. Detta innebär att parterna kan välja mellan en straffrättslig eller en administrativ reaktion, vilket öppnar upp för en nedkriminalisering av överträdelser;
- i tillämpningen av straffrättsliga sanktioner finns betydande möjligheter för parterna att differentiera och individanpassa påföljderna;
- FN:s konventioner lämnar utrymme för ytterligare eller alternativa åtgärder (t.ex. behandling eller social återanpassning) i dömandet eller straffandet på alla nivåer i straffrättssystemet. Vidare betonas nödvändigheten av förbindelser mellan straffrättssystemet och behandlingsprogram för dömda narkotikamissbrukare;
- på åtalnivån lämnas betydande utrymme för parterna att utveckla egen åtalspraxis, och att tillämpa åtalsunderlåtelse (the expediency principle) så länge som ett systematiskt tillämpande inte strider mot konventionernas anda;

- på både dömande och verkställande nivå är handlingsutrymmet för att styra och utveckla skilda nationella policys än mer tydligt, särskilt vid överträdelser rörande eget bruk.

För utövandet av strategier för riskreducering:

- teoretiskt sett strider utbyte och distribution av nålar och sprutor mot FN:s konventioner. Utifrån ett folkhälsoperspektiv bör det dock anses vara tillåtet;
- både heroinförskrivning och metadonprogram är tillåtet inom ramen för ”medicinska och vetenskapliga ändamål”.
- det finns inga klara riktlinjer huruvida injektionsrum är förenliga med FN:s konventioner. Särskilda förhandsvillkor bestämmer om dessa strategier kan räknas som riskreduktion.
- det finns inga klara riktlinjer angående på platsen genomförda narkotikatester. Emellertid kan narkotikatestning menas höra hemma under termen ”medicinska och vetenskapliga ändamål”.

3. Utrymme för reform

När parterna anser det handlingsutrymme som konventionernas bestämmelser tillåter vara otillräckligt för att differentiera sin nationella politik tillhandahåller konventionerna möjligheten att lägga till eller modifiera substanser i förteckningarna, att reservera sig mot eller säga upp konventionerna.

Alla parter kan när som helst föreslå en ändring. En ändring handlar om ett formellt ändrande av konventionens bestämmelser vilket berör alla parter. FN:s tre konventioner innehåller specifik praxis gällande denna procedur.

En modifiering av substanser i förteckningarna kan handla om tillägg, strykande eller förflyttande av en substans från en tabell till ett annan. Konventionernas praxis tillåter förändringar av både listan över klassificerad narkotika och psykotropa ämnen och de regelverk som hör därtill.

En reservation gör det möjligt för en stat att acceptera en konvention i sin helhet genom att denna stat får möjligheten att inte tillämpa vissa stadgar vilka den inte vill följa. I tillägg till detta har varje signatärstat eller anslutande stat möjligheten att protestera mot en reservation.

Dessa procedurer, vilka måste ske i samband med undertecknandet, ratificerandet av eller anslutandet till konventionerna, är fastställda i 1961 och 1971 års konventioner. 1988 års konventioner innehåller inga sådana bestämmelser. Följaktligen baseras framställandet av reservationer på de gällande stadgarna i 1969 års Wienkonvention.

En uppsägning är en deklARATION där en part framställer sina avsikter att hoppa av en konvention. Denna möjlighet finns i samtliga tre av FN:s konventioner. En konsekvens av att säga upp en konvention kan bli att konventionen upphör att existera. Emellertid kan uppsägningen av en konvention utan att skapa ett alternativ riskera att bli kontraproduktivt.”

(översättning: Paula Wahlgren)

Ett narkotikafritt Sverige?

Henrik Tham

Målet för svensk narkotikapolitik, ett narkotikafritt samhälle, ställdes upp för ett kvartssekel sedan. Det har uppenbart inte nåtts. I förhållande till den tidpunkt när målet formulerades har tvärtom narkotikakonsumtionen tilltagit enligt tillgängliga mått.

Ökningen av bruk och missbruk av narkotika har skett trots en omfattande expansion av kontrollåtgärderna. Straff- och tvångslagstiftningen har haft en oavbruten tillväxt. En ökning har också hela tiden skett av antal poliser sysselsatta med narkotika och av antalet dömda till fängelse för narkotikabrott. Det är svårt att hävda att tillskottet av kontrollåtgärder sedan 1970-talet haft en positiv effekt på narkotikamissbruket i Sverige.

Denna politik har samtidigt varit förenad med stora kostnader. En härdvunnen förnuftig och humanistisk kriminalpolitik har fått ge vika när det kommer till narkotika. Lagstiftning har införts som vårdar vuxna människor under tvång just därför att de använder narkotika. Rättsväsendets resurser har bundits upp i kampen mot narkotikan. Allt fler narkotikamissbrukare sitter i fängelse och utan att få någon hjälp med sitt missbruk. Hållningen till substitutionsbehandling och sprutbytesprogram har varit så restriktiv att det inte kan uteslutas att den svenska politiken bidragit till stigande dödstal.

De officiella svenska argumenten mot en mindre restriktiv politik är att detta skulle ”ge fel signaler”. Genom straff för konsumtion av narkotika, genom vägran att tillåta sprutbytesprogram, genom krav på narkotikafrihet som villkor för bostad vill man ”markera att samhället inte tolererar narkotika”. Denna politik har försvarats med att den verkar avskräckande på allmänheten. Men drogberoende är nog avskräckande i sig. Ingen vill vara narkoman. Däremot har politiken betingat ett högt pris, som inte betalas av allmänheten utan av missbrukarna. Den förda politiken innebär att missbrukarnas livssituation försämras och att deras hälsa och liv äventyras. Det är utslagna människor som förvägras rena sprutor, som kastas ut från vårdprogram, som inte får den hjälp av socialtjänsten de behöver och som i stor utsträckning tillbringar sina liv i fängelse.

Parollen ”ett narkotikafritt Sverige” blockerar insikten om politikens kostnader. Varje politik har sina kostnader, vilka måste vägas mot förväntade vinster. Detta är självklart inom alla andra politikområden. En totalförbudsmodell har sina vinster men också sitt pris. Under förbudstiden i USA gick den alkoholrelaterade

levercirrosdödligheten ned. Samtidigt tillväxte den organiserade brottsligheten och mordkurvan steg mycket kraftigt. Sverige valde i stället en regleringsmodell, fick ned de alkoholrelaterade skadorna samtidigt som kontrollkostnaderna var ganska måttliga.

Nolltoleransmodellen kan, ställd inför bristande resultat, bara kräva mer nolltolerans. Svensk narkotikapolitik de senaste 20 åren utmärks av ständigt nya krav på mer straff, kontroll och polisiära insatser. När sedan dessa åtgärder inte visat sig ge önskvärda effekter blir slutsatsen – mer straff och kontroll. Efter 90-talets markanta ökning av bruk och missbruk framförs nu från politiska partier och statliga utredningar förslag på kräkmedel, drogtestning av minderåriga mot föräldrars vilja och livstids fängelse.

Ingen kan med säkerhet säga vilken narkotikapolitik som är den rätta eller vilka metoder som ger störst effekter på missbruket och samtidigt innebär minst kostnader. Modeller som ”ett narkotikafritt samhälle” eller ”totalförbud till varje pris” innebär dock att möjligheterna minskar att öppna en mer förutsättningslös debatt om en effektiv och humanistisk narkotikapolitik. En sådan debatt bör lösgöra sig från tidigare föreställningar och utgå från att narkotikakonsumtion är ett riskbeteende. Frågan inställer sig då: Hur kan vi minska narkotikaskador för individ och samhälle och samtidigt inte öka skadorna av kontrollen av narkotika?