

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 7 maj 1998 bemyndigades dåvarande statsrådet och chefen för Socialdepartementet Margot Wallström att tillkalla en narkotikakommission med uppdrag att göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och lägga förslag till sådana effektiviseringar av narkotikapolitiken som kommissionen skulle finna möjliga. Översynen skulle omfatta lagstiftningen inom området samt insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare och insatser för att begränsa tillgången på narkotika. Kommissionens direktiv (Dir. 1998:18) har bifogats betänkandet som bilaga 1.

Den 6 april 2000 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till kommissionen angående kriminalvårdens behandlingsinsatser. Tilläggsdirektiven (Dir. 2000:29) redovisas i bilaga 2.

Den 25 juni 1998 förordnades EU-parlamentarikern Anneli Hulthén som ledamot och ordförande i kommissionen. Samma dag förordnades som ledamöter i kommissionen dåvarande riksdagsledamoten Widar Andersson (s), konsulten Maria Arnholm, överläkaren Stefan Borg, direktören Gunborg Brännström och chefsåklagaren Ulf Norén.

Den 19 februari 1999 förordnades som sakkunniga i kommissionen kanslirådet Stefan Johansson, Justitiedepartementet, ämnessakkunniga Annika Mansnéus, Socialdepartementet, och kanslirådet Eskil Renström, Finansdepartementet.

Den 10 december 1998 förordnades som ledamöter i en parlamentarisk referensgrupp riksdagsledamoten Maud Ekendahl (m), poliskommissarien Robin Gustavsson (kd), riksdagsledamoten Rinaldo Karlsson (s), riksdagsledamoten Harald Nordlund (fp), riksdagsledamoten Yvonne Oscarsson (v) och riksdagsledamoten Gunnel Wallin (c) samt den 19 februari 1999 riksdagsledamoten Thomas Julin (mp).

Som sekreterare förordnades den 20 oktober 1998 departementssekreteraren Ralf Löfstedt, den 30 november 1998 redaktören Karin Nilsson Kelly, den 7 december 1998 utredaren Anders Stymne och den 18 januari 1999 hovrättsassessorn Kristina Svartz (tidigare Engholm).

Utredningens assistent har under tiden den 20 oktober 1998 t.o.m. den 10 januari 2000 varit Anna Florell, under tiden den 11 januari 2000 t.o.m. den 17 mars 2000 Anita Arnimo, under tiden den 20 mars 2000 t.o.m. den 10 juli 2000 Cecilia Andersson och från den 31 juli 2000 Cecilia Åström.

Kommissionen överlämnar härmed slutbetänkandet Vägvalet – Den narkotikapolitiska utmaningen (SOU 2000:126).

Stockholm i januari 2001

Anneli Hulthén

Widar Andersson
Maria Arnholm
Stefan Borg

Gunborg Brännström
Ulf Norén

*/Ralf Löfstedt
Karin Nilsson Kelly
Anders Stymne
Kristina Svartz*

Innehåll

Sammanfattning	11
Summary.....	33
Författningsförslag.....	57
Förslag till lag om ändring i narkotikastrafflagen (1968:64)	57
Förslag till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt	58
Förslag till lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.....	60
Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister	62
1 Uppdraget och dess genomförande.....	67
1.1 Direktiven.....	67
1.2 15 § kommittéförordningen	69
1.3 Utredningsarbetet.....	70
2 Vi står inför ett vägval	73
3 Styrning, ansvar och samordning.....	85
3.1 Partnerskap för ökad samverkan	85
3.1.1 Narkotikapolitiken har blivit otydligare.....	86
3.1.2 Nationell ledning behövs	88
3.2 Kommunens övergripande ansvar.....	89

3.3	Lokala narkotikapolitiska strategier	90
3.3.1	De lokala strategiernas grunddrag	91
3.3.2	Lokala och regionala kartläggningar	92
3.3.3	Riktlinjer för det förebyggande arbetet	93
3.3.4	Ansvar och samverkan inom vård och behandling	94
3.4	Den regionala nivån	97
3.5	Den nationella nivån	98
3.5.1	Myndigheter	98
3.5.2	Regeringen	100
4	Insatser mot efterfrågan	103
4.1	Struktur, kompetens och framförhållning	103
4.2	Missbruksutveckling	104
4.2.1	Missbruksutvecklingen under senare år	104
4.2.2	Tänkbara orsaker bakom det ökande narkotikamissbruket	106
4.2.3	Vägar in i missbruk	106
4.3	Förebyggande arbete	110
4.3.1	Narkotikakommissionens utgångspunkter	110
4.3.2	Ungdomars attityder till droger	111
4.3.3	Myndigheters och organisationers uppfattning om förebyggande arbete	113
4.3.4	Ett eget kompetensområde	114
4.3.5	Effekter av prevention	116
4.3.6	Vad bör ingå i en preventionstrategi och vilka områden behöver förstärkas?	118
4.3.7	Insatser i skolan	124
4.3.8	Opinionsbildning och information	129
4.4	Tidiga insatser	133
4.4.1	Upptäcka, rådgiva, stötta	133
4.4.2	Tidig upptäckt	136
4.4.3	Konsekvenser av kriminaliseringen av eget bruk	138
4.4.4	Socialtjänstens reaktion på ungdomars narkotikabrott	140
4.4.5	Drogtester	141
4.4.6	Rådgivning och hjälp till ungdomar och anhöriga	145

4.4.7	Ungdomskompetens inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.....	148
4.5	Vården av narkotikamissbrukare	149
4.5.1	Vad är missbrukarvård?.....	150
4.5.2	Vad skall narkomanvården åtgärda?.....	150
4.5.3	Effekter av narkomanvård.....	152
4.5.4	Missbrukarvårdens omfattning och inriktning i dag.....	157
4.5.5	Kommissionens bedömning av missbrukarvården... ..	164
4.5.6	Narkotikakommissionens formulering av målen för vård och behandling	165
4.5.7	Särskilda insatser för de tyngsta missbrukarna	173
4.5.8	Samhällets kostnader för det tunga narkotikamissbruket	178
5	Insatser mot utbudet.....	181
5.1	Kontroll av narkotiska läkemedel	184
5.1.1	Ett förbättrat rapporteringsförfarande	186
5.1.2	Effektivare tillsyn över läkares forskrivningar	187
5.1.3	Missbrukare som går runt till flera läkare	193
5.2	Kontroll av den illegala narkotikahandeln	197
5.2.1	Organisation och resurser.....	199
5.2.2	Cannabisfrön	202
5.2.3	Kräkmedel.....	208
5.2.4	Särskilda spaningsmetoder	215
6	Kriminalvård	223
6.1	Allmänna utgångspunkter.....	224
6.2	Vård och behandling.....	227
6.2.1	Normaliseringsprincipen	230
6.2.2	Differentiering	234
6.2.3	Behandlingsplanering.....	235
6.2.4	Utveckling av behandlingsverksamheten.....	237
6.2.5	Samarbete med andra myndigheter.....	243
6.2.6	§ 34-placeringar.....	244
6.2.7	Kontraktsvård	248

6.3	Kontrollåtgärder	253
6.3.1	Inpasseringskontroll	258
6.3.2	Glasruta i stället för bevakat besök?	265
6.3.3	Visitation av häktes- och anstaltslokaler med hjälp av hund.....	268
6.3.4	Granskning av försändelser till intagna i anstalt, m.m.	273
6.3.5	Disciplinära följder m.m. av missbruk i anstalt.....	275
6.3.6	Förskrivning av bensodiazepiner	277
6.3.7	Vissa övriga frågor	279
7	Utveckling och forskning	281
7.1	Förbättrad dokumentation och uppföljning.....	284
7.1.1	Dokumentation och utvärdering av de förebyggande insatserna	284
7.1.2	Dokumentation och utvärdering av vård och behandling.....	285
7.2	Metodutvecklande insatser	286
7.2.1	Förebyggande arbete och tidiga insatser.....	287
7.2.2	Vård och behandling inom socialtjänsten	289
7.2.3	LVM- och LVU-vård.....	290
7.2.4	Vårdinsatser inom kriminalvården.....	291
7.2.5	Hälso- och sjukvårdens missbrukarvård.....	291
7.3	Kompetensutveckling.....	292
7.3.1	Kompetensutveckling inom förebyggande arbete	294
7.3.2	Kompetensutveckling inom vård och behandlingssektorn.....	295
7.4	Ett rådgivande råd för missbrukarvård m.m.	298
7.5	Forskning.....	299
7.5.1	Forskning om förebyggande frågor.....	300
7.5.2	Forskning om ungas läkemedelskonsumtion	305
7.5.3	Forskning om vård och behandling	306
7.5.4	Kriminologisk och annan samhällsvetenskaplig forskning.....	308
7.6	Kunskaps och informationsspridning (samverkan forskning/praktik)	309

8	Internationellt samarbete.....	311
8.1	Prioriterade områden.....	315
8.2	Ledning och samordning	317
8.3	Personalrekrytering	318
9	Ekonomiska konsekvenser	321
10	Författningskommentarer.....	327
10.1	Förslaget till lag om ändring i narkotikastrafflagen (1968:64).....	327
10.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt	328
10.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:531) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.....	329
10.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister	331
11	Ikraftträdande och övergångsfrågor	333

Bilagor

<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv	335
<i>Bilaga 2</i>	Kommittédirektiv	345
<i>Bilaga 3</i>	Samhällets kostnader för narkotikamissbrukare.....	349
<i>Bilaga 4</i>	Av Narkotikakommissionen utgivet material.....	365

Sammanfattning

Svensk narkotikapolitik står inför ett avgörande vägval. Den ena vägen kräver betydande tillskott av resurser i form av engagemang, ledning, kompetens och ekonomi. Den andra vägen innebär sänkta ambitioner och betydande acceptans av narkotikamissbruk.

Detta är Narkotikakommissionens viktigaste slutsats av den utvärdering kommissionen gjort av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet. Översynen har omfattat lagstiftningen inom området samt insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare liksom insatser för att begränsa tillgången på narkotika.

Narkotikakommissionen har under arbetets gång kunnat konstatera att det i dag finns stora brister på det narkotikapolitiska området.

Av avgörande betydelse för narkotikapolitikens nuvarande tillstånd är att den politiska prioriteringen av narkotikafrågan minskat. Avsaknaden av politiskt engagemang avspeglar sig givetvis bl.a. i att resurstilldelningen till de myndigheter och andra delar av samhället som har att arbeta med narkotikan och dess konsekvenser minskat. Samtliga samhällssektorer på detta område har under senare år fått vidkännas omfattande ekonomiska nedskärningar samtidigt som problemets omfattning ökat och dess karaktär försvärats.

Det finns i dag brister i strukturen för att bekämpa narkotika-problemet, främst inom det förebyggande arbetet och inom den vård och behandling som i dag erbjuds missbrukare. Redan den omständigheten att allt fler ungdomar än tidigare har en mer tillåtande attityd till narkotika visar att en stor del av det förebyggande arbetet inte når fram. Såvitt gäller vård och behandling för narkotikamissbrukare är detta ett område som varit föremål för omfattande nedskärningar och nedprioriteringar i landets kommuner. På många håll har kontinuiteten i verksamheten gått

förlorad och Narkotikakommissionen har också kunnat konstatera behov av kompetensutveckling för dem som arbetar med dessa frågor. Främst är det de tunga missbrukargrupperna som drabbats. Också inom kriminalvården har insatserna för att få narkotikamissbrukare i vård och behandling dragits ned.

Även myndigheterna på kontrollområdet har fått vidkännas stora nedskärningar och andra förändringar under senare år. Utbudet av narkotika har samtidigt ökat liksom pressen på Sverige som narkotikamarknad. Detta har givetvis gjort arbetet mot narkotikainflödet svårare.

Inom myndigheterna på kontrollområdet råder det emellertid inte någon oklarhet kring sådana fundamentala frågor som syfte, mål och medel för narkotikabekämpningen. Detta har lett till att det under senare år varit kontrollåtgärderna som fått dominera i praktiken även om det i den narkotikapolitiska debatten inte sällan varit vård och behandling, eller bristen därpå, som stått i fokus. På detta sätt håller den för den svenska narkotikapolitiken så viktiga balansen mellan olika insatser för att dämpa efterfrågan och minska tillgången på narkotika att gå förlorad.

Narkotikakommissionen har – i sitt vägval – funnit att den restriktiva svenska narkotikapolitiken måste upprätthållas och förstärkas. Det finns enligt kommissionens mening inte några argument eller fakta som talar för att det i något avseende skulle vara bättre, för vare sig enskilda missbrukare eller samhället i stort, med en politik som sänker garden mot narkotikamissbruk och narkotikahandel. En annan sak är att resultatet av den nu förda svenska narkotikapolitiken skulle kunna vara – och måste bli – bättre. Narkotikakommissionen lägger i detta betänkande därför fram förslag vars syfte är skapa helhet och balans och att förstärka, förnya och utveckla den restriktiva narkotikapolitiken.

Ett förstärkt politiskt ledarskap

Narkotikakommissionen bedömer att det är nödvändigt med en starkare prioritering, tydligare styrning och bättre uppföljning av narkotikapolitiken och av de konkreta insatserna på alla nivåer, från det lokala arbetet i kommuner och landsting till regeringens arbete.

Kommissionen föreslår ett förstärkt narkotikapolitiskt ledarskap där regeringen tar en mer aktiv roll, både nationellt och

internationellt. Vidare föreslår kommissionen en modell för förstärkta lokala insatser och förbättrad lokal samordning samt en mer aktiv roll för de centrala myndigheterna när det gäller utveckling av metod- och kompetensfrågor.

Ansvar för att genomföra politikens olika delar ligger på myndigheter och organisationer på lokal, regional och central nivå. Det kommunala och landstingskommunala ansvaret innebär att ambitionsnivån och engagemanget varierar kraftigt kommunerna emellan.

Samordning och samverkan av insatser sker i viss omfattning sektorsvis eller lokalt, men en central samordning utifrån det för narkotikapolitiken så viktiga helhetsperspektivet saknas. Därmed sker inte heller någon övergripande uppföljning eller utveckling av de insatser som vidtas och heller ingen värdering av hur de påverkar varandra.

Enligt Narkotikakommissionens mening finns det trots den splittrade bild som framträder inte skäl att göra några förändringar avseende den grundläggande ansvarsfördelningen för narkotikafrågorna. Inte heller bedömer kommissionen att en mer detaljerad lagstiftning skulle kunna bidra till en konstruktiv samverkan mellan olika aktörer. Samverkan bör i stället utgå från en analys av varje aktörs möjligheter att bidra till arbetet, av vilka vinster som finns med bättre samverkan, av behovet samt möjligheterna att utveckla metoder, kunskap och kompetens. Initiativet till en sådan samverkan – ett aktivt partnerskap mellan dem som är berörda och har ansvar för narkotikaproblemen – bör enligt kommissionen tas av regeringen, som också skall svara för en samlad uppföljning av insatserna.

Inom regeringen är flera departement berörda av de narkotikapolitiska frågorna. Socialministern är den minister som har ansvar för samordningen av narkotikapolitiken. Narkotikakommissionen anser att den nationella ledningen bör förstärkas genom att en särskild minister utnämns, med placering på Socialdepartementet, med ett tydligt eget ansvar för ledningen av det narkotikapolitiska arbetet. Därigenom skulle man tydligt manifesteras ett nationellt politiskt ledarskap i narkotikafrågan.

Ministerns uppdrag bör omfatta ett lednings- och samordningsansvar för såväl det nationella som det internationella narkotikarbetet. Huvuduppgiften bör vara att utforma långsiktiga strategier för att uppnå de nationella narkotikapolitiska målen. Detta arbete måste bedrivas utifrån ett helhetsperspektiv och omfatta samhällets

samtliga insatser mot narkotika, samt med ett tydligare ansvar för samordningen av myndigheternas arbete än vad som existerar i dag.

För att möjliggöra och intensifiera en utveckling och samordning av de lokala insatserna föreslår Narkotikakommissionen att kommuner och landsting skall upprätta lokala narkotikapolitiska strategier.

De lokala strategierna skall fungera som övergripande styr-dokument där pågående och planerade insatser för hela det narkotikapolitiska området beskrivs. Ambitionsnivån, liksom val av insatser och metoder, är upp till varje kommun att bestämma utifrån de lokala förutsättningar som råder, men såväl långsiktiga som kortsiktiga mål för verksamheten skall tydligt framgå liksom hur arbetet skall bedrivas, organiseras, utvärderas och finansieras. Narkotikakommissionen anser vidare att staten i största möjliga utsträckning skall bistå kommunerna och landstingen i upprättandet av de lokala strategierna, inte minst genom att bidra till utveckling av metoder och kompetens.

Lokala kartläggningar av narkotikasituationen och av missbrukets omfattning bör ingå som ett led i de lokala strategierna. Sådana kartläggningar bör om möjligt utföras så att de också kan användas för nationella sammanställningar. Folkhälsoinstitutet föreslås få i uppdrag att i samarbete med kommuner och landsting utarbeta praktiska riktlinjer för lokala kartläggningar.

En viktig del av de lokala strategierna är utveckling av samverkan och av professionella nätverk. Det är särskilt angeläget att problemen med samverkan mellan olika instanser med vårdansvar kan lösas, eftersom missbrukare annars riskerar att hamna mellan stolarna. Detta gäller dels tunga missbrukare som kräver samman-satta och långvariga insatser, dels personer som är i inledningen av sitt missbruk, för vilka det är viktigt med lättillgängliga insatser.

Länsstyrelserna föreslås få ett ökat ansvar för metod- och kompetensutveckling. Länsstyrelserna bör bistå kommunerna vid upprättandet av de lokala strategierna och också svara för uppföljning av dessa. Länsstyrelsen föreslås också få en roll i att förmedla kontakter mellan forskningsmiljöer och kommunerna.

Utvecklingen för centrala myndigheter har gått mot en koncentration på uppföljnings- och tillsynsuppgifter. Narkotikakommissionen påpekar att uppföljning och tillsyn kan generera betydande kunskap om utvecklingen på det lokala planet inom respektive myndighets ansvarsområde. Kommissionen vill framhålla vikten av att denna kunskap inte stannar hos de centrala myn-

digheterna utan kan återföras till de lokala aktörerna. I den processen är det de centrala myndigheternas ansvar att ur ett helhetsperspektiv analysera erfarenheterna och dra slutsatser om behov och möjligheter till metod- och kompetensutveckling.

Narkotikakommissionen föreslår att de centrala myndigheterna skall ta på sig ett ökat ansvar för att aktivt driva frågor om kunskapsförmedling, metod- och kompetensutveckling. Detta kräver i sin tur att samverkan mellan myndigheterna stärks för att garantera att inga områden blir obevakade men också för att undvika dubbelarbete.

Både de länsvisa uppföljningarna, som kommissionen föreslår att länsstyrelserna skall genomföra, och de mer övergripande uppföljningar som de olika myndigheterna skall genomföra bör kunna utgöra bra underlag för regeringens samlade bedömningar. Utifrån dessa analyser bör regeringen mer aktivt kunna styra samhällets insatser och vid behov föreslå studier, utvecklingsinsatser och forskning på sådana områden som framstår som angelägna. Regeringen bör vidare regelbundet ge en samlad rapport om narkotikapolitikens utveckling till riksdagen.

För att markera att man inleder en ny offensiv mot narkotika-problemen föreslår kommissionen att regeringen tillsammans med berörda myndigheter, Kommunförbundet, Landstingsförbundet och frivilligorganisationer genomför nationella och regionala konferenser som en startpunkt för ett partnerskap. Utvecklingen är ytterst beroende av om de narkotikapolitiska insatserna också kan upprätthållas på lång sikt. Hur man kan förverkliga en sådan långsiktig lösning bör vara temat för en inledande konferensserie.

Insatser mot efterfrågan

Enligt Narkotikakommissionens bedömning finns det inte några skarpa gränser mellan förebyggande insatser, vård och behandling och begränsning av utbudet. Att satsa på en effektiv vård är också en viktig förebyggande insats. Ett effektivt förebyggande arbete och väl fungerande vård och behandling kräver att insatserna präglas av kontinuitet och kompetens. Kommissionen har därför sett som sin uppgift att föreslå hur en struktur kan utformas som både kan förbättra och fördjupa åtgärderna och göra så att processer kommer till stånd som kan leda till en utveckling på lång sikt. Utmärkande för mycket av det förebyggande arbete som i dag

bedrivs är att det präglas av tillfälliga åtgärder och projekt som ofta inte förmår påverka den ordinarie verksamheten. De stödjande miljöerna runt unga har försämrats och blivit färre och det saknas såväl resurser som metoder att nå utsatta barn och ungdomar liksom metoder att på ett tidigt stadium nå dem som har påbörjat ett missbruk. Kommissionen konstaterar vidare att det finns stora brister i utformningen av missbrukarvården och att omfattningen inte heller svarar mot behovet.

Aktuell forskning om olika förebyggande metoder och program visar att information och undervisning om droger inte förmår påverka ungdomars beteende om den förekommer isolerat. För att nå framgång måste sådana insatser ingå i ett system av åtgärder som begränsar tillgången och det skall finnas tydliga regler som inkluderar samhällets normer och värderingar samt en fungerande vård och behandling.

Genom intervjuer med ett stort antal ungdomar har bl.a. följande områden med relevans för missbruksutvecklingen och det förebyggande arbetet utkristalliserats: ett ökande tablett- och blandmissbruk, ungdomars upplevelse av stress och utanförskap samt av en frånvarande vuxenvärld.

Kommissionens kontakter med myndigheter och organisationer med ansvar för och kunskap om förebyggande arbete har visat på en rad brister inom detta område. Spridning av kunskap och information är otillräcklig, vilket medför att verk samma metoder har svårt att nå ut. Insatser, framför allt inom den reguljära verksamheten, dokumenteras och utvärderas alltför sällan. Det finns inte heller någon klar och gemensam uppfattning om vad som skall betecknas som förebyggande arbete, vilket försvarar samarbetet mellan olika aktörer.

Skolan är enligt kommissionens bedömning den viktigaste arenan för det drogförebyggande arbetet. Mycket tyder dock på att det förebyggande arbetet har minskat i omfattning i skolan under senare år. Narkotikakommissionen föreslår därför att Skolverket i samarbete med Folkhälsoinstitutet får i uppdrag att utarbeta riktlinjer för skolans samlade undervisning om tobak, alkohol och narkotika som kan tas in i nu gällande läroplan för grundskola och gymnasieskola.

Kommissionen vill särskilt lyfta fram metoder som syftar till ett konsekvent och kontinuerligt arbete med det som brukar benämnas socialt och emotionellt lärande i skolan för att främja barn och ungdomars psykiska hälsa och öka deras motståndskraft

mot droger. Vidare betonar kommissionen vikten av en god skolmiljö samt av att metoder för elevinflytande och föräldramedverkan utvecklas inom skolan.

Kommissionen vill också lyfta fram vikten av att utveckla strategier för att förebygga missbruk bland unga vuxna, i första hand i åldrarna 18 till 25 år. Dessa är ofta förebilder för de yngre och strategier att nå dem saknas i de flesta kommuner.

Det finns ännu inte så mycket kvalitativ forskning om vilka ungdomar det är som använder narkotika mer regelbundet. De undersökningar som finns ger en motstridig bild. Å ena sidan framträder en bild av vanliga ungdomar utan problem som använder narkotika utan några allvarliga följder. Å andra sidan visas också att utvecklingen av narkotikamissbruk vanligen följer ett mönster där användandet av narkotika har föregåtts av ett omfattande bruk av legala droger, och således kommer relativt sent i utvecklingen mot ett missbruk.

En central uppgift för det förebyggande arbetet är att motverka normalisering av narkotikamissbruk. Samtidigt måste det finnas en beredskap för att hantera situationen om utvecklingen skulle leda till att narkotika blir ett mer accepterat inslag i det vardagliga livet. Utan att minska på de insatser som görs för att minska nyrekryteringen måste arbetet därför i högre grad än tidigare fokusera på åtgärder för att nå dem som redan har inlett ett experimenterande med droger.

Skolan och fritidsverksamheten har ett stort ansvar att upptäcka de ungdomar som lever i gränslandet till att inleda ett missbruk. Man måste snabbt uppmärksamma och reagera på de signaler dessa ungdomar sänder och snabbt agera när ett missbruk uppdragas. Lärare med kunskaper om tidiga tecken och med ambition att stödja elever som inte fungerar bra liksom en väl fungerande skolhälsovård med kunskap om ungdomar och missbruk är bland de viktigaste förutsättningarna för att identifiera och hjälpa barn i behov av särskilt stöd. Barn och ungdomar med riskbeteende eller som på andra sätt befinner sig i en riskzon skall utgöra en prioriterad målgrupp för skolans förebyggande arbete.

För att kunna nå de ungdomar som har börjat experimentera med droger måste det finnas ett fungerande skyddsnät i skola och lokalsamhälle och ett strukturerat samarbete mellan socialtjänst, polis, skola, fritidsverksamhet och frivilligorganisationer. Narkotikakommissionen har emellertid funnit att det på många håll inom socialtjänsten saknas strukturerade metoder för att arbeta

med dessa ungdomar och att det också ofta saknas ett övergripande samarbete mellan socialtjänst och polis.

Att avbryta ungdomars experimenterande med droger är ett arbete i flera steg. För det första krävs kompetens att fånga upp signaler om droganvändande. För det andra krävs en utbyggd rådgivningsverksamhet och för det tredje behövs olika former av behandlingsalternativ. Också föräldrar vars barn har fastnat eller är på väg in i missbruk behöver ett omfattande stöd.

Kommissionen föreslår därför att alla ungdomar och föräldrar skall ha tillgång till en lokal rådgivningsverksamhet om alkohol-, narkotika- och missbruksrelaterade frågor. Denna verksamhet skall endast vara rådgivande och bygga på frivillighet och förtroende.

Ungdomar som experimenterar med droger eller har kamrater som gör det kan också hamna i situationer där de är i mer akut behov av rådgivning eller hjälp. Detta gäller givetvis även föräldrar och andra närstående. Det är viktigt att kunna fånga upp ungdomar i detta läge då de ofta själva är motiverade att förändra sin livsstil och upphöra med sitt missbruk.

Kommissionen föreslår att en nationell hjälptelefonlinje inrättas dit man gratis och anonymt kan vända sig med frågor om narkotika och missbruk. Folkhälsoinstitutet bör ges i uppdrag att utreda hur en sådan verksamhet kan organiseras.

Det är viktigt att yngre människor inte skall behöva definiera sig som missbrukare för att få hjälp till behandling. Kommissionen föreslår att ungdomar som behöver hjälp att avbryta sitt missbruk skall kunna få sådan hjälp på en för ungdomar anpassad mottagning. En sådan mottagning kan antingen drivas som en egen verksamhet i socialtjänstens regi eller inrymmas i ungdomsmottagningarnas verksamhet som förstärks med personal med särskild kompetens om ungdomar och droger.

Narkotikakommissionen ser det som angeläget att specialistkompetensen om ungdomar och missbruk inom socialtjänstens utredningsverksamhet förstärks. Personal med sådan specialistkompetens bör ansvara för utredningar som gäller ungdomar med eventuell missbruksproblematik. Kommissionen föreslår därför att kommunernas socialtjänst i nära samverkan med den lokala hälso- och sjukvården bör utveckla och vidmakthålla en särskild kunskap och kompetens om ungdom och missbruk. Socialstyrelsen bör inom ramen för sina utvecklingsmedel stödja en sådan utveckling.

Det finns två grundprinciper i arbetet med ungdomar som har påbörjat ett missbruk: tidig upptäckt och tydlig reaktion. Bl.a. för

att möjliggöra tidig upptäckt kriminaliserades eget bruk av narkotika år 1988 och år 1993 infördes fängelse i högst sex månader i straffskalan för eget bruk. Därigenom blev det möjligt för polisen att ta urin- eller blodprov för att kontrollera och säkra bevisning om ett misstänkt narkotikabrott. Narkotikakommissionen har låtit genomföra en undersökning om socialtjänstens insatser för ungdomsgruppen 15 till 17 år vid ringa narkotikabrott (eget bruk). Undersökningen omfattar 288 individer och visar att hälften av dessa antingen var okända för socialtjänsten eller så var deras narkotikamissbruk okänt. Av denna undersökning att döma är de åtgärdsbeslut som socialtjänsten fattat ändamålsenliga och pragmatiska.

Ett förslag som ofta framförs i debatten är utökade möjligheter att tvångsvis genomföra drogtest. Kommissionen är av uppfattningen att drogtest kan fylla en viktig funktion för att upptäcka ungdomar på väg in i ett missbruk. Kommissionen föreslår dock inte någon utvidgad möjlighet till att tvångsvis drogtesta barn under 15 år, dvs. barn som inte är straffmyndiga. Inte heller har kommissionen funnit det lämpligt att överlåta sådana tvångsåtgärder till skolpersonal eller andra yrkesgrupper än polisen. Slutligen anser kommissionen att någon lagreglering av hur drogtest skall användas i arbetslivet inte bör införas. Enligt kommissionens bedömning skiftar förutsättningarna för drogtest i arbetslivet i så hög grad mellan olika arbetsplatser och branscher att de även fortsättningsvis bör regleras genom avtal och inte genom lag.

Narkotikakommissionen bedömer att vård och behandling av missbrukare är en nödvändig del av de narkotikapolitiska insatserna. Rätt avpassade behandlingsinsatser bidrar till att minska narkotikamissbruket och förbättrar missbrukarnas livssituation. I dag finns det stora brister i utformningen av missbrukarvården och omfattningen svarar inte heller mot behovet. Det krävs långsiktiga insatser, framför allt avseende samverkan, metod- och kompetensutveckling, men också mer resurser till narkomanvården. Bristerna är särskilt stora när det gäller det tunga missbruket och metoder saknas också för att bemöta dem som har ett begynnande missbruk. Narkotikakommissionen konstaterar dock att det också finns många goda erfarenheter och ger uttryck för en positiv grundsyn på möjligheterna att genom olika slag av behandlingsinsatser påverka narkotikamissbruket och narkotikamissbrukarnas situation.

Vidare konstaterar kommissionen att statistik, uppföljning och annan dokumentation om narkomanvården är bristfällig och svårtolkad och i vissa fall inte uppfyller socialtjänstlagens krav på dokumentation. Detta är såväl en fråga om rättssäkerhet för den enskilde hjälpsökande individen som en faktor som försvårar planering och uppföljning av samhällets insatser. Kommissionen har också funnit att skillnaderna mellan olika kommuner och t.o.m. kommundelar är avsevärda när det gäller att erbjuda och genomföra meningsfulla och långsiktiga behandlingsinsatser för missbrukare.

De ekonomiska svårigheterna för kommuner och landsting är en av de bidragande orsakerna till att vården av missbrukare på många håll är otillräcklig. Men inte heller i detta avseende är bilden enhetlig. I stor utsträckning synes det röra sig om en kombination av knappa och illa utnyttjade resurser, bland annat beroende på flaskhalsar som t.ex. brist på platser för avgiftning. En olycklig kombination av sparbetning och uppdelning i allt mindre resultatenheter har på många ställen lett till att en nödvändig helhetssyn på den enskilda missbrukaren och på vårdinsatserna inte kommer till stånd. I stället för att samverka och se till vad missbrukaren långsiktigt kan behöva sker alltför ofta kortsiktiga och isolerade avgöranden.

Det finns tecken som dels tyder på att antalet tunga missbrukare har ökat, dels på att socialtjänsten och andra samhällsinstanser har sämre kunskap om missbrukarna än tidigare – i varje fall är färre instanser berörda för varje missbrukare. En rätt entydig dokumentation visar också att den allra tyngsta gruppen missbrukare får illa och att de visserligen får hjälp i form av akutvård, viss öppenvård, skyddat boende och i viss utsträckning perioder av LVM-vård, men mer sällan långsiktiga och samordnade insatser.

En grundförutsättning för att både vården och det uppsökande arbetet skall kunna fungera och utvecklas är att det inom kommunen finns tillgång till personal med fördjupade kunskaper om missbruksproblem och om möjligheterna till långsiktig vård och behandling. Kommissionen vill understryka vikten av att professionella nätverk byggs upp och att olika delar av samhällets instanser för vård och omsorg gemensamt finner system för att långsiktigt kunna stödja även de mest utsatta och svärmotiverade. Det är nödvändigt att finna och tillämpa modeller som förhindrar att olika instanser bollar över ansvaret på någon annan samtidigt

som det är angeläget att ansvaret för vårdinsatser och uppföljning i varje skede är klart definierat.

Narkotikakommissionens bedömer att rätt avpassad behandling mot narkotikamissbruk i allmänhet har positiva effekter på klientens drogvanor och livssituation. En enskild insats kan dock aldrig förväntas resultera i en total rehabilitering, utan flera insatser behöver i allmänhet kombineras. Det är nödvändigt att ett helhetsperspektiv läggs på missbrukarens situation. Om insatserna noga avpassas efter den vårdbehövandes förutsättningar och behov kan behandlingsresultaten avsevärt förbättras. Vårdinsatserna skall primärt utgå från och fokusera på missbruksbeteendet, men det är också nödvändigt att man samtidigt och parallellt gör det möjligt att bearbeta klientens övriga problem och svårigheter. Detta förutsätter i regel att en reell samverkan kommer till stånd mellan olika vårdgivare och samhällsinstanser om enskilda individer.

Narkotikakommissionen vill understryka betydelsen av att det stöd och de insatser som ges den enskilde missbrukaren är avpassade efter dennes behov, förutsättningar och förmåga att tillgodogöra sig vården. Insatser skall vidare, i enlighet med socialtjänstlagens intentioner, planeras och utföras i samförstånd med den enskilde med respekt för dennes integritet. Även i de fall lagen ger utrymme för tvångsinsatser skall insatserna utformas efter analys av behovet och i möjligaste mån i samråd med missbrukaren och/eller dennes anhöriga.

Med utgångspunkt från de nationella målsättningarna har Narkotikakommissionen formulerat följande målsättningar som bör vara vägledande för samhällets vård- och behandlingsinsatser mot beroende och missbruk av narkotika.

Alla narkotikamissbrukare skall nås med erbjudande om hjälp och vid behov vård mot sitt missbruk.

Råd, stöd och hjälp skall nå människor i ett tidigt stadium av missbruket.

Vårdinsatserna skall syfta till ett liv fritt från missbruk och illegala droger.

Vården och andra insatser för missbrukare skall vara av god kvalitet.

Insatserna mot missbruk skall vara uthålliga och långsiktiga.

I enlighet med det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle är också målet för vård- och behandlingsinsatserna att missbrukarna skall kunna leva ett liv fritt från missbruk och illegala

droger. Målsättningen att insatserna skall leda till att missbrukaren upphör med sitt missbruk får dock inte förhindra att insatser av akut eller humanitär karaktär genomförs.

Narkotikakommissionen anser att begränsade metadonprogram, liksom användandet av andra underhålls- och blockeringsmediciner inte riskerar att skada den restriktiva narkotikapolitikens trovärdighet. Under förutsättning att dessa verksamheter ingår i en socialpsykologisk helhet och är väldokumenterade kan sådana program vara betydelsefulla insatser för bl.a. smittskydd och rehabilitering.

Kommissionen menar också att andra ersättningsmedel såsom t.ex. buprenorfin-preparat bör omfattas av i stort sett samma regler som metadon då det används som ersättningspreparat. Angeläget är dock generellt att den mer medicinskt inriktade missbrukarvården alltid integreras i och kompletteras med sociala insatser och uppföljning.

Insatser mot utbudet

Narkotikakommissionen har inte kunnat finna några egentliga brister vare sig i den lagstiftning eller de arbetsmetoder man använder sig av inom myndigheterna på kontrollområdet. Samarbetet myndigheterna emellan är gott och också det internationella samarbetet fungerar väl. I betänkandet framhåller Narkotikakommissionen dock att det är helt avgörande att myndigheterna på kontrollområdet tillförs ytterligare resurser för att tillgången på narkotika skall kunna minskas.

Kommissionen lämnar i betänkandet inte några förslag rörande så fundamentala frågor som syfte, mål och medel för narkotikabekämpningen inom kontrollområdet. Förslagen som avser kontrollen av såväl den legala som den illegala handeln utgör närmast finjusteringar av det system av regler och arbetsmetoder som redan finns och som Narkotikakommissionen alltså funnit ändamålsenligt.

För det första har Narkotikakommissionen sett över de bestämmelser som rör kontrollen av den legala handeln med narkotika. De förslag kommissionen lämnar i denna del syftar till att minska läckaget till den illegala marknaden.

Kommissionen föreslår inledningsvis att Läkemedelsverket skall få i uppdrag att i samråd med berörda myndigheter och organisa-

tioner utforma ett särskilt rapporteringssystem för stölder och annat svinn under transport till och från apotek och sjukhus. I dag saknas sådana samlade data.

Narkotikakommissionen anser att det är angeläget att Socialstyrelsen på ett snabbare och mer effektivt sätt skall kunna utreda om en läkare förser den illegala marknaden med narkotiska läkemedel; i dag är styrelsen vid sin tillsyn hänvisad till att manuellt leta bland expedierade recept på vissa utvalda apotek för att kunna undersöka en läkares förskrivningsmönster. Narkotikakommissionen föreslår därför att det skall bli möjligt för Socialstyrelsen att vid sin tillsyn hämta uppgifter ur receptregistret om enskilda läkares förskrivning av narkotiska läkemedel. Uppgifter som kan hänföras till enskilda patienter skall dock inte kunna inhämtas.

Genom en möjlighet att använda receptregistret för tillsyn i nu nämnda fall skulle såväl tidsvinsterna som de minskade arbetsinsatserna bli påtagliga för såväl apotekspersonal som för personal vid Socialstyrelsens tillsynsenheter. Undersökningarna skulle också bli mer heltäckande genom att samtliga expedieringar i landet skulle ingå.

För att komma till rätta med missbrukare som går runt till flera läkare - som var och en, ovetande om varandra, förskriver normala doser narkotiska läkemedel - föreslår kommissionen att apotekspersonal skall ges möjlighet att vända sig till förskrivande läkare och upplysa om detta. De nuvarande sekretessreglerna lägger hinder i vägen för en sådan lösning och kommissionen föreslår därför att frågan bör behandlas inom ramen för den översyn av sekretesslagen som för närvarande pågår.

För det andra har Narkotikakommissionen sett över den lagstiftning och de arbetsmetoder som rör arbetet mot den illegala handeln med narkotika.

Narkotikakommissionen har inte gått närmare in på hur de enskilda myndigheterna på kontrollområdet bäst bör organisera arbetet mot narkotika. När det gäller polisväsendet har kommissionen emellertid stött på vissa frågor som har samband med organisationsfrågan, och som varit svåra att gå förbi. Narkotikakommissionen föreslår mot den bakgrunden att regeringen skall ge Rikspolisstyrelsen i uppdrag att inom ramen för sin inspektionsverksamhet företa en särskild inspektion av samtliga polismyndigheter för att se hur arbetet mot narkotikabrottsligheten är organiserat och dimensionerat samt hur de olika nivåerna samverkar. De

eventuella brister som kan anses föreligga bör analyseras och följas upp. Inom ramen för en sådan inspektion föreslår kommissionen att Rikspolisstyrelsen närmare bör analysera bl.a. hur avskaffandet av specialiserade narkotikarotlar har påverkat kvaliteten i spanings- och utredningsarbetet. Ytterligare en omständighet som kommissionen anser bör belysas närmare är om åldersstrukturen är anpassad efter de krav som kan ställas på organisationen.

När det gäller möjligheterna att förhindra spridningen av cannabisfrön gör Narkotikakommissionen den bedömningen att nu gällande lagstiftning får anses ge utrymme för att lagföra den som säljer, köper eller innehar sådana frön i syfte att de skall användas för framställning av narkotika som är avsedd för missbruk. Enligt kommissionens bedömning bör sådana gärningar vara att bedöma som förberedelse till narkotikabrott. Också bestämmelserna om förverkande bör på detta sätt kunna vara tillämpliga. Några lagändringar för att förhindra försäljning av cannabisfrön bör därför inte vara nödvändiga.

I detta sammanhang understryker Narkotikakommissionen vikten av att regeringen verkar för att upprätthålla det svenska odlingsförbudet rörande växten *Cannabis sativa*.

Ett problem i dag är de s.k. sväljarna. I gatuhandeln med narkotika förekommer att säljare av narkotika förvarar sitt lager i munnen och, då polisen närmar sig, sväljer detsamma. För att polisen skall kunna säkra bevisning om brott kan i dag beslutas att den misstänkte skall placeras på en s.k. tulltoalett. Narkotikakommissionen föreslår i betänkandet att den som är skäligen misstänkt för att ha sålt narkotika och som i dag kan placeras på tulltoalett i stället skall kunna ges kräkmedel eller annat sådant läkemedel. Beslut om att använda läkemedel skall fattas av åklagare och åtgärden skall endast få utföras av läkare.

När det gäller den grövre narkotikabrottsligheten använder de brottsbekämpande myndigheterna sig bland annat av det som kommit att kallas särskilda spaningsmetoder. Till dessa hör en sådan arbetsmetod som kontrollerade leveranser. Gemensamt för de särskilda spaningsmetoderna är att de inte är lagreglerade. Enligt Narkotikakommissionens mening saknas för närvarande skäl att införa en sådan reglering. Regeringen bör enligt kommissionens mening emellertid snarast tillsätta en särskild utredare med uppdrag att, tillsammans med företrädare för berörda myndigheter, göra en kartläggning av de särskilda spaningsmetoderna – och även andra i spaningsverksamheten använda arbetsmetoder – och hur de

tillämpas i dag. Vidare bör eventuella oklarheter belysas och klargöras och det bör utredas om det finns ytterligare arbetsmetoder som kan och bör utvecklas för att brottsbekämpningen skall kunna effektiviseras ytterligare. Mot bakgrund av resultatet av denna utredning föreslår Narkotikakommissionen att regeringen skall ge de berörda myndigheterna i uppdrag att tillsammans utarbeta riktlinjer på området.

Kriminalvård

Kriminalvården spelar, inte minst mot bakgrund av sin intensiva och nära kontakt med ett stort antal narkotikamissbrukare, en central roll för samhällets möjligheter att bekämpa missbruket av narkotika. Såväl häktes- och anstaltstid som tiden i frivård måste därför utnyttjas för att motivera missbrukare till behandling. Kriminalvården måste enligt kommissionens bedömning emellertid vidta sådana åtgärder i större utsträckning än i dag.

Det är enligt Narkotikakommissionens uppfattning angeläget att kriminalvården ges resurser att inte bara upprätthålla och förbättra utan även intensivifiera sina insatser mot narkotikamissbruket. Verksamheten inom kriminalvården måste så långt som möjligt ge utrymme för varje individs behov och förutsättningar. Metoderna för verkställighets- och behandlingsplanering bör utvecklas. Programverksamhet, metodutveckling och kompetensutveckling bör prioriteras och verksamheter på motivations- och behandlingsenheter utvecklas så att de medger en ökad involvering av omvärlden.

Narkotikakommissionen har funnit att de senaste årens besparingskrav fått konsekvenser för såväl omfattningen av som innehållet i kriminalvårdens verksamhet. En effekt av detta är den höga beläggningen på landets kriminalvårdsanstalter som enligt Narkotikakommissionens mening utgör ett hinder för en ändamålsenlig differentiering av de intagna.

Narkotikakommissionen har vidare kunnat konstatera att den s.k. normaliseringsprincipen, dvs. den princip som innebär att de dömdas sociala behov skall tillgodoses inom ramen för samhällets allmänna välfärdssystem på samma sätt som gäller för alla andra medborgare, inte har ett tillräckligt genomslag. Detta beror framför allt på att kommunernas benägenhet att bekosta vård och behandling för narkotikamissbrukare minskat kraftigt. Enligt

kommissionens mening utgör detta emellertid inte skäl för att frångå normaliseringsprincipen som sådan. Enligt kommissionens mening måste i stället ytterligare satsningar göras inom framför allt socialtjänsten för att kunna bereda narkotikamissbrukare den vård och behandling liksom annat stöd och annan hjälp som de kan vara i behov av.

Enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt kan en intagen få tillstånd att vistas utanför anstalten om han då kan bli föremål för särskilda åtgärder som kan antas underlätta hans anpassning i samhället, t.ex. vård eller behandling mot narkotikamissbruk. Kriminalvården skall bära kostnadsansvaret för en intagen som placeras i vård utanför anstalten. Vid dagen för frigivning från fängelsestraffet övergår betalningsansvaret till kommunen som skall bära kostnaden till behandlingstidens slut.

Det är i dag emellertid svårt att få ansvarsförbindelser av kommunerna att bära sådana kostnader. Dessa svårigheter till trots föreslår Narkotikakommissionen att nuvarande principer även fortsättningsvis bör gälla. Kommissionen föreslår dock att kriminalvården – i de fall man från kriminalvårdens sida bedömer att en § 34-placering bör komma till stånd men där det av någon anledning inte är möjligt att få en ansvarsförbindelse från kommunen – under en tvåårig försöksperiod skall kunna besluta om en sådan placering även om den sträcker sig efter frigivningen.

Motsvarande problem gäller för kontraktsvården. Där föreslår kommissionen att Kriminalvårdsstyrelsen skall ge frivården i uppdrag att driva på utvecklingen så att man inom varje region utvecklar ett antal alternativa vårdmodeller som både kriminalvården och aktuella kommuner kan acceptera. Syftet är att så långt möjligt eliminera administrativa och övergripande frågor i de individuella vårdplaner som skall göras inför en kontraktvårdsplacering.

Såväl intagna i anstalt och häkten som personalen som arbetar där har rätt till en narkotikafri miljö. Självklara riktmärken är enligt Narkotikakommissionen därför att intagna utan narkotikaproblem inte skall behöva komma i kontakt med narkotika, att missbrukare avskärs från tillförsel av droger och att intagna förhindras att bedriva narkotikahandel inom häktena och anstalterna och ute i samhället. För att åstadkomma en narkotikafri miljö krävs i första hand kraftfulla motivations- och behandlingsinsatser men också väl avvägda kontrollåtgärder.

Om man ser till de kontrollåtgärder som kan vidtas inom kriminalvården är bestämmelserna enligt Narkotikakommissionens bedömning i allt väsentligt ändamålsenligt utformade. De ger sålunda stora möjligheter för kriminalvården att kontrollera att klienterna inte missbrukar narkotika under verkställigheten i häkten och anstalter och att narkotika inte förs in i eller förekommer i kriminalvårdens lokaler. Samtidigt som man kan konstatera att regelverket ger goda möjligheter att genom kontroll förhindra att narkotika förs in, förekommer sådan införsel i framför allt anstalterna i en på vissa håll ganska utbredd omfattning.

Även om en ökad slutenhet kring anstalter och häkten skulle kunna förhindra en del av narkotikainflödet är detta inte något som Narkotikakommissionen förespråkar. Enligt kommissionen måste man i stället pröva andra tänkbara vägar för att förhindra insmugglingen, närmast genom vård- och behandlingsinsatser. Detta hindrar emellertid inte att Narkotikakommissionen lämnar vissa förslag till att förbättra kontrollmöjligheterna i vissa avseenden.

Narkotikakommissionen föreslår att om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid visst häkte eller viss anstalt skall Kriminalvårdsstyrelsen få besluta att samtliga besökande till häktet, anstalten eller avdelning i något av dessa skall kunna kroppsvisiteras. I dag medger inte gällande bestämmelser en sådan mer rutinmässig kontroll. Vidare föreslår kommissionen att kriminalvårdspersonal och andra som utför arbete eller uppdrag inom häkte eller anstalt skall kunna kroppsvisiteras vid inpasseringen, något som inte är möjligt i dag.

För att förhindra att en besökare överlämnar något otillåtet föremål till en intagen, t.ex. narkotika, finns i dag en möjlighet att genomföra besök under bevakning av en kriminalvårdstjänsteman. Narkotikakommissionen föreslår att ett sådant bevakat besök under vissa förutsättningar skall vara möjligt att ersätta med besök som sker under sådana förhållanden att den intagne och den besökande inte kan överlämna föremål till varandra, t.ex. genom att de skiljs åt av en glasruta.

Slutligen lämnar Narkotikakommissionen förslag som rör påföljderna av vägran att lämna blod- eller urinprov. I dag gäller vid såväl bestämmande av disciplinpåföljd som vid kvalificeringstid för permission att en sådan vägran inte medför lika stränga påföljder som om den intagne lämnat ett positivt urinprov. Narkotika-

kommissionen föreslår att följderna av en vägran skall jämföras med dem som följer av ett positivt urinprov.

I betänkandet behandlar Narkotikakommissionen även frågan om användandet av narkotikahundar inom kriminalvården samt vissa frågor som kommissionen anser att Kriminalvårdsstyrelsen bör följa upp särskilt.

Kompetensutveckling och forskning

Frågor som har betydelse för de narkotikapolitiska åtgärderna behöver bedömas inte bara utifrån vad man kan anta om dess effekter på narkotikatillgång och narkotikamissbruk utan också vilken betydelse de kan få för människors integritet, för jämställdhet och demokrati m.m. Det är uppenbart att beslut, både om politikens inriktning och om insatser rörande enskilda individer, måste tas utan att man har fullständig och entydig kunskap om vilka effekter åtgärderna kan få. Även om vi aldrig kan förvänta oss att få fullständig kunskap är det ändå givet att en ökad kunskap om skilda aspekter på narkotika, åtgärder mot narkotikamissbruk och effekter av de narkotikapolitiska åtgärderna är viktiga.

Kunskap om *narkotikasituationen*, dvs. hur mycket narkotika som förekommer i landet, hur omfattande missbruket är, vilka som missbrukar samt om missbrukets effekter behövs för att planera och dimensionera de insatser som skall göras. Sådan kunskap är också viktig för att bedöma effekterna i stort av narkotikapolitiken.

Kunskap om *lagar och kontrollinsatser* är viktiga för att följa effekterna av de narkotikapolitiska insatserna.

Kunskap om *metoder* för såväl förebyggande insatser som för vård och behandling är väsentlig för utformningen av insatserna.

Kunskap om *effekter* av förebyggande insatser och av vård- och behandlingsinsatser har betydelse bland annat för att välja vilka åtgärder man skall satsa på och utvärderingen av dem.

Enligt Narkotikakommissionens bedömning finns det i dag brister avseende kunskap och metoder inom alla de ovan nämnda områdena. Narkotikakommissionen anser att det är nödvändigt att insatserna mot narkotikamissbruk i ökad utsträckning grundar sig på kunskap och dokumenterad erfarenhet.

Narkotikakommissionens förslag syftar till att möjliggöra en uppbyggnad av kunskap och kompetens i de organ som arbetar

med narkotikafrågor. Detta kan enligt kommissionen ske på flera olika sätt. En metod är utbildning av personal. Kommissionen lägger fram förslag om en specialistutbildning i missbrukarvård och om en grundutbildning i förebyggande arbete.

En annan metod är att mer generellt också arbeta för att bygga upp en kunskapsbas som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet inom det sociala fältet. Narkotikakommissionen pekar ut vissa områden, där det är särskilt angeläget med en sådan kompetensutveckling. Förslagen gäller huvudsakligen det förebyggande området och vård- och behandlingssektorn, eftersom kommissionen bedömer att det är där de största bristerna finns.

Dokumentation, uppföljning och utvärdering bör förbättras, både vad gäller insatser för enskilda individer som det mer övergripande arbetet. Narkotikakommissionen föreslår att Folkhälsoinstitutet bör ta initiativ till att utarbeta modeller och system för att dokumentera lokalt förebyggande arbete. Socialstyrelsen bör överväga att utforma allmänna råd med riktlinjer för dokumentation av socialtjänstens insatser för missbrukare. Kommissionen föreslår också att Socialstyrelsen bör ta initiativ till att samordna det utvecklingsarbete som nu bedrivs på flera olika håll av standardiserade klientanalys- och utvärderingsinstrument, vilka har visat sig vara goda instrument för att utveckla behandlingsarbete och samverkan mellan olika vårdgivare.

Både förebyggande insatser och vård- och behandlingsinsatserna är i allmänhet mycket komplexa till sin natur. De avser att påverka djupt liggande mänskliga beteenden, vanor och ovanor som försiggår i komplicerade sociala sammanhang. De möjligheter till påverkan som samhällets hjälp- och stödorgan har är relativt små i förhållande till alla andra faktorer som påverkar den enskilda individen. Narkotikakommissionen vill därför inledningsvis påpeka att det varken i det förebyggande arbetet eller inom vården finns förutsättningar för att utveckla någon enskild metod som skulle kunna tillämpas generellt och vill varna för tron på enkla lösningar av "kokboksmodell".

Narkotikakommissionen bedömer att utvecklingen bör prioriteras när det gäller metoder att identifiera och nå olika målgrupper med förebyggande insatser samt metoder för att identifiera och systematiskt hjälpa sporadiska narkotikamissbrukare inom sjukvården och socialtjänsten.

Inom missbrukarvården är det angeläget att utveckla metoder för att kartlägga missbrukarnas behov av stöd och hjälp samt

metoder för att kombinera flera insatser. Stödet till och samverkan med anhöriga bör utvecklas.

Inom den del av missbrukarvården som hälso- och sjukvården ansvarar för är det särskilt angeläget att metoder och modeller för samverkan med den socialt inriktade missbrukarvården stärks. Inte minst gäller detta den psykiatriska vården, men generellt gäller också att de mer medicinskt inriktade behandlingsinsatserna alltid bör ses i ett socialpsykologiskt perspektiv. Utvecklingen av psykoterapeutiska behandlingsmetoder hämmas i viss utsträckning av oklarheter om det är socialtjänsten eller sjukvården som skall ha kostnadsansvaret för sådana insatser, vilket understryker betydelsen av samverkan inom ramen för lokala strategier.

Narkotikakommissionen föreslår att Folkhälsoinstitutet ges i uppdrag att utreda förutsättningarna för att formulera ett förslag till en grundläggande utbildning i preventivt arbete. Institutet skall även se över hur inslag om prevention och missbruksrelaterade frågor kan förstärkas i grundutbildningen för lärare och andra yrkeskategorier som arbetar med barn och ungdomar.

Kommissionen föreslår att en specialistutbildning i missbrukarvård inrättas och att frågor om missbrukarvården ges en ökad tyngd i skilda grundutbildningar. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att tillsammans med Högskoleverket utforma riktlinjer för en sådan utbildning.

Narkotikakommissionen menar att det är väsentligt att kunskap och kompetens stärks inom missbrukarvårdens område. Flera olika förslag som kan påskynda en sådan utveckling lämnas också i detta betänkande. Flertalet av dessa har emellertid effekt först på lång sikt. För att också på kort sikt stärka inflytandet från forskning och dokumenterad praktik föreslås att ett särskilt råd för missbrukarvård inrättas. Narkotikakommissionen föreslår att Socialstyrelsen skall vara huvudman för rådet.

Rådet skall bestå av personer med lång erfarenhet och/eller kunskap om missbruksbehandling. Rådets uppgift skall vara att bedöma och värdera föreslagna insatser för enskilda individer i relation till den kunskap som finns tillgänglig om vårdens möjligheter. Vårdhuvudmän, tjänstemän och enskilda skall kunna initiera ärenden. Rådet skall dock själv ha möjlighet att avgöra vilka ärenden som skall behandlas, så att de som bedöms ha störst prejudicerande betydelse kan prioriteras. Det finns annars en risk för att rådet skulle bli så belastat av ärenden att prövningarna skulle försenas.

Rådet skall avge ett utlåtande huruvida socialtjänstens föreslagna insatser kan betraktas stå i rimlig proportion till klientens vårdbehov utifrån vad som är möjligt att avgöra utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Utlåtandena bör dock inte ha någon legal status och inte vara tvingande för kommunerna. Ett sådant råd skulle kunna bidra till att en praxis och beprövad erfarenhet skulle kunna utvecklas på basis av konkreta fall samt kunna vara vägledande för länsrätterna vid överklagningsärenden.

Narkotikakommissionen föreslår att Socialstyrelsen i samarbete med Läkemedelsverket ges i uppdrag att analysera och följa utvecklingen av ungas läkemedelskonsumtion och föreslå åtgärder för hur trenden till en ökande konsumtion av framför allt sömnmedel och värktabletter kan brytas.

En genomgång av de akademiska forskningsinsatserna visar att flera intressanta forskningsansatser görs och att mycket värdefull forskning genomförs. Den totala bilden är dock splittrad. Särskilt är den kliniska behandlingsforskningen ett kraftigt eftersatt område. Sådant forskning stöter dels på stora metodproblem, dels har man haft svårigheter att få den finansierad. Inom det förebyggande området saknas forskning om många aspekter på dessa insatser.

Kommissionen framhåller vikten av att forskningen och praktiken knyts närmare samman, för att därmed på sikt möjliggöra insatser mot narkotika som grundas på kunskap och beprövad erfarenhet. Som ett sätt att få en belysning av kunskapsläget inom missbrukarvårdens område föreslår kommissionen att Socialstyrelsen bör ta initiativ till konferenser om forskningsläge, forskningsbehov och arbetsfördelningen mellan FoU-enheter inom kommuner och landsting å ena sidan och universitet och högskolor å andra sidan.

Internationellt samarbete

I takt med att narkotikaproblemen ökat världen över har också behovet av ett globalt narkotikasamarbete vuxit. Sverige har kanaliserat huvudparten av sitt internationella engagemang i narkotikafrågan genom multilaterala organisationer. Det innebär att Sverige deltar inom ramen för alla de organ som arbetar med narkotikaproblematiken.

Narkotikakommissionens anser att Sveriges internationella engagemang bör stärkas, inte minst inom EU. Kommissionen föreslår därför att Sverige skall intensifiera arbetet med att, tillsammans med andra länder, utveckla strategier för att minska narkotika-problemen.

Enligt Narkotikakommissionen bör regeringen prioritera insatser för att förstärka den internationella kontrollen av den illegala narkotikan, att fokusera på narkotikafrågan i svenskt bistånd, att effektivisera internationella narkotikaorgan samt att verka för att respekten för FN:s narkotikakonventioner upprätthålls. Inom EU föreslår Narkotikakommissionen att Sverige i första hand skall prioritera frågor som rör illegal europeisk produktion, förebyggande insatser samt frågor rörande narkotikaproblemen i de s.k. kandidatländerna.

Regeringen har enligt kommissionens mening ansvaret för att den svenska narkotikapolitiken presenteras på ett korrekt och sakligt sätt. Vidare måste regeringen, enligt kommissionens mening, förstärka samordningen beträffande svenskt agerande genom regelbundna samråd med myndigheter och andra som företräder svenska intressen i internationella sammanhang.

Enligt Narkotikakommissionen är det viktigt med svenskt deltagande, särskilt av experter, tjänstemän och frivilligorganisationer, i arbetet i de internationella organisationer och institut som finns på narkotikaområdet. Därför föreslår kommissionen att Regeringskansliet skall ansvara för att svenska experters medverkan i internationella projekt ökar. Detsamma bör gälla svenska tjänstemäns tillgång till tjänster i sådana organisationer och det internationella utbytet för yrkesverksamma. Slutligen föreslår Narkotikakommissionen att Folkhälsoinstitutet skall få i uppdrag att vara svensk kontaktpunkt gentemot EU:s forskningsbeviljande organ och svenska forskare för att på detta sätt öka svenska experters möjligheter till deltagande i det internationella forskningsarbetet.

Summary

Swedish drug policy has come to a crossroads. One direction calls for a significant augmentation of resources in the form of commitment, direction, competence and funding. The other implies a lowering of sights and a considerable acceptance of drug abuse.

This is the main conclusion drawn by the Drugs Commission from its evaluation of public drug policy measures since the mid-1980s. The review covered legislation in this field and measures to prevent abuse and rehabilitate abusers, as well as measures to limit the supply of narcotic drugs.

In the course of its work, the Drugs Commission has identified major deficiencies in the field of drug policy today.

The present state of drug policy is above all due to a demotion of the drugs issue as a political priority. The absence of political concern is of course reflected, among other things, by reduced funding of the public authorities and other sectors of the community which have to deal with narcotic drugs and their consequences. During recent years, all sectors of society in this field have experienced heavy cutbacks, simultaneously with the problem itself becoming severer and more widespread.

There are deficiencies today in the structure for combating the drugs problem, above all as regards preventive work and the care and treatment which abusers are now being offered. The very fact of more and more young persons taking an increasingly permissive attitude towards narcotic drugs reveals that a great deal of preventive work is not getting through. The care and treatment of drug abusers is a field which has been subjected to extensive spending cuts and downgradings by the municipalities of Sweden. In many communities the continuity of operations has been lost, and the Drugs Commission has also found a need for improving the competence of the persons dealing with these questions. It is the heavy abuser groups that have been the main victims. In the prison and

probation system too, there has been a downscaling of measures to channel drug abusers into care and rehabilitation.

Drug control authorities have also experienced heavy funding reductions and other changes in recent years. Meanwhile the supply of drugs has increased, in common with the pressure on Sweden as a drug market. Needless to say, this has compounded the difficulty of stemming the influx of narcotic drugs.

Drug control authorities, however, are in no uncertainty regarding such fundamentals as the purpose, means and ends of drug prevention. In recent years, consequently, control measures have predominated in practice, although in the debate on drug policy the focus of attention has often been on care and treatment, or the lack of them. In this way the vital balance of Swedish drug policy between different measures to curb demand and reduce the availability of narcotic drugs is being lost.

In its choice of direction, the Drugs Commission has found that Sweden's restrictive policy on drugs must be sustained and reinforced. The Commission finds no arguments or facts to suggest that a policy of lowering society's guard against drug abuse and drug trafficking would do anything to improve matters for individual abusers or for society as a whole. On the other hand, the results of Sweden's present policy on narcotic drugs could – and must – be improved. In this report, accordingly, the Drugs Commission puts forward proposals aimed at creating coherence and balance and at strengthening, renewing and developing the restrictive policy on narcotic drugs.

Stronger political leadership

The Drugs Commission sees a need for stronger prioritisation, clearer control and better follow-up of drug policy and of concrete initiatives at all levels, from the local work done by municipalities and county councils to governmental activity.

The Commission recommends stronger leadership of drug policy, with the Government playing a more active role, both nationally and internationally. It further proposes a model for stronger local initiatives and improved local co-ordination, together with a more active role for central authorities in the development of methods and competence.

Responsibility for implementing the various policy components devolves on public authorities and organisations at local, regional and central level. The location of responsibilities at local and regional levels entails a considerable variation of ambition and commitment from one municipality and county council to another.

There is some co-ordination and interaction of initiatives on a sectorial basis or at local level, but there is no central co-ordination based on the holistic perspective on which drug policy so greatly depends. This in turn means that there is no overarching follow-up or development of the measures taken, nor is there any evaluation of their impact on each other.

Despite the fragmented picture thus emerging, the drugs Commission sees no reason for altering the basis allocation of responsibilities where drug questions are concerned. Nor does the Commission believe that more detailed legislation would help to bring about a constructive interaction of different agencies. Interaction ought instead to be based on an analysis of each agent's potential contribution, of the benefits accruing from improved interaction, and of the necessity and possibilities of developing methods, knowledge and competence. The initiative in bringing about this kind of interaction – an active partnership between those who are affected and are responsible for addressing drug problems – ought in the Commission's opinion to come from the Government, which must also provide a coherent follow-up of the measures taken.

Drug policy questions are the concern of several Ministries. The Minister of Health and Social Affairs is the minister responsible for the co-ordination of drug policy. The Drugs Commission takes the view that the national leadership should be reinforced by the appointment, within the Ministry of Health and Social Affairs, of a minister specifically charged with the direction of drug policy activities. This would serve as a clear manifestation of national political leadership concerning the drugs issue.

The Minister's duties should include responsibility for the direction and co-ordination of both national and international drug policy work, the main task being to frame long-term strategies for the achievement of national drug policy aims. This work must be based on a holistic perspective and must include all public measures to combat drugs, coupled with a clearer responsibility than at present for co-ordinating the work of national authorities.

To facilitate and intensify a development and co-ordination of local initiatives, the Drugs Commission proposes that local drug policy strategies be put in place by municipalities and county councils.

These local strategies are to serve as overarching steering documents, describing measures planned or in progress for the entire field of drug policy. The level of aspiration, like the choice of initiatives and methods, will be for each municipality to decide according to local conditions, but both long-term and short-term operational targets are to be clearly indicated, as well as the manner in which work is to be conducted, organised, evaluated and funded. The Drugs Commission further takes the view that the State shall to the greatest extent possible support municipalities and county councils in their framing of local strategies, not least by contributing towards a development of methods and competence.

Local mapping of the drug situation and of the extent of abuse should form part of the local strategies. Such mapping should if possible be conducted in such a way that it can also be used for national conspectuses. It is proposed that the National Institute of Public Health be commissioned, in collaboration with municipalities and county councils, to lay down practical guidelines for local mapping.

The development of interaction and of professional networks is an important part of local strategies. There is above all an urgent need to resolve problems of interaction between different agencies with curative responsibilities, because otherwise drug abusers are liable to fall between two stools. This applies to heavy abusers for whom composite and prolonged initiatives are required, and also to persons who are in the early stages of drug abuse and for whom readily available measures are vital.

It is proposed that the County Administrative Boards be allotted greater responsibility for the development of methods and competence. They should assist the municipalities with the framing of local strategies and should also be responsible for following up those strategies. In addition, it is recommended that the County Administrative Boards be allotted a role in the mediation of contacts between research environments and the municipalities.

Where central authorities are concerned, developments have moved towards a concentration of follow-up and supervisory tasks. The Drugs Commission points out that follow-up and supervision can generate considerable knowledge of developments at local level

within each authority's ambit. The Commission wishes to highlight the importance of this knowledge being fed back to the agencies at local level, instead of being confined to the central authorities. In this process, the central authorities have the responsibility of analysing experiences in a holistic perspective and drawing conclusions regarding the need and opportunities for a development of methods and competence.

The Drugs Commission recommends that the central authorities assume greater responsibility for the active prosecution of questions concerning knowledge transfer and the development of methods and competence. This in turn calls for a strengthening of co-operation between the authorities themselves, not only in order to guarantee that no areas are excluded from surveillance, but also as a safeguard against unnecessary duplication of effort.

Both the county follow-ups, which the Commission proposes be conducted by the County Administrative Boards, and the more overarching follow-ups to be undertaken by the various authorities should be capable of furnishing good supportive documentation for overall assessments by the Government. On the basis of these analyses, the Government should be able to steer public initiatives more actively and where necessary propose studies, development initiatives and research in what are found to be fields of urgent importance. In addition, the Government should furnish the Riksdag (parliament) with regular complete reports on drug policy developments.

To mark the inauguration of a new offensive against drug problems, and as a starting point for partnership, the Commission recommends that national and regional conferences be held by the Government, together with the national authorities concerned, the Swedish Association of Local Authorities, the Federation of Swedish County Councils and NGOs. Developments will ultimately depend on whether drug policy initiatives can also be sustained in the long term, and ways of realising such a long-term solution should form the subject of such an inaugural series of conferences.

Measures to combat demand

As the Drugs Commission sees it, there are no hard and fast boundaries between preventive measures, care and treatment and

the restriction of supply. Commitment to effective care is also an important measure of prevention. Effective prevention and efficient care and treatment demand continuity and competence in the measures taken, and the Commission has therefore found itself called upon to suggest ways in which a structure can be designed which will be capable of both improving and deepening policy measures and of bringing about processes which can lead to development in the long term. Much of the preventive work that is being done today is characterised by temporary measures and projects which are often incapable of impacting on regular activities. Supportive environments for young persons have deteriorated and grown fewer in number, and both resources and methods are lacking for getting through to children and young persons at risk, as well as methods for intervening at an early stage of drug abuse. The Commission also finds grave deficiencies in the design of drug abuser care, added to which, the volume of such care is not commensurate with actual needs.

Current research into various preventive methods and programmes has shown that information and instruction about drugs occurring in a vacuum have no chance of impacting on young persons' behaviour. In order to succeed, measures of this kind must be included in a system of measures restricting availability, and there must be clear rules which include society's norms and values, as well as effective care and treatment.

The following are some of the areas of relevance to the development of abuse and to preventive work which have crystallised out of interviews with a large number of young persons: growing abuse of tablets and combinations of substances, young persons' feeling of stress and exclusion, and the absence of an adult world.

The Commission's contacts with authorities and organisations with responsibility for and knowledge of preventive work have pointed to a number of deficiencies in this field. The dissemination of knowledge and information is insufficient, with the result that effective methods have difficulty in getting through. Initiatives, above all in regular activities, are too infrequently documented and evaluated, and co-operation between different agencies suffers from the absence of a clear consensus view of what is to be termed preventive work.

Schools, in the Commission's opinion, are the most important arena for drug prevention work, but there are many indications of preventive work in schools having diminished in recent years. The

Drugs Commission therefore proposes that the National Agency for Education, acting in collaboration with the National Institute of Public Health, be instructed to lay down guidelines for all school instruction concerning tobacco alcohol and narcotic drugs, for inclusion in the current Compulsory School and Upper Secondary School curricula.

In particular the Commission wishes to highlight methods aimed at working consistently and continuously with what is commonly termed social and emotional learning in school, with a view to promoting the mental health of children and young persons and increasing their resistance to drugs. The Commission also stresses the importance of a good school environment and of methods of pupil participation and parental involvement being developed in schools.

The Commission wants to stress the importance of developing strategies for the prevention of abuse among young adults between the ages of 18 and 25. They are often role examples to younger persons, and strategies for reaching them are lacking in most municipalities.

Not very much qualitative research exists as yet concerning the types of young person who use drugs on a more habitual basis. Survey findings, insofar as they exist, convey a contradictory picture. On the one hand a picture emerges of ordinary, problem-free youngsters using drugs without any serious consequences. On the other, it is also shown that the development of drug abuse commonly describes a pattern whereby the use of narcotic drugs has been preceded by extensive use of legal drugs and thus comes relatively late in the development of abuse.

One of the central tasks of preventive work is to counteract the normalisation of drug abuse. At the same time there must be preparedness for coping with the situation in the event of developments resulting in drugs becoming a more accepted element of everyday living. Without any reduction of efforts to reduce new recruitment, work must therefore be made to focus more than hitherto on measures to reach those who have already begun experimenting with drugs.

Schools and leisure amenities have the great responsibility of discovering young persons on the brink of abuse. The signals coming from such young persons must be quickly observed and responded to, and prompt action taken when abuse is revealed. Teachers with a knowledge of early signs and an ambition to sup-

port pupils who are not getting on well, like efficient school health care with a knowledge of young persons and substance abuse, are among the most important prerequisites for identifying and helping children in need of special support. Children and young persons with risk behaviour or otherwise in a risk zone must constitute a priority target group for preventive work in schools.

In order to reach young persons who have started experimenting with drugs, there must be an effective social safety net in school and in the local community, as well as structured co-operation between social services, the police, school, leisure-time activities and NGOs. The Drugs Commission has found, however, that social services in many quarters lack structured methods for working with these youngsters, and also that overarching co-operation between social services and the police is often lacking.

Curtailling young persons' experimentation with drugs is a multi-stage process. Firstly, competence is needed to detect signals of drug use. Secondly, adequately dimensioned counselling activities are needed, and thirdly, there is a need for different treatment options. Parents whose children have become trapped in substance abuse, or are in the progress of becoming abusers, also need extensive support.

The Commission therefore proposes that all young persons and parents have access to local counselling on alcohol, drugs and abuse-related issues. These activities shall be purely advisory and shall be based on trust and voluntary participation.

Young persons who are experimenting with drugs or whose peers are doing so can also find themselves in situations where they are in more urgent need of counselling or assistance. The same also applies, of course, to parents and others closely connected with the youngsters themselves. It is important to be able to intercept young persons at this, a stage of things where they are motivated for changing their life-style and discontinuing their substance abuse.

The Commission recommends that a national helpline be set up to which questions concerning drugs and their abuse can be addressed free of charge and anonymously. The National Institute of Public Health should be commissioned to investigate how activities of this kind can be organised.

Younger people should not need to define themselves as substance abusers in order to get help and treatment. The Commission recommends that young people who need help in discontinuing

their substance abuse should be enabled to receive it at a reception adapted for young persons. A reception of this kind can be operated as a separate activity under the aegis of social services or be incorporated in the activities of youth receptions, which would then be reinforced by staff with special competence relating to young persons and drugs.

The Drugs Commission perceives a vital need, within the social services, for a reinforcement of specialist competence regarding young persons and substance abuse. Staff with specialist qualifications of this kind should take charge of investigative measures relating to young persons with possible substance abuse problems. The Commission therefore proposes that municipal social services, acting in close co-operation with local health care and medical services, develop and maintain special knowledge and competence relating to young persons and substance abuse. The National Board of Health and Welfare should support development of this kind within the framework of its development funding.

There are two basic principles applying to work with young persons who have started to abuse drugs, namely early discovery and clear reaction. Partly in order to facilitate early discovery, personal use of narcotic drugs was made a criminal offence in 1988, and in 1993 imprisonment for up to six months was added to the scale of penalties for the offence. In this way the police were enabled to take blood or urine samples in order to verify and secure evidence of a suspected drug offence. The Drugs Commission has commissioned a survey of measures taken by social services for young persons between the ages of 15 and 17 in connection with minor drug offences (personal use). The survey, including 288 individuals, showed that half of them were unknown to the social services or that their drug abuse was not known. Judging by the results of the survey, the decisions made by social services are appropriate and pragmatic.

One proposal often occurring in the course of debate is wider scope for compulsory drug testing. In the Commission's opinion, drug tests can play an important part in the discovery of young persons who are heading for drug abuse, but it does not recommend any widening of the scope for compulsory drug testing of children under 15, i.e. children below the age for criminal liability. Nor has the Commission found it appropriate for such compulsory measures to be entrusted to school staff or to any other professional categories but the police. Finally, the Commission does not

favour legislation on the use of drug tests at work. In the Commission's opinion, the feasibility of drug tests at work varies to such a great extent from one workplace and one sector of employment to another, that these activities should continue to be governed by collective agreements, not by law.

The Drugs Commission considers the care and treatment of drug abusers to be a necessary component of drug policy measures. Appropriate measures of treatment help to reduce drug abuse and serve to improve the situation of drug abusers. There are serious deficiencies in the design of drug abuser care today, and the volume of such care falls short of actual needs. Long-term initiatives are called for, above all as regards interaction and the development of methods and competence, but drug abuser care also needs to be given more resources. Deficiencies are especially great where heavy abuse is concerned, and methods are also lacking for responding to cases of incipient drug abuse. The Drugs Commission notes, however, that there is also a great deal of encouraging experience, and it expresses a basically positive view of the possibilities of influencing drug abuse and the situation for drug abusers through treatment measures of various kinds.

Furthermore, the Commission notes that statistics, follow-up and other documentation concerning drug abuser care is inadequate and hard to interpret, and in certain cases does not meet the documentation requirements laid down in the Social Services Act. This affects the legal security of the individual person seeking help, added to which, it impedes the planning and follow-up of public initiatives. The Commission has also found there to be considerable differences between municipalities, and even between different parts of the same municipality, as regards offering and conducting meaningful and long-term treatment measures for substance abusers.

The financial difficulties of municipalities and county councils are part of the reason for the inadequacy of drug abuser care in many quarters, though here again, the picture emerging is anything but uniform. To a great extent what seems to be involved is a combination of resource constraints and poor utilisation of the resources available, due among other things to bottlenecks, e.g. a shortage of detoxification places. In many places an infelicitous combination of economisation targets and division into progressively smaller performance units has thwarted the necessary holistic view of the individual abuser and of treatment initiatives.

Short-term, isolated decisions often take the place of interaction and examination of the abuser's long-term needs.

There are indications to suggest that the number of heavy abusers has increased, and also that social service and other community agencies are less well informed about abusers than they used to be; at all events, there are fewer agencies involved per abuser. The documentation is also fairly unanimous in showing that the very heaviest category of abusers are faring badly and that, while admittedly receiving help in the form of emergency care, a certain amount of outpatient care, sheltered housing and to some extent periodic LVM¹ care, they are more rarely the subject of long-term, co-ordinated initiatives.

One basic prerequisite for the efficacy and development of both care and outreach work is the availability within the municipality of personnel with in-depth knowledge of abuse problems and of the possibilities of long-term care and treatment. The Commission wishes to underscore the importance of professional networks being built up and of different parts of community caring agencies together devising systems whereby long-term support can be provided even to those who are most at risk and least motivated. Models have to be found and applied which will prevent different agencies from "passing the buck", at the same time as responsibility for caring inputs and follow-up at every stage has to be clearly defined.

The Drugs Commission believes that properly adapted treatment for drug abuse generally has positive effects on the client's drug habits and situation in life. But an individual initiative can never be expected to result in total rehabilitation. Generally a combination of several initiatives is needed. The abuser's situation has to be viewed in a holistic perspective. If initiatives are carefully tailored to the needs and circumstances of the client, treatment outcomes can be considerably improved. Caring measures shall primarily emanate from and focus on the abusive behaviour, but at the same time, on a parallel basis, possibilities have to be created for processing the client's other problems and difficulties. This generally requires the establishment of genuine co-operation between different care providers and community agencies with reference to individual persons.

The Drugs Commission wishes to underscore the importance of the support and initiatives devoted to the individual substance

¹ LVM: the Care of Abusers (Special Provisions) Act (1988:870).

abuser being adapted to his or her needs, circumstances and receptivity to care. Furthermore, true to the intentions of the Social Services Act, the measures taken must be planned and conducted in consensus with the individual and with respect for his or her personal integrity. Even in cases where the law sanctions coercive intervention, the measures taken must be based on analysis of the need and to the greatest possible extent in consultation with the abuser and/or his or her family.

On the basis of the national objectives, the Drugs Commission has formulated the following aims by which public measures of care and treatment for addition to and abuse of narcotic drugs should be guided.

All drug abusers shall be reached by an offer of help and, if necessary, care for the abuse.

Advice, support and assistance shall reach people at an early stage of abuse.

Measures of care shall be aimed at achieving a life free from substance abuse and illegal drugs.

Care and other measures on behalf of substance abusers shall be of good quality.

Measures to combat substance abuse shall be sustainable and long-term.

In keeping with the overarching aim of a drug-free society, the aim of measures of care and treatment is for abusers to be able to lead a life free of abuse and illegal drugs. The aim measures leading to the abuser's discontinuation of the abuse must not, however, preclude the deployment of emergency or humanitarian measures.

The Drugs Commission is of the opinion that limited methadone medication, in common with other maintenance and blocking medication, does not pose any threat to the credibility of drug policy. So long as these activities form part of a socio-psychological whole and are amply documented, such programmes can play an important part in the control of transmissible diseases and in rehabilitation, for example.

The Commission also believes that other substitutes – buprenorphine preparations, for instance – should come under much the same rules as methadone when used as a substitute. It is generally essential, however, that more medically oriented drug abuser care should always be integrated with and supplemented by social welfare measures and follow-up.

Measures to combat supply

The Drugs Commission has not found any real deficiencies in the legislation or the working methods used by the authorities in the control sector. Co-operation between the authorities runs smoothly, and so too does international co-operation. In its report, however, the Drugs Commission refers to the imperative need for the authorities in the control sector to be allotted further resources with a view to reducing the supply of narcotic drugs.

The Commission's report does not contain any proposals concerning such fundamental issues as the purpose, means and ends of drug prevention in the control sector. The proposals contained in chapter 5, relating to the control of both legal and illegal trading, are little more than minor adjustments to the system of rules and working methods which exists already and which the Commission has thus found appropriate.

Firstly, the Drugs Commission has reviewed the provisions governing the control of legal drug trading. Its proposals in this respect are aimed at reducing leakage into the illegal market.

First of all, the Commission recommends that the Medical Products Agency be instructed, acting in consultation with the authorities and organisations concerned, to construct a special reporting system for theft and other losses in transit to and from dispensaries and hospitals. No such coherent data are available at present.

The Drugs Commission finds it essential that the National Board of Health and Welfare should be able to investigate, more rapidly and effectively than at present, whether a physician is supplying the illegal market with narcotic drugs. At present the Board is compelled, in its supervisory capacity, to search manually among processed prescriptions at certain selected dispensaries, in order to investigate the pattern of a physician's prescriptions. The Drugs Commission therefore proposes that the National Board of Health and Welfare be empowered, in the course of its supervisory activity, to obtain data from the Prescriptions Register concerning individual physicians' prescription of narcotic medicinal preparations. Data referable to individual patients shall not, however, be eligible for collection.

The possibility of using the Prescriptions Registry for supervision in the above mentioned cases would achieve a significant time-saving and reduction of workload both for dispensary staff

and for the personnel of supervisory units within the National Board of Health and Welfare, added to which, the inclusion of all dispensations in the country would make the surveys more comprehensive.

To overcome the problem of drug abusers inducing several physicians, without one another's knowledge, to each prescribe normal doses of narcotic medicinal preparations, the Commission proposes that dispensary staff be enabled to turn to prescribing physicians and inform them of this matter. A solution of this kind is at present precluded by the rules of secrecy, and the Commission therefore proposes that the matter be dealt with as part of the ongoing review of the Secrecy Act.

Secondly, the Drugs Commission has reviewed the legislation and working methods relating to the task of combating illegal drug trading.

The Drugs Commission has not gone into further detail concerning the best way for individual control authorities to organise their efforts to combat drugs. Where the police are concerned, however, the Commission has come across certain questions of an organisational nature, which are not easily ignored. This being so, the Commission proposes that the Government instruct the National Police Board to undertake, as part of its inspection activities, a special inspection of all police authorities to examine the interaction of different levels. Any shortcomings, which may be felt to exist, should be analysed and followed up. As part of such an inspection, the Commission proposes that the National Police Board analyse more closely, for example, the way in which the abolition of specialised drug squads has impacted on the quality of police investigations. One further circumstance, which the Commission feels should be studied more closely, is the compatibility of the age structure with the demands to be made on the organisation.

As regards the possibilities of preventing the spread of cannabis seeds, the Drugs Commission is of the opinion that the existing legislation can be said to afford scope for prosecuting anyone who sells, purchases or possesses such seeds for the purpose of using them for the production of narcotic drugs intended for abuse. In the Commission's opinion, such actions ought to be classifiable as conspiring to commit a drug offence. In this way the provisions on seizure should also be applicable. Accordingly, no statutory

changes would appear necessary in order to prevent the sale of cannabis seeds.

In this connection the Commission underscores the importance of the Government working to maintain the Swedish ban on cultivation of the species *Cannabis sativa*.

"Swallowers" are a present-day problem. In street trading it happens that vendors of narcotic drugs keep their stock in their mouths and swallow it when approached by the police. To enable the police to secure evidence of a criminal offence, an order can at present be made for the suspect to be placed in a "customs toilet". In its report the Drugs Commission proposes the possibility of a person who is suspected on reasonable cause of having sold a narcotic drug and who can today be placed in a customs toilet instead being given an emetic or some other such medicament. An order to use a medicament shall be made by a prosecutor and only a physician shall be allowed to carry out the medication.

Where more serious drug crime is concerned, crime prevention authorities sometimes employ, among other things, what have come to be known as "special investigation methods". These include a working method such as controlled deliveries. Law does not regulate special investigation methods. The Drugs Commission sees no cause at present for introducing any such statutory regulation, but it is of the opinion that the Government should at the earliest possible opportunity appoint a special investigator who, together with representatives of the authorities concerned, will carry out a survey of the special investigation methods – as well as other working methods used in police investigation activities – and their current application. In addition, any points of uncertainty should be examined and clarified, and an inquiry should be made to ascertain whether there are additional working methods which can and should be developed with a view to further enhancing the efficacy of crime prevention. The Commission proposes that the Government, acting in the light of the findings thus obtained, instruct the relevant authorities to jointly draft guidelines on the subject.

Criminal welfare

The prison and probation system, not least in view of its intensive and close contact with a large number of drug abusers, has a pivotal bearing on society's ability of combat, above all, the abuse of drugs. Both time spent in remand and in prison, and time on probation, must therefore be used to motivate abusers for treatment. The Commission finds, however, that the prison and probation system must take measures of this kind to a greater extent than at present.

The Drugs Commission sees an urgent need for the prison and probation system to be given resources, not only for the maintenance and improvement but also for an intensification of its measures to combat drug abuse. Activities in the prison and probation sector must as far as possible afford scope for the needs and capabilities of each individual. Methods for the planning of enforcement and treatment should be developed. Programme activities, methods development and competence development should be given priority, and activities in motivation and treatment units should be developed so as to permit greater involvement of the outside community.

The Drugs Commission has found that the economisation requirements of recent years have affected both the scale and the content of prison and probation activities. The effects of this include the high occupancy level of Sweden's prisons, which in the Commission's opinion stands in the way of an appropriate differentiation of prison inmates.

The Drugs Commission has further established that the so-called normalisation or mainstreaming principle, i.e. the principle whereby the social needs of convicted persons are to be provided for within the framework of society's general welfare systems, just as for other citizens, cannot be said at present to have achieved sufficient impact. This is above all due to the municipalities having grown far more reluctant to finance care and treatment for drug abusers. In the Commission's opinion, however, this is no reason for departing from the normalisation principle as such, and further efforts must be made, above all within the social services, to provide drug abusers with the care and treatment, as well as other support and assistance, which they may be in need of.

Under Section 34 of the Act on Correctional Treatment (1974:203), a prisoner can be given permission to leave the

institution if he can then be made a subject of special measures which will presumably facilitate his adjustment in the community, e.g. care and treatment for drug abuse. The cost of placing a prisoner in care outside the institution shall be borne by the prison and probation system. On the day of the prisoner's release from prison, this financial liability passes to the municipality, which then defrays the cost until the treatment is concluded.

It is, however, difficult at present to obtain pledges from municipalities to cover expenditure of this kind. Despite these difficulties the Drugs Commission recommends that the current principles should continue to apply, but it proposes that the prison and probation authorities – in cases where they favour a Section 34 placement but for some reason a financial commitment is not forthcoming from the municipality – be empowered for a two-year experimental period to order such placement even if it continues beyond the prisoner's release date.

Similar problems apply to contract treatment (a special form of probation). The Commission proposes that the National Prison and Probation Administration task the probation authorities with pursuing development in such a way that every region develops a number of alternative care models acceptable both to the prison and probation system and to the municipalities concerned, the aim being as far as possible to eliminate administrative and overarching questions in the individual treatment plans which have to be drawn up prior to placement in contract treatment.

Inmates and staff alike of remand centres and prisons are entitled to a drug-free environment. This being so, the obvious benchmarks, as the Drugs Commission sees it, are the inmates without drug problems shall not need to come into contact with drugs, that abusers shall be cut off from the supply of drugs and that inmates shall be prevented from trading in drugs within remand centres and prisons and in the community at large. The achievement of a drug-free environment demands in the first instance vigorous measures of motivation and treatment, but also judiciously balanced measures of control.

As regard the measures of control which can be taken in the prison and probation system, the Drugs Commission finds the provisions to be appropriately constructed in all essential respects. Thus they afford great opportunities for the prison and probation system to check the clients are not abusing drugs while serving their sentence and, in remand centres and presents, that drugs are

not present on or brought onto the premises. At the same time as the rules can be said to afford good opportunities for the exclusion of drugs by means of controls, drugs are in fact being taken above all into prisons, on quite a considerable scale in some quarters.

Although greater seclusion of prisons and remand centres could partly stem the inflow of drugs, this is not an expedient which the Drugs Commission advocates. Instead, as the Commission sees it, other possible ways of preventing such contraband will have to be tested, most immediately through the medium of care and treatment. This, however, does not prevent the Commission from making certain suggestions for the improvement of control opportunities in certain respects.

The Drugs Commission proposes that, if considerations of security or discipline at a particular remand centre or prison so demand, the National Prison and Probation Administration shall be empowered to order body searches of all visitors to the remand centre, the prison or a particular department of the same. Current provisions do not at present sanction a more routine control of this kind. The Commission further proposes that prison staff and other persons carrying out work or assignments within a remand centre or prison be subject to body search when entering, which is not possible at present.

To prevent a visitor transferring an illicit object - drugs, for example - to an inmate, visits can at present be supervised by prison or remand centre staff. The Drugs Commission proposes that, on certain conditions, it be made possible for a supervised visit of this kind to be replaced with a visit taking place under such conditions that inmate and visitor are prevented by delivering objects to one another, e.g. through the interposition of a glass screen.

Finally the Drugs Commission makes proposals concerning the consequences of refusal to furnish a blood or urine sample. At present, the consequences of such refusal, as regards disciplinary sanctions and the qualifying period for parole, are less severe than the consequences of the inmate's urine sample testing positive. The Drugs Commission proposes that the consequences of refusal be equated with those of a urine specimen testing positive.

In its report the Drugs Commission also addresses the question of using sniffer dogs in prisons and remand centres, as well as certain other questions which, in the Commission's opinion, should be specially followed up by the National Prison and Probation Administration.

Competence development and research

Questions with a bearing on drug policy measures need to be assessed not only on the basis of the presumable effects on drug supply and abuse but also with reference to their potential consequences for personal privacy, for equality and democracy etc. It is clear that decisions concerning both the direction of policy and measures affecting individual persons have to be taken without complete and unambiguous knowledge concerning the possible effects of the measures to be taken. Although we can never expect our knowledge to be complete, the improvement of knowledge concerning different aspects of narcotic drugs, measures to combat drug abuse and the effect of drug policy measures are clearly important.

Knowledge of *the drug situation*, i.e. the amount of drugs present in this country, the extent of drug abuse, the persons who abuse drugs and the effects of drug abuse, is needed for the planning and scaling of the measures to be taken. Knowledge of this kind is also important for judging the overall effects of drug policy.

Knowledge of *laws and control measures* is important with a view to observing the effects of drug policy measures.

Knowledge of *methods* relating both to prevention and to care and treatment has a vital bearing on the framing of policy measures.

Knowledge of *the effects of* preventive measures and of measures of care and treatment has an important bearing, for example, on the selection of measures to be taken and on their evaluation.

The Drugs Commission finds both knowledge and methods in the above mentioned fields to be deficient at present. In the Commission's opinion, measures to combat drug abuse need to be based more extensively on knowledge and documented experience.

The Commission's proposals are designed to facilitate a build-up of knowledge and competence within the bodies actively concerned with drug issues. The Commission sees several possible ways of achieving this. Staff training is one method. The Commission puts forward proposals for a specialist training programme in care of substance abusers and for a foundation training programme in preventive work.

Another method is the more general accumulation of a knowledge base founded on science and proven experience in the social welfare sector. The Commission indicates certain fields

where the need for this kind of competence development is particularly urgent. Its proposals refer mainly to the preventive sphere and to the care and treatment sector, these being the sectors where the Commission judges the shortcomings to be greatest.

Documentation, follow-up and evaluation should be improved, as regards both measures relating to individuals and work of a more overarching kind. The Drugs Commission proposes that the National Institute of Public Health take the initiative in framing models and systems for documenting local preventive work. The National Board of Health and Welfare should consider framing General Recommendations laying down guidelines for the documentation of measures by social services on behalf of substance abusers. The Commission also proposes that the National Board of Health and Welfare take the initiative in co-ordinating the development work now being undertaken in several different quarters with reference to standardised client analysis and evaluation instruments, which have proved to be good instruments for developing treatment activities and interaction between different care providers.

Both preventive measures and measures of care and treatment are generally of a highly complex nature, designed as they are to influence deep-rooted human behaviour, habits and vices which operate in complicated social contexts. The possibilities of influence open to assistive and supportive bodies in the community are relatively small by comparison with all the other factors influencing the individual. The Drugs Commission therefore wishes to point out, first of all, that neither in preventive work nor in care is there any possibility of developing one single method, which could be universally applied, and it wishes to warn against belief in simple solutions of the "cookbook" variety.

The Drugs Commission favours priority for the development of methods for identifying different target groups and reaching them with preventive measures, and methods for systematically assisting sporadic drug abusers in the medical sector and social services.

As regards the care of drug abusers, methods urgently need to be developed for charting the abusers' need of support and assistance and methods for combining several inputs. Support to and interaction with next-of-kin should be developed.

Within the portion of drug abuser care for which health and medical services are responsible, it is particularly vital that methods and models of interaction with socially oriented substance abuser

care should be strengthened. This applies, not least, to psychiatric care, but generally speaking, more medically oriented treatment measures should always be viewed in a socio-psychological perspective. The development of psychotherapeutic treatment methods is to some extent being inhibited by uncertainty as to whether the cost of such measures should be borne by social services or medical services, which in itself underlines the importance of interaction within the framework of local strategies.

The Drugs Commission recommends that the National Institute of Public Health be instructed to investigate the feasibility of drafting a foundation programme of further training in preventive work. The Institute shall also consider ways of strengthening elements of prevention and abuse-related questions in the foundation training of teachers and other professional categories working with children and young persons.

The Commission proposes the institution of a specialist training programme in the case of substance abusers, and also that more weight be allotted to abuser care questions in various foundation study programmes. It is proposed that the National Board of Health and Welfare and the national Agency for Higher Education together be commissioned to lay down guidelines for such a training programme.

The Drugs Commission considers it vitally important that knowledge and competence should be strengthened in the field of substance abuser care. Several different proposals capable of accelerating such development are presented in this report, but most of them will only take effect in the long term. As a means of also strengthening the influence of research and documented practice in the short term, it is proposed that a special Council on the Care of Substance Abusers be set up, under the mandatorship of the National Board of Health and Welfare.

The Council shall consist of persons with long experience and/or great knowledge of the treatment of substance abuse. Its task shall be to assess and evaluate measures proposed for individual persons in relation to the available knowledge concerning the potentialities of care. Care providers, officials and private individuals shall be able to initiate topics for discussion, but the Council itself shall have the possibility of deciding what matters are to be discussed, so that priority can be given to those judged to be of the greatest importance as precedent. Otherwise

there is a risk of the Council becoming so overburdened as to cause delays in its decision-making.

The Council shall state whether the measures proposed by the social services can be regarded as reasonable in proportion of the client's need of care, having regard to what can be decided on the strength of scientifically proven experience. Its statements should not, however, have any legal status and should not be binding on the municipalities. A Council of this kind could contribute towards the development of precedent and proven experience on the basis of concrete cases, and could serve the county administrative courts in an advisory capacity in connection with appeals.

The Drugs Commission proposes that the National Board of Health and Welfare, acting in collaboration with the Medical Products Agency, be instructed to analyse and observe the development of young persons' consumption of medicinal products and to propose measures for reversing the rising trend in consumption of, above all, somnifacients and analgesics.

A review of academic research initiatives reveals that several interest research approaches are being employed and that highly valuable research is in progress. The overall picture, however, is incoherent. Clinical therapy research particularly is a greatly neglected field. Research of this kind encounters great problems of method and has been beset with funding difficulties. In the preventive field there is a lack of research concerning many aspects of these initiatives.

The Commission refers to the importance of research and practice being tied more closely together, so as to eventually facilitate drug prevention measures founded on knowledge and proven experience. As a means of illuminating the state of knowledge in the field of substance abuser care, the Commission proposes that the National Board of Health and Welfare initiate conferences on the state of research, research needs and the allocation of tasks between municipal and county council R&D units on the one hand and universities and colleges on the other.

International co-operation

Parallel to the growth of drug problems all over the world, the need for global drug policy co-operation has also grown. Sweden

has channelled the greater part of its international involvement in the drugs issue through multilateral organisations, and is thus involved in all the bodies addressing drug problems.

The Drugs Commission take the view that Sweden's international involvement should be strengthened, not least within the EU, and it therefore proposes that Sweden intensify its efforts, together with other countries, to develop strategies for alleviating drug problems.

As the Drugs Commission sees it, the Government should give priority to measures for strengthening international control of illegal drugs, to focus attention on the drugs question in Swedish international development co-operation, to streamline international drug control bodies and to work for a maintenance of respect for the UN conventions on drugs. Within the EU, the Drugs Commission proposes that Sweden above give priority to questions concerning illegal European production, preventive measures and questions relating to drug problems in the EU candidate countries.

Correct and objective presentation of Sweden's drug policy is, in the Commission's opinion, the Government's responsibility. Furthermore, the Government must strengthen the co-ordination of Sweden's actions through regular consultations with national authorities and others representing Swedish interests on the international scene.

The Drugs Commission attaches importance to Swedish participation, especially through experts, officials and NGOs, in the work of the international organisations and institutes existing in the drug sector, and it therefore proposes that the Government Offices assume responsibility for increasing the participation of Swedish experts in international projects. The same should apply concerning access for Swedish officials to appointments with such organisations and the international exchange of professionals. Finally the Drugs Commission recommends that the National Institute of Public Health be given the task of acting as Sweden's point of contact vis-à-vis EU research-funding bodies and Swedish researchers, as a means of augmenting opportunities for Swedish experts to participate in international research work.

Författningsförslag

1. Förslag till lag om ändring i narkotikastrafflagen (1968:64)

Härigenom föreskrivs att det i narkotikastrafflagen (1968:64) skall införas en ny paragraf, 5 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 a §¹

Bestämmelser om kroppsbesiktning finns i 28 kap. rättegångsbalken. Utöver vad som föreskrivs där får den som är misstänkt för narkotikabrott som inte är att anse som ringa, ges läkemedel och liknande vid en kroppsbesiktning, om inte medicinska skäl föranleder annat.

Beslut om att ge den misstänkte läkemedel och liknande enligt första stycket skall fattas av åklagare. Den beslutade åtgärden får utföras endast av läkare.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2002.

¹ Tidigare 5 a § upphävd genom 1992:861.

2. Förslag till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

dels att 29 § skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 61 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

29 §¹

En intagen får ta emot besök i den utsträckning det lämpligen kan ske. En intagen får inte ta emot besök som kan äventyra säkerheten i anstalten eller som kan motverka den intagnes anpassning i samhället eller annars vara till skada för den intagne eller annan. Om en intagen under utredningen av ett disciplinärende hålls avskild från andra intagna, får den intagne också vägras besök i den utsträckning det är oundgängligen nödvändigt för att syftet med utredningen inte skall äventyras.

Om det behövs för att kunna bedöma om en intagen skall få ta emot besök i ett särskilt fall eller om ett besök skall vara bevakat, skall i förväg undersökas om den besökande har dömts eller är misstänkt för brottslig verksamhet. I den utsträckning det behövs skall upplysningar också inhämtas om den besökandes personliga förhållanden i övrigt.

Om det behövs med hänsyn till säkerheten, skall en tjänsteman vid anstalten vara närvarande vid besöket (bevakat besök). Besök av en advokat som biträder den intagne i en rättslig angelägenhet skall vara bevakat bara om advokaten eller den intagne begär det.

Kriminalvårdsstyrelsen får besluta att bevakade besök vid viss anstalt eller anstaltsavdelning får ersättas av besök som sker under sådana förhållanden att den intagne och den besökande inte kan överlämna föremål till varandra.

¹ Senaste lydelse 1995:492.

Som villkor för besök kan av säkerhetsskäl föreskrivas att den besökande underkastar sig kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning.

Kriminalvårdsstyrelsen får besluta att samtliga besökande till viss anstalt eller anstaltsavdelning skall kunna kroppsvisiteras, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid anstalten eller anstaltsavdelningen.

61 b §

Kriminalvårdsstyrelsen får besluta att kriminalvårdspersonal och andra som utför arbete eller uppdrag vid viss anstalt eller anstaltsavdelning skall kunna kroppsvisiteras, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid anstalten eller anstaltsavdelningen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2002.

3. Förslag till lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

dels att 11 § skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 22 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §¹

Den häktade får ta emot besök i den utsträckning det lämpligen kan ske. Han eller hon får inte ta emot besök som kan medföra fara från säkerhetssynpunkt. Inte heller får den som är häktad på grund av misstanke om brott ta emot besök som kan medföra fara för att bevis undanröjs eller utredning om brott på annat sätt försvaras.

Om det behövs av säkerhetsskäl eller för att undvika att bevis undanröjs eller utredning om brott på annat sätt försvaras, skall en eller flera personer vara närvarande vid besök.

Om det behövs av säkerhetsskäl eller för att undvika att bevis undanröjs eller utredning om brott på annat sätt försvaras, skall en eller flera personer vara närvarande vid besök. *Kriminalvårdsstyrelsen får besluta att bevakade besök vid visst häkte eller viss häktesavdelning får ersättas av besök som sker under sådana förhållanden att den häktade och den besökande inte kan överlämna föremål till varandra.*

Under de förutsättningar som anges i andra stycket kan som villkor för besök föreskrivas att den besökande underkastar sig kroppsvisitation.

Under de förutsättningar som anges i andra stycket kan som villkor för besök föreskrivas att den besökande underkastar sig kroppsvisitation. *Kriminal-*

¹ Senaste lydelse 1998:602.

vårdsstyrelsen får besluta att samtliga besökande till visst häkte eller viss häktesavdelning skall kunna kroppsvisiteras, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid häktet eller häktesavdelningen.

Om det behövs för att kunna bedöma om den som är häktad skall få ta emot besök i ett särskilt fall eller om ett besök skall vara bevakat, skall det i förväg undersökas om den besökande har dömts eller är misstänkt för brottslig verksamhet. I den utsträckning det behövs skall upplysningar också inhämtas om den besökandes personliga förhållanden i övrigt.

Om försvarares rätt att träffa den som är häktad finns bestämmelser i rättegångsbalken.

22 a §

Kriminalvårdsstyrelsen får besluta att kriminalvårdspersonal och andra som utför arbete eller uppdrag inom visst häkte eller viss häktesavdelning skall kunna kroppsvisiteras, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid häktet eller häktesavdelningen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2002.

4. Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1996:1156) om receptregister att 3, 4 och 6 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Receptregistret får användas för

1. registrering av underlaget för tillämpningen av bestämmelserna om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m.,

2. debiteringen till landstingen,

3. ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos Apoteket Aktiebolag,

4. registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk uppföljning och framställning av statistik,

5. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården,

6. registrering och redovisning till Socialstyrelsen av upp-

3 §¹

Receptregistret får användas för

1. registrering av underlaget för tillämpningen av bestämmelserna om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m.,

2. debiteringen till landstingen,

3. ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos Apoteket Aktiebolag,

4. registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk uppföljning och framställning av statistik,

5. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården,

6. registrering och redovisning till Socialstyrelsen av upp-

¹ Senaste lydelse 2000:358

gifter för medicinsk uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik, *och*

7. registrering av dosexpedierade läkemedel.

Användningen enligt första stycket 1 och 7 får endast omfatta den som har lämnat sitt samtycke till det. För ändamålet enligt första stycket 2 får inte redovisas andra uppgifter som kan hänföras till någon enskild person än inköpsdag, kostnad, kostnadsreducering och patientens personnummer. Ändamålen enligt första stycket 3, 4 *och* 5 omfattar inte några åtgärder som innebär att uppgifter som kan hänföras till någon enskild person redovisas. *Ändamålet* enligt första stycket 5 omfattar dock redovisning av uppgifter som kan hänföras till en enskild förskrivare såvitt gäller den redovisning som lämnas till samma förskrivare och den redovisning som lämnas till verksamhetschefen vid den enhet vid vilken förskrivaren tjänstgör. För ändamålet enligt första stycket 6 får redovisning av uppgifter som kan hänföras till någon enskild person göras endast i fråga om den som har lämnat sitt samtycke till det.

gifter för medicinsk uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik,

7. registrering av dosexpedierade läkemedel, *och*

8. redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter om enskild förskrivares förskrivning av narkotiska läkemedel.

Användningen enligt första stycket 1 och 7 får endast omfatta den som har lämnat sitt samtycke till det. För ändamålet enligt första stycket 2 får inte redovisas andra uppgifter som kan hänföras till någon enskild person än inköpsdag, kostnad, kostnadsreducering och patientens personnummer. Ändamålen enligt första stycket 3, 4, 5 *och* 8 omfattar inte några åtgärder som innebär att uppgifter som kan hänföras till någon enskild person redovisas. *Ändamålen* enligt första stycket 5 *och* 8 omfattar dock redovisning av uppgifter som kan hänföras till en enskild förskrivare såvitt gäller den redovisning som enligt första stycket 5 lämnas till samma förskrivare och den redovisning som lämnas till verksamhetschefen vid den enhet vid vilken förskrivaren tjänstgör *samt den redovisning som enligt första stycket 8 lämnas till Socialstyrelsen*. För ändamålet enligt första stycket 6 får redovisning av uppgifter som kan hänföras

Förskrivningsorsak får redovisas endast för de ändamål som anges i första stycket 4, 5 och 6.

till någon enskild person göras endast i fråga om den som har lämnat sitt samtycke till det. Förskrivningsorsak får redovisas endast för de ändamål som anges i första stycket 4, 5 och 6.

4 §

I den utsträckning det behövs för registerändamålen enligt 3 § får receptregistret innehålla följande uppgifter som kan hänföras till enskilda personer:

1. inköpsdag, vara, mängd, dosering, kostnad och kostnadsreducering enligt lagen (1996:1150) om högkostnads-skydd vid köp av läkemedel m.m.,

2. förskrivningsorsak,

3. patientens namn, personnummer och folkbokföringsort samt postnumret i patientens bostadsadress,

4. förskrivarens namn, yrke, specialitet och arbetsplats, och

5. samtycke enligt 3 § andra stycket.

Förskrivningsorsak skall anges med en kod.

I den utsträckning det behövs för registerändamålen enligt 3 § får receptregistret innehålla följande uppgifter som kan hänföras till enskilda personer:

1. inköpsdag, vara, mängd, dosering, kostnad och kostnadsreducering enligt lagen (1996:1150) om högkostnads-skydd vid köp av läkemedel m.m.,

2. förskrivningsorsak,

3. patientens namn, personnummer och folkbokföringsort samt postnumret i patientens bostadsadress,

4. förskrivarens namn, yrke, specialitet, arbetsplats *och förskrivarkod*, och

5. samtycke enligt 3 § andra stycket.

Förskrivningsorsak skall anges med en kod.

6 §²

Patienters identitet får användas som sökbegrepp endast för det ändamål som anges i 3 § första stycket 1 och 7. Förskrivares identitet får användas som sökbegrepp endast för *det* ändamål som anges i 3 § första stycket 5.

Patienters identitet får användas som sökbegrepp endast för det ändamål som anges i 3 § första stycket 1 och 7. Förskrivares identitet får användas som sökbegrepp endast för *de* ändamål som anges i 3 § första stycket 5

² Senaste lydelse 2000:358.

Kod för förskrivningsorsak får inte användas som sökbegrepp. *och 8.* Kod för förskrivningsorsak får inte användas som sökbegrepp.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2002.

1 Uppdraget och dess genomförande

1.1 Direktiven

Narkotikakommissionens uppgift har varit att göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och med utgångspunkt från denna utvärdering lägga fram förslag till sådana effektiviseringar av narkotikapolitiken som kommissionen finner möjliga.

Kommissionen har enligt direktiven haft att se över lagstiftningen inom området samt insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare och insatser för att begränsa tillgången på narkotika.

I direktiven framhålls att kommissionen i sitt arbete skall utgå från den restriktiva grundsyn som präglar svensk narkotikapolitik samt att alla åtgärder mot narkotika skall bygga på en balans mellan insatser ägnade att dämpa efterfrågan och att begränsa tillgången på narkotika. Målet att på sikt skapa ett narkotikafritt samhälle skall ligga fast.

Narkotikakommissionen har enligt direktiven särskilt haft att uppmärksamma vikten av samarbete och samspel mellan olika sektorer, nivåer och aktörer i samhället. Vidare har kommissionen särskilt haft till uppgift att

föreslå förbättringar av metoder och system för att öka kunskapen om och analysen av narkotikautvecklingen, samt föreslå hur det samlade resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet om ett narkotikafritt samhälle skall kunna mätas,

utvärdera och föreslå åtgärder för att förstärka och effektivisera det drogförebyggande arbetet,

analysera utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens behandlingsprogram, värdera dess resultat och effekter i förhållande till insatta resurser samt föreslå åtgärder

för att stärka rehabiliteringen av missbrukare, bl.a. genom förbättrad samverkan mellan olika huvudmän och aktörer, utvärdera och lägga fram förslag till åtgärder vad gäller omfattning och inriktning av statens stöd till utveckling av missbrukarvården och brottsförebyggande insatser som gäller narkotikarelaterad brottslighet, analysera behovet av förändringar av rättsväsendets arbetsmetoder samt av straffrättslig och straffprocessuell lagstiftning samt lägga fram förslag till sådana förändringar, utifrån en översyn och sammanställning av den forskning som bedrivs inom narkotikaområdet föreslå hur forskningen kan stimuleras, förstärkas och organiseras samt peka ut särskilt angelägna men hittills eftersatta forskningsområden, samt utforma strategier för särskilt riktade informationsinsatser och för opinionsbildning samt lämna förslag till samhällets stöd till detta.

Härutöver har kommissionen i huvudsak haft i uppdrag att

kartlägga och, så långt det är möjligt, utvärdera de insatser och det samarbete som förekommer inom rättsväsendet och inom organ som ansvarar för rehabiliteringsfrågor, bedöma det befintliga regelverkets konsekvenser och effektivitet för dels rättsväsendets arbetsmetoder, resultat och resursutnyttjande, dels det offentliga, arbetslivets, organisationers och enskildas arbete med att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare, följa och komma med förslag vad gäller frågan om att kunna mäta resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet om ett narkotikafritt samhälle samt i det sammanhanget analysera faktorer och omständigheter av betydelse för produktionen av syntetisk narkotika i Sverige, se över det förebyggande arbetets omfattning, inriktning, organisation, utvärdering och finansieringsformer samt lämna förslag till hur arbetet skall kunna effektiviseras och förbättras samt därvid ta i beaktande det stöd som Folkhälsoinstitutet och Kommittén för brottsförebyggande arbete fördelar till drogförebyggande arbete, bilda sig en uppfattning om utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens skilda behandlingsprogram, undersöka och värdera omfattning och inriktning av dessa, vilka missbrukare som kommer i fråga för rehabiliteringsinsatser

samt, vad gäller den frivilliga missbrukarvården, fördelningen mellan öppenvård och heldygnsvård, göra en utvärdering av och komma med förslag vad gäller det statliga stöd till utveckling av missbrukarvården som Socialstyrelsen och länsstyrelserna förmedlar, se över finansieringsfrågor som gäller samarbetet mellan kriminalvården och kommunerna vid kontraktsvård och vistelse utanför anstalt för vård enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, samt att förstärka Sveriges internationella insatser och ge möjligheter till ett ökat internationellt genomslag för en restriktiv narkotikapolitik.

Beträffande kriminalvårdens behandlingsinsatser har Narkotikakommissionen genom tilläggsdirektiv även haft i uppdrag att lägga särskild vikt vid

hur kriminalvårdens möjligheter till påverkan och behandling under straffverkställigheten på bästa sätt kan tas till vara och utvecklas, samt vilka åtgärder som kan vidtas för att dels stärka samarbetet mellan kriminalvården och andra aktörer, dels – om det finns behov – utveckla nya samarbetsformer.

Direktiven i dess helhet återfinns i *bilagorna 1 och 2*.

1.2 15 § kommittéförordningen

I Narkotikakommissionens ursprungliga direktiv erinrades om att kommissionen hade att beakta regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare. Dessa generella direktiv – direktiven om att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), om att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124) och om att redovisa konsekvenserna för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49) – upphävdes den 1 januari 1999 och ersattes av 15 § kommittéförordningen (1998:1474).

Om förslaget i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen skall enligt denna bestämmelse konsekvenserna i sådant avseende anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag

har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen.

Vad gäller betydelsen av kommissionens förslag för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet skall här endast noteras att de övergripande målsättningarna med vårt utredningsarbete bland annat är att minska narkotikamissbruket och att effektivisera bekämpningen av narkotikabrottsligheten. De frågor kommissionen har haft att behandla i övrigt är inte av den karaktären att förslagen kan bedömas få några sådana konsekvenser som avses i 15 § kommittéförordningen.

1.3 Utredningsarbetet

Narkotikakommissionen har gjort en övergripande översyn av samhällets insatser mot narkotikaproblemet. Översynen av de tre områdena förebyggande arbete, vård och behandling samt kontrollfrågor har genomförts parallellt.

Förutom sedvanlig genomgång av propositioner, utskottsbetänkanden, statliga och andra utredningar, litteratur och annat skriftligt material har Narkotikakommissionen lagt stor vikt vid att arbeta utåtriktat.

Narkotikakommissionen inledde sålunda utredningsuppdraget med att skaffa sig en överblick över narkotikasituationen och hur narkotikafrågorna hanteras i olika delar av landet. Som ett led i det arbetet besökte kommissionen ett antal kommuner för att på plats få en genomgång av hur narkotikaarbetet är uppbyggt och vilka hinder och möjligheter till utveckling som man ser på den lokala nivån. Vid sådana kommunbesök har företrädare för bl.a. socialtjänst, polis, tull, sjukvård och frivilligorganisationer deltagit. Kommunbesök har genomförts i Luleå, Borås, Malmö, Helsingborg, Stockholm, Göteborg och Upplands Väsby.

För att få en orientering i hur andra länder organiserat den centrala styrningen av narkotikapolitiska insatser – men även för att studera lokala förhållanden – har kommissionen besökt ansvariga departement, myndigheter och lokala verksamheter i Norge, Danmark, Storbritannien och Polen.

Löpande under hela utredningsarbetets gång har kommissionen och dess sekretariat dessutom gjort en rad olika studiebesök och träffat och rådgjort med företrädare för skilda delar av samhället. Narkotikakommissionen har haft möten med Rikspolisstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Statens Institutionsstyrelse, Tullverket, CAN, Riksdagens justitieutskott, Regeringskansliets samordningsorgan i narkotikafrågor (SAMNARK) och Nationella ledningsgruppen. Vidare har Narkotikakommissionen haft särskilda möten med berörda frivilligorganisationer, de organisationer som organiserar yrkesverksamma på narkotikaområdet samt med den s.k. alternativkommissionen.

Härutöver har framför allt sekretariatet sammanträffat med berörda departement samt representanter för olika nivåer och verksamheter inom myndigheter och organisationer. Representanter för olika delar av narkotikaområdet har också erhållit skriftligt material, främst kommissionens utkast till diskussionspromemorior och förslag, för synpunkter. Kommissionen och dess sekretariat har vidare presenterat kommissionen och dess arbete vid ett femtiotal konferenser, seminarier och kurser i olika delar av landet.

Som ytterligare exempel på mer utåtriktad verksamhet kan nämnas att kommissionen inom ramen för den ungdomsundersökning som gjorts intervjuat ett hundratal ungdomar på ett femtontal orter i landet. Ledamöter från kommissionen har deltagit i narkotikadebatten genom bl.a. en s.k. chat på DrugSmarts hemsida samt genom ett antal debattartiklar.

Till arbetet har slutligen ett antal referensgrupper knutits. En särskild parlamentarisk referensgrupp – bestående av en person från vart och ett av riksdagspartierna – har utsetts att följa kommissionens arbete. Kommissionen har sammanträffat med den parlamentariska referensgruppen vid ett tiotal tillfällen, varvid kommissionens arbetsplaner och utkast till förslag och rapporter diskuterats.

Kommissionens sekretariat har också samlat referensgrupper bestående av experter och myndighetsrepresentanter i arbetet med statistik-, preventions- och kontrollfrågor. Också för enskilda frågor har sekretariatet sammanträffat med särskilda grupper experter.

Narkotikakommissionen överlämnade i augusti 1999 sitt delbetänkande Narkotikastatistik – Om samhällets behov av information om narkotikautvecklingen (SOU 1999:90). I delbetänkandet

har kommissionen presenterat sina förslag till hur samhället bättre skall kunna följa narkotikautvecklingen.

Narkotikakommissionen har kontinuerligt publicerat så kallade diskussionspromemorior. Dessa promemorior har spridits till berörda myndigheter, organisationer och andra berörda samt lagts ut på Narkotikakommissionens hemsida på Internet. Rapporterna – innehållande kommissionens förslag på respektive område – har därmed varit öppna för diskussion och de synpunkter som inkommit har kunnat beaktas vid utarbetandet av de slutliga förslag som presenteras i detta slutbetänkande. De diskussionspromemorior som publicerats är följande.

- PM nr 1 Narkotikastatistik, april 1999
- PM nr 2 Narkotikalagstiftning, maj 1999
- PM nr 3 Narkotikarelaterad död, juni 1999
- PM nr 4 Party, utanförskap och stress, oktober 1999
- PM nr 5 Kompetens inom narkomanvården, februari 2000
- PM nr 6 Kontroll av narkotiska läkemedel, mars 2000
- PM nr 7 Narkotikaprevention, april 2000
- PM nr 8 Återspeglingsrapport, juni 2000
- PM nr 9 Offensiv narkomanvård 10 år efter, juni 2000
- PM nr 10 Kriminalvårdens åtgärder mot narkotikamissbruk, oktober 2000
- PM nr 11 Kontroll av den illegala narkotikahandeln, november 2000
- PM nr 12 En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete, november 2000
- PM nr 13 Internationellt narkotikasamarbete, december 2000

I *bilaga 4* lämnas en kort sammanfattning av innehållet i respektive promemoria. Diskussionspromemoriorna i dess helhet finns publicerade på Narkotikakommissionens hemsida <http://www.sou.gov.se/narkotikakom>.

2 Vi står inför ett vägval

Narkotikakommissionens bedömning: Svensk narkotikapolitik står inför ett avgörande vägval. Den ena vägen kräver betydande tillskott av resurser i form av engagemang, ledning, kompetens och ekonomi. Den andra vägen innebär sänkta ambitioner och betydande acceptans av narkotikamissbruket.

Narkotikapolitiken är i Sverige en del av socialpolitiken och bygger på att människor har rätt till ett värdigt liv i ett samhälle som slår vakt om den enskildes behov av trygghet och säkerhet. En utveckling som innebär att narkotikan tillåts hota individens hälsa, livskvalitet och trygghet samt på sikt också den allmänna välfärden och demokratins utveckling anses därför inte acceptabel.

Genom regeringens skrivelse till riksdagen om en narkotikapolitik för 2000-talet har den övergripande visionen om ett narkotikafritt samhälle brutits ned i tre delmål. Dessa är att minska nyrekryteringen till missbruk, förmå flera missbrukare att upphöra med sitt missbruk samt att minska tillgången på narkotika. Målen skall vara styrande för prioriteringar och insatser av myndigheter under regeringen.¹

Narkotikakommissionen har haft i uppdrag att göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet. I de direktiv som regeringen utfärdat sägs att kommissionen i sitt arbete skall utgå från den restriktiva grundsyn som präglar svensk narkotikapolitik. Arbetet skall också utgå ifrån att alla åtgärder mot narkotika skall bygga på en balans mellan insatser ägnade att dämpa efterfrågan och begränsa tillgången på narkotika. Målet att på sikt skapa ett narkotikafritt samhälle skall ligga fast.

Enligt direktiven har kommissionen alltså inte haft att ifrågasätta grundvalarna för eller inriktningen av den svenska narkotikapolitiken. Kommissionens uppdrag har varit begränsat till att utifrån den

¹ En narkotikapolitisk redogörelse (skr. 1997/98:172).

förda politiken lämna förslag till sådana effektiviseringar av den samma som kommissionen finner möjliga, förslag som på lång sikt skall skapa bättre förutsättningar för samordnade och intensifierade insatser mot narkotikamissbruket.

Inte minst mot bakgrund av det ökade missbruket, signalerna om en mer tillåtande hållning till narkotika och de prövningar den svenska narkotikapolitiken tidvis utsätts för i internationella sammanhang har Narkotikakommissionen emellertid funnit det nödvändigt att om inte ompröva så i vart fall diskutera huruvida de centrala begreppen i den svenska narkotikapolitiken fortfarande kan sägas äga giltighet.

Kommissionen vill understryka vikten av att man i den inhemska politiska debatten resonerar kring varför den svenska narkotikapolitiken bör vara utformad på ett visst sätt. Det är nödvändigt för att politiken skall behålla sin trovärdighet, och inte minst för att den skall vinna trovärdighet bland nya generationer ungdomar. Vi konstaterar dock att det inte förs mycket till narkotikapolitisk debatt i Sverige i dag; narkotikafrågan känns märkvärdigt ljum och avslagen. Narkotikaproblemet verkar ha lämnat den politiska arenan och angår numera främst de yrkesverksamma och frivilligorganisationerna på området. Dessa utför ett bra och viktigt arbete, oftast med inte alltför stora resurser. Tidigare var dock narkotikafrågan en samhällsangelägenhet och en viktig fråga även för föräldrar, politiker och medier. Medvetenheten om narkotikans risker och konsekvenser var stor och allmän.

I dag är det inte riktigt så. Riksdagsdebatterna är få. I budgetpropositioner och andra dokument framhåller regeringen förvisso att narkotikafrågan är högt prioriterad. Detta till trots utförs det inte mycket arbete på det centrala politiska planet i syfte att försöka påverka den negativa nationella utveckling som vi sett under 1990-talet. Ett skäl kan enligt kommissionens mening vara att det från politiskt håll funnits en tendens till att se den svenska negativa inställningen till narkotika som så grundmurad att den inte behöver underhållas. Några direkta initiativ i narkotikafrågan har därför egentligen inte tagits, förutom att tillsätta denna kommission. De politiska utspel som gjorts och signaler som givits under senare år har huvudsakligen rört narkotikapolitikens internationella dimension eller utgjort direkta svar på kritik av politiken. Kommissionen anser att man från politiskt håll underskattat betydelsen av ständigt upprepade och tydliga signaler

om inriktningen av politiken. Sådana signaler förhindrar att osäkerhet uppstår om den svenska narkotikapolitikens inriktning samt ger stöd och legitimitet åt det regionala och lokala arbetet där politikens trovärdighet slutligen prövas. Det politiska engagemanget på det nationella planet har på detta sätt inte varit tillräckligt tydligt och synligt. Detsamma gäller Sveriges engagemang i det internationella narkotikapolitiska samarbetet.

Också vad gäller innehållet i den svenska narkotikapolitiken har kommissionen under utredningsarbetets gång sett stora brister. Inte minst gäller det brister i den struktur som finns för att bekämpa narkotikaproblemet, främst inom det förebyggande arbetet och inom den vård och behandling som i dag erbjuds missbrukare. Redan den omständigheten att allt fler ungdomar än tidigare har en mer tillåtande attityd till narkotika visar att en stor del av det förebyggande arbetet inte når fram. Sävitt gäller vård och behandling för narkotikamissbrukare är detta ett område som varit föremål för omfattande nedskärningar och nedprioriteringar i landets kommuner. På många håll har kontinuiteten i verksamheten gått förlorad och Narkotikakommissionen har också kunnat konstatera brister i kompetensen hos dem som arbetar med dessa frågor. Också inom kriminalvården har insatserna för att få narkotikamissbrukare i vård och behandling dragits ned.

Även myndigheterna på kontrollområdet har fått vidkännas stora nedskärningar och andra förändringar under senare år. Inom dessa myndigheter råder det emellertid inte någon oklarhet kring sådana fundamentala frågor som syfte, mål och medel för narkotikabekämpningen. Detta har lett till att det under senare år varit kontrollåtgärderna som fått dominera i praktiken även om det i den narkotikapolitiska debatten inte sällan varit vård och behandling, eller bristen därpå, som stått i fokus.

På detta sätt håller den viktiga balansen mellan olika insatser för att dämpa efterfrågan och minska tillgången på narkotika på att gå förlorad. Detta har enligt Narkotikakommissionen medfört att narkotikafrågan inte längre har en tydlig socialpolitisk profil. Denna brist är särskilt allvarlig eftersom den öppnar för ett mer privat synsätt på narkotikafrågan, ett område vars utveckling påtagligt påverkar sociala förhållanden för många människor.

Utvecklingen är särskilt tråkig eftersom den svenska politiken varit framgångsrik, även om de senare åren visat på oroande tecken till en försämring av resultaten. I knappt något med Sverige jämförbart land har medborgarnas inställning till narkotika varit så av-

visande, nyrekryteringen till missbrukarleden så begränsad och dödligheten bland unga missbrukare så låg. I knappt något annat land har den offentligt finansierade missbrukarvården varit så utbyggd som hos oss och det är få länder som har en motsvarighet till vårt socialpolitiska helhetsperspektiv på narkotikafrågan. Mödravård, barnavård, folkrörelser och andra myndigheter och organisationer har alla varit aktiva i narkotikaarbetet och resultatet har, som sagt, blivit gott.

Avsaknaden av ett narkotikapolitiskt engagemang liksom neddragningarna inom samtliga sektorer är därför mycket illavarslande.

Narkotikakommissionen kan inte finna annat än att det i dag finns ett allt för stort avstånd mellan narkotikapolitiken med dess högt ställda målsättning och den verklighet man möts av ute i samhället. Det är enligt kommissionens mening inte möjligt att upprätthålla trovärdigheten för politiken – som i sig är väl genomtänkt och balanserad – om den inte omsätts i praktiken. Det är t.ex. inte rimligt att en narkotikamissbrukare som är i behov av och vill ha vård inte kan få det. Att på det sättet offra människor på retorikens altare ter sig varken humant eller stå i överensstämmelse med grundsatserna för den svenska narkotikapolitiken att alla människor har rätt till ett värdigt liv och att ingen skall lämnas utanför den samhällsliga gemenskapen.

Enligt Narkotikakommissionens mening är situationen så allvarlig att man måste överväga om målsättningen även fortsättningsvis skall vara så högt ställd som i dag och om det finns möjlighet att inta en så kompromisslös inställning utan att fylla verksamheten med mer innehåll än vad som nu sker. Enligt kommissionens mening måste man välja mellan att anpassa praktiken till retoriken eller att sänka ambitionen med narkotikapolitiken för att anpassa den till dagens verklighet.

För att satsa ytterligare på narkotikaproblemet krävs politiskt mod. Såväl på central som på lokal nivå innebär det att ytterligare medel skjuts till narkotikaområdet, medel som skulle kunna ha satsats på andra områden. Det är lätt att föreställa sig de svårigheter som kan uppkomma i en kommun där valet står mellan att satsa medel på insatser för narkomaner och på andra angelägna sociala insatser. Det är också de prioriteringar kommunerna tvingats göra under senare år, vilket på flera håll lett till en kraftigt bantad narkomanvård.

Det svåra med att satsa på förebyggande arbete är att det är kostnadskrävande utan att ge några konkreta resultat på kort tid. När det gäller vård och behandling är det inte heller enkelt att presentera mätbara resultat. Det är givetvis svårare att politiskt motivera att man skall satsa stora resurser på sådana insatser där resultatet kanske kan förväntas först om flera år, och av vilka man kanske inte ens då kan mäta utfallet.

Den andra väg man kan välja är att inte satsa mer på narkotikafrågan än i dag, vilket för närvarande är det minst kostsamma alternativet. Det man då riskerar är att politiken med tiden kommer att förlora i trovärdighet. Är det så att man inte upprätthåller den lagstiftning som finns, inte förebygger att nya generationer ungdomar hamnar i missbruk och inte heller erbjuder den vård och behandling som krävs kommer narkotikasituationen enligt kommissionens bedömning att stadigt försämrats. Att med en sådan lösning påstå att man försöker uppnå målet om ett narkotikafritt samhälle låter sig inte göras.

Som kommissionen tidigare pekat på går det inte att föra en politik som ligger allt för långt från verkligheten. Vi skulle med en sådan utveckling tvingas in i samma situation som flera andra länder, nämligen att kompensera för de bristande åtgärderna genom att sluta ingripa mot alla narkotikabrott, öka andelen av skadereducerande åtgärder etc. för att politiken inte i sig skall bli repressiv och inhuman. Man kan nämligen på goda grunder anta, att ju mindre restriktiv politiken är desto fler och mer omfattande repressiva insatser kommer att krävas för att stävja den handel med narkotika och det ökade missbruk som kan antas bli följden.

I sammanhanget skall också lyftas fram att det som i dag kan te sig som ett billigare alternativ på sikt kan bli desto mer kostsamt. Man kan med 1990-talets utveckling i minnet befara att antalet ungdomar som prövar narkotika kommer att öka och därmed också antalet missbrukare. Förutom de ekonomiska konsekvenser som kommer att inträda på lång sikt kommer ett betydande mänskligt lidande att åsamkas alla dem som drabbas av ett ökat narkotikamissbruk.

Frågan i dag är alltså vilken väg Sverige bör ta.

Narkotikakommissionen lägger i detta betänkande fram förslag vars syfte är att skapa helhet och balans och att förstärka, förnya och utveckla den restriktiva narkotikapolitiken. Vi har, i vår prövande analys, inte funnit argument och fakta som talar för att det i något avseende skulle vara bättre för vare sig enskilda missbrukare

eller samhället i stort, med en politik som sänker garden mot narkotikamissbruk och narkotikahandel.

En annan sak är att *resultatet* av den nu förda svenska narkotikapolitiken skulle kunna vara – och måste bli – bättre. Trots det arbete som läggs ned på narkotikaproblemet kan vi i dag inte se någon minskning i vare sig utbud eller efterfrågan på narkotika. Antalet ungdomar som prövat narkotika har ökat under senare år liksom tillgången på narkotika. Detta är emellertid inte något som är speciellt för Sverige; utvecklingen har varit densamma världen över. I en internationell jämförelse är missbruket emellertid inte så utbrett att man kan säga att den svenska politiken misslyckats och därför borde förändras i grunden. Det finns helt enkelt inte något som talar för att dagens svenska situation skulle varit bättre om vi hade fört en mindre restriktiv politik.

Narkotikan hotar inte bara den enskilde missbrukarens hälsa och sociala situation utan påverkar även de närståendes liv på ett för dem ofta smärtsamt sätt. Förutom det stora mänskliga lidande som missbruket medför uppstår för samhället stora kostnader i form av i första hand sociala stödåtgärder, vård och behandling och insatser inom ramen för rättsväsendet. Den som missbrukar narkotika utgör i många fall dessutom en fysisk fara för andra människor, t.ex. genom att köra bil drogpåverkad. Inte minst den som använder narkotiska preparat och utför arbetsuppgifter inom bl.a. sjukvården eller i kollektivtrafik kan utgöra en stor säkerhetsrisk för andra.

Om missbruket tillåts breda ut sig är också risken för smittoeffekter påtaglig; narkotikamissbruk blir något accepterat, i vart fall i vissa grupper. Ett ökat antal missbrukare tar ytterligare resurser i anspråk vilket leder till en konkurrens om resurserna med andra för samhället viktiga funktioner.

Inte sällan framförs från de s.k. sporadiska missbrukare som använder t.ex. hasch, amfetamin eller ecstasy någorlunda regelbundet, att man har kontroll över den egna konsumtionen och att missbruket varken skadar en själv eller någon annan. Enligt deras mening bör samhället inte ingripa mot dem, eftersom de själva bör få bestämma över sin narkotikakonsumtion.

Det finns också de som förespråkar en avkriminalisering av användningen av cannabisprodukter. När det gäller cannabis har vi i Sverige en mer restriktiv syn än många andra länder. Denna inställning bygger framför allt på de undersökningar som ger belägg för uppfattningen att cannabismissbruk innebär en uppenbar risk för medicinska och sociala skadeverkningar.

Förutom de faror som ligger i att missbruka narkotika medverkar de som använder preparaten till att främja att det finns en tillgång på narkotika i samhället och till att den illegala handeln upprätthålls. Någon måste producera och sälja narkotikan till dem som använder den.

En viktig narkotikapolitisk uppgift är att förhindra etablerandet av miljöer där narkotika säljs och används mer eller mindre öppet. Missbruk beror på både tillgång och efterfrågan. Det finns starka skäl att påstå att om det är lätt att få tag på narkotika och om samhället har en tillåtande attityd så ökar antalet personer som prövar narkotika. Det vill säga att även människor vars sociala och psykologiska situation är gynnsam kommer att använda narkotika. Om det däremot krävs stora ansträngningar och man riskerar att bli upptäckt och gripen av polisen krymper rimligtvis antalet personer som prövar narkotika till dem som befinner sig i en mera utpräglad riskzon för missbruk.

När man talar om marknadsplatser för narkotika tänker man kanske i första hand på sådana utomhusmiljöer där injektionsmissbrukare rör sig. Men det finns i dag en rad andra sådana platser, låt vara att de inte är lika synliga som de mer traditionella missbruksmiljöerna, t.ex. klubbar, restauranger och diskotek, där det för i vart fall en viss krets personer är väl känt att man kan få tag på narkotiska preparat av olika slag. Man måste från samhällets sida ingripa också mot dessa miljöer för att inte riskera att narkotikamissbruket uppfattas vara mer acceptabelt för vissa kretsar än för andra.

Karaktäristiskt för narkotikapolitiken är att den inte gör någon åtskillnad mellan åtgärder som begränsar tillgången och efterfrågedämpande åtgärder. Som exempel brukar nämnas att polisens insatser mot gatulangningen primärt syftar till att begränsa handeln med narkotika men samtidigt får effekt på efterfrågan eftersom tydliga markeringar från polisens sida bidrar till att flertalet ungdomar avhåller sig från att pröva narkotika. Lagstiftningen, tullens och polisens insatser bygger på att dessa är förankrade i den allmänna opinionen som i sin tur påverkas av samhällets informations- och opinionsbildande insatser. Dessutom är kontrollåtgärderna beroende av socialtjänstens stöd- och behandlingsarbete. Olika typer av åtgärder förstärker och kompletterar sålunda varandra och är tillsammans ett uttryck för samhällets beslutsamhet att bekämpa narkotika.

Men varför är denna balans så viktig? Vad händer om man bestämmer sig för att slopa ett av de tre åtgärdsområdena?

Avvecklar man det förebyggande arbetet kan man förutse att allt fler unga kommer att pröva narkotika och också fastna i missbruk. Fler missbrukare kommer att belasta vårdgivarna och rättsväsendet, med ökade kostnader som följd. Från rent humanitära synpunkter är det inte rimligt att samhället avstår från att försöka förhindra unga människor från att börja använda narkotika. Det måste anses vara samhällets skyldighet att upplysa om vilka faror som är förenat med att använda narkotika och vilka sociala följder som kan uppstå om man använder sådana preparat.

På samma sätt vore det ödesdigert att lämna dem som fastnat i ett missbruk därhän genom att rusta ner vård- och behandlingsinsatserna. Att lämna missbrukare enbart till rättsväsendets olika insatser reducerar narkotikaproblemet till ett problem om kriminalitet och gör det svårare för den enskilde missbrukaren att få hjälp att upphöra med sitt missbruk. Som ett resultat av minskad vård och behandling kan samhällets åtgärder komma att bestå i att endast lindra de skador och det lidande som de enskilda missbrukarna åsamkas. Också en sådan utveckling vore otillräcklig. Narkotikakommissionen ser det å ena sidan som självklart att den enskilde missbrukaren skall erbjudas omvårdnad, sjukvård, smittskydd, boendestöd och andra sociala insatser utan att dessa insatser alltid kopplas till krav på omedelbar och/eller långvarig drogfrihet. Sådana insatser är och skall alltid vara ett naturligt inslag i narkotikapolitiken. Å andra sidan är det centralt att sådana insatser ingår i en helhet där narkomanvården har resurser att samtidigt erbjuda insatser som bygger på drogfrihet. Mer omvårdande insatser skall finnas som ett viktigt inslag i en human och restriktiv narkomanvård och inte som en billig ersättare för mer resurskrävande insatser.

Om man slutligen bestämmer sig för att avstå från att vidta kontrollåtgärder är det rimligt att anta att tillgången på narkotika skulle öka. Eftersom det finns en växelverkan mellan efterfrågan och tillgång ligger det nära till hands att antalet personer som prövar narkotika skulle öka om tillgången ökade. Om kontrollåtgärderna dessutom slopas utan att man avkriminaliserar bruket av och handeln med narkotika förlorar de straffrättsliga bestämmelserna sin trovärdighet.

Rättsväsendet står för de repressiva inslagen i den svenska narkotikapolitiken. Kanske är det också dessa som syns mest i mass-

media och på annat sätt och därför får en framträdande roll. Vidare är resultatet av kontrollinsatserna mer konkret och lättare att föra statistik över än resultatet av förebyggande arbete och behandlingsinsatser.

När det gäller polisens arbete på gatuplanet och tullens arbete mot ungdomar som smugglar narkotika finns på de flesta håll ett väl utvecklat samarbete med socialtjänsten. Det kan dock konstateras att detta samarbete på flera håll minskat under senare år. Kommissionen har inte kunnat se att det skulle bero på några misshälligheter eller lagliga hinder myndigheterna emellan, utan är troligen ett resultat av förändrade prioriteringar.

Vidare har balansen mellan de olika åtgärdsområdena om inte gått förlorad, så förskjutits. I dag haltar tyngden av insatserna; framför allt är det förebyggande arbetet liksom vård- och behandlingsinsatserna försvagade. Som tidigare nämnts gör detta att kontrollåtgärderna fått en dominerande ställning, i vart fall de åtgärder som vidtas mot den mindre grova brottsligheten och missbrukandet.

Narkotikakommissionen har sett som en av sina huvuduppgifter att återställa balansen i den svenska narkotikapolitiken. Detta kan enligt kommissionens mening endast åstadkommas genom en förstärkning av det förebyggande arbetet och av vård- och behandlingsinsatserna, inte genom att trappa ner på de åtgärder som syftar till att minska tillgången på narkotika. Balansen måste enligt kommissionens mening gälla på en hög – och inte på en låg – nivå.

Vår bedömning är att varken det engagemang eller de resurser som i dag läggs ned på central, eller lokal, nivå är tillräckliga. Förvisso vidtas en lång rad åtgärder och frågan om att bekämpa narkotikaproblemet tillhör inom flera myndigheter de frågor som är prioriterade. Men inte minst den ökade tillgången liksom den ökade efterfrågan på narkotika visar enligt kommissionens mening att det krävs ytterligare insatser på samtliga områden för att politiken skall kunna hävda sig och ge bättre resultat.

Det är också tydligt att det inte räcker med att man från politiskt håll framhåller att frågan är viktig och prioriterad i budgetpropositioner och andra dokument. Det krävs också konkreta och synliga handlingar, främst i form av ökade resurser och ökad uppmärksamhet från såväl statligt som kommunalt håll.

Om detta inte sker kommer Sverige inte att kunna anses fylla den högt uppställda målsättningen med det innehåll som krävs för att man i vart fall skall kunna säga att man försöker uppnå målet

om ett narkotikafritt samhälle. Är man från politiskt håll – såväl centralt som lokalt – inte beredd att göra en sådan förstärkt satsning kommer narkotikapolitiken att förlora trovärdighet, såväl inom landet som internationellt. Som Narkotikakommissionen ser det krävs då en omprövning av den svenska narkotikapolitiken, i praktiken att man sänker målsättningen till den nivå som det är realistiskt att man kan uppnå utifrån de resurser som avsätts.

Oavsett vilken hållning till narkotika man väljer finns det alltid risker för att legitimiteten i den politik man valt ifrågasätts. Här utgör den svenska restriktiva narkotikapolitiken inte något undantag, tvärtom. Bara den omständigheten att narkotikapolitiken utgör en förbudspolitik – med en minskad individuell handlingsfrihet – ställer den på prov.

Det har dock under lång tid rått en mycket stark enighet kring den svenska narkotikapolitiken. Tvärs igenom alla politiska partier och åsiktsriktningar liksom bland en stor majoritet av befolkningen finns en enighet om att all icke-medicinsk användning av narkotika är oacceptabelt.

Narkotikapolitikens vision om ett samhälle fritt från narkotika är sprungen ur insikten om de skador och det lidande som narkotikan åsamkar både enskilda och samhälle. Mot denna vision ställs ständigt den obändiga och vildvuxna verklighet som vårt dynamiska samhälle utgör. I denna verklighet kan visionen om ett samhälle fritt från narkotika vara en tillgång i det vardagliga arbetet mot narkotika. Visionen ger en djup och stark socialpolitisk mening och riktning för vardagslivet i föreningar, familjer, myndigheter och hos enskilda medborgare.

Vi inser och accepterar att det inte finns några förslag, eller någon politik, som på kort sikt kan göra samhället narkotikafritt. Denna acceptans av verklighetens tillstånd innebär dock inte på något sätt att vi avstår från att lägga förslag till åtgärder som vi anser kan förändra och förbättra situationen.

Det starka försvaret för visionen kan emellertid också ha bidragit till en konformism och en rädsla för diskussion. Det är i dag svårt att uttrycka en åsikt i någon som helst narkotikarelaterad fråga utan att genast bli placerad i ett fack; antingen är man politiskt korrekt eller så är man narkotikaliberal. Är man det senare avfärdas ofta synpunkterna med att de just är narkotikaliberala utan att någon vidare argumentation förs kring den politik som råder. Enligt Narkotikakommissionens mening är detta tillstånd olyckligt. Det är genom att föra en öppen och fri

debatt som politiken faktiskt kan vinna trovärdighet bland ungdomar och andra medborgare.

Man skall inte sticka under stol med att det finns risker med att föra en så kompromisslös narkotikapolitik som vi i Sverige valt att göra.

En stor risk är den stämpling av missbrukare som kan ske, då allt bruk av narkotika utgör en kriminell handling. Inte bara kan missbrukaren stämplas som kriminell utan även som en person med svag karaktär och bristande förmåga att sköta sitt eget liv. I och med att all användning av narkotika är kriminaliserad riskerar också de ungdomar som endast prövat narkotika någon eller några gånger, att stämplas som narkotikamissbrukare eller kriminella.

Narkotikakommissionen kan emellertid inte se att detta fenomen skulle skilja sig från risken för stämpling vad gäller personer som begår andra typer av brott eller har andra sociala problem. Det gäller emellertid att arbeta med attityderna till problemen, vilket man enligt kommissionens mening gör bäst genom att sprida kunskap och kompetens både bland allmänheten och bland dem som styr och arbetar inom samhällets olika verksamheter.

Vidare skall det förbjudnas lockelse inte underskattas som ett riskmoment; generation efter generation ungdomar har i sin frigörelseprocess sökt sig till det som vuxenvärlden förbjudit. Det är därför viktigt att man inom ramen för det förebyggande arbetet öppet och tydligt redogör för ungdomarna varför vuxenvärlden tar avstånd från narkotika, för farorna för den enskilde såväl fysiskt som socialt liksom för de konsekvenser för samhället som utbredningen av narkotikamissbruket kan föra med sig.

Det finns också risker med att föra upp narkotikafrågan så högt på den politiska dagordningen som Narkotikakommissionen anser att den hör hemma. En sådan risk är att för mycket fokus sätts på narkotikan i sig i stället för på mer allmänna välfärdsfrågor.

Narkotikakommissionen anser emellertid som framgått att ytterligare satsningar måste göras. Det gäller här inte att återgå till något som en gång varit, utan att möta de krav som dagens situation – och framtidens – kan komma att ställa.

I det följande lämnar Narkotikakommissionen sina förslag till hur en starkare och tydligare styrning av narkotikafrågan skall kunna komma till stånd. Därefter lämnar kommissionen förslag till hur de tre delmålen bättre skall kunna uppfyllas. Sålunda lämnas förslag till en strategi för det förebyggande arbetet, förbättrade

vård- och behandlingsinsatser samt till effektiviseringar av kontrollen av narkotika.

3 Styrning, ansvar och samordning

Narkotikakommissionens bedömning: Det är nödvändigt med en starkare prioritering, tydligare styrning och bättre uppföljning av narkotikapolitiken och av de konkreta insatserna på alla nivåer, från det lokala arbetet i kommuner och landsting till regeringens arbete. Kommissionen föreslår dock inte några grundläggande förändringar avseende den rådande ansvarsfördelningen när det gäller arbetet med narkotikafrågorna.

3.1 Partnerskap för ökad samverkan

En av de grundläggande slutsatserna som Narkotikakommissionen dragit av sitt arbete är att det finns behov av en tydligare struktur när det gäller ansvaret för att samordna och följa upp insatserna mot narkotikan. Det behövs också ett mer aktivt agerande för att driva på utvecklingen av de narkotikapolitiska frågorna. Vi har konstaterat att det i dag inte finns någon naturlig samlade instans på myndighetsnivå som kan leda en sådan utveckling. Narkotikakommissionens bedömning är att regeringen måste ta ansvaret för en sådan kraftsamling. Narkotikakommissionen föreslår därför att regeringen tar initiativ till en utveckling av insatserna mot narkotika i enlighet med våra förslag och bedömningar.

Förslagen innefattar ett förstärkt narkotikapolitiskt ledarskap där regeringen tar en mer aktiv roll både nationellt och internationellt, en modell för förstärkta lokala insatser och förbättrad lokal samordning och en mer aktiv roll för de centrala myndigheterna när det gäller utveckling av metod- och kompetensfrågor. Förslagen bygger på den ansvarsfördelning som gäller i dag beträffande narkotikafrågorna och avser att stärka samverkan och samordning och utveckla resurserna. Narkotikakommissionen har gjort bedömningen att detta inte kan uppnås genom detaljerad lagstiftning

eller andra fasta regler. För att en sådan utveckling skall bli möjlig krävs i stället att ett partnerskap utvecklas mellan dem som är berörda och har ansvar för narkotikafrågorna.

Rent konkret kan en ny offensiv mot narkotikaproblemen inledas med att regeringen tillsammans med berörda myndigheter, Kommunförbundet, Landstingsförbundet och frivilligorganisationer genomför nationella och regionala konferenser som en startpunkt för ett partnerskap och ett förstärkt arbete på alla områden. Om den framtida narkotikapolitiken skall ha en möjlighet att nå framgång krävs ett ökat engagemang på alla nivåer i samhället, en utveckling av de professionella insatserna och ett fortsatt brett stöd. Utvecklingen är ytterst beroende av om de narkotikapolitiska insatserna också kan upprätthållas på lång sikt. Hur man kan förverkliga en sådan långsiktig lösning bör vara temat för den inledande konferensserien.

3.1.1 Narkotikapolitiken har blivit tydligare

Narkotikakommissionen bedömer att den svenska narkotikapolitiken har varit relativt framgångsrik. Det finns naturligtvis flera skäl till detta men två områden har enligt kommissionens bedömning varit avgörande för utvecklingen. För det första har vi i Sverige lyckats nå en samsyn när det gäller attityder till narkotikamissbruk och vilka mål och medel som skall gälla. I de flesta länder är det vanligt med stora motsättningar när det gäller de narkotikapolitiska frågorna. Denna samsyn, tillsammans med en tydlig struktur när det gäller ansvar, har lett till att myndigheter, kommuner, organisationer och allmänhet dragit åt samma håll. Denna enade hållning har troligen i sin tur förstärkt den negativa opinionen till all icke-medicinsk narkotikaanvändning.

För det andra har den svenska politiken byggt på en humanitär bas som kunnat omfattas av de flesta och den förda politiken har till synes haft framgång genom att narkotikaproblemen varit mindre än i många andra jämförbara länder. Det har gjort att de narkotikapolitiska insatserna har varit trovärdiga.

Under utredningens gång har kommissionen fått många rapporter om att denna struktur har försvagats och att det omfattande samarbetet mellan ansvariga instanser försämrats under senare år. Narkotikakommissionen har också mötts av många beskrivningar om bristande resurser. Polis och tull har gått igenom stora omor-

ganisationer och fått minskade resurser. Från kommunerna rapporteras om att det förebyggande arbetet har minskat och att missbrukarna inte får den vård de behöver. Inom kriminalvården har beläggningen och andelen missbrukare ökat samtidigt som behandlingsinsatserna minskat. Inom sjukvården har man färre platser för avgiftning och det finns stora problem i samarbetet mellan missbrukarvården och psykiatrin.

När man som Narkotikakommissionen har en granskande uppgift är det lätt att leta efter och redovisa sådant som är negativt. Vi vill därför framhålla att vi under arbetets gång också har träffat många politiker, tjänstemän, vårdpersonal och enskilda som arbetar frivilligt och som med stort engagemang har lyckats utveckla framgångsrika insatser. Konkreta erfarenheter från dessa goda exempel ingår i kommissionens underlag till förslagen.

Ett särskilt problem i kommissionens arbete har varit att det finns ett bristande underlag när det gäller att nationellt bedöma den narkotikapolitiska utvecklingen. I delbetänkandet *Narkotikastatistik* (SOU 1999:90) har Narkotikakommissionen redovisat analys och förslag till hur rapporteringen om narkotikautvecklingen skall kunna förbättras.

Ett annat problem i sammanhanget är att bilden av insatserna mot narkotikamissbruket skiljer sig så kraftigt åt mellan olika kommuner. Ytterst handlar detta naturligtvis om vilka prioriteringar som gjorts i respektive kommuner och landsting.

Som ett sätt att ändå få en uppfattning om utvecklingen när det gäller narkomanvården har kommissionen låtit genomföra en studie av narkomanvårdens utveckling i tre regioner i Sverige (PM nr 9). Av denna rapport framgår bl.a. att en nedrustning av vården ägde rum i de aktuella kommunerna under början av 1990-talet. Stora omorganisationer och förändrade styrmedel bidrog tillsammans med en nedgång av nyrekryteringen till narkotikamissbruk till att kommunerna skar ned sina insatser. Dessutom minskade det övergripande samarbetet mellan olika myndigheter högst betydligt i omfattning.

Under andra halvan av 1990-talet ökade åter narkotikamissbruket vilket har lett till att kommunerna har sett sig tvungna att öka sina insatser. Tyvärr har mycket av den kompetens som byggts upp i kommunerna försvunnit varför behovet av kompetensutveckling har ökat. Detta behov understryks av att det råder brist på socialarbetare. Denna brist kommer enligt många bedömare att förvärras under kommande år.

Det är kommissionens uppfattning att resurserna för insatser mot narkotikan har minskat under 1990-talet och att narkotikafrågorna måste prioriteras i större utsträckning än som är fallet i dag. Det är också kommissionens uppfattning att resurserna kan samordnas och utnyttjas på ett mer effektivt sätt.

3.1.2 Nationell ledning behövs

Narkotikaproblemet påverkar hela samhället och kräver också insatser på alla nivåer. Narkotikakommissionen anser att det är nödvändigt att alla aktörer ser narkotikafrågan ur ett helhetsperspektiv och tillämpar ett långsiktigt strategiskt tänkande kring såväl politikens utformning som dess genomförande. Dessutom krävs enligt kommissionens uppfattning en struktur för samordning och uppföljning.

Ansvar för att genomföra politikens olika delar ligger på myndigheter och organisationer på lokal, regional och central nivå. Kommunerna har ansvaret för förebyggande insatser samt för socialtjänstens missbrukarvård, landstingen för att förebygga ohälsa, för sjukvård och medicinskt inriktad missbrukarvård och staten – genom ett antal myndigheter – för tvångsvård, kriminalvård och rättsväsendets övriga insatser. Regeringens och riksdagens styrning av inriktningen på verksamheterna sker, förutom genom lagstiftning, främst genom budgetpropositioner och regleringsbrev men också genom policyuttalanden. Regering och riksdag har mindre möjligheter att påverka frågor om prevention liksom om vård och behandling än de frågor som ligger under rättsväsendets mer regelstyrda verksamheter. Det kommunala och landstingskommunala ansvaret innebär vidare att ambitionsnivån och engagemanget varierar kraftigt kommunerna emellan.

Ett stort antal myndigheter och organ på olika nivåer har således att genomföra narkotikapolitiken. Samordning och samverkan av insatser sker i viss omfattning sektorsvis eller lokalt, men en central samordning utifrån det för narkotikapolitiken så viktiga helhetsperspektivet saknas. Därmed sker inte heller någon övergripande uppföljning eller utveckling av de insatser som vidtas och heller ingen värdering av hur de påverkar varandra.

Narkotikakommissionen menar att ansvaret på olika nivåer måste göras tydligare och att utvecklingen i landet bättre behöver följas upp. Kommissionen har övervägt olika alternativ för att

åstadkomma detta. Enligt Narkotikakommissionens mening finns det trots den splittrade bild som råder inte skäl att göra några förändringar avseende den grundläggande ansvarsfördelningen för narkotikafrågorna. Inte heller bedömer kommissionen att en mer detaljerad lagstiftning skulle kunna bidra till en konstruktiv samverkan mellan olika aktörer. Samverkan bör i stället utgå från en analys av varje aktörs möjligheter att bidra till arbetet, av vilka vinster som finns med bättre samverkan samt möjligheterna att utveckla metoder, kunskap och kompetens. Initiativet till en sådan samverkan – ett aktivt partnerskap – bör enligt kommissionen tas av regeringen, som också skall svara för en samlad uppföljning av insatserna.

3.2 Kommunens övergripande ansvar

Narkotikapolitiken utgår i dag från ett tydligt kommunalt ansvar för både det förebyggande arbetet och för vården av narkotikamissbrukare.

I 11 § socialtjänstlagen (1980:620) preciseras kommunernas ansvar beträffande åtgärder mot missbruk genom att kommunernas socialnämnder ges följande skyldigheter.

Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) regleras sjukvårdens skyldighet att ge människor god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Hälso- och sjukvården har också ett ansvar för att förebygga ohälsa.

Det finns alltså ett dubbelt ansvar, både för förebyggande insatser och för vård- och behandling. Även i många andra författningar, bland annat i dem som rör skolans och polisens

arbete, finns markerat en skyldighet att arbeta för att förebygga ohälsa, missbruk och kriminalitet.

Socialtjänstlagen ålägger emellertid kommunen ett särskilt ansvar genom socialtjänstlagens § 3 som stadgar att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

3.3 Lokala narkotikapolitiska strategier

Narkotikakommissionens förslag: Kommuner och landsting bör utveckla lokala strategier som omfattar hela det narkotikapolitiska området.

Ett effektivt narkotikapolitiskt arbete måste utgå från ett helhetsperspektiv på alla individers levnadsvillkor och rymma insatser inom barnomsorg, skola, fritidsverksamhet och arbetsmarknad såväl som inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och rättsväsendet. Narkotikafrågor behöver ges politisk prioritet och lokalsamhällets resurser mobiliseras, eftersom huvuddelen av dessa insatser genomförs på det lokala planet. Narkotikakommissionen anser att det är nödvändigt att kommuner och landsting utvecklar sitt arbete utifrån en klar och tydlig strategi som är fastställd i respektive politiska ledningar och som klart beskriver mål, ansvar och resurser.

De flesta kommuner har redan i dag någon form av alkohol- och narkotikaprogram för sitt arbete i form av drogpreventiva program och vårdresursplaner. Det förebyggande arbetet kan också rymmas inom kommunens ungdomsplan, ingå i arbetet med s.k. välfärds- och barnbokslut eller utgöra en del av det brottsförebyggande arbetet. Oavsett hur man väljer att gå till väga är det viktigt att det i varje kommun finns fastställda riktlinjer för hur arbetet skall bedrivas och att såväl förebyggande insatser som vård och behandling behandlas.

Detta är av såväl lokalt som nationell intresse. Sett ur ett lokalt perspektiv markerar en fastställd handlingsplan att frågan prioriteras politiskt och för den centrala nivån ger de kommunala planerna möjlighet att följa arbetet på lokal nivå och skapa nationell överblick.

3.3.1 De lokala strategiernas grunddrag

De lokala strategierna bör fungera som övergripande styrdokument där pågående och planerade insatser för hela det narkotikapolitiska området beskrivs. Ambitionsnivån, liksom val av insatser och metoder, är upp till varje kommun att bestämma utifrån de lokala förutsättningar som råder, men såväl långsiktiga som kortsiktiga mål för verksamheten bör tydligt framgå liksom hur arbetet skall bedrivas, organiseras, utvärderas och finansieras. Narkotikakommissionen anser vidare att staten i största möjliga utsträckning skall bistå kommunerna och landstingen i upprättandet av de lokala strategierna, inte minst genom att bidra till utveckling av metoder och kompetens.

Det är Narkotikakommissionens uppfattning att lokala narkotikastrategier bör:

- utgå från den *lokala situationen* samt bygga på en kartläggning av den lokala narkotikamarknaden och missbrukssituationen samt en problem- och resursinventering i kommunen,
- utgå från en *helhetsyn* på barns, ungdomars och vuxnas villkor och omfatta ett brett spektrum av socialpolitiska åtgärder, alltså inte bara sådana insatser som direkt syftar till att förebygga missbruk av alkohol och narkotika bland invånarna,
- vara väl *förankrat* i den politiska ledningen och kommunens alla förvaltningar inklusive hos hälso- och sjukvården, frivilligorganisationerna och andra samarbetspartners,
- utarbetas i *samverkan* mellan olika förvaltningar och kommunala instanser liksom med andra myndigheter, landsting, näringsliv, organisations- och föreningsliv samt andra aktörer i närsamhället,
- tydligt ange hur *styrning och samordning* fungerar och var ansvaret för såväl helheten som enskilda verksamheter ligger och att den operativa organisationen har en så bred sammanfattning som möjligt,
- omfatta organisationens hela *ansvar* när det gäller narkotikafrågorna, dvs. i kommunernas fall skall både det förebyggande arbetet och vårdområdet inkluderas i samma strategi,
- i möjligaste mån utgå från ett *teoribaserat synsätt* och bygga på metoder som är vetenskapligt utvärderade,
- inrymma en plan för kunskapsutveckling och informationsförmedling,

innefatta ett system för dokumentation och utvärdering av de insatser som görs. I utvärderingar av verksamheten är det viktigt att även uppmärksamma förändringar inom andra samhällsområden som kan ha konsekvenser för barn och ungas välfärd och för missbruksutvecklingen, utformas inom ordinarie verksamhet och endast undantagsvis i projektform.

Narkotikakommissionen vill i detta sammanhang peka på vikten av att frivilligorganisationerna uppmärksammas i dessa strategier och att ansvar och resursfrågor tydligt regleras.

I följande avsnitt av detta kapitel behandlas huvudsakligen ansvars- och samarbetsfrågor. Det mer konkreta innehållet i de olika insatserna behandlas i de följande kapitlen.

3.3.2 Lokala och regionala kartläggningar

Narkotikakommissionens förslag: Lokala och regionala kartläggningar av narkotikasituationen och narkotikamissbruket bör upprättas som en del av de lokala narkotikapolitiska strategierna.

Det är väsentligt både för det förebyggande arbetet och för att kunna bedöma behovet av vård- och behandlingsinsatser att det inom kommunen finns god kunskap om narkotikamissbrukets omfattning och om hur det kommer till uttryck, hos den enskilda individen, i grupper och i kommunen som helhet. Sådana kartläggningar är också nödvändiga om man skall kunna utvärdera i vilken utsträckning man har lyckats komma i kontakt med de missbrukare som finns i kommunen. De lokala kartläggningarna bör genomföras i samverkan med alla de olika sektorer i samhället som har kontakt med missbrukare och med ungdomar. En förutsättning för att lokala kartläggningar skall kunna utvecklas är att någon instans i kommunen avsätter tillräckliga resurser för att sammanställa och analysera den information som kommer in.

Narkotikakommissionen har i delbetänkandet *Narkotikastatistik* (SOU 1999: 90) behandlat vikten av att socialtjänsten har en bild av missbrukets omfattning i kommunen och att det görs lokala kartläggningar av narkotikamissbrukets omfattning. Det är angeläget att metoder för lokala och regionala kartläggningar utarbetas på ett sådant sätt att de blir jämförbara mellan olika

kommuner och regioner och också kan användas för att bidra till att ge en bild av narkotikasituationen i landet. I delbetänkandet föreslår kommissionen att Folkhälsoinstitutet skall medverka till att utveckla metoder för kartläggningarna.

3.3.3 Riktlinjer för det förebyggande arbetet

Narkotikakommissionens bedömning: I de lokala narkotikapolitiska strategierna är det viktigt att riktlinjer och mål för det förebyggande arbetet inom verksamhetsfält såsom skola/fritid, socialtjänst, barnomsorg, och hälso- och sjukvård finns tydligt angivna.

Undersökningar visar att i kommuner där det finns ett väl förankrat och genomtänkt ungdomsarbete påverkas ungdomars hälsa, hälsovanor och riskbeteenden i positiv riktning. Ett utvecklat samarbete mellan olika instanser gör det också lättare att nå ungdomar i riskzon eftersom det finns fler utarbetade samarbetskanaler. Det är därför viktigt att involvera så många aktörer och verksamheter som möjligt och samordna insatserna i en gemensam lokal strategi. Det förebyggande arbetet kan nå resultat först när tillräckligt många individer med olika funktioner i samhället känner att arbetet är angeläget och angår dem och deras verksamhet samt verkar efter gemensamma riktlinjer.

Strategin bör innehålla en beskrivning av hur samarbetet mellan skola, fritidsverksamhet, fältarbetare, närpolis, socialtjänstens ungdomsenhet etc., är organiserat och hur ansvarsfördelningen ser ut. Den bör vidare innehålla strategier för hur policy- och handlingsplaner kan upprättas på enskilda skolor och arbetsplatser och inom föreningslivet samt för samverkan med lokala brottsförebyggande råd.

3.3.4 Ansvar och samverkan inom vård och behandling

Narkotikakommissionens bedömning: Socialtjänsten bör även i fortsättningen ha det övergripande ansvaret för missbrukarvården. Kommissionen betonar vikten av att de lokala narkotikapolitiska planerna inkluderar vård och behandling och klara riktlinjer för samverkan med andra parter.

3.3.4.1 Socialtjänsten bör även i fortsättningen ha det övergripande ansvaret

De tre aktörer som huvudsakligen är berörda när det gäller vård och behandling av narkotikamissbrukare är socialtjänsten (inkluderande tvångsvård enligt LVM), sjukvården och kriminalvården.

Kommunernas socialtjänstorganisation är i dag delvis splittrad och fragmentarisk, samtidigt som insatser för missbrukare kräver överblick och integration. Det har i debatten ibland framförts önskemål om att staten skall ta ansvar för den specialiserade missbrukarvården. Två skäl har framförts för detta. För det första har det framhållits att det i dag finns oacceptabla skillnader mellan kommunerna när det gäller insatsernas omfattning och kvalitet och man menar att ett statligt huvudmannaskap skulle ge mer enhetliga bedömningar och också ge utrymme för en mer systematisk metodutveckling. För det andra har det framhållits att det är önskvärt att staten tar det ekonomiska ansvaret för den specialiserade missbrukarvården och i konsekvens därmed också ansvarar för dess genomförande.

Ett annat förslag som framförts är att hälso- och sjukvården (landstingen) skall ha huvudansvaret för missbrukarvården. Avsikten med detta skulle vara att uppnå bättre samordning mellan avgiftning och andra behandlingsinsatser och att en del av hindren för samverkan med psykiatrin skulle undanröjas i och med att en huvudman hade det samlade ansvaret. Det har också påpekats att landstingen har bättre möjligheter att utveckla vårdalternativ än vad framför allt de mindre kommunerna har.

Narkotikakommissionen anser att det övergripande ansvaret för missbrukarvården även i fortsättningen skall åvila socialtjänsten. Det är nödvändigt att ett socialt helhetsperspektiv läggs på behandlingsinsatser. Ofta behövs dessutom omfattande sociala stödinsatser och ett långsiktigt uppföljningsarbete. Socialtjänsten har i

dag det lagstadgade ansvaret för sådana insatser och är enligt Narkotikakommissionens uppfattning bäst lämpad att ansvara för dessa uppgifter.

3.3.4.2 Socialtjänsten, sjukvården och kriminalvården måste samarbeta om strategier

Både när det gäller tidiga insatser och vård och behandling av de tyngsta missbrukarna är det nödvändigt med en god och effektiv samverkan mellan olika samhällsorgan. Socialtjänsten har ett huvudansvar för vård och behandlingsinsatser för narkotikamissbrukare, men också många andra instanser är berörda; i första hand sjukvården. Som framgår av kapitel 6 är en stor del av missbrukarna också aktuella inom kriminalvården. Missbruket är ofta förknippat med sociala eller andra problem och därför blir det också ofta nödvändigt med ett omfattande samhällsstöd under rehabiliteringen. Missbrukarna får ibland ett otillräckligt stöd och insatserna blir inte sällan splittrade och ineffektiva genom att det råder oklarheter om ansvars- och kostnadsfördelning. Handlar det om tidiga insatser är det viktigt med snabba reaktioner och ett snabbt insatt stöd, vilket kräver att goda kontakter är upparbetade och att berörda inom primärvården, skolhälsovården, företagshälsovården, frivilliga organisationer m.fl. vet till vilka andra instanser de kan vända sig för att ge ett lämpligt stöd.

Vårdinsatserna skall primärt utgå från och fokusera på missbruksbeteendet, men det är också nödvändigt att man samtidigt och parallellt gör det möjligt att bearbeta klientens övriga problem och svårigheter. Detta förutsätter i regel att en reell samverkan kommer till stånd mellan olika vårdgivare och samhällsinstanser om enskilda individer.

För att reell samverkan skall kunna ske både när det gäller dimensionering av resurser och samarbete kring enskilda klienter måste det finnas avtal eller andra överenskommelser om vårdansvar, betalningsansvar och ansvar för uppföljning.

Kommunerna bör få ett tydligt ansvar också när det gäller att samarbetsavtal upprättas med andra huvudmän. Detta innebär inte att kommissionen föreslår några förändringar i det ansvar som i dag åvilar olika myndigheter, men i de fall samarbetet inte fungerar är det kommunen som genom sitt övergripande ansvar har att verka för att en fungerande samverkan kommer till stånd.

För sjukvården bör sjukvårdshuvudmannen på motsvarande sätt ansvara för att avgiftning, sjukvård och psykiatri motsvarar behovet och tydligt redovisa inriktning, mål och resurser i en plan eller policy.

Kommissionen har också i kapitlet om kriminalvård föreslagit att frivården bör ta ett tydligare ansvar för att tillsammans med kommunerna utarbeta handlingslinjer och modeller för att utveckla kontraktsvården.

Om mål och resurser redovisas på ett tydligt sätt så att de blir vägledande för den egna personalen underlättar det samarbetet med andra huvudmän. Det blir på så sätt klart för alla inblandade vem som ansvarar för vad och vilka resurser som finns tillgängliga. Ett väl utvecklat samarbete kommer också att locka till en ökad effektivisering och på sikt minska kostnaderna för alla parter.

3.3.4.3 Utveckling av samverkan och professionella nätverk

Erfarenheten visar dock att enbart det faktum att det finns avtal om samverkan inte garanterar att samarbetet fungerar när det gäller enskilda klienter.

Det finns dock möjligheter att utveckla samverkan. I några fall har man goda erfarenheter av att man också samlokaliserar resurserna rent fysiskt i en beroendeklinik som drivs gemensamt av kommun och landsting. Exempel finns också på att även kriminalvården och arbetsförmedlingen medverkar genom att ha personal på plats. Andra sätt att lösa frågan om samverkan visar att det väsentliga är om man lyckas bygga upp fungerande professionella nätverk. Några kännetecken på sådana är att de har sanktion från den politiska och administrativa ledningen, att beslutsvägarna är korta, att man har en gemensam grundsyn, att det finns klara principer kring frågor rörande betalnings- och vårdansvar och att verksamheten kontinuerligt följs upp.

En väsentlig del av innehållet i de lokala strategierna blir att utforma, organisera och följa upp samverkan mellan socialtjänsten och andra instanser.

3.4 Den regionala nivån

Narkotikakommissionens förslag: Länsstyrelserna bör, utifrån en samlad analys av länets utvecklingsbehov, få ett ökat ansvar för metod- och kompetensutveckling.

Även om huvudansvaret för en stor del av den praktiska verksamheten med narkotikarelaterade frågor ligger på den lokala nivån finns behov också av regional samordning. Landstingen, polismyndigheterna, kriminalvården och rättsväsendet i övrigt, vilka alla har viktiga uppgifter inom det narkotikapolitiska fältet, omfattar normalt flera kommuner.

Länsstyrelserna utövar bl.a. tillsyn över socialtjänstens individärenden och har därmed också ansvaret för tillsynen av missbrukarvården. Länsstyrelserna har ett utvecklingsansvar i och med att de skall fördela utvecklingsmedel både till förebyggande insatser och till vårdområdet. Eftersom allt utvecklingsarbete bör baseras på en analys av behov och brister bör länsstyrelserna också få ett utökat uppföljnings- och analysansvar kopplat till ett ansvar för en mer samlad kompetens och metodutveckling i sina respektive län.

Kommissionen föreslår att länsstyrelserna får i uppdrag att göra samlade uppföljningar av narkotikarbetet länsvis utifrån kommunernas drogstrategier. Detta bör bli ett viktigt instrument för att följa den kommunala utvecklingen länsvis, men också ett medel för analys av utvecklingsbehov. När det gäller analys och genomförande av utvecklingsinsatser är det enligt kommissionens uppfattning en förutsättning att dessa görs i nära samverkan med de aktuella kommunerna, landstingen och Kommunförbundets länsförbund samt med centrala myndigheter. Länsstyrelsen kan här fungera som en samordnare, i första hand när det gäller insatser från de statliga myndigheterna i ett län. Ett aktivt partnerskap förutsätter en dynamisk dialog mellan centrala instanser och kommunala och regionala organ. Avsikten är ju bland annat att de kommunala strategierna skall konkretisera hur man på det lokala planet skall utforma insatser som står i samklang med de nationella narkotikapolitiska målen. Samtidigt är det viktigt att det blir fråga om en kommunikation så att erfarenheter och synpunkter från det lokala planet kan föras upp och tas tillvara på den nationella nivån. Därigenom kan man också fortlöpande få kunskap om sådana förhållanden där statliga åtgärder kan behövas. Länsstyrelserna får

därmed en central roll i utvecklingen och uppföljningen av de lokala narkotikapolitiska strategierna.

Det är angeläget med ett närmare samarbete mellan forskningsmiljöer och den praktiska verksamheten, i första hand gäller detta missbrukarvårdens område, men det är viktigt även för det förebyggande arbetet. Länsstyrelserna bör ta initiativ till, att som ett led i sitt ansvar för utvecklingsinsatser, förmedla samarbete mellan kommuner och landsting å ena sidan och de högskolor och forsknings- och utvecklingsenheter som finns inom länet å andra sidan. Länsstyrelserna bör också ta initiativ när det gäller att utveckla professionella nätverk på regional nivå.

3.5 Den nationella nivån

3.5.1 Myndigheter

Narkotikakommissionens bedömning: De statliga myndigheterna bör aktivt bistå kommuner, landsting och andra lokala aktörer i det lokala utvecklingsarbetet. För att möjliggöra ett sådant stöd och för att förbättra analysen av den nationella utvecklingen inom det narkotikapolitiska området bör samverkan mellan de ansvariga myndigheterna intensifieras.

Utvecklingen för centrala myndigheter har gått mot en koncentration på uppföljnings- och tillsynsuppgifter. Kommissionen har inga invändningar mot en sådan utveckling. Uppföljning och tillsyn kan generera betydande kunskap om utvecklingen på det lokala planet inom respektive myndighets ansvarsområde. Kommissionen vill peka på vikten av att denna kunskap inte stannar hos den centrala myndigheten utan kan återföras till de lokala aktörerna. I den processen är det de centrala myndigheternas ansvar att ur ett helhetsperspektiv analysera erfarenheterna och dra slutsatser om behov och möjligheter till metod- och kompetensutveckling. Detta kräver att olika centrala myndigheter samverkar så att kommunikationen med de lokala aktörerna blir så givande som möjligt. De centrala myndigheterna bör således ta på sig ansvar för att aktivt driva frågor om kunskapsförmedling samt metod- och kompetensutveckling.

Narkotikakommissionen har konstaterat att de olika myndigheterna gör många bra uppföljningar kring olika delområden men att

det finns en brist när det gäller mer samlade analyser och strategier kring hur utvecklingen i landet skall kunna stödjas och eftersatta områden förstärkas. Enligt kommissionens bedömning behövs sådana samlade analyser på följande områden: uppföljning och statistik om narkotikarelaterade frågor, förebyggande insatser, åtgärder för de tunga missbrukarna, kompetensutveckling och utvärdering när det gäller såväl förebyggande arbete som vård och behandling samt samverkan.

Kommissionen har utvecklat förslagen avseende dessa områden i kapitel 4 och 7. För kommissionens överväganden kring tull-, polis- och kriminalvårdsmyndigheternas arbete och behov av samverkan hänvisas till kapitel 5 och 6. Här bör dock påpekas att det är självklart att den roll dessa myndigheter och deras insatser spelar på det lokala planet skall ingå i utformningen av de lokala narkotikapolitiska strategierna, liksom i det regionala arbetet.

Narkotikakommissionens förslag: Folkhälsoinstitutet bör ta initiativ till utvärdering, redovisning och utveckling av metoder för samverkan inom det förebyggande området. Socialstyrelsen bör medverka till utvecklingen av professionella nätverk inom vård och behandlingssektorn.

En av Folkhälsoinstitutets uppgifter är att följa hur de nationella folkhälsomålen uppfylls och samla myndigheter i deras arbete med dessa mål. Institutet har därmed en central roll i det förebyggande arbetet. När det gäller narkotikafrågorna är enligt Narkotikakommissionens uppfattning samverkan med Skolverket och Socialstyrelsen av särskild betydelse.

Narkotikakommissionen har i delrapporten om narkotikastatistik vidare föreslagit att Folkhälsoinstitutet ges i uppgift att ansvara för en samlad nationell narkotikastatistik och att institutet får i uppdrag att utarbeta en handbok i hur lokala och regionala kartläggningar kan genomföras.

Narkotikakommissionen menar att Socialstyrelsen bör ta ett motsvarande ansvar för att, i samverkan med kommunerna och landstingen, Statens institutionsstyrelse och kriminalvården, utarbeta modeller och vara rådgivare för kommuner och regioner vid upprättandet av lokala och regionala vård- och resursplaner. Av särskild betydelse är att man värderar och föreslår konstruktiva modeller för samverkan mellan olika huvudmän när det gäller enskilda klienter.

Såväl Folkhälsoinstitutet som Socialstyrelsen bör också ta aktiva roller när det gäller att följa forskningen på sina ansvarsområden, att ta initiativ till att forskningsresultat sprids till fältet samt initiera ny forskning. Forsknings- och utvecklingsfrågorna behandlas närmare i kapitel 7.

3.5.2 Regeringen

Narkotikakommissionens förslag: För att manifesteras ett tydligt nationellt politiskt ledarskap i narkotikafrågan bör regeringen utse en särskild minister med huvudsakligt ansvar enbart för de narkotikapolitiska frågorna.

Flera olika departement är berörda av de narkotikapolitiska frågorna. I regeringen ansvarar socialministern för samordningen av narkotikapolitiken. Samordningen av övergripande frågor och frågor av policykaraktär bereds inom de ansvariga departementen.

Eftersom allt operativt arbete på den nationella nivån åvilar myndigheterna är departementen inte dimensionerade för mer utåtriktade insatser. I fokus för departementens arbete står främst lagstiftningsarbete och internationell samordning.

När det gäller det konkreta arbetet inom regeringskansliet finns det enligt kommissionens bedömning ett behov av förstärkning så att det blir möjligt att också leda ett nationellt narkotikapolitiskt arbete.

Regeringskansliets arbete med narkotikafrågan utförs i dag av några enstaka tjänstemän på handläggarnivå inom respektive departement. Detta gäller såväl det nationella som det internationella arbetet. Uppgiften för Regeringskansliets tjänstemän består i stor utsträckning i att bevaka det internationella samarbetet. Frågor som rör den nationella narkotikafrågan gör sig endast gällande då den förda politiken kritiseras eller då det uppstår situationer som kräver regeringens åtgärder i form av lagstiftning. Det är emellertid sällsynt med initiativ som utgår från Regeringskansliet för att t.ex. föra ut den svenska narkotikapolitiken.

Enligt Narkotikakommissionens bedömning bör det samordnande ansvaret för narkotikapolitiken även fortsättningsvis ligga på Socialdepartementet. Kommissionen anser emellertid att den nationella ledningen bör förstärkas genom att en särskild minister med ett tydligt eget ansvar för ledningen av det narkotikapolitiska

arbetet utnämns. Därigenom skulle man tydligt manifesteras ett nationellt politiskt ledarskap i narkotikafrågan.

Ministerns uppdrag bör omfatta ett lednings- och samordningsansvar för såväl det nationella som det internationella narkotikaarbetet. Huvuduppgiften bör vara att ansvara för långsiktiga strategier för att uppnå de nationella narkotikapolitiska målen. Detta arbete måste bedrivas utifrån ett helhetsperspektiv och omfatta samhällets samtliga insatser mot narkotika.

Detta innebär också att kommissionen anser att Regeringskansliet bör ta ett tydligare ansvar för samordningen av myndigheternas arbete än vad som görs i dag. Genom att samordna olika insatser undviks att myndigheter utför varandras arbetsuppgifter. Risken för att uppgifter blir oöverskådade eller faller mellan två eller flera myndigheters ansvarsområde minskar med en klar och tydlig samordning. Vidare skulle en sådan ordning också innebära att regeringen får en ökad möjlighet att styra insatserna till sådana områden som bedöms som mest angelägna utifrån en samlad nationell analys. Både de länsvisa uppföljningarna, som kommissionen föreslår att länsstyrelserna skall genomföra, och de mer övergripande uppföljningar som de olika myndigheterna skall genomföra bör kunna utgöra bra underlag för regeringens samlade bedömningar. Utifrån dessa analyser bör regeringen mer aktivt kunna styra samhällets insatser och vid behov föreslå studier, utvecklingsinsatser och forskning på sådana områden som framstår som angelägna.

För att erhålla en enhetlig syn i narkotikafrågan över landet krävs såväl kunskap som engagemang inom kommuner och landsting. Som kommissionen tidigare framhållit är det på det lokala planet som den förda politiken genomförs och dess trovärdighet prövas. En viktig uppgift för regeringen är därför att i ett aktivt samspel med bl.a. kommunal- och landstingspolitiker bedriva ett narkotikapolitiskt opinionsarbete. Det är också viktigt att de insatser som företas på central nivå förs vidare till de regionala och lokala beslutsfattarna.

En särskild minister skulle också utgöra regeringens talesman i narkotikapolitiska frågor med uppgift att synliggöra och offensivt föra ut regeringens politik genom att delta i den offentliga narkotikapolitiska debatten och också initiera offentliga diskussioner i olika frågor. Det sistnämnda gäller även på det internationella planet.

Regeringen bör regelbundet ge en samlad rapport om narkotikapolitikens utveckling till riksdagen.

På samma sätt som för det nationella arbetet bör regeringen ansvara för långsiktiga strategier för det internationella arbetet (se kapitel 8).

4 Insatser mot efterfrågan

4.1 Struktur, kompetens och framförhållning

Enligt Narkotikakommissionens bedömning finns det inte några skarpa gränser mellan förebyggande insatser, vård och behandling och begränsning av utbudet. Att satsa på en effektiv vård är också en viktig förebyggande insats. Framgångsrik vård, som innebär att missbrukare slutar missbruka, innebär att narkotikamarknaden begränsas och narkotikautbudet minskar eftersom missbrukare inte bara är konsumenter av narkotika utan också ofta själva handlar med narkotika. Framgångsrika vårdinsatser har också en direkt preventiv effekt på bland annat anhöriga till missbrukare och särskilt deras barn. Att inte ge missbrukare adekvat vård ger också signaler om att samhället står maktlöst inför narkotikaproblematiken och detta kan spela dem i händerna som är motståndare till en restriktiv narkotikapolitik. Effektiva kontrollinsatser, slutligen, leder inte bara till en minskad tillgång på narkotika utan har även för många en avhållande effekt.

Något som kännetecknar såväl förebyggande arbete och tidiga insatser som vård och behandling är att på inget av dessa områden finns en heltäckande kunskap. Vi kan i dag inte med säkerhet säga var de satsade pengarna gör mest nytta vare sig det gäller förebyggande eller tidiga insatser. Vi har inte heller någon fullständig kunskap om hur vård och behandling bäst skall utformas eller vilken vård som är den bästa.

Vad vi däremot vet är att det finns en hel del som vi relativt omgående kan och bör åtgärda. Kommissionen har funnit att det viktigaste för att kunna bedriva ett effektivt förebyggande arbete liksom en väl fungerande vård och behandling är att det finns en utarbetad struktur för hur arbetet skall bedrivas samt att insatserna präglas av kontinuitet och kompetens. Kommissionen har därför sett som sin huvuduppgift att föreslå hur en struktur kan utformas som både kan förbättra och fördjupa åtgärderna och göra så att

processer kommer till stånd som kan leda till en utveckling på lång sikt. Vilket innehåll man sedan fyller denna struktur med är givetvis inte oväsentligt, men kommissionen har inte närmare analyserat enskilda metoder vare sig inom det förebyggande arbetet eller inom området vård och behandling.

Narkotikakommissionen pekar i det följande på behov av forskning och utvecklingsinsatser. Vad kommissionen framför allt vill lyfta fram är vikten av att de strukturer som byggs upp är av sådan art att de kan ta in erfarenheter och låta sig påverkas av vad som kommer fram i utvecklingsarbetet. Det motsatta förhållandet gäller också; att forskning och utvecklingsarbete skall påverkas av praktiken.

4.2 Missbruksutveckling

Det finns fyra områden som har betydelse för missbruksutvecklingen i samhället. Det är de samhällsförhållanden som t.ex. kan mätas i grad av sysselsättning och välfärd. Det är den rådande samhällskulturen som bl.a. omfattar attityder och värderingar. Det är tillgängligheten på droger i samhället och det är slutligen de insatser som görs för att begränsa efterfrågan i form av förebyggande arbete och vård och behandling av missbrukare. Dessa fyra områden existerar inte som fyra separata öar utan utgör snarare hörnen i ett sammanhängande system där de olika delarna ständigt påverkar och är beroende av varandra.

4.2.1 Missbruksutvecklingen under senare år

Drogkonsumtionen har ökat bland ungdomar under 1990-talet.¹ Det är Narkotikakommissionens bedömning att främst alkohol men även narkotika har blivit ett vanligare inslag i den breda ungdomskulturen.

Under 1980-talets senare del och början av 1990-talet var det relativt sett få unga personer som prövade narkotika. En stor andel av dem som prövade tillhörde socialt utsatta grupper och det är också bland dessa som man i dag återfinner huvuddelen av dem som fastnat i ett tungt missbruk. I dag har andelen av unga som

¹ Se bl.a. *Drogutvecklingen i Sverige, Rapport 2000*. Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och drogupplysning. Rapport nr 9. Stockholm 2000.

prövat narkotika ökat kraftigt och det finns många tecken som tyder på att det är ungdomar från alla samhällsgrupper som nu prövar.

Kommissionen har sett flera tendenser till en normalisering av narkotikaanvändande bland ungdomar och vill varna för den utveckling som kan iakttas i många andra länder där drogerna sprids från festscen till vardagsliv, från helgernas nattliv till skola och arbete. Att motverka en sådan utveckling är en central uppgift för det förebyggande arbetet. Samtidigt måste det finnas en beredskap både inom preventionen och inom vårdapparaten att hantera en sådan situation om den skulle uppstå. Utan att minska på de insatser som görs för att begränsa nyrekryteringen måste arbetet därför i högre grad än tidigare fokusera på åtgärder för att nå dem som redan har inlett ett experimenterande med droger.

Cannabis är fortfarande den utan jämförelse vanligaste drogen i landet, både bland vuxna och bland ungdomar. En stor del av detta missbruk förblir oupptäckt. Den vanligaste drogen efter cannabis är amfetamin som ökat kraftigt under 1990-talet. Vissa tecken talar för att amfetamin också vunnit insteg bland bredare ungdomsgrupper i och med att det används som en s.k. partydrog och är mer vanligt förekommande än t.ex. ecstasy.

Under 1990-talet har också utbudet av andra syntetiska droger ökat och i synnerhet förefaller tablettmissbruk vara på frammarsch. Det finns flera förklaringar till detta. Den mest uppenbara är att det är lätt och bekvämt att ta ett piller. Det kan också vara så att tendensen till en ökande medicinering i resten av samhället indirekt legitimerar ungas bruk av droger i form av självmedicinering. Ett tredje skäl är att det ännu saknas dokumentation av de långsiktiga konsekvenserna av att regelbundet använda dessa droger och ungdomar som är okunniga om konsekvenserna saknar argument att låta bli.

Det finns ännu inte så mycket kvalitativ forskning om vilka ungdomar det är som använder narkotika mer regelbundet. De undersökningar som finns ger en motstridig bild. Å ena sidan framträder bilden av vanliga ungdomar utan problem som använder narkotika utan några allvarliga följder. Å andra sidan visar undersökningar att narkotikamissbruket följer välkända mönster där användandet av droger kommer relativt sent i missbruksutvecklingen och har föregåtts av ett omfattande bruk av legala droger.

Kunskapen om varför vissa individer tidigt fastnar i missbruk medan andra tycks klara ett relativt långtgående experimenterande är fortfarande otillräcklig.

4.2.2 Tänkbara orsaker bakom det ökande narkotikamissbruket

En ökad tillgång på droger och mer tillåtande attityder bedömer kommissionen vara de främsta skälen till dagens ökande konsumtion. En ökad polarisering och ökade ekonomiska klyftor i samhället i kombination med en nedrustning av den offentliga sektorn bedömer vi också har haft en negativ effekt på missbruksutvecklingen.

Internationalisering, ett ökat resande och spridning av drogliberala budskap via populärkulturen och den nya informationsteknologin brukar nämnas som förklaringar till det ökande narkotikamissbruket och en mer tillåtande inställning till droger bland ungdomar. Den höga ungdomsarbetslösheten under 1990-talet, stora nedskärningar inom den offentliga sektorn och en ökande segregering är andra faktorer som nämns.

Det finns i dag flera tecken på att den socialt betingade ohälsan i befolkningen har ökat och det finns även tendenser till en försämring av ungas psykiska hälsa. Även dessa förhållanden menar kommissionen bör ställas i relation till ett ökat missbruk.

I det förebyggande arbetet måste insatser riktas mot samtliga dessa förhållanden. Hittills har merparten av insatserna syftat till att påverka normer och tillgång. Vad det gäller insatser mot psykisk ohälsa återstår emellertid mycket att göra.

4.2.3 Vägar in i missbruk

I olika studier inom medicin, sociologi och psykologi har man funnit en rad enskilda faktorer som till synes kan öka risken för en missbruksutveckling. Några exempel kan vara genetisk sårbarhet, familjeförhållanden, tidig impulsivitet/aggressivitet/hyperaktivitet, skolproblem, tidig alkoholdebut, rökning, arbetslöshet, socioekonomiska svårigheter m.m. Ingen enskild faktor kan dock ensam bidra särskilt mycket till att förklara varför en människa blir missbrukare medan en annan inte blir det. Snarare kan man se det som om det är fråga om ett ständigt pågående samspel mellan många av

dessa faktorer. Också olika samhällsförhållanden spelar roll, såsom hur lättillgängliga droger är. Olika enskilda händelser i en människas liv kan också bidra till utvecklingen mot ett missbruksbeteende.

Den forskning och de beskrivningar som har gjorts om missbruksutveckling är huvudsakligen retrospektiva, dvs. de bygger på beskrivningar och observationer av personer i behandling eller som på annat sätt har manifesterat ett missbruk. Ett fåtal longitudinella studier - undersökningar där man under lång tid följer en grupp individer - ger underlag till i stort sett samma slutsatser. De flesta forskare och analytiker är överens om att utvecklingen av missbruk hos individen är en sammansatt process där många olika faktorer samverkar.

4.2.3.1 Tillgängligheten

Ju lättare det är att få tag i narkotika, desto större är sannolikheten att individer prövar och desto troligare också att de använder narkotika flera gånger. Inom forskningen om alkoholmissbruk och alkoholberoende finns starka vetenskapliga belägg för den s.k. totalkonsumtionsmodellen, vilken kortfattat innebär att ju mer lättillgänglig alkoholen är och ju större konsumtionen är, desto större andel av befolkningen blir också missbrukare eller får andra alkoholrelaterade problem och sjukdomar. Dessa förhållanden har kunnat studeras då man jämfört olika länder och dessutom studerat vad som hänt när ett land eller ett annat begränsat område har förändrat sin alkoholpolitik. Det finns faktorer som både talar för och emot att totalkonsumtionsmodellen också skulle gälla sambandet mellan narkotikans tillgänglighet och omfattningen av narkotikamissbruk.

Enligt Narkotikakommissionens uppfattning är det i högsta grad troligt att tillgången på narkotika har stor betydelse för missbrukets omfattning, både vad avser spridningen av missbruket och dess intensitet. Är tillgången stor får man både fler användare och ett mer frekvent missbruk. Kommissionen anser att även exponeringen av narkotika i en vidare betydelse har stor betydelse för spridningen. Förekommer många mer eller mindre positiva referenser till narkotika i massmedia och i nöjeslivet och det dessutom är lätt att få tag i narkotika ökar detta betydligt risken för att också missbruket får en ökad spridning.

4.2.3.2 Sociala faktorer

Barn och ungdomar från psykosocialt utsatta hemmiljöer löper större risk att senare i livet hamna i missbruk. Tidigare undersökningar visar också att barn i utsatta miljöer prövat narkotika i större utsträckning än andra barn i motsvarande åldrar. Enkätundersökningar och andra observationer som gjorts de senaste åren antyder dock att andelen barn och unga som prövat narkotika är mer jämnt fördelad mellan olika samhällsgrupper. Undersökningar av tunga missbrukare visar att de vanligen kommer från en psykosocialt utsatt miljö, men alla kommer inte från sådana förhållanden.

4.2.3.3 Personlighetsdrag

Forskning om alkohol visar att det troligen finns en kombination av genetiska egenskaper, erfarenheter och personlig läggning som gör att vissa människor är mer benägna att utveckla ett beroende än andra. Mycket tyder på att motsvarande förhållanden gäller dem som börjar använda narkotika. Bilden är emellertid mycket komplicerad och man kan inte peka ut vilka personlighetsdrag som innebär en ökad risk för att fastna i ett beroende till narkotika. Det har diskuterats om vissa personlighetsdrag som t.ex. impulsivitet och aggressivitet kan vara styrande för valet att pröva narkotika. Personer som gärna tar risker har också nämnts som en grupp som synes vara mer benägen att pröva narkotika än andra. Studier av tunga missbrukare visar att en stor och ökande andel av dem har psykiska besvär eller svåra psykiska störningar.

4.2.3.4 Livssituation

När man studerar livssituationen för narkotikamissbrukare kan man med ledning av denna inte uttala sig om vad som är orsak och vad som är verkan. Det är uppenbart att vissa förhållanden beror på att individen har missbrukat en tid, men brister i livssituationen kan också ha bidragit till att ett missbruk har uppstått. Ett exempel är kriminalitet. Förutom att missbruket i sig är kriminaliserat kommer missbrukaren i kontakt med kriminella miljöer och begår ofta själv brott för att få pengar till narkotika. Den som missbrukat en längre tid löper alltså mycket stor risk att hamna i kriminalitet.

Å andra sidan är det omvittnat att vissa börjar missbruka först efter det att de kommit in i en kriminell grupp, där användning av narkotika ingår i den subkultur som utvecklats i gruppen.

4.2.3.5 Samhällsfaktorer

Det finns många faktorer i samhället som kan tänkas påverka såväl tillgången på narkotika som villigheten att använda respektive ta avstånd från narkotika. Det allmänna samhällsklimatet, den ekonomiska utvecklingen och den sociala välfärden är givetvis väsentliga faktorer. Viss diskussion har förekommit, både inom Sverige och på den internationella arenan, om vilka effekter ett samhälles övergripande narkotikapolitik har. I Sverige har betydelsen av ett samlat och enigt avståndstagande mot narkotika betonats. Här menar vi också att kontrollinsatserna måste riktas mot såväl organisatörer och storlangare som mot handeln på gatunivå. Samtidigt betonas betydelsen av att vård- och behandlingsinsatser finns tillgängliga för alla missbrukare.

4.2.3.6 Avvikarkarriär kontra den ungdomskulturella vägen in i missbruk

Rapporten *Att komma för sent så tidigt som möjligt*² pekar ut två huvudvägar in i narkotikamissbruk, nämligen avvikarkarriären och den ungdomskulturella vägen. Avvikarkarriären innebär i korthet att narkotikan fyller funktionen av flykt från en svår situation eller bidrar till att markera en tillhörighet i en marginaliserad subkultur. De flesta tunga missbrukare vi har i dag kommer från denna grupp. Den ungdomskulturella vägen in i missbruk innebär att de som prövar narkotika inte gör det som en flykt utan mer som ett försök att föra till något extra till tillvaron. Även detta kan emellertid leda till beroende och missbruk. Den ungdomskulturella vägen, dit man kan hänföra det s.k. partydrogandet, synes stå för den största ökningen när det gäller dem som prövar narkotika. Det finns dock endast begränsad forskning om kopplingen mellan ungdomskulturer och droger.

² Svensson B, Svensson J, Tops D. *Att komma för sent så tidigt som möjligt: om prevention, ungdomskultur och droger*. Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), NAD-publikation nr 34. Helsingfors 1998.

4.3 Förebyggande arbete

I det följande används begreppen förebyggande arbete och prevention synonymt.

4.3.1 Narkotikakommissionens utgångspunkter

Det är viktigt att poängtera att en övervägande majoritet av ungdomarna i Sverige tar avstånd från illegala droger och att de inte använder narkotika i samma utsträckning som jämnåriga i många andra länder. Det finns emellertid flera tecken på att inställningen till narkotika har förändrats en del under senare år. Narkotikanvändandet i Sverige har stadigt ökat under hela 1990-talet och är nu tre gånger så stort som i mitten av 1980-talet. Det är också Narkotikakommissionens bedömning att främst alkohol men även narkotika har blivit ett vanligare inslag i den breda ungdomskulturen.

För att stoppa utvecklingen av mer tillåtande attityder till droger bland ungdomar krävs att narkotikafrågor ges politisk prioritet lokalt och nationellt och att den allmänna opinionen och lokalsamhällets resurser mobiliseras. Polisen, fältarbetare och fritidsledare är viktiga yrkesgrupper när det gäller att upptäcka missbruk såväl hos enskilda individer som i olika ungdomsgrupper. Men kanske är det främst ungdomar med någon form av problembeteende som uppmärksammas av dessa yrkesgrupper. För att nå de normalfungerande ungdomarna för vilka narkotika har blivit ett accepterat inslag i tillvaron, måste också det civila samhället aktiveras. Förutom familjerna gäller det att engagera idrottsklubbar, träningslokaler, nöjeslivet och föreningslivet. Utmaningen är att finna vägar att knyta ihop dessa sektors insatser med myndigheternas.

Narkotikaprevention utgör tillsammans med annat drogförebyggande arbete ett viktigt inslag i det generella folkhälsoarbetet och strategier mot narkotika respektive mot alkohol bör av såväl metodmässiga som ekonomiska skäl på sikt samordnas både på den lokala och nationella nivån.

Narkotikaproblemet är inte en isolerad företeelse utan det finns en nära koppling till samhällets rådande drogkultur, där såväl vuxnas som ungdomars inställning till och konsumtion av alkohol är en viktig faktor. Mycket tyder på att det också finns ett inte tillräckligt uppmärksammat samband mellan ungdomars användande av narkotika och läkemedelskonsumtionen i samhället.

Ett effektivt förebyggande arbete mot narkotika måste utgå från ett helhetsperspektiv på ungdomars levnadsvillkor och rymma insatser såväl inom barnomsorg, fritidsverksamhet, grund-, gymnasie- och högskola samt arbetsmarknad som inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och polisens arbete.

4.3.2 Ungdomars attityder till droger

En naturlig utgångspunkt för arbetet mot narkotika och andra droger är ungdomars uppfattning och erfarenheter. Kommissionen inledde därför arbetet med förebyggande frågor med att göra en intervjuundersökning bland ungdomar för att få deras syn på narkotika och drogutvecklingen samt samhällets insatser och information (PM nr 4). I undersökningen ingick ett drygt hundratal ungdomar mellan 15 och 25 år från ett femtontal olika orter i landet.

En sammanfattande bild av denna intervjuundersökning är att narkotika angår ungdomar. Det finns tillgång till illegala droger i de flesta ungas närmiljö oavsett var man bor. Narkotika används i många olika ungdomskulturella grupperingar och av ungdomar i alla samhällsklasser. Vanligast förekommande är hasch, tätt följt av amfetamin och tabletter av olika slag.

Även om majoriteten av ungdomarna i undersökningen inte har prövat narkotika själva betyder det inte att de helt tar avstånd. Det finns – framför allt bland de äldre ungdomarna – en utbredd uppfattning om att det är upp till var och en om man vill använda narkotika eller ej. Det är ett eget val och man har ett eget ansvar för sitt missbruk. Den som tappar kontrollen är en förlorare. Samtidigt är många också oroade över utvecklingen och vill inte ha ett samhälle med mer droger. Det gäller även de ungdomar som själva har prövat eller använder narkotika ibland.

Att ett mer individualistiskt synsätt har fått genomslag i ungas sätt att tänka och också påverkar hur man resonerar om droger är alltså tydligt märkbart. Detta, menar vi, måste få konsekvenser för hur det förebyggande arbetet och informationen om droger skall utformas.

Ungdomarna nämner flera olika anledningar till varför de själva använder droger eller till varför de tror att andra gör det. Det vanligaste är nyfikenhet och för att man vill ha kul, men ofta säger ungdomarna att man använder droger för att man mår dåligt eller för

att orka med alla krav som man upplever ställs på en. Med hjälp av droger kan man fly verkligheten. Det kan vara alltifrån pressen i skolan till upplevelser av mobbning, utanförskap eller arbetslöshet.

Värt att notera är att flickor oftare än pojkar sätter narkotikamissbruk i samband med stress och olika slags krav som de upplever riktas mot dem och att ungdomar med invandrarbakgrund oftare kopplar narkotikamissbruk till sociala problem, utanförskap och marginalisering än vad svenska ungdomar gör.

Slutligen beskriver sig ungdomarna som väldigt ensamma när något händer. De vet framför allt inte hur de skall göra för att hjälpa någon i omgivningen som verkar ha problem. De allra flesta svarar att de inte har någon vuxen som de med förtroende kan vända sig till. På orter där det finns ett utvecklat samarbete mellan skolan, polisen och socialtjänsten förefaller ungdomarna emellertid oftare veta till vem de kan vända sig och också göra det i större utsträckning.

Det kommissionen främst har tagit fasta på i undersökningen som vi tror kan ha relevans för missbruksutvecklingen och därmed också det förebyggande arbetet är

det ökande tablett- och blandmissbruket,
ungdomars upplevelse av stress och utanförskap,
en frånvarande vuxenvärld.

Kommissionen har också presenterat förslag till en strategi för det förebyggande arbetet som fokuserar på arbetet bland ungdomar på lokal nivå (PM nr 12). Där beskrivs inledningsvis narkotikamissbrukets utveckling under 1990-talet, de nya missbruksmönster bland ungdomar som kan skönjas globalt och i Sverige, vilka risker detta kan innebära för framtiden och vilka krav utvecklingen ställer på det förebyggande arbetet.

En ökande drogkonsumtion tycks vara ett kulturellt fenomen som sprider sig över stora delar av världen. I såväl svenska som utländska studier framträder två kategorier av ungdomar. Det är å ena sidan de välbeställda och socialt integrerade ungdomarna som främst associerar droger med fest och avkoppling och å den andra sidan de socialt och ekonomiskt marginaliserade som använder droger för att fly verkligheten. Däremellan finns ett ökande antal ungdomar med mer eller mindre tillåtande attityder till och erfarenheter av narkotika.

Det förebyggande arbetet måste kunna nå alla. Nya missbruksmönster gör att nya metoder att möta olika kategorier av ung-

domar måste utvecklas. Inte minst förefaller många av de traditionella strategier och metoder som används i det förebyggande arbetet vara otillräckliga för att nå de till synes problemfria drog-användande ungdomarna.

4.3.3 Myndigheters och organisationers uppfattning om förebyggande arbete

Narkotikakommissionen har också intervjuat företrädare för myndigheter och organisationer med ansvar för prevention på såväl statlig som kommunal nivå (PM nr 7). Den bild som framträder av det förebyggande arbetet är i många stycken motsägelsefull.

Samhället fäster i hög grad sin tilltro till förebyggande insatser. Det märks inte minst på den centrala plats det förebyggande arbetet intar i olika handlingsplaner och dokument, på all den omfattande och varierande verksamhet som pågår runt om i landet men också på ökningen av utvärderingar och kritisk granskning av olika verksamheter. Dessutom har intresset för prevention som forskningsområde ökat under senare år. Resultatet av denna forskning visar dock att många av de metoder som traditionellt har använts och fortfarande används framstår som tämligen verkningslösa.

Det kan alltså konstateras att samtidigt som allt större förhoppningar knyts till det preventiva arbetets möjligheter tyder forskning på begränsade effekter. Det kan också konstateras att även om vikten av förebyggande arbete framhålls i olika policydokument och av tjänstemän och politiker så saknar området i praktiken ofta både status och erforderliga resurser.

Det råder en bred samstämmighet i uppfattningen att resultatet av de förebyggande insatser som syftar till att minska efterfrågan på narkotika är av avgörande betydelse för den framtida drogutvecklingen. Det framstår därför som oroande att så många av de intervjuade tecknar bilden av ett förebyggande arbete i kris.

De problem som anförs är främst följande:

- brister i informations- och kunskapsspridning gör att verk-samma metoder har svårt att nå ut,
- alltför mycket av insatserna sker i form av projekt som inte förmår påverka den reguljära verksamheten,
- insatser utvärderas i för liten utsträckning och det gäller fram-för allt den reguljära verksamheten,

otydligheter i den preventiva begreppsapparaten försvårar samarbetet mellan olika aktörer, det saknas kunskap och resurser att nå utsatta barn och ungdomar och metoder att på ett tidigt stadium nå dem som har påbörjat ett missbruk, nedskärningar inom den offentliga sektorn har gjort att de stödjande miljöerna runt unga har försämrats och blivit färre.

Det framhålls vidare att det finns en bristande kunskap om vilka de ungdomar är som riskerar att utveckla ett missbruk och att det saknas metoder att arbeta förebyggande med dessa ungdomar. Missbruk av narkotika kan pågå länge innan det avsätter några yttre spår och ungdomar med missbruksproblem kommer alltför sent till socialtjänstens kännedom.

Samtidigt skall det framhållas att det pågår ett omfattande och spännande utvecklingsarbete inom många fält och verksamhetsområden.

4.3.4 Ett eget kompetensområde

Utmärkande för mycket av det förebyggande arbete som i dag bedrivs är att det präglas av tillfälliga åtgärder och projekt som ofta inte förmår påverka den ordinarie verksamheten. Projekt kan vara berättigade för att utveckla metoder, förändra en organisation eller för att påskynda förändringsprocessen men metoderna måste också integreras i den ordinarie verksamheten och merparten av förändringsarbetet skall ske inom ramen för den reguljära verksamheten. För att nå varaktiga resultat och bygga upp en ökad kompetens inom preventionen är det nödvändigt att kontinuiteten i insatserna och framförhållning hos politiker och tjänstemän ökar. Att skapa en hållbar struktur för arbetet är viktigare än enskilda åtgärder. Det måste på samtliga nivåer i samhället finnas en narkotikapolitisk policy som både tar sig uttryck i samhällsförändringar och i långsiktiga och uthålliga insatser.

För att arbetet skall effektiviseras och lokalsamhällets resurser tas tillvara krävs också en generell kompetenshöjning med syfte att öka såväl den individuella kunskapsnivån i praktiskt arbete som kunskapen om planerande, genomförande och utvärderande av insatser (se kapitel 7.4.1).

4.3.4.1 Definition av förebyggande arbete

För att kunna hävda att prevention är ett eget kompetensområde och underlätta vidare kompetensutveckling måste det förebyggande området utveckla en teoretisk bas och en gemensam begreppsapparat samt ett system för spridning av erfarenheter och metoder. Till att börja med är det viktigt att skapa en gemensam syn på vad som avses med förebyggande arbete.

I det förebyggande arbetet inkluderar kommissionen både det vilje- och målstyrda arbetet och sådana händelser och insatser som inte varit direkt planerade eller relaterade till det man vill förebygga, men som ändå har preventiva effekter dvs. allt det som i verkligheten är förebyggande och inte bara sådant som *syftar till* att vara förebyggande.

Narkotikakommissionen har utgått från följande definition av förebyggande arbete³: *Att påverka strukturer, förhållanden och/eller vidta åtgärder som förhindrar eller motverkar uppkomsten av något icke önskvärt.*

Kommissionen vill med denna definition betona strukturernas betydelse för det förebyggande arbetets förutsättningar och för uppkomsten av de problem som skall motverkas.

Med *strukturer* avses förhållanden som är givna i form av lagar, regler arbetsrutiner, samarbetsförhållanden, byråkrati (administrativa rutiner). Hit kan också räknas politiska beslut (exempelvis policys och handlingsplaner). Med *förhållanden* avses konjunkturen och övergripande trender, attityder, normer och värderingar. *Åtgärder* betecknar de projekt, aktioner och program som är avgränsade, tidsbestämda och lättföränderliga.

Det är, enligt vår bedömning, nödvändigt att fokus i det förebyggande arbetet förskjuts från mer tillfälliga åtgärder till den strukturella nivån. De dagliga rutinerna är många gånger viktigare än åtgärder och kampanjer. Givetvis är det ideala förhållandet när alla nivåerna samverkar.

Förebyggande arbete, preventivt arbete eller prevention brukar användas som synonymer. Ordet prevention kan härledas ur det latinska ordet *pre venire* – att gå in före. Vanligen avser prevention dock även insatser som syftar till att komma tillrätta med redan befintliga problem. Det förebyggande arbetet brukar därför delas in i primär, sekundär och tertiär prevention.

³ Narkotikakommissionens definition av förebyggande arbete bygger på ett förslag som utarbetats av Anders Eriksson verksam vid Precens, preventionscentrum i Stockholm.

Ett problem med detta språkbruk är att begreppet primärprevention saknar en entydig definition. Ofta likställs primärprevention med insatser riktade till hela befolkningen eller stora delar av den. Narkotikakommissionens anser dock att primärprevention kan och skall utövas på såväl samhälls-, som grupp- och individnivå. En definition av begreppet primärprevention bör därför inte avgränsas till en enda nivå utan beteckna *allt det som äger rum innan något oönskat har inträffat*. Allt det som sker därefter, dvs. tidiga insatser eller vård och behandling, betecknar vi som sekundär respektive tertiär prevention.

Narkotikakommissionen har således valt att likställa primärprevention med förebyggande arbete och sekundärprevention med tidiga insatser.

4.3.5 Effekter av prevention

En forskningssammanställning av effekten av olika preventionsinsatser (PM nr 12) visar att åtgärder på samhällsnivå för att minska tillgången är effektiva. Program som ger psykosocialt stöd till familjer vars barn riskerar en negativ utveckling har också visat sig ha effekt. Åtgärder som syftar till att minska efterfrågan som skolinformation och massmediakampanjer har inte visat sig ha några nämnvärda effekter medan skolprogram som fokuserar på sociala influenser och personlig kompetens enligt forskningen har mer lovande resultat.⁴

Att informationsinsatser i form av kampanjer etc. har begränsade effekter på beteende betyder dock inte att sådana åtgärder är meningslösa. Dels är information grunden för all kunskapsutveckling, dels fyller sådana insatser en viktig funktion i opinionsskapande syfte och kan bidra till en större acceptans för lagstiftning och restriktioner som i sin tur har effekt på beteende och problem. Det finns ingen motsättning mellan insatser för att påverka tillgängligheten och insatser för att påverka efterfrågan, men de är inte utbytbara.

På samma sätt som riskfaktorer förstärker varandra gör också förebyggande insatser det. Effektiva preventionsprogram måste därför innehålla många olika komponenter. Det förebyggande arbetet måste kombinera aktiviteter riktade mot enskilda individer

⁴ Forskningssammanställningen är gjord av docent Sven Andreasson verksam i STAD-projektet, Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem.

med aktiviteter som främjar sociala nätverk och stöds av kommunal och nationell politik.

Detta gör det viktigt att anlägga ett s.k. systemperspektiv på prevention. Ett sådant perspektiv fokuserar på strukturella förändringar snarare än på individuella metoder. Det innebär vidare att helst alla komponenter i ett samhälle involveras i arbetet på ett eller annat sätt. Ett ungdomsinriktat program skall innehålla både förebyggande insatser och insatser för tidig upptäckt.

Forskning tyder på att information och undervisning endast ger mycket begränsade och kortvariga effekter. Men om sådana insatser kombineras med tillgänglighetsbegränsade åtgärder blir effekterna större. Om dessutom regelverk, samhällets normer och värderingar och vård- och behandling kopplas in kan resultatet av insatserna bli ännu bättre.

Det är därför viktigt att det finns en övergripande policy i lokalsamhället där tonvikten ligger på strukturella förhållanden som kan påverka tillgången på droger. Denna övergripande policy bör kombineras med t.ex. skolinsatser och program som stödjer processer att medvetandegöra lokalsamhället och få till stånd en mobilisering av de lokala krafterna.

Narkotikakommissionen anser att lokalt förebyggande arbete bör riktas mot följande områden.

Tidiga stödinsatser för psykosocialt utsatta barn, ungdomar och deras familjer.

Skolbaserad alkohol- och drogutbildning som fokuserar på sociala influenser och kompetenshöjande träning i kombination med ett aktivt föräldraengagemang.

Handlingsprogram i skolan och på fritidsgårdar för att tidigt upptäcka och hjälpa ungdomar med riskbeteende som t.ex. skolk och vid misstanke om att ungdomar missbrukar alkohol och/eller narkotika.

Åtgärder mot t.ex. berusningsdrickande och experimenterande med narkotika inom ramen för sjukvård, arbetsliv och socialtjänst.

Åtgärder på samhällsnivå för att begränsa tillgängligheten.

Information till allmänheten och annat opinionsskapande arbete som bidrar till att skapa och upprätthålla ett stöd för en restriktiv politik.

4.3.6 Vad bör ingå i en preventionsstrategi och vilka områden behöver förstärkas?

Till de primärpreventiva insatserna hör olika former av tillgänglighetsbegränsande åtgärder, generella insatser inom förskola/skola och fritidsverksamhet samt informationsinsatser till olika målgrupper och annat opinionsskapande arbete i närsamhället. Hit hör också riktade insatser för barn och unga med ett riskbeteende, barn i behov av särskilt stöd samt tidiga psykosociala insatser till barn i högriskfamiljer.

Till de sekundärpreventiva insatserna inom ramen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten hör t.ex. åtgärder mot berusningsdrickande och experimenterande med droger, rådgivningsverksamhet till ungdomar och föräldrar, uppsökande verksamhet samt tidiga vårdinsatser på hemmaplan.

4.3.6.1 Insatser mot tillgängligheten

Som tidigare har framhållits ser kommissionen ett samband mellan den rådande alkoholkulturen och narkotikamissbrukets utveckling. En restriktiv alkoholpolitik är enligt kommissionens uppfattning därför också ett viktigt redskap när det gäller att påverka narkotikasituationen.

Insatser inom krognäringen är framför allt viktiga för att komma åt narkotikamissbruket bland de äldre ungdomarna men kan även vara ett betydelsefullt inslag för att begränsa tillgängligheten på alkohol och narkotika för tonårsgrupperna. Missbruket av framför allt ecstasy och andra så kallade partydroger är kopplat till festande och dans och enligt polisen är det ofta på krogar och klubbar som dessa droger säljs och används.

Det är viktigt att det finns en medvetenhet om problemen inom restaurangbranschen och att personalen har kunskap om narkotika. Ett bra samarbete mellan polis, krogägare och ordningsvakter är därför nödvändigt för att motverka att dessa miljöer utvecklas till marknadsplatser för illegala droger. Det är kommissionens intryck att det finns en klar vilja att komma tillrätta med problemen men att bl.a. utbildningsmöjligheter för personalen saknas.

Polisen är den myndighet som i dag står för en stor del av den narkotikarelaterade utbildningen till olika yrkeskategorier och också ger information till ungdomar, föräldrar, föreningar m.m. Det är kommissionens uppfattning att delar av det informations-

och utbildningsarbete som i dag utförs av polisen även bör utföras av andra myndigheter. Uppfattningen att andra myndigheter, i betydligt större omfattning, borde ha särskilt utpekad personal med ansvar för såväl intern som extern narkotikautbildning och information har också framförts från Rikspolisstyrelsens sida. Kommissionen anser att det är viktigt att polisens, liksom andra myndigheters, roll i det förebyggande arbetet preciseras.

Inom närpolisorganisationen har insatser mot narkotikabrottsligheten på gatunivå och förebyggande arbete prioriterats under 1990-talet. Polisen har emellertid under samma period varit föremål för en kraftig omorganisation och det narkotikarelaterade arbetet har ännu inte överallt fått en tillfredsställande organisation. Enligt Rikspolisstyrelsen är personalbrist ett betydande problem.

Polisen har på flera sätt en central roll i arbetet med att förebygga och hejda narkotikamissbruk, framför allt genom att begränsa utbudet av narkotika. En viktig uppgift är att motverka att det uppstår öppna marknadsplatser för narkotika.

Det är ofta polisen som först upptäcker ett missbruk och som vidareförmedlar sina iakttagelser till socialtjänst och föräldrar. Det är alltså av flera skäl viktigt att samarbetet mellan socialtjänsten och polisen fungerar bra.

4.3.6.2 Insatser mot efterfrågan

Den viktigaste resursen i arbetet mot droger är ungdomarna. För att skapa en stark opinion mot droger bland ungdomar och motverka de krafter som verkar för en ökad droganvändning måste ungdomar i betydligt högre grad engageras i och få inflytande över det narkotikapreventiva arbetet. Ungdomar lyssnar på andra ungdomar. Det är därför viktigt att engagera så många unga som möjligt som droginformatörer, opinionsbildare, kamratstödjare m.m. För att detta skall upplevas som meningsfullt måste de som engagerar sig ha inflytande över sitt arbete samt vuxenvärldens fulla stöd.

En annan viktig resurs som används påfallande lite i det förebyggande arbetet är föräldrar. En viktig förutsättning för allt föräldraengagemang är att föräldrar är delaktiga i sina barns och ungdomars tillvaro. Föräldrainflytande i t.ex. förskolans och skolans verksamhet är av stor betydelse för ungas utveckling i positiv riktning. Det är kommissionens bedömning att det behövs utvecklas nya metoder att kommunicera med föräldrar framför allt i skolan men också på arbetsplatser.

Föräldrar har det främsta ansvaret för ungas välbefinnande och sociala utveckling. Men samhällsutvecklingen påverkar föräldrarnas roll. Om alltför många faktorer i samhället påverkar ungdomar i negativ riktning måste familjerna få extra stöd för att kunna utgöra motvikt till detta. Samhället skall också stötta de föräldrar som av olika skäl inte förmår ta sitt föräldraansvar och kommunerna bör verka för att det finns åldersinriktade informations- och stödinsatser till alla föräldrar. För att underlätta föräldraengagemang kan det behövas en särskild person eller organisation som särskilt arbetar med föräldrar som målgrupp.

Skolan är enligt kommissionens bedömning den viktigaste arenan för det drogförebyggande arbetet. Det betyder dock inte att skolan ensam skall utföra detta arbete. Det bör i varje kommun finnas en lokal samverkansgrupp med representanter för polis, fältarbetare, skolpersonal etc. som kan utforma denna undervisning tillsammans. Kommissionens förslag om insatser i skolan återfinns i avsnitt 4.3.7.

Vidare är ett rikt utbud av fritidsaktiviteter och väl fungerande fritidsgårdar viktiga inslag i ett preventivt system. Barn som får möjlighet att utveckla olika färdigheter växer i självtillit. Det handlar inte om specifika åtgärder för att förebygga ett visst pro-

blem (som t.ex. drogmissbruk) utan om att ge barn och ungdom tillgång till resurser som kan balansera de påfrestningar de är utsatta för. I kommuner där det finns ett väl genomtänkt ungdomsarbete och tillgång till en bra fritidsverksamhet rapporterar ungdomar ett förbättrat välbefinnande, mindre ohälsosymtom och en lägre missbruksfrekvens än i kommuner där en sådan övergripande struktur saknas.⁵

Fritiden bör uppmärksammas som ett viktigt fält i det förebyggande arbetet och utarbetade riktlinjer för samarbetet mellan fältarbetare, fritidsledare och skola bör finnas angivna i den lokala strategin. Ett väl fungerande samarbete gör det också lättare att uppmärksamma och få kontakt med ungdomar med ett riskbeteende.

En tredje viktig men ofta underutnyttjad aktör i det drogförebyggande arbetet är föreningslivet. Ett väl utvecklat föreningsliv gynnar en positiv utveckling för många ungdomar och spelar därmed en viktig roll i det förebyggande arbetet. Många föreningar uppfattar själva att de har ett socialt ansvar och ofta finns en handlingsplan för hur man kan arbeta mot droger. På många håll satsas det på att utbilda droginformatörer inom främst idrottsrörelsen. Den kommunala handlingsplanen bör innehålla strategier för hur föreningarna kan stimuleras att verka drogförebyggande genom t.ex. utbildning och andra stödinsatser.

I en del kommuner kopplas det kommunala stödet till frivilligorganisationer till krav om ett aktivt arbete med drog- och alkoholförebyggande insatser. Forskningen visar dock att all form av organiserad fritidsverksamhet och föreningsengagemang kan ha en förebyggande verkan. Sådana aktiviteter kan alltså ge lika goda resultat som de aktiviteter som har det uttalade syftet att vara drogförebyggande.

Benägenheten att pröva droger ökar i takt med stigande ålder. Detta till trots är de äldre ungdomarna långt ifrån någon prioriterad målgrupp i det förebyggande arbetet. Kommissionen anser det vara viktigt att utveckla metoder att också nå de ungdomar som har slutat skolan och befinner sig i studier eller i arbete.

Högskola och universitet har en lagstadgad skyldighet att tillhandahålla hälsovård för studenterna. Vid de flesta lärosäten har

⁵ Berg Kelly K, Alven B, Erdes L, Erneholm T, Johannisson I, Mattsson-Elofson E. *Ungdomars hälsovanor och riskbeteenden. Stark kommunal satsning ger bättre hälsa.* Läkartidningen 1993;8 s.710 ff.

Studenthälsan preventionsprogram och handlingsplaner mot alkohol, däremot är det mer ovanligt med insatser mot narkotika. Det är Narkotikakommissionens uppfattning att Studenthälsans förebyggande arbete också måste innehålla strategier mot narkotikamissbruk samt att det på varje högskola/universitet skall finnas handlingsplaner mot såväl alkohol- som narkotikamissbruk.

En majoritet av dem som prövat narkotika återfinns i arbetslivet. Arbetsplatserna erbjuder stora möjligheter att förebygga missbruk. Här finns de äldre ungdomar som annars är svåra att nå men också merparten av föräldrar och andra vuxna. Arbetsplatserna har också en viktig funktion att fånga upp tidiga signaler på problem.

Narkotikakommissionen konstaterar att det generellt saknas kunskap om hur drogmissbruket i arbetslivet ser ut men att det finns flera indikationer på att narkotikamissbruket har ökat. Det bör därför utvecklas strategier för att engagera arbetsplatser i det drogförebyggande arbetet och det gäller särskilt dem med många ungdomar anställda.

De lokala strategierna bör innehålla riktlinjer för hur det lokala näringslivet och arbetsplatserna kan involveras i det drogförebyggande arbetet, hur arbetsplatserna kan stöttas att formulera en policy i drogfrågor, hur kunskapsutbyte och samarbete mellan skola och arbetsliv kan stimuleras samt hur de lokala arbetsplatsernas möjligheter att ta emot ungdomar i behov av särskilt stöd kan utvecklas.

4.3.6.3 Insatser för unga i riskzon

Barn som far illa och barn och unga i riskzon bör utgöra prioriterade målgrupper för det förebyggande arbetet. Med barn som far illa brukar avses barn som inte får sina grundläggande behov tillgodosedda inom familjen, medan det vidare begreppet barn i riskzon används som benämning för de barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt. Det kan t.ex. vara barn och ungdomar med beteendestörningar, med psykiska eller psykosomatiska besvär och/eller skolproblem och barn och unga som växer upp i riskmiljöer samt deras familjer. Barn och unga som har begått brott eller vistas i kriminella miljöer behöver också uppmärksammas särskilt.

Det går inte att säkert säga hur många barn och unga som befinner sig i riskzon eller om gruppen har blivit större under 1990-

talet. Tecken som tyder på en ökning är t.ex. att landets PBU-mottagningar har fått betydligt fler ärenden under 1990-talet och att anmälningarna om barn som far illa har ökat.

Det större antalet anmälningar kan också bero på att benägenheten att anmäla har ökat. Fortfarande är det emellertid så att personal inom barnomsorg och skola inte alltid meddelar sina misstankar om att barn far illa till socialtjänsten trots att de enligt lag är skyldiga att göra det (§ 71 socialtjänstlagen). Undersökningar visar att endast en tredjedel av de misstänkta fallen i förskolan och cirka hälften i grundskolan anmäls till socialtjänsten. Skälen till underlåtenheten att anmäla kan vara alltifrån okunnighet om anmälningsplikten, rädsla för att stöta sig med familjen till en misstro mot socialtjänsten. En annan förklaring till de låga anmälningssiffrorna är bristande samarbete mellan olika tjänstemän och myndigheter och att de som anmäler sällan får information om vad deras anmälan har lett till.⁶

Mer än tio procent av barnen i Sverige växer upp i en missbruksmiljö. Dessa barn måste tidigt uppmärksammas och få särskilt stöd för att inte själva riskera att hamna i en destruktiv utveckling. Samhällets stödinsatser bör komma in på ett mycket tidigt stadium och vara av omfattande och under uppväxten varaktig karaktär. En glömd grupp i sammanhanget är också de barn och ungdomar som har syskon som missbrukar. Barn med missbrukande syskon kan lätt hamna i skymundan i familjen och fara mycket illa. Undervisning om barn och ungdomar som lever i missbruksmiljöer bör ges till alla inom kommunen som arbetar med barn och ungdomar; i synnerhet måste skolornas kunskap om hur man kan bemöta och stödja dessa barn öka.

Det är enligt kommissionens uppfattning viktigt att det i de lokala strategierna finns tydliga riktlinjer för hur samarbetet omkring barn i riskzon skall organiseras och att målsättningarna för arbetet konkretiseras. Den lokala strategin bör därför innehålla en handlingsplan för hur kommunen arbetar med utsatta barn och ungdomar och barn som riskerar att hamna i missbruk. Utöver socialtjänstens insatser bör särskilda handlingsplaner upprättas på skolor och fritidsgårdar där det också bör finnas personal med kompetens att upptäcka och lägga upp åtgärdsprogram för dessa barn och ungdomar.

⁶ Sundell, Knut och Colbiörnsen, Maria. *Samarbete kring barn i riskzonen*. FoU-rapport 1999:24. Stockholm 1999.

Att inom förskolan och skolan ge dessa barn de resurser de behöver bedömer kommissionen kan minska riskerna för framtida utslagning, missbruk och kriminalitet. Det bör finnas ett professionellt nätverk av personal från skola, barnomsorg, fritid, socialtjänst och polis som samarbetar omkring dessa barn och ungdomar. Ett bra samarbete mellan skola och socialtjänst gör det lättare att fånga upp ungdomar med social problematik.

I synnerhet gäller detta samarbetet mellan förskola/skola och socialtjänsten där det bör finnas beredningsplaner för hur personalen skall agera när det gäller barn som far illa. Ett bra sätt att hantera anmälningar om detta till socialtjänsten kan t.ex. vara att låta huvudmannen i stället för enskild tjänsteman stå bakom anmälan.

4.3.7 Insatser i skolan

4.3.7.1 Skolans undervisning om tobak, alkohol och narkotika

Narkotikakommissionens förslag: Skolverket bör få i uppdrag att i samarbete med Folkhälsoinstitutet utarbeta riktlinjer för skolans samlade undervisning om tobak, alkohol och narkotika som kan tas in i nu gällande läroplan för grundskola och gymnasieskola.

Mycket tyder på att det förebyggande arbetet har minskat i omfattning i skolan under senare år. Skolverket bedömer att skolans insatser inte är tillräckliga för att förmå ungdomar att avstå från droger eller för att motverka en destruktiv utveckling.⁷ Detta trots att det i dag finns effektiva strategier och program. Skälen till att dessa inte används i någon större omfattning kan vara bristande ekonomiska resurser, otillräcklig kunskap om vilka dessa metoder är, att man inte anser sig ha behov eller otydlighet i de centrala direktiven.

I nu gällande läroplan för grundskola och gymnasium saknas riktlinjer för hur det förebyggande arbetet skall bedrivas. Läroplanen slår endast fast att skolan är skyldig att undervisa om riskerna med narkotika och andra droger och att det är rektors ansvar att så sker. Detta är enligt kommissionens uppfattning en alltför intetsägande formulering som inte utgör det stöd den lokala

⁷ *Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger. I: Nationella kvalitetsgranskningar 1999.* Skolverkets rapport 180. Stockholm 2000.

nivån och den enskilda skolan kan behöva för att utforma riktlinjer för hur undervisningen om droger skall utformas.

Skrivningarna i läroplanerna om skolans ansvar att bedriva ANT-undervisning har successivt försvagats. I 1969 års läroplan skulle undervisningen syfta till att påverka beteendet; att förmå eleverna att inte använda droger, att uppskjuta debuten och förmå dem som börjat att sluta i ett så tidigt skede som möjligt. I 1980 års läroplan var målsättningen att bibringa eleverna drogfria värderingar medan nuvarande läroplan endast säger att eleverna skall ha kunskap om drogernas negativa hälsokonsekvenser.

Det är Narkotikakommissionens uppfattning att skolans undervisning bör syfta till såväl beteendeförändring och drogfria värderingar som kunskapsförmedling. Undervisningen bör således rymma såväl fakta om drogernas negativa konsekvenser som beteendeträning och argumentationsteknik i kombination med en öppen dialog om erfarenheter och värderingar.

Vidare anser kommissionen att undervisningen om tobak, alkohol och narkotika i möjligaste mån bör planeras tillsammans med eleverna. Undervisningen skall vara åldersanpassad och kontinuerlig och steg för steg bygga upp elevernas kunskap. Den bör ge möjlighet till reflektion och samtal om för eleven angelägna livsfrågor och utgå från elevernas egna frågor. Särskilt i de yngre åldrarna bör undervisningen fokusera på sociala influenser och kompetenshöjande träning, att fatta beslut och stå emot grupptryck, snarare än faktaförmedling och information. Undervisning om tobak, alkohol och narkotika liksom om olika former av riskbeteende bör bygga på effektiv och utvärderad metodik.

4.3.7.2 Skolans pedagogiska arbete

Narkotikakommissionen anser att kunskapen om vilken betydelse skolans pedagogiska arbete har för drogutvecklingen bland eleverna bör öka. Att utveckla nya metoder i skolarbetet som främjar elevinflytande och föräldramedverkan är viktiga inslag i skolans förebyggande arbete.

Traditionellt har skolan främst arbetat med att genom information och kunskapsförmedling få eleverna att avstå från droger. Trots att forskningen inte kunnat visa att risk- och problem-beteende påverkas av faktainformation är fortfarande en övervägande del av skolans ANT-undervisning av det traditionella

slaget.⁸ Vad forskningen däremot har kunnat visa är att undervisning som höjer de ungas förmåga att stå emot sociala influenser och generellt ökar den sociala och emotionella förmågan har preventiva effekter när det gäller olika risk- och problembeteenden hos ungdomar.

På flera håll i världen pågår arbetet med socialt och emotionellt lärande eller så kallad life-skills training som handlar om hur man genom pedagogiska undervisningsmetoder kan förbättra elevernas psykiska hälsa och deras förmåga till empati och samspel. Detta sätt att undervisa har också klart preventiva mål. Forskning har visat att i de grupper där sådana strukturerade undervisningsprogram konsekvent använts har missbruk, rökning och annat utagerande beteende minskat.

Det är viktigt att framhålla att det inte finns någon motsättning mellan ett socialpedagogiskt synsätt och kravet på kunskap i skolarbetet. Snarare visar forskningen att bland elever som fått sådan undervisning har kunskapsnivån även i andra ämnen höjts. Inte minst har de utsatta elevernas studieförmåga förbättrats. Detta i sig gör metoden intressant i ett förebyggande perspektiv eftersom studieframgång är en mycket viktig skyddsfaktor mot missbruk och en i övrigt destruktiv livsstil. I de grupper som har haft denna typ av undervisning har också konflikter och våldstendenser minskat genom en ökad trygghet i gruppen.⁹

Narkotikakommissionen vill också peka på vikten av att utveckla strategier och metoder för hur föräldrars inflytande i skolan kan stärkas. Undersökningar har visat att föräldrars medverkan i skolan har en positiv inverkan på elevernas studieresultat.

4.3.7.3 Skolmiljöns betydelse

Narkotikakommissionen anser att fler lokala drogvaneundersökningar bör genomföras som går att hänföra till den enskilda skolan. Likaså bör fler undersökningar genomföras där frågor om skoltrivsel och hemförhållanden kopplas till frågor om alkohol- och narkotikakonsumtion då sådana frågor har stor relevans för förståelsen av problemutveckling.

⁸ *Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger*. Skolverket 2000.

⁹ Goleman D. *Känslans intelligens – om att utveckla vår emotionella intelligens för ett tryggare och mänskligare samhälle*. Stockholm 2000.

Det är rektors ansvar att skapa nödvändiga strukturer för ett framgångsrikt preventivt arbete och att skapa förutsättningar för och motivera lärare och elevvårdspersonal att utföra detta arbete. En viktig förutsättning är att det finns en medvetenhet om problemens existens och kunskap om hur de ser ut. En metod att uppnå detta är t.ex. att kontinuerligt genomföra lokala drogvaneundersökningar.

Det är i ett preventionsperspektiv också viktigt att studera hur skolans arbetssätt och organisation påverkar barn och ungdomars tillvaro. Stress och brist på inflytande i skolan är ohälsfaktorer som måste ges större uppmärksamhet än i dag. Elevers upplevelse av stress har ökat under senare år och allt fler ungdomar uppger i hälsoundersökningar att de ofta eller ganska ofta lider av huvudvärk, magont, sömnproblem eller känner sig håglösa och nedstämda. Av de intervjuer med ungdomar som Narkotikakommisionen har genomfört framkommer att bl.a. betygshets, anonymitet och brist på inflytande i skolan upplevs som allvarliga stressfaktorer. Ungdomarna, i synnerhet flickorna, ser ett samband mellan dessa förhållanden och användandet av olika slags droger.

En hälsofrämjande skolmiljö är av stor betydelse i det drogförebyggande arbetet. En god skolmiljö kan också i viss mån kompensera en dålig uppväxtmiljö och sociala problem.

Skolans verksamhet bör utvärderas regelbundet och elevernas skoltrivsel mätas. Det senare kan t.ex. ske genom enkäter i samband med drogvaneundersökningar eller genom intervjuer vid hälsokontroller. Besöken i skolhälsovården kan givetvis även användas till personlig rådgivning om drogproblematik och motiverande samtal.

4.3.7.4 Stödinsatser i skolan

Narkotikakommisionens anser att barn och ungdomar i riskzon skall utgöra en prioriterad målgrupp för skolans förebyggande arbete. Lärare, sjuksköterskor, kuratorer och psykologer verkamma i högstadiet och gymnasieskolan skall ha kompetens om ungdomar och missbruk. Skolan skall tidig uppmärksamma och ingripa vid skolk och mobbning.

Det finns tydliga samband mellan drogmissbruk och dålig framgång i skolan, kriminalitet, dåligt självförtroende, bristande social

kompetens och dåligt socialt nätverk. Program som syftar till att förebygga psykisk ohälsa kan också minska risken för missbruk.

Skolan skall särskilt uppmärksamma elever med kamratproblem, inlärningsvärigheter eller övriga skolproblem och/eller familje-problem samt riskbeteende som t.ex. tidig alkoholdebut, återkommande berusningsdrickande eller misstänkt narkotikamissbruk.

Skolan har ett stort ansvar att upptäcka de ungdomar som lever i gränslandet till att inleda ett missbruk. Man måste snabbt uppmärksamma och reagera på de signaler dessa ungdomar sänder ut liksom att snabbt agera när ett missbruk uppdragas. Lärare med kunskaper om tidiga tecken och med ambition att stödja elever som inte fungerar bra och en väl fungerande skolhälsovård och elevvård är bland de viktigaste förutsättningarna att upptäcka elever som har en destruktiv livsstil och för att identifiera och hjälpa barn i behov av särskilt stöd.

Kommissionen ser det därför som mycket oroande att kunskap att identifiera och arbeta med barn och ungdomar i behov av särskilt stöd enligt Skolverket saknas i de flesta skolor.¹⁰

Det är också viktigt att skolan garanteras tillräckliga resurser i form av personliga assistenter eller andra specialistresurser.

Narkotikakommissionen vill också framhålla vikten av att det på varje skola finns ett särskilt elevvårdsteam som har till uppgift att tidigt upptäcka och ingripa vid skolk, mobbning, missbruk eller tecken på vantrivsel i skolan. En sådan grupp kan både bidra till att skolan på ett tidigt stadium uppmärksammar elever med behov av särskilt stöd och verka för en god skolmiljö. Den kan bestå av kurator, socialarbetare, psykolog, rektor, skolsköterska, studie- vägledare, lärare och specialpedagoger. Kamratstödjare kan förstärka elevvården i skolan. De är viktigt att de som arbetar med dessa frågor har skolledningens fulla stöd och garanteras fortbildning och andra nödvändiga resurser.

Kommissionen anser också att det på varje skola skall finnas en konkret handlingsplan för det drogpreventiva arbetet som innehåller riktlinjer för ANT-undervisningen, skolans allmänna regler avseende droger och information om vad som sker vid upptäckt av missbruk av något slag. I planen bör även ingå särskilda program mot skolk och mot mobbning, strategier för elev- och föräldrasamverkan samt kompetensutveckling för personalen. Planerna bör

¹⁰ *Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger*. Skolverket 2000.

vara uttryckta i tydliga och lätt utvärderingsbara målsättningar som följs upp och utvärderas återkommande och revideras vid behov.

Skolverket bör kunna bistå med råd och riktlinjer vid upprättandet av sådana planer, men ansvaret för att de upprättas och efterlevs bör ligga på kommunen eller den lokala skolledningen.

4.3.8 Opinionsbildning och information

Narkotikakommissionens bedömning: Det viktigaste opinionsskapande arbetet är att narkotikafrågan ges politisk prioritet såväl lokalt som nationellt.

För att stoppa utvecklingen av mer tillåtande attityder till droger bland ungdomar krävs att narkotikafrågan ges politisk prioritet lokalt och nationellt och att den allmänna opinionen och lokalsamhällets resurser mobiliseras. För att skapa en stark opinion mot droger bland ungdomar krävs framför allt att ungdomarna själva, i betydligt högre grad än i dag, engageras i och får inflytande över det narkotikapreventiva arbetet samt att de i dialog med vuxna ges möjlighet att diskutera narkotikapolitiska frågor.

Kommissionen ser med oro på den vanligt förekommande inställningen bland unga att narkotikamissbruk är en individuell angelägenhet så länge man inte skadar någon annan och anser att det måste vara en av det förebyggande arbetets viktigaste uppgifter att försöka påverka denna inställning. Vi tror inte att detta kan ske genom mer information, men däremot genom en förbättrad kommunikation samt genom att koppla diskussioner om droger till den gemensamma värdegrund som samhället vilar på och som bl.a. omfattar respekt för människans egenvärde och integritet, individens frihet, livets okränkbarhet, omsorgen om dem som har det svårt och det personliga ansvaret. Dessa grundläggande värden finns bl.a. inskrivna i skolans läroplan och skall vara styrande för skolans undervisning och verksamhet. Det är också på denna grund det förebyggande arbetet måste bygga.

4.3.8.1 Informationsinsatser

Det yttersta syftet med förebyggande insatser är att de skall leda till att så många individer som möjligt tar avstånd från droger, att de som har en positiv attityd till droger förändrar sin inställning och att de som prövat eller använder droger förändrar sitt beteende. För att uppnå dessa målsättningar krävs olika metoder. Ett vanligt problem inom det förebyggande arbetet är att de insatser som görs ofta förväntas verka på alla dessa nivåer samtidigt, fast metoden som används bara kan nå resultat i något av dessa avseenden.

Grundläggande är därför att analysera om information är det bästa medlet för att nå det uppsatta syftet. När det gäller intresset av att pröva droger är exempelvis faktorer som självbild, grupptryck, behovet av gränsöverskridanden och att söka starka upplevelser lika viktiga som brist på information.¹¹

Narkotikakommissionen har haft i uppdrag att utforma strategier för särskilt riktade informationsinsatser och för opinionsbildning samt lämna förslag till samhällets stöd för detta. Kommissionen har gjort en genomgång av olika former av information och dess verkningar (PM nr 7 och nr 12) och belyst hur ungdomar förhåller sig till sådana insatser (PM nr 4). Utifrån detta material och den forskning som finns på området drar vi följande slutsatser om hur information om droger bör utformas och vad den bör innehålla.

I all undervisning och information om droger är det viktigt att utgå från ungdomarnas egen verklighet så att problemställningarna uppfattas som relevanta.

Undervisning om droger skall betona socialt och emotionellt lärande och omfatta övning i att tillämpa kunskaper och fatta beslut.

Budskapet från alla inblandade parter (skola, familj, när-samhälle) skall vara konsekvent. Det är viktigt att förstärka budskapet att en stor majoritet av alla ungdomar aldrig har använt narkotika.

Information om droger skall börja tidigt och vara kontinuerligt återkommande under hela uppväxttiden. Insatserna skall vara målgruppsanpassade. Viktiga målgrupper är barn och unga i riskzon samt åldersgruppen 18 till 25 år.

¹¹ Jarlbro, G. *Hälsokommunikation – en introduktion*. Lund 1999.

Hänsyn skall alltid tas till lokala förhållanden.

Det skall emellertid framhållas att information aldrig kan ses som en isolerad företeelse. Dess viktigaste funktion är, enligt kommissionen, att utgöra basen i samhällets kunskapsuppbyggnad och ge stöd för den politik samhället driver.

Det är kommissionens uppfattning att drogmissbruk rimligen bör betraktas som ett folkhälsoproblem och att narkotika-prevention tillsammans med annat drogförebyggande arbete är ett viktigt inslag i det generella folkhälsoarbetet. Detta grundläggande synsätt motsäger dock inte uppfattningen att det samtidigt är angeläget att narkotikafrågan lyfts fram som en enskild fråga i det förebyggande arbetet.

Bred information om riskerna med att använda narkotika och om den svenska narkotikapolitiken bör ges till alla ungdomar. Därutöver bör riktad information ges till olika kategorier av ungdomar. Även föräldrar och andra vuxna bör få kunskap om narkotika och dess verkningar samt information om drogläget i kommunen. En viktig del av sådana insatser är att det finns realistiska möjligheter att anvisa dem som berörs av informationen vägar till vård, behandling eller annat stöd. Information måste också kombineras med stöd för att ha effekt på socialt utsatta ungdomar och deras familjer.

En förutsättning för att ungdomar skall ta till sig information är att budskapet uppfattas som trovärdigt. Information om droger måste därför vara adekvat och aktuell. Den skall bygga på forskning och innehålla så många kända fakta om som möjligt. Riskerna skall varken överdrivas eller bagatelliseras. Det finns i dag en klar och tydlig insikt om att skräckpropaganda och andra förenklade budskap inte fyller någon funktion. Detta får dock inte leda till en underlåtenhet att tala om de risker som är förenade med narkotikamissbruk. Det är kommissionens intryck att ungdomar i dag ofta saknar kunskap om drogers effekt och farlighet. Undersökningar visar att det finns ett samband mellan uppfattningen om en drogs farlighet och benägenheten att testa.¹²

Många ungdomar ser inga risker med vad de själva beskriver som ett måttligt och kontrollerat användande av droger. Ett skäl till detta kan vara att de saknar kunskap om de medicinska konsekven-

¹² Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G. *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-1999*. Volume I: Secondary school student. National Institute on Drug Abuse. Rockville 2000.

serna av ett sådant användande. Det är därför angeläget att all kunskap som faktiskt finns om droger och dess effekter förmedlas till ungdomarna. Det kanske inte förmår ändra vanorna hos dem som regelbundet använder narkotika, men om kunskapen om de faktiska riskerna ökar är det, enligt kommissionen, troligt att detta kan avhålla fler från att testa av nyfikenhet.

I information om narkotika till ungdom och allmänhet bör också riskerna för akuta skador lyftas fram. Det gäller t.ex. riskerna för indirekta skador såsom våld och olycksrisker. I sammanhanget bör särskilt riskerna vid kombinationer mellan alkohol och andra preparat betonas. Det är enligt kommissionen framför allt viktigt att se över informationen om cannabis. I flera länder betraktas cannabis som en "lätt" och relativt harmlös drog och detta synsätt förefaller ha fått fäste bland många ungdomar även i Sverige. Det gäller även bland dem som själva inte använder droger. Det är viktigt att farorna med detta preparat uppmärksammas på ett sådant sätt att ungdomarna tar informationen till sig.

Information skall även belysa de sociala, juridiska och politiska konsekvenserna av missbruk. Ungdomar vill diskutera droger i ett vidare sammanhang som även rymmer sådant som rusets funktion, längtan efter upplevelser och ungas levnadsvillkor. Det har i olika sammanhang betonats att den nya tonårskulturen är individualistisk, snarare än kollektivistisk. Det innebär att det inte är tillräckligt att endast se till sådant som grupstryck i arbetet med drogprevention, utan också till preparatens funktion för olika individer och för deras val att handla enligt eller mot de ideal som råder i samhället respektive i gruppen.¹³

Narkotikakommissionen anser vidare att ungdomars förmåga att analysera och förhålla sig till olika slags information måste stärkas. Internationalisering och en snabbt framväxande informationsteknologi kan tillsammans med musik-, mode- och nöjesindustrin underlätta spridandet av drogförhärlikande budskap. Narkotika utgör en del av ungas verklighet och får ungdomar inte pålitlig information exempelvis i skolan så har de inget att ställa emot de budskap av mer tillåtande karaktär som de möter på t.ex. Internet och andra omvärldsarenor.

Att, som i vissa sammanhang ibland föreslås, förbjuda drogförhärlikande budskap låter sig enligt kommissionens mening inte

¹³ Svensson B, Svensson J, Tops D. *Att komma för sent så tidigt som möjligt: om prevention, ungdomskultur och droger*. Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), NAD-publikation nr 34. Helsingfors 1998.

göras. Förutom de juridiska och praktiska liksom yttrande- och tryckfrihetsmässiga aspekter som kan läggas på en sådan lösning tror kommissionen inte att det är genom ett sådant förbud som man förmår fler ungdomar att ta avstånd från narkotika. I stället är det genom ett väl fungerande förebyggande arbete liksom genom konkret och korrekt information till ungdomar som en sådan mer tillåtande attityd till narkotika kan motverkas. Metoderna måste vara att ge ungdomar redskap att tolka all slags information, att lära dem källgranska och kritiskt värdera. Det krävs emellertid också att motargumentationen befinner sig på samma arenor och i samma miljöer som de som framför en mer liberal åsikt. Ett exempel på detta är webbsiten Drugsmart¹⁴ på Internet där ungdomar kan diskutera narkotikafrågor med varandra och med experter.

4.4 Tidiga insatser

4.4.1 Upptäcka, rådgiva, stötta

Det finns två grundprinciper i arbetet med ungdomar som har påbörjat ett missbruk: tidig upptäckt och tydlig reaktion. En tidig upptäckt minskar risken för individuella skador och för att missbruket skall spridas i ungdomsgruppen.

För att kunna nå de ungdomar som har börjat experimentera med droger måste det finnas ett fungerande skyddsnät omkring ungdomar i skola och lokalsamhälle och ett strukturerat samarbete mellan socialtjänst, polis, skola fritidsverksamhet och frivilligorganisationer. Narkotikakommissionen har emellertid funnit att det på många håll inom socialtjänsten saknas strukturerade metoder att arbeta med dessa ungdomar och att det också ofta saknas ett övergripande och mer strukturerat samarbete mellan socialtjänst och polis.

Narkotikamissbruket är mest utbrett i åldersgruppen 18 till 25 år. Samtidigt kan vi konstatera att det saknas effektiva metoder att nå och arbeta med denna åldersgrupp både vad gäller förebyggande arbete och tidiga insatser. Svårigheterna består bl.a. i att identifiera de personer som har påbörjat ett missbruk, motivera dem att upphöra med detta och, i de fall det behövs, också utforma en lämplig insats.

¹⁴ <http://www.drugsmart.com>

Att avbryta ungdomars experimenterande med droger är alltså ett arbete i flera steg. För det första krävs kompetens att fånga upp signaler. För det andra krävs en utbyggd rådgivningsverksamhet och för det tredje krävs olika former av behandlingsalternativ.

Ett viktigt inslag i kampen mot det sporadiska missbruket är att försöka upprätta förtroendefulla relationer och skapa utrymme för en dialog om vilken roll drogen spelar i ungdomarnas liv. Sådana samtal är en viktig källa till kunskap om hur det förebyggande arbetet kan bedrivas men kan också vara det första steget för att motivera en individ att ändra sin livsstil.

Personer med ett lågfrekvent missbruk av droger upplever ofta inga problem med detta och om de upplever problem sätter de ofta dessa inte i samband med drogerna. Viljan att förneka problem kan vara mycket stark. Följaktligen söker de inte självmant hjälp för sitt missbruk, men de kan söka vård av andra skäl. Det är därför viktigt att det hos personalen på ungdomsmottagningar, inom elev- och studenthälsan, företagshälsovården och primärvården, men också inom mödra- och barnhälsovården finns kunskap om hur man kan uppmärksamma även subtila signaler om droganvändande.

Flera undersökningar visar att relativt små insatser riktade till personer med riskbeteende kan få goda resultat. Inom sjukvården kan det t.ex. räcka att en läkare talar med högkonsumenter av alkohol om deras alkoholvanor för att detta skall leda till en minskad konsumtion. Det är troligt att detsamma gäller narkotikamissbruk. Narkotikakommissionen bedömer dock att det rent generellt saknas kunskap om metoder att upptäcka ett missbruk som ännu inte har blivit problematiskt.

En viktig resurs i arbetet med unga i riskzon eller som har påbörjat ett missbruk som enligt kommissionens mening inte utnyttjas fullt ut är organisations- och föreningslivet samt arbetslivet. Ett skäl kan vara att det saknas möjlighet till praktisk pedagogisk utbildning för den arbetsgivare, förening eller kanske privatperson som är villig att ta hand om en ung person i behov av stöd.

För att kunna utnyttja den stora potential som finns i lokalsamhället att arbeta med utsatta ungdomar måste den professionella kompetensen i lokalsamhället öka, vilket bl.a. kan ske genom utökade möjligheter till utbildning. Frågor om kompetensutveckling behandlas i kapitel 7.

Ungdomar som vill sluta att använda droger behöver ofta mycket kompetent stöd för att lyckas med detta. Många befinner

sig i ett mellanläge där insatser i öppenvården inte räcker till men där en institutionsplacering är långt ifrån aktuell. För dessa ungdomar kan vård på hemmaplan i s.k. mellanvårdsprojekt vara den bästa lösningen. På alltför många håll saknas möjligheten till sådana vårdalternativ. Kommissionen anser att det måste utvecklas fler alternativ till institutionsvården och att mellanvårdsverksamheten generellt behöver förstärkas.

Narkotikakommissionen anser att det i varje kommun bör finnas särskilda program för ungdomar som påbörjat ett missbruk eller har så omfattande social problematik att de varken klarar skolan eller att få ett arbete. Det är viktigt att föräldrar involveras i behandlingsarbetet.

Också föräldrar vars barn har fastnat i missbruk behöver ett omfattande stöd. Detta brister i dag på de flesta håll. Anhöriga känner sig ofta både maktlösa och utlämnade och upplever att de inte får stöd av myndigheterna. Samtidigt vittnar socialtjänsten ofta om hur svårt det kan vara att komma i kontakt med föräldrar vars barn misstänks för missbruk.

Kommissionen anser att föräldrar eller andra anhöriga som misstänker missbruk eller är oroade över någon familjemedlems livsstil bör ha möjlighet att anonymt kunna få professionellt stöd och hjälp. Frivilligorganisationerna fyller i detta avseende en mycket viktig funktion men när långt ifrån alla som är i behov av råd och stöd.

Det är viktigt att socialtjänsten utvecklar rutiner för hur kontakten med anhöriga skall se ut och att det inom socialtjänsten finns resurser att arbeta med hela familjen.

I Sverige ökar för närvarande antalet familjecentraler, dvs. enheter där man samlokaliserar och samordnar socialtjänstens individ- och familjeomsorg, öppen förskola samt mödra- och barnhälsovård. Förhoppningen är att familjecentralerna skall kunna förebygga psykiska och sociala problem genom kontakter mellan föräldrar sinsemellan och med olika kategorier professionella samt genom möjligheten att därmed erbjuda tidiga insatser utifrån bred kompetens.¹⁵ Enligt Narkotikakommissionens bedömning bör familjecentralerna även kunna utnyttjas för stöd till missbrukande ungdomar och deras föräldrar eller i vart fall fungera som sluss till andra stödformer.

¹⁵ Bremberg Sven. *Bättre hälsa för barn och ungdom – en strategi för de sämst ställda*. Folkhälsoinstitutet. Rapport 1998:38. Stockholm 1998.

4.4.2 Tidig upptäckt

4.4.2.3 Socialtjänstens uppsökande verksamhet

Kommissionen vill betona att det viktigaste uppsökande arbetet är att ha en bra verksamhet som är känd och har förtroende hos såväl missbrukarna som hos ungdomarna i kommunen.

Det uppsökande arbetet bland de etablerade missbrukarna behandlas nedan. När det gäller ungdomarna kan socialtjänsten bl.a. genom olika samverkansgrupper med alla de instanser i kommunen som arbetar med ungdomar skapa förutsättningar att underlätta tidig upptäckt av riskbeteenden, öka anmälningsbenägenheten till socialtjänsten och göra socialsekreterare förtrogna med ungdomars vardagsmiljöer.

Det uppsökande arbetet har två nivåer. *Inre uppsökande arbete* gäller personer som redan har kontakt med socialtjänsten eller som kontaktas av socialtjänsten av andra orsaker än narkotikaproblem eller narkotikamissbruk. *Yttre uppsökande arbete* gäller personer som inte har någon aktuell kontakt med socialtjänsten.

När det gäller *det inre uppsökande arbetet* har olika forskningsrapporter visat att många av dem som får ekonomiskt bistånd har missbruksproblem utan att det har tagits upp i samtalen mellan klient och socialsekreterare och utan att någon planering har gjorts för att komma tillrätta med missbruket, trots att klienten har varit i kontakt med socialtjänsten under långa tidsperioder, ibland under flera år. Detta kan bero på att klienten inte har tagit upp frågan och att socialsekreteraren inte heller har observerat problemet, men det kan också vara en medveten bedömning från socialtjänstens sida att inte gå vidare med saken om man upplever att man har små möjligheter att ge klienten ett reellt stöd i att lämna missbruket. Den nuvarande situationen inom socialtjänsten med pressat arbetschema, personalbrist och täta byten bland socialsekreterarna samt begränsade möjligheter till mer omfattande vårdinsatser har troligen enligt Narkotikakommissionens bedömning lett till att detta har blivit vanligare.

Det yttre uppsökande arbetet kan bedrivas på många olika sätt och involverar ofta samarbete mellan olika myndigheter och organisationer. Socialtjänsten har traditionellt använt fältarbetare, vilka ibland arbetar i samverkan med fritidsförvaltningen. I vissa fall är fältarbetarna knutna till beroendekliniker eller rådgivningsbyråer, men vanligen till socialdistriktet eller stadsdelsnämnden. I några av de större kommunerna fanns tidigare centralt finansierade och

organiserade fältenheter, som specialiserat sig på uppsökande arbete bland missbrukare, men dessa har i flertalet fall lagts ned och uppgifterna har lagts över på de lokala socialdistrikten eller stadsdelsnämnderna. Dessa har inte alltid erhållit motsvarande resurser. Med några få undantag har huvuddelen av denna typ av uppsökande arbete upphört.

4.4.2.4 Indirekt uppsökande arbete

Vid sidan av det uppsökande arbete som socialtjänsten själv är aktivt i finns många exempel på sådan verksamhet som genereras av samverkan med andra organisationer. Av dessa har polisen rapporteringsplikt till socialtjänsten. Genom att på olika sätt utveckla kontakter, bidra med utbildning och kunskap och genom att bygga upp ett förtroendefullt samarbete kan fler missbrukare nås, dels genom att socialtjänsten får information om miljöer där uppsökande insatser bör sättas in, dels genom att kontakt kan förmedlas med socialtjänsten.

Samverkan med och information från polisen har i många kommuner stärkts i och med att polisen gör drogtestar vid misstanke om ringa narkotikabrott och, om det gäller personer under 18 år, skall rapportera resultatet av dessa test till socialtjänsten. Socialtjänsten får därigenom information om missbrukare och om ungdomar som vistas i olämpliga miljöer.

Vanligt är också att socialtjänsten, eventuell beroendeklinik, polisen, fritidsförvaltningen, skolpersonal och föreningslivet har regelbundna lokala överläggningar, där man visserligen inte går igenom enskilda fall, men där man diskuterar och rapporterar om narkotikaläget och riskmiljöer i kommunen eller distriktet. Sådana överläggningar liksom polisen rapportering om konkreta missbrukare kan ligga till grund för socialtjänstens uppsökande verksamhet.

Den kontaktverksamhet som klientorganisationer och stödorganisationer organiserar når i viss utsträckning missbrukare som inte är kända av socialtjänsten eller som av olika anledningar undviker kontakt med socialtjänsten. Rådgivare vid dessa organisationer kan medverka till att deras klienter tar kontakt med socialtjänsten för att de skall kunna få en sådan kvalificerad hjälp som organisationerna inte kan tillhandahålla.

Inom sjukvårdens ram finns ett antal beroendekliniker och psykiatriska avdelningar som arbetar med missbrukare. Ofta är patienterna också kända som missbrukare av socialförvaltningen. Om det inte sker med patientens godkännande lägger sjukvårdens tystnadsplikt hinder i vägen för en direkt rapportering. Fasta samarbetsformer, t.ex. i form av att socialarbetare har mottagning på kliniken, kan underlätta för klienterna att ta kontakt med socialtjänsten.

En möjlighet till rådgivning som kan leda till kontakt med socialtjänsten är inom primärvården, bland annat husläkarmottagningar, vårdcentraler, distriktssköterskor, mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. Samarbetsprojekt har bland annat organiserats mellan socialtjänsten och mödravården.

Barnomsorgens personal skall, när de misstänker att ett barn far illa på grund av missbruk i hemmet, kontakta socialtjänsten. Även skolpersonal har skyldighet att ta kontakt med socialtjänsten om barn misstänks missbruka.

Sammantaget kan ett kontaktnät av detta slag bidra till goda kunskaper både om missbruksläget i kommunen, om grupper och miljöer där missbruk förekommer samt om enskilda individer med missbruksproblem.

4.4.3 Konsekvenser av kriminaliseringen av eget bruk

År 1988 kriminaliserades eget bruk av narkotika och år 1993 infördes fängelse i högst sex månader i straffskalan för eget bruk. Det främsta syftet med dessa lagändringar var dels att hejda nyrekryteringen av unga missbrukare, dels att så tidigt som möjligt kunna upptäcka dem som inlett ett missbruk.

Kriminaliseringen av eget bruk har inneburit att polisen, tillsammans med bl.a. socialtjänsten, har fått en mer framträdande roll när det gäller att upptäcka pågående missbruk och hejda narkotikamissbrukets spridning bland främst ungdomar. Polisen har kunskap om och kan ingripa i de miljöer där narkotika förekommer. Polisen kan också upptäcka minderåriga som vistas i dessa miljöer och ingripa mot enskilda individer som är narkotikapåverkade. I och med att fängelse har införts i straffskalan kan polisen också genomföra drogtest, vanligen ett urinprov, på den som är straffmyndig, alltså över 15 år, om det finns skäligen misstanke om narkotikabrott.

När polisen upptäcker minderåriga i olämpliga miljöer, ungdomar med ett misstänkt pågående missbruk eller narkotikapåverkade ungdomar skall en anmälan göras till socialtjänsten som då skall påbörja en utredning. Syftet med polisens och socialtjänstens arbete är att ungdomarna så tidigt som möjligt skall få hjälp.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) har utvärderat straffbeläggandet av eget bruk av narkotika som infördes år 1988 och den straffskärpning som trädde i kraft år 1993.¹⁶ Sammanfattningsvis kan sägas att polisens förändrade arbetssätt har inneburit att fler ungdomar som inte tidigare varit kända för narkotikabrott upptäckts. År 1997 lagfördes dubbelt så många unga och okända som år 1991. Ökningen motsvarade närmare 940 personer, varav ungefär hälften redan var kända av socialtjänsten. Polisens möjligheter att ta urin- eller blodprov på personer som är skäligen misstänkta för narkotikabrott har emellertid i stor utsträckning använts för att ingripa mot redan kända narkotikamissbrukare, enligt BRÅ:s rapport.

Narkotikakommissionen ser kriminaliseringen av det egna bruket som en viktig del av den restriktiva narkotikapolitiken. Kriminaliseringen förutsätter emellertid att de unga som upptäcks inte bara möts av samhällets reaktion – som man i och för sig inte skall underskatta som efterfrågedämpande åtgärd – utan också får den hjälp och det stöd de kan behöva. Kommissionen återkommer till detta i nästa avsnitt.

BRÅ:s undersökning visar enligt kommissionens mening på att allt fler unga, tidigare okända, upptäcks genom polisens insatser vilket också varit en av avsikterna med lagstiftningen. I rapporten redovisas dock även att av de ungdomar som tagits med för provtagning kunde narkotikamissbruk inte påvisas för en tredjedel. Även om det finns flera tänkbara förklaringar till detta – som att det kan vara svårt att bedöma om en ung person är påverkad av narkotika eller att de preparat ungdomar använder ofta är nya och inte alltid fångas upp av testerna – är det enligt kommissionen inte tillfredsställande. Kommissionen förutsätter emellertid att Rikspolisstyrelsen närmare analyserar förhållandet och genom utbildning och annan uppföljning försöker förbättra träffbilderna.

¹⁶ *Kriminaliseringen av narkotikabruk – en utvärdering av rättsväsendets insatser*. BRÅ-apport 2000:21. Stockholm 2000.

4.4.4 Socialtjänstens reaktion på ungdomars narkotikabrott

Brottsförebyggande rådets utvärdering avsåg rättsväsendets insatser med anledning av kriminaliseringen av eget bruk av narkotika. Narkotikakommissionen har för egen del ansett det vara intressant att försöka få svar på frågan om en ung persons första lagförda narkotikabrott leder till åtgärder från socialtjänstens sida; det krävs i många fall såväl hjälp- som stödinsatser för att förhindra att den unge fastnar i ett missbruk.

För att få veta vilka insatser som socialtjänsten normalt vidtar vid ringa narkotikabrott har kommissionen gett i uppdrag till Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet att komplettera BRÅ:s ovan nämnda studie med en uppföljning om socialtjänstens insatser.¹⁷ De ungdomar mellan 15 och 17 år som lagförts för ringa narkotikabrott i BRÅ:s material och som inte tidigare fällts för något narkotikabrott följdes upp genom en kontakt med aktuell socialbyrå. Av totalt 350 individer har socialtjänsten lämnat uppgifter i 288 fall.

Undersökningen visar sammanfattningsvis att en stor del av ungdomarna redan var kända av socialtjänsten. I 23 procent av fallen var dock socialtjänsten ovetande om narkotikamissbruket även om ungdomarna var kända av andra orsaker. I 38 procent av fallen var den unge helt okänd för socialtjänsten, vilket innebär att i över hälften av fallen var den unges narkotikamissbruk okänt för socialtjänsten.

Undersökningen visar också att socialtjänsten normalt vidtar åtgärder när ett meddelande har inkommit och att socialtjänstens åtgärdsbeslut förefaller vara pragmatiska och ändamålsenliga.

Öppenvårdsåtgärder hör till de vanliga interventionerna. Fullföljda utredningar som innefattar en kontroll av drognykterhet i hemmet, under assistans av socialtjänsten, förekommer också ofta. I några fall har kontakterna mellan ungdomarna och socialtjänsten avbrutits. I dessa fall har ungdomarna i regel föräldrarna bakom sig.

Narkotikakommissionen har inte mot bakgrund av undersökningen av socialtjänstens åtgärder funnit skäl att i detta sammanhang föreslå några förändringar. En annan sak är, som kommissionen har påtalat och återkommer till i andra sammanhang, att

¹⁷ Studien har genomförts av professor Eckart Köhlhorn.

samverkan mellan myndigheterna liksom framför allt socialtjänstens insatser måste förbättras.

4.4.5 Drogtester

Narkotikakommissionens bedömning: Drogtester fyller en viktig funktion inom vård och behandling samt för att tidigt kunna upptäcka ungdomar på väg in i ett missbruk.

Kommissionen anser att möjligheterna att utföra drogtester i arbetslivet skall regleras genom avtal mellan arbetsmarknadens parter och inte genom lagstiftning.

Slutligen tar kommissionen ställning mot att införa en möjlighet att tvångsvis drogtesta barn under 15 år.

Drogtester har blivit ett vanligt hjälpmedel för att konstatera huruvida en person använder narkotika eller inte. Det vanligaste sättet att utnyttja drogtester är i samband med en pågående behandling där testerna blir ett sätt att kontrollera drogfrihet under den tid som behandlingsprogrammet pågår. I ett sådant sammanhang kan testerna utgöra ett stöd för missbrukaren. Eftersom denna testverksamhet är frivillig tillstöter inte några juridiska komplikationer och kommissionen har inte heller särskilt granskat användningen av drogtester i behandlingssammanhang.

4.4.5.1 Drogtester inom arbetslivet

Det finns flera motiv till att arbetsplatser skall vara drogfria. Det handlar om säkerhet, produktivitet, kvalitet mm. Därför utvecklar många arbetsplatser policydokument med riktlinjer för hur missbruk kan förebyggas och behandlas. Drogtester kan vara en del av det förebyggande arbetet, vilket ofta slås fast i dessa dokument.

I dag är formerna för sådana tester inte reglerade i lag utan styrs av de avtal som arbetsmarknadens parter slutit. I olika sammanhang har dock krav förts fram om att drogtester i arbetslivet skall lagregleras. Sådana önskemål har också framförts till Narkotikakommissionen.

Kommissionen kan konstatera att flera utredningar tidigare behandlat denna fråga utan att komma fram till att en lagreglering skulle vara möjlig. I de policydokument som arbetsplatser skall ta

fram framhålls också att drogtester måste kombineras med en strategi för hur man skall stödja och hjälpa dem som på en arbetsplats har drogproblem.

Enligt kommissionens bedömning skiftar förutsättningarna för drogtester i arbetslivet i så hög grad mellan olika arbetsplatser och branscher att de även fortsättningsvis bör regleras genom avtal och inte genom lag. Som framhållits ovan är det enligt kommissionen av central betydelse att avtalen utformas så att drogtesterna i arbetslivet inte ses isolerade för sig; inom företaget måste det finnas ett helhetstänkande som baseras på omsorg om de anställda och omfattar såväl förebyggande insatser som vård- och behandlingsinsatser. Dessutom vill kommissionen understryka vikten av att testerna genomförs av specialister inom företagshälsovård och certifierade laboratorier.

4.4.5.2 Tvångsvisa drogtester av ungdomar

Genom att fängelse infördes i straffskalan för eget bruk år 1993 blev det möjligt för polisen att ta urin- eller blodprov för att kontrollera och säkra bevisning om ett misstänkt narkotikabrott.¹⁸ Enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken gäller nämligen att den som skäligen kan misstänkas för ett brott på vilket fängelse kan följa, får kroppsbesiktning göras för att söka efter föremål som kan tas i beslag eller annars för att utröna omständigheter som kan vara av betydelse för utredning om brottet. Med kroppsbesiktning avses undersökning av människokroppens yttre och inre samt tagande av prov från människokroppen samt undersökning av sådana prov.

Syftet med lagändringen var framför allt att genom en tidig upptäckt ge möjligheter att ingripa tidigt och förhindra att unga människor fastnar i missbruk.

För att en person skall kunna anses som skäligen misstänkt krävs det enligt uttalanden från justitieombudsmannen att det finns konkreta omständigheter som med viss styrka talar för att personen i fråga begått gärningen. Detta innebär att ett beslut om tvångsmedel aldrig kan grundas bara på allmänna kunskaper om en viss persons livsföring eller tidigare brottslighet. Enbart det förhållande att någon är känd i narkotikasammanhang är exempelvis inte tillräckligt för att grunda en skäligen misstanke om narkotika-

¹⁸ Prop. 1992/93:142, bet. 1992/93:JuU17, rskr. 1992/93:221.

brott.¹⁹ Någon möjlighet att använda kroppsbesiktning för att slumpvis kontrollera om någon är påverkad av narkotika föreligger således inte.

Som framgår av kapitel 4.5.4 har kommissionen funnit att den nuvarande lagstiftningen har fyllt en funktion som hjälpmedel för att tidigt upptäcka ungdomar på väg in i ett missbruk. I den uppföljning som kommissionen genomfört av socialtjänstens insatser för de ungdomar mellan 15 och 17 år som lagfördes för första gången för ringa narkotikabrott var i över hälften av fallen narkotikamissbruket okänt för socialtjänsten.

Även om det inte har varit möjligt att närmare analysera effekterna av insatserna för de enskilda ungdomarna i de båda undersökningarna så finns det enligt kommissionens bedömning inga skäl att ändra den nuvarande lagstiftningen. Kommissionen har heller inte funnit det lämpligt att överlåta tvångsätgärder till socialarbetare, skolpersonal eller andra yrkesgrupper än polisen.

4.4.5.3 Tvångsvisa drogtestar av barn under 15 år

Till Narkotikakommissionen har i olika sammanhang framförts synpunkter på att det är olyckligt att det i dag inte är möjligt att med tvång drogtesta också barn under 15 år. Skälet härför är att ju tidigare föräldrar och myndigheter får vetskap om att den unge använder narkotika, desto större möjligheter finns att vidta åtgärder för att förhindra att han eller hon fastnar i missbruk.

Kommissionen kan i och för sig ha förståelse för denna synpunkt men har i sina överväganden ändå funnit att de eventuella vinster en sådan utvidgad möjlighet skulle kunna leda till inte kan anses stå i rimlig proportion till det ingrepp som ett tvångsvis drogtest utgör för barnet. På samma sätt som när det gäller barn och ungdomar över 15 år anser kommissionen inte det vara lämpligt att överlåta den här typen av tvångsätgärder till socialarbetare, skolpersonal eller andra yrkesgrupper än polisen. Detta innebär enligt kommissionens mening att det enda alternativ för en utvidgning av drogtestar till att omfatta även barn under 15 år skulle vara att utvidga möjligheterna till kroppsbesiktning inom ramen för en brottsutredning.

¹⁹ Justitieombudsmännens ämbetsberättelse 1993/94 s. 101 f samt Rikspolisstyrelsen, RPS RAPPORT 1995:9, *Sällningsinstrument för analys av narkotika i urin - Redovisning av en försöksverksamhet med vissa kommentarer*, Stockholm 1995 (POB-420-4750/93) s. 14 f.

Riksdagen har vid ett flertal tillfällen behandlat motioner med yrkanden om lagstiftning som skulle göra det möjligt för polisen att låta ta blodprov och urinprov på den som är under 15 år om han misstänks ha använt narkotika i syfte att klarlägga detta. Senast behandlade riksdagens justitieutskott frågan i ett motionsbetänkande riksdagsåret 1999/2000 då utskottet avstyrkte motionerna med bl.a. hänvisning till Narkotikakommissionens pågående arbete.

När frågan kom upp under mitten av 1980-talet var ett av argumenten för att inte införa möjlighet till kroppsbesiktning av barn under 15 år att det praktiska behovet av att använda det tvångsmedlet framstod som ganska ringa. Det andra argumentet som framfördes mot att tillåta kroppsbesiktning av den som inte fyllt 15 år var att lämpligheten kunde sättas i fråga av att använda kroppsbesiktning i fråga om barn som befinner sig i förpuberteten och i en känslig period av sin utveckling; tvärtom vore ett särskilt hänsynstagande till den personliga integriteten påkallad.

Narkotikakommissionen anser att de argument som framfördes till stöd för att inte tillåta kroppsbesiktning av barn under 15 år fortfarande är giltiga, även om behovet av att använda ett sådant tvångsmedel möjligen kan vara något större i dag. I sammanhanget skall man hålla i minnet att en kroppsbesiktning i de aktuella fallen skall ske i brottsutredande syfte. När det gäller barn under 15 år, som alltså inte är straffmyndiga, är det enligt kommissionens mening inte rimligt att med hjälp av ett straffprocessuellt tvångsmedel utreda ett brott som består i ett eget bruk av narkotika. Här skall särskilt erinras om att när det gäller de mindre ingripande tvångsmedel som får tillämpas mot barn under 15 år – beslag, husrannsakan och kroppsvisitation – gäller att de skall tillämpas restriktivt vid misstanke om allvarlig brottslighet eller brottslighet av större omfattning. Eget bruk av narkotika är enligt gällande rätt inte att betrakta som ett allvarligt brott; en annan sak är att det utgör ett svårt socialt problem.

Ett argument som framhållits från vissa socialarbetare har varit att det krävs ett positivt urinprov för att socialtjänsten skall kunna vidta några åtgärder. Man vill alltså ha svart på vitt – i form av ett positivt drogtest – att narkotikamissbruk förekommer för att myndigheten skall agera.

Enligt kommissionens uppfattning får ett drogtest inte bli utslagsgivande för om myndigheterna skall anse sig ha anledning att ingripa till skydd för barnet eller inte. I synnerhet inte när det

gäller så unga personer som dem som skulle bli föremål för en utvidgad kontrollmöjlighet, nämligen barn under 15 år.

I detta sammanhang kan nämnas att polisen enligt bestämmelserna i polislagen (1984:387) får ta om hand ungdomar under 18 år som anträffas under förhållanden som uppenbarligen innebär överhängande och allvarlig risk för den unges hälsa eller utveckling. Den unge skall genom polisens försorg skyndsamt överlämnas till sina föräldrar eller till socialtjänsten. Exempel på sådana situationer är när den unge uppehåller sig i en knarkarkvart, att han hittas omtöcknad av berusningsmedel eller tillsammans med äldre asociala personer. Polisen har också enligt lagstiftningen skyldighet att snarast underrätta socialtjänsten om förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem. Det är alltså inte så, att myndigheterna saknar möjlighet att ingripa mot barn under 15 år som påträffas påverkad av narkotika även om något drogtest inte kan utföras.

Att en så ung person befinner sig i sådana omständigheter att det skulle vara aktuellt med att tvångsvis utföra ett drogtest utgör enligt kommissionens bedömning också ett fullt tillräckligt skäl för socialtjänsten att utreda det aktuella barnets levnadsförhållanden. En sådan utredning bör givetvis se till barnets hela situation för att utreda eventuellt behov av stöd och inte enbart fokusera på ett eventuellt missbruk.

4.4.6 Rådgivning och hjälp till ungdomar och anhöriga

4.4.6.1 Lokala mottagningar

Narkotikakommissionens förslag: Alla ungdomar och föräldrar skall ha tillgång till en lokal rådgivningsverksamhet om alkohol-, narkotika- och missbruksrelaterade frågor. Vidare skall ungdomar som behöver hjälp att avbryta sitt missbruk få sådan hjälp på en för ungdomar särskilt anpassad mottagning.

Socialtjänsten skall enligt socialtjänstlagen arbeta förebyggande och bedriva ett aktivt uppsökande arbete. Det är en utbredd uppfattning inom socialtjänsten att ungdomar i ett tidigt stadium av missbruk är mycket svåra att nå. De tycker inte att de har problem och söker inte självmant hjälp. Samtidigt vittnar ungdomar om hur svårt det är att få hjälp om man behöver det.

Ungdomar som är oroade över sin egen eller kamraternas livsstil vet inte vart de skall vända sig. Den hjälp som finns passar dem ofta inte heller.

Många föräldrar upplever en stark oro för att deras barn skall börja experimentera med droger och råka illa ut. Som förälder kan det vara svårt att skilja på beteenden som är utslag av en normal tonårsutveckling och vad som kan vara tecken på ett begynnande missbruk. De flesta föräldrar har en ganska vag kunskap om narkotika och missbruk och vet inte vart de skall vända sig om oron övergår i direkt misstanke eller visshet. Samhället har ett viktigt ansvar att informera föräldrar och erbjuda hjälp till dem som behöver stöd.

Det bör därför i varje kommun eller, om det är fråga om små kommuner, i varje region finnas en rådgivningsverksamhet dit ungdomar och föräldrar kan vända sig. En sådan rådgivningsbyrå kan också arbeta aktivt inom skola och fritid och bedriva uppsökande arbete.

Som framgått ovan är detta endast en rådgivande verksamhet. Allt förebyggande och uppsökande arbete bygger på frivillighet och förtroende. I de fall en utredning bör initieras eller behandling är aktuell bör det finnas en särskild missbruksmottagning i kommunen som kan vidta dessa åtgärder.

Det är viktigt att yngre människor inte skall behöva definiera sig som missbrukare för att få hjälp till behandling. Det bör därför finnas tillgång till en för ungdomar särskild anpassad mottagning. En sådan mottagning kan antingen drivas som en egen verksamhet i socialtjänstens regi eller inrymmas i ungdomsmottagningarnas verksamhet som förstärks med personal med särskild kompetens om ungdomar och droger.

4.4.6.2 Jourtelefon

Narkotikakommissionens förslag: På nationell nivå skall det inrättas en hjälptelefonlinje dit man gratis och anonymt kan vända sig med frågor om narkotika och missbruk. Folkhälsoinstitutet bör ges i uppdrag att utreda hur en sådan verksamhet kan organiseras.

Ungdomar som experimenterar med droger eller har kamrater som gör det kan också hamna i situationer där de är i mer akut behov av rådgivning eller hjälp. Detta gäller givetvis även föräldrar och andra

närstående. Det är viktigt att kunna fånga upp ungdomar i detta läge då de ofta själva är motiverade att förändra sin livsstil och upphöra med sitt missbruk.

Sedan Dopingjouren vid Huddinge sjukhus i Stockholm inrättades år 1992 har personalen där märkt en kraftig ökning av samtal som gäller andra droger än dopingpreparat. Skälen till detta tror man är flera. För det första har missbruket bland ungdomar ökat. För det andra har sambandet mellan doping- och narkotikamissbruk blivit tydligare; ungdomar som dopar sig använder ofta också narkotika. För det tredje finns ingen annan instans dit man direkt och anonymt kan vända sig med sin oro. I dag finns emellertid varken personella resurser eller specifik narkotikakompetens för att man på Dopingjouren skall kunna hantera dessa samtal utan de slussas vidare till mottagningarna Maria ungdom i Stockholm eller Mini Maria i Göteborg.

Kommissionen föreslår därför att en nationell hjälptelefon inrättas. Vi menar att en nationell telefon är att föredra framför regionalt eller lokalt förankrade verksamheter då det ger alla samma tillgång oavsett var man bor. Det ger också möjlighet till en samlad information om aktuella trender och olika preparats spridning över landet.

Erfarenhet från Dopingjouren och annan telefonrådgivning visar att hjälptelefoner får ta emot oerhört varierande samtal. I detta fall kan man förutse samtal rörande allt från frågor om preparat och verkningar till självmordstankar. Det är därför viktigt att det ställs höga krav på utbildning och kompetens hos dem som svarar och att dessa personer får löpande handledning och möjlighet till fortbildning.

Narkotikakommissionen anser att den personal som anställs skall ha adekvat utbildning om unga, praktisk yrkeserfarenhet av rådgivningsverksamhet, kunskap om preparat, beroende- och missbruksutveckling, vård och behandling samt om gällande lagstiftning. Den personal som anställs skall, oavsett bakgrund, få särskild utbildning i telefonrådgivning.

Enligt kommissionens uppfattning bör telefonlinjen knytas till en mottagning. Att finnas i en miljö där man kan problematiken ger ett bra stöd för telefonrådgivarna samt underlättar handledning, kunskapsutveckling och forskningsanknytning. Det är emellertid viktigt att det finns ett rikstäckande kontaktnät så att den som ringer kan hänvisas till lokala rådgivningsbyråer eller

beroendekliniker. Kontaktnätet kan också löpande rapportera om lokala förhållanden.

Vidare bör verksamheten avrapporteras varje år och varje samtal skall registreras för att ge underlag för statistik och forskning. Det blir därmed också möjligt att följa preparat- och missbrukstrender och få inblick i brukarnas miljöer vilket är en viktig kunskap för det förebyggande arbetet.

4.4.7 Ungdomskompetens inom socialtjänst och hälso- och sjukvård

Narkotikakommissionens förslag: Kommunernas socialtjänst bör, i nära samverkan med den lokala hälso- och sjukvården, utveckla och vidmakthålla en särskild kunskap och kompetens om ungdom och missbruk. Socialstyrelsen bör inom ramen för sina utvecklingsmedel stödja en sådan utveckling.

Specialistkompetensen om ungdomar och missbruk behöver förstärkas inom socialtjänstens utredningsverksamhet. Personal med sådan specialistkompetens bör ansvara för alla utredningar som gäller ungdomar med eventuell missbruksproblematik.

I kommuner där socialtjänsten saknar en särskild ungdomsenhet riskerar personer mellan 15 och 20 år att bli osynliga då de varken hör hemma inom barnenheten eller vuxenenheten. I kommuner där det inte finns särskilda missbrukshandläggare riskerar missbrukare likaså att förbli oupptäckta. Det bör därför finnas en särskild missbrukshandläggare och en ungdomsenhet eller personal med särskild kompetens om ungdom och missbruk.

En fast organisation för ungdoms- och missbruksärenden bidrar till att upprätthålla kompetens och kontinuitet. En väl definierad grupp får möjlighet att bygga upp en specifik kompetens som både rymmer kunskap om missbruk och missbruksutveckling och kunskap om ungas situation och lokala förutsättningar. En särskild grupp med detta ansvarsområde blir också identifierbar för ungdomar, föräldrar och samarbetspartners.

4.5 Vården av narkotikamissbrukare

Narkotikakommissionens bedömning: Vård och behandling av missbrukare är en nödvändig del av de narkotikapolitiska insatserna. Rätt avpassade behandlingsinsatser bidrar till att minska narkotikamissbruket och förbättrar missbrukarnas livssituation. I dag finns det stora brister i utformningen av missbruket och omfattningen svarar inte heller mot behovet. Det krävs långsiktiga insatser, framför allt avseende samverkan och metod- och kompetensutveckling, men också mer resurser till narkomanvården.

Narkotikakommissionen bedömer att vårdinsatserna för narkotikamissbrukare i dag inte svarar mot behovet, vare sig när det gäller insatsernas inriktning eller omfattning. Bristerna är särskilt stora när det gäller det tunga missbruket och metoder saknas också för att bemöta dem som har ett begynnande missbruk. Narkotikakommissionen konstaterar dock att det också finns många goda erfarenheter och ger uttryck för en positiv grundsyn på möjligheterna att genom olika slag av behandlingsinsatser påverka narkotikamissbruket och narkotikamissbrukarnas situation.

Narkotikakommissionen drar slutsatsen att det är nödvändigt dels med en ökad politisk och ekonomisk prioritering, dels med en långsiktig utveckling av vård- och behandlingsinsatserna. De åtgärder kommissionen föreslår för att uppnå detta bygger på följande:

- Utarbetande av lokala narkotikapolitiska strategier inkluderande vårdplanering och samverkan mellan olika parter (behandlas i kapitel 3).

- Utveckling av samverkan och professionella nätverk inom vården (kapitel 3 och 7).

- Kompetensutveckling genom förstärkta utbildningsinsatser (kapitel 7).

- En aktiv roll för bland annat Socialstyrelsen när det gäller utvecklingen av metoder och kompetens (kapitel 3 och 7).

- En starkare nationell uppföljning och samordning (kapitel 3).

- Långsiktig forskning och metodutveckling (kapitel 7).

I kapitel 6 betonas att kriminalvården bör prioritera vård- och behandlingsinsatserna i större utsträckning. Där läggs också vissa förslag som skall underlätta möjligheterna till vård utom anstalt.

I det följande redovisas bakgrunden till Narkotikakommisionens ställningstaganden samt en översiktlig beskrivning av dagsläget inom narkomanvården.

Avslutningsvis presenteras kommissionens överväganden avseende vissa specifika insatser för de tyngsta missbrukarna.

4.5.1 Vad är missbrukarvård?

Med missbrukarvård avses vanligen sådana stöd-, behandlings- eller rehabiliteringsinsatser som tar särskild hänsyn till missbruksituationen och som på kortare eller längre sikt syftar till drogfrihet och rehabilitering. En definition som utarbetats av Socialstyrelsen i dess kartläggning av behandlingsenheter²⁰ är ”*med behandling av missbruk avses insatser som inriktas på att initiera och vidmakthålla att enskilda individer kommer ifrån sitt missbruk och att förhindra återfall. Som behandling räknas även medicinskt övervakad avgiftning*”.

Många data talar för att missbrukare i många avseenden är stor-konsumenter av akutvård och insatser från socialtjänsten. Andra uppgifter beskriver att särskilt de tunga missbrukarna har svårt att få kontakt med primärvården och att de inte blir erbjudna långsiktiga och meningsfulla insatser mot missbruket. Det ligger ingen motsättning i dessa tillsynes motstridiga uppgifter. Snarare kan man anta att behovet av kortsiktiga och akuta insatser ökar om den målinriktade missbrukarvården är otillräcklig. Endast långsiktiga rehabiliterande insatser av god kvalitet för missbrukare och deras anhöriga kan på sikt minska behovet av kortsiktiga och akuta insatser.

4.5.2 Vad skall narkomanvården åtgärda?

På samma sätt som ett narkotikamissbruk vanligen utvecklas under lång tid hos den enskilde individen får man räkna med att vägen tillbaka också kan bli lång. Att avbryta ett pågående missbruk är en av de nödvändiga förutsättningarna i rehabiliteringsprocessen, men det är långt ifrån tillräckligt. Vägen ut ur missbruk är en komplicerad process och det krävs ett samspel av många olika faktorer,

²⁰ *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 31 mars 1999. IKB 1999. Socialstyrelsen. Stockholm 2000.*

som i rehabiliteringsprocessen skall "dra åt rätt håll". Enskilda händelser kan spela stor roll, ibland på ett avgörande sätt.

En framgångsrik missbrukarvård måste kunna möta missbrukarens behov av stöd och hjälp i flera olika avseenden. De flesta programmen för missbrukarvård har i vårt land en förankring i ett socialt perspektiv, där målsättningen är att – i varierande grad – bearbeta individens möjligheter att klara av ett liv utan droger. De individuella variationerna i vad man behöver arbeta med är stora och ett och samma behandlingsprogram kan inte passa alla missbrukare.

En sida av komplexiteten i missbrukarvården är att individens motivation att ta itu med sitt missbruk varierar beroende på vilket stadium han eller hon befinner sig i. Vanligen – men inte alltid – är problemen med drogerna och missbruket mindre påtagliga i inledningsstadiet av missbruket. Man kan då karaktärisera individens förhållningssätt som omedvetet eller likgiltigt. I Narkotikakommissionens promemoria Återspeglings (PM nr 8) återfinns illustrationer av detta förhållningssätt bland de intervjuade. När de upplevda problemen med drogerna ökar, kommer också funderingarna på att eventuellt försöka minska drogberoendet och individen kan gå in i ett stadium av förberedelse eller beslut om att göra något åt sin situation. Nästa steg är att gå till handling och verkligen börja arbeta för en förändring. Den som kommit ifrån sitt missbruk och beroende måste finna metoder att upprätthålla sin nya livsstil. Det är vanligt att individens motivation pendlar mellan de olika stadierna.

Den uppgift som missbrukaren och behandlaren står inför när man skall försöka bryta ett pågående missbruk är alltså mångfacetterad. För det första gäller det att avbryta missbruket och att ta itu med de problem som missbruket har förorsakat. För det andra skall man försöka lösa de problem som fanns redan innan. Det gäller också att återupprätta eller för första gången upprätta ett socialt anseende, byta umgänge och miljö och försöka få en förankring i arbete och samhällsliv.

4.5.3 Effekter av narkomanvård

Utvärderingar och andra studier som generellt studerar vårdinsatser för hela gruppen missbrukare visar i allmänhet att effekterna av narkomanvården är liten. Utvärderingar som är mer ingående och som tar hänsyn till såväl missbrukarnas förhållanden som vårdens inriktning visar dock på en mer nyanserad bild. Sådana studier visar att vård- och behandlingsinsatser ger positiva resultat om de anpassas efter missbrukarnas aktuella situation och behov.

I sammanhanget måste man också ställa frågan vad som är möjligt att uppnå och i vilket tidsperspektiv man förväntar sig resultat. En utvärdering av vårdresultat kan inte begränsas till att enbart se till uppnådd drogfrihet eller försöka bedöma behandlingsutfallet efter målet en totalt rehabilitering utan måste även omfatta klienternas förbättrade livssituation i olika avseenden, såsom minskat missbruk av droger, alkohol och läkemedel, minskat behov av sociala stödinsatser, ökad egen försörjning, förbättrad kroppslig och mental hälsa osv. Det finns några få utvärderingsstudier som har använt sådan metodik, men i allmänhet har endast ett fåtal faktorer studerats, ofta efter en relativt kort tid, vanligen tre till tolv månader efter genomgången behandling.

Vid bedömningen av eventuella effekter av narkomanvård föreligger många metodologiska och praktiska problem. Utvärderingar och uppföljningar genomförs också i begränsad utsträckning. Narkotikakommissionen har tidigare i sin diskussionspromemoria om kompetens inom narkomanvården (PM nr 5) påpekat brister i forskningen och uppföljningen av vård- och behandlingsinsatser för narkotikamissbrukare. Utvärderingar bör för att vara tillförlitliga ha relativt lång uppföljningstid. Detta sammantaget medför att det finns få aktuella analyser av senare års behandlingsinsatser i Sverige. Effekterna av de förändringar i narkomanvården som genomförts under senare delen av 1990-talet, vilka bland annat innebär en förskjutning från institutionsvård till öppenvård och mot kortare vårdtider, har ännu inte kunnat studeras i kontrollerade studier.

4.5.3.1 Myten om självläkning

Det är väl känt att de flesta som experimenterar med narkotika slutar innan de har fastnat i ett beroende och inser att användning av

narkotika kan kosta mer än det kan ge. Detta framgår också av narkotikavaneundersökningar, vilka visar att de flesta som prövar narkotika är under 25 år.

Förhållandet är annorlunda för dem som utvecklat ett tyngre missbruk. I debatten brukar ofta framföras att en tredjedel upp till hälften av missbrukarna upphör med sitt missbruk utan några behandlingsinsatser. Det har också hävdats att andelen som blir rehabiliterade genom missbrukarvården inte är större än den andel som blir drogfri genom "sjävläkning".

Frågan om sjävläkning behandlas grundligt av forskaren Mats Fridell i boken *Institutionella behandlingsformer vid missbruk - organisation, ideologi och resultat*.²¹ Fridell påpekar att för det första har de undersökningar som åberopas haft stora vetenskapliga brister och ofta grundat sig på alkoholmissbrukare eller på mycket speciella grupper av drogmissbrukare. För det andra finns det flera andra undersökningar som visar att graden av "spontanläkning" snarare ligger på 10–15 procent för kroniska narkotikamissbrukare. För missbrukare med allvarliga psykiska störningar ligger den antagligen betydligt lägre. För det tredje påpekar Fridell att de missbrukare som i undersökningarna inte hade fått någon behandling ofta tillhör socialt starkare grupper än dem som fick behandling. Oavsett behandlingsform menar Fridell liksom Blomqvist²² att det är av avgörande betydelse att det har funnits människor som trots på och stöttat dem som lyckats ta sig ur missbruket. Bland opiatmissbrukare innebär den höga dödligheten en av de främsta orsakerna till att antalet med pågående missbruk i en långtidsuppföljd grupp minskar.²³

4.5.3.2 Vårdens utformning har betydelse för effekten

Det finns begränsade möjligheter att med säkerhet uttala sig om effekterna av den socialtjänstbaserade missbrukarvård som förekommer i vårt land, eftersom vi inte har tillräcklig kunskap om omfattningen och inriktningen av vården och det dessutom saknas uppföljningar. De omdömen man kan göra om vårdens effekter får

²¹ Fridell M. *Institutionella behandlingsformer vid missbruk - organisation, ideologi och resultat*. Stockholm 1996.

²² Blomqvist J. *Inte bara behandling - vägar ut ur alkoholmissbruket*. Vaxholm 1999.

²³ Hastrup S, Jensen P W. *Eleven-year follow-up of 300 young opioid addicts*. Acta Psychiatr. Scand. 1988;77 ss 22-26.

dras med utgångspunkt från sådan vård det har gjorts utvärderingar av vilket inte alltid speglar det aktuella vårdutbudet.

Den för svenskt vidkommande hittills mest omfattande översikten över behandlingsutfall inom narkomanvården håller för närvarande på att avslutas av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Detta är ett stort upplagt projekt som avser att kartlägga och utvärdera det vetenskapliga underlaget för behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Projektets ambition är att granska alla svenska och internationella forskningsstudier som, utifrån vissa utpekade kvalitetskriterier, bedöms som relevanta för den svenska sjukvården och socialtjänsten.

De forskningsprojekt som granskats är sådana som huvudsakligen utgått från randomiserade, kontrollerade studier (RCT), dvs. där undersökningsmaterialet bygger på en slumpvis fördelning av studerade grupper och personer och som dokumenterats i vetenskapliga rapporter. Den del som berör vård av narkotikamissbrukare har utarbetats av docent Mats Fridell. Narkotikakommissionen har fått ta del av manuskriptet. SBU har ännu inte tagit ställning till författarens arbete och de slutsatser som presenteras är författarens egna. Rapporten i sin helhet kommer att publiceras vid årsskiftet 2000/2001.

Rapporten omfattar drygt 100 studier av psykosociala behandlingsinsatser inom narkotikaområdet. De tidigaste arbetena är från 1970-talet och den senaste referensen är daterad juni 1999. Omkring 25 000 klienter har sammanlagt studerats i de olika projekten. Flertalet av studierna gäller amerikanska förhållanden. De studerade behandlingsmetoderna tillämpas också i varierande utsträckning i Sverige, även om de stödjande metoderna dominerar här och metadonförskrivning inte alls används i samma omfattning som i USA.

Författaren påpekar inledningsvis att begreppet psykosocial behandling är av relativt sent datum och har kommit att innefatta en rad sinsemellan ganska olikartade behandlingsformer. En gemensam faktor är att samtliga behandlingsformer förutsätter någon form av interpersonell påverkan, som kan genomföras individuellt, i grupp, i öppenvård eller i någon form av institution.

De olika metoderna indelas i stora drag i a) stödjande metoder, b) omlärande eller ofta också benämnda reedukativa metoder samt c) rekonstruktiva eller psykodynamiskt orienterade metoder.

SBU-rapportens allmänna slutsatser stämmer väl överens med de rekommendationer som den amerikanska federala organisationen

för forskning och spridning av forskningsresultat om droger och drogmissbruk, National Institute on Drug Abuse (NIDA), har publicerat. NIDA har gett ut en skrift som sammanfattar erfarenheter från 30 års forskning och kliniskt arbete med behandling mot drogmissbruk.²⁴ De slutsatser som Fridell drar och NIDA:s rekommendationer stämmer i sin tur väl överens med de slutsatser som dras i andra forskningsöversikter.²⁵

Narkotikakommissionen menar att dessa slutsatser är väl underbyggda och att de understryker att rätt behandling har effekt samtidigt som de pekar på några väsentliga förutsättningar för framgångsrika vårdinsatser. De följande punkterna, som är en sammanfattning av slutsatserna från Fridells forskningsgenomgång och NIDA:s rekommendationer, menar kommissionen är relevanta för narkomanvården och dess inriktning också i Sverige, även om dessa slutsatser i huvudsak baseras på amerikanska studier. Det är givetvis väsentligt att man också kan få vetenskapligt belagda erfarenheter från den narkomanvård som bedrivs i vårt land. Vi har i Narkotikakommissionens promemoria om kompetens inom narkomanvården (PM nr 5) behandlat denna fråga och våra förslag om forskning belyses också i kapitel 7. Resultat av större betydelse från sådan forskning kan emellertid komma först på lång sikt.

Ingen enskild behandlingsmetod passar för alla missbrukare. Behandlingen måste utgå från en analys av klientens behov och aktuella situation.

Behandling måste vara lättillgänglig. Klientens vilja att söka vård eller att försöka förändra sitt liv kan vara beroende av tillfälliga händelser. Motivationen kan lätt minska om det tar lång tid eller om det är svårt att få behandling. Att motivationen hela tiden förändras är en naturlig del av behandlingsprocessen.

²⁴ *Principles of drug addiction treatment. A research-based guide.* National Institute on Drug Abuse. National Institute of Health. Rockville 2000.

²⁵ Jämför t.ex.:

Ravndal E. *Virker behandling? – en översikt över behandlingsresultater för stoffmissbrukare i Norden og internasjonalt.* Nordnark 1993:1. Stockholm 1993.

Fridell M. *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat.* Stockholm 1996.

Blomqvist J. *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket.* Vaxholm 1999.

Oscarsson L. *Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling och behov.* I: SOU 2000:38. *Välfärd och omsorg.* Antologi/Kommittén Välfärdsbokslut.

Psykosociala interventioner vid missbruk måste innefatta ett konstant fokus på missbruket. T.ex. har psykoterapi utan ett sådant fokus på missbruket ingen påvisbar effekt.

Effektiv behandling tar itu med individens sammansatta behov, inte bara hans eller hennes drogbeetende.

Individuella behandlingsplaner måste upprättas fortlöpande och anpassas för att försäkra att planen kan uppfylla individens växlande behov av stöd och service.

För att behandlingen skall bli effektiv är det nödvändigt att klienten stannar i behandling en tillräckligt lång tid. Tiden i behandling är en viktig faktor vid drogmissbruk för såväl institutions- som öppenvård. Psykosociala interventioner bör pågå kontinuerligt under en tid av 3–6 månader eller längre för att effekter skall kunna uppnås. Nyttan av längre behandlingstider är inte klarlagd.

Rådgivning (individuellt och/eller i grupp) och andra behandlingstekniker som syftar till påverkan är särskilt viktiga inslag i effektiv missbrukarbehandling. Beteendeterapeutiska interventioner är effektivare än stödjande eller psykoterapeutiska interventioner för att behandla själva missbruket. Detta gäller både opiat- och kokainberoende.

Psykosociala interventioner vid drogmissbruk kräver en hög grad av struktur och tydlighet i behandlingsupplägget. Ett exempel utgör s.k. manualbaserade interventioner.

Familjeterapibaserade interventioner har positiv effekt för unga missbrukare. I övrigt tycks inga av de studerade metoderna vara effektiva för cannabissmissbrukare.

Psykoterapeutiska behandlingsmetoder har effekter på andra områden än på själva missbruket. Effekterna blir större om flera interventioner sätts in samtidigt.

Behandling på institution är måttligt effektivare än många alternativa insatser vid drogmissbruk. Men variationen i effekt och resultat är mycket stor, vilket pekar på att man måste ta hänsyn till särarten i varje organisation.

Vid opiatmissbruk finns klara effekter av psykosociala interventioner såsom rådgivning och andra påverkansprogram i kombination med farmakologisk underhållsbehandling (såsom metadonbehandling).

Medicinsk avgiftning är bara det första steget i missbrukarbehandlingen och har i sig begränsad betydelse för den som har ett långvarigt missbruk.

Missbrukare med samtidig psykisk störning (dubbeldiagnoser) skall ges integrerad behandling mot både missbruket och den psykiska störningen. Problemen hos tunga missbrukare bör betraktas som parallella och inte inbördes orsakande till varandra. Behandlingseffekter uppnås enbart på de områden som faktiskt bearbetas. Detta tycks gälla också vid kombination av farmaka och psykosocial intervention.

Behandling behöver inte vara frivillig för att få effekt. Sanktioner från familj eller arbetsplatsen eller från kriminalvården kan ha betydelse såväl för villigheten att gå in i vårdprogram och för motivationen att stanna kvar i programmet som för behandlingens resultat.

Under missbrukarbehandlingen är det nödvändigt att man fortlöpande får kunskap om klienten använder droger. Objektiva metoder för att få reda på eventuellt sidomissbruk av droger eller alkohol, såsom t.ex. urinprov, kan hjälpa klienterna att avstå från droger.

Behandlingsprogram skall innehålla metoder för att undersöka förekomsten av hiv/aids, hepatit B och C, TBC och andra infektionssjukdomar och ge råd och anvisningar som kan hjälpa klienterna till ett beteende som innebär färre risker för dem själva och för andra människor.

Tolv-stegsbehandling som baseras på manual och utförs av erfarna behandlare tycks ha lika stora effekter som beteendeterapeutiska interventioner för patienter med blandmissbruk med höga nivåer av alkoholproblem.

Rehabilitering från drogmissbruk kan vara en långvarig process och kräver ofta upprepade behandlingsperioder.

4.5.4 Missbrukarvårdens omfattning och inriktning i dag

Narkotikakommissionens bedömning: Statistik, uppföljning och annan dokumentation om narkomanvården är bristfällig och svårtolkad och uppfyller i vissa fall inte socialtjänstlagens krav på dokumentation. Vidare är skillnaderna mellan olika kommuner och t.o.m. kommundelar avsevärda när det gäller att erbjuda och genomföra meningsfyllda och långsiktiga behandlingsinsatser för missbrukare.

De uppgifter som finns tillgängliga om narkomanvårdens omfattning och inriktning i dag är svåra att tolka och ger ingen entydig och heltäckande information om vårdens omfattning, utveckling eller inriktning. Uppgifterna är delvis motstridiga. En orsak till svårigheterna att få ett grepp om vårdinsatserna är att insatsernas omfattning och karaktär varierar kraftigt mellan olika kommuner. Även skilda kommundelar i en och samma kommun kan värdera och bemöta vårdbehoven hos missbrukare på olika sätt.

Socialtjänsten har gått igenom kraftiga omorganisationer och utsatts för besparingskrav. Samtidigt har statistikinsamlingen och statistiksystemen förändrats. Uppgifter om insatser inom missbrukarvården gäller med vissa undantag såväl insatser mot alkoholmissbruk som insatser mot narkotika- och blandmissbruk. Det kan också vara svårt att i den nationella statistiken särskilja mer begränsade omvårdnadsinsatser för missbrukare såsom skyddat boende från den mer målinriktade missbrukarvården, enligt definitionen i kapitel 4.5.1. Någon nationell sammanställning av data där vårdinsatserna ställs i relation till en uppskattning av behovet finns för närvarande inte.

En sammanställning och tolkning av tillgängliga statistiska uppgifter har gjorts av Socialstyrelsen i ett underlag till Kommittén Valfärdsbokslut.²⁶ I den mån aktuella uppgifter förekommer i Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1999²⁷ har dessa använts i det följande.

Socialstyrelsen konkluderar att den kontinuerliga utbyggnaden av öppenvården har lett till att denna i dag utgör omkring tre fjärdedelar av socialtjänstens alla insatser för missbrukare.

Antalet personer i institutionsvård har sjunkit under hela 1990-talet. Den frivilliga vården dominerar starkt. Totalt fanns cirka 4 500 personer intagna på institutioner för vård av missbrukare i slutet av år 1990. I slutet av år 1999 var antalet drygt 1 000 färre. Då var cirka 3 500 intagna på institutioner, varav knappt 260 tvångsvårdades enligt LVM.

Socialstyrelsen sammanfattar tillgängligheten på följande sätt (Missbrukarvård - underlag till kommittén valfärdsbokslut):

²⁶ *Fyra underlagsrapporter till kommittén för valfärdsbokslut över 1900-talet. Barn och unga - Missbrukarvård - Socialbidrag - Personer med funktionshinder.* Socialstyrelsen 1999. Stencil/elektronisk utgåva. Artikelnr. 1999-77-011.

²⁷ *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1999.* Socialstyrelsen, statistik, socialtjänst 2000:6. Sveriges officiella statistik. Stencil/elektronisk utgåva. Artikelnr. 2000-44-006.

Enligt de indikatorer som finns tillgängliga som mått på alkoholkonsumtion och narkotikamissbruk finns det ingen anledning att anta att antalet alkoholmissbrukare ökat under 1990-talet. Där-
emot tycks det som om narkotikamissbruket kan ha ökat. Det finns inga löpande uppgifter som visar utvecklingen av missbrukets svårighet eller behoven av vård i befolkningen. Statistiken över missbrukare i institutionsvård visar en nergång för missbrukare av alkohol och en svag ökning av antalet blandmissbrukare under perioden. Antalet institutionsvårdade narkotikamissbrukare har varit konstant. Tillgängligheten till vård för missbrukare tycks inte ha påverkats av de stora förändringarna som skett av missbrukarvården under 1990-talet. Det är fortfarande minst lika många missbrukare som får vård – men i annan form. Institutionsvården av missbrukarna har i stor utsträckning ersatts av öppenvård. De socialt utsatta missbrukarna som tidigare ofta placerades i tvångsvård upprepade gånger erbjuds i dag i stället stödboende och dagverksamheter av olika slag. De totala kostnaderna för vården är svåra att mäta, men de har troligen varit oförändrade under de senaste fem, sex åren. Den begränsade överklagningsrätten i SoL tycks inte heller ha haft några negativa effekter med avseende på antalet individer som får vård.

Vid sidan om den officiella statistiken förekommer rapporter från bland annat Svenska Narkomanvårdsförbundet från åren 1991–1992 och 1993–1995, vilka visade att den öppna vården fick arbeta med allt tyngre klienter, samtidigt som kringresurserna minskade. Några av de punkter som Narkomanvårdsförbundet framhöll var:

Öppenvården arbetade med allt *tyngre klienter*, alltfler av dem var *psykiskt sjuka*. Kraven ökade att klara också mycket tunga missbrukare i öppenvård.

Specialiseringen hade minskat, många enheter hade integrerats med socialkontorens vuxengrupper eller med alkoholmottagningar.

Uppsökande och aktivt motiverande verksamhet hade praktiskt taget upphört. Några kommuner utgjorde dock undantag och hade egna uppsökargrupper, t.ex. Stockholm, Sundsvall och Göteborg.

En del enheter hade omstrukturerats för att driva *mellanvårdsverksamhet* för en mindre grupp missbrukare och det bredare arbetet med en större grupp missbrukare hade upphört.

Den öppna vårdens *kringresurser hade minskat* på grund av neddragningar inom andra sektorer, så att det nu fanns mindre möjligheter för avgiftning, psykiatrisk vård och placeringar på behandlingshem.

Också flertalet andra intresseorganisationer har uttryckt djup oro över utvecklingen. I olika sammanhang har också uttryckts och dokumenterats att vård- och behandlingsresurserna är otillräckliga för flera olika grupper av missbrukare.

Bland annat har klientorganisationer, stödorganisationer och yrkessammanslutningar med skärpa påpekat att färre alternativ, som ofta av dessa talesmän bedöms som otillräckliga, står till buds. Dessutom menar man att missbrukare ofta nekas vård eller erbjuds alternativ som inte är lämpliga.

Det finns i vårt land sammantaget ett stort utbud av behandlingsalternativ för narkotikamissbrukare. Genom köp-och-sälj-system finns det numera en stor flexibilitet när det gäller att välja vårdalternativ. Det finns också exempel på hur man i enskilda kommuner och kommundelar arbetar målmedvetet och har samordnat de resurser som finns tillgängliga.

Det kan dock konstateras att det finns stora hål i säkerhetsnätet för de medborgare som är narkotikamissbrukare. Rent generellt saknas fortfarande i stor sett erfarenheter och metoder för att bemöta och behandla människor som befinner sig i ett tidigt stadium av missbruket. I övrigt rör bristerna i varierande utsträckning alla faser i en tänkt vårdkedja från uppsökande verksamhet via vård och behandling till eftervård och uppföljning. Anmärkningsvärt är också att dokumentation av såväl insatser för enskilda som av de samlade insatserna inom en kommun eller kommundel ofta är bristfälliga och i vissa fall helt uppenbart inte fyller socialtjänstlagens krav på dokumentation. Detta är såväl en fråga om rätts-säkerhet för den enskilda hjälpsökande individen som en faktor som försvårar planering och uppföljning av samhällets insatser.

Socialtjänstens kostnader för missbrukarvården har enligt Socialstyrelsens bedömningar varit i stort sett konstanta eller något ökande under 1990-talet. Variationerna i utvecklingen mellan enskilda kommuner är avsevärd. Med tanke på att flera olika faktorer pekar på att narkotikamissbruket ånyo ökar drar Narkotikakommissionen slutsatsen att ambitionsnivån när det gäller narkomanvården i det stora hela har sjunkit.

De ekonomiska svårigheterna för kommuner och landsting är en av de bidragande orsakerna till att vården av missbrukare på många håll är otillräcklig. Men inte heller i detta avseende är bilden enhetlig. I stor utsträckning synes det röra sig om en kombination av knappa och illa utnyttjade resurser, bland annat beroende på flaskhalsar som t.ex. brist på platser för avgiftning. En olycklig kombi-

nation av sparbetning och uppdelning i allt mindre resultatenheter har på många ställen lett till att en nödvändig helhetssyn på den enskilda missbrukaren och på vårdinsatserna inte kommer till stånd.

I stället för att samverka och se till vad missbrukaren långsiktigt kan behöva sker kortsiktiga och isolerade avgöranden. I vissa fall får detta formen av ett "Svartepetter-spel" där det gäller att lasta över det ekonomiska ansvaret för vissa insatser på någon annan instans. Detta leder alltför ofta till att vårdinsatser uteblir eller blir otillräckliga. Den långsiktiga effekten av detta blir sällan besparingar utan i stället att vårdkostnader och andra problem drabbar samhället på andra sätt. Dessutom vidmakthåller det ett mänskligt lidande för missbrukaren och inte minst för dennes anhöriga. I synnerhet drabbar detta missbrukare med samtidigt svår psykisk störning (dubbeldiagnos). En stor andel av de hemlösa har missbruksproblem, ofta i kombination med psykisk störning, vilket tyder på att de allra tyngsta missbrukarna inte får ett lämpligt stöd.

I den senaste UNO-undersökningen som genomfördes år 1992 beräknade man antalet tunga missbrukare i Sverige till 14 000–20 000 personer med en punktskattning om 17 000. Av dessa hade 93 procent injicerat någon gång det senaste året. Blandmissbruk var vanligt förekommande. De vanligaste preparaten var amfetamin (82 procent), cannabis (66 procent) och heroin (38 procent).²⁸

Preliminära data från en ny antalsräkning (MAX), som genomfördes 1998–1999 tyder på att antalet missbrukare har ökat kraftigt. Den nya undersökningen genomfördes i princip efter samma metoder som UNO 1992, men med ett mer begränsat urval. Socialtjänsten, sjukvården, polisen, kriminalvården m.fl. rapportörer fick i uppgift att uppge vilka missbrukare de kände till. Uppgifterna har sedan jämförts och baserat på antalet individer som rapporteras av en enstaka eller fler än en uppgiftslämnare har man med hjälp av statistiska metoder kunnat beräkna det totala antalet missbrukare. Anmärkningsvärt är att det har varit betydligt svårare att få in data än vid de tidigare undersökningarna. Betydligt fler missbrukare än tidigare rapporteras enbart av en uppgiftslämnare. Det kan i sammanhanget påpekas att Socialstyrelsen i sin rapport *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1999* också pekar på svårigheterna att få in uppgifter.

²⁸ Olsson, Byqvist, Gomér. *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Rapportserie nr 28. CAN. Stockholm 1993 (UNO 1992).

Det finns alltså tecken som dels tyder på att antalet tunga missbrukare har ökat, dels på att socialtjänsten och andra samhällsinstanser har sämre kunskap om missbrukarna än tidigare – i varje fall är färre instanser berörda för varje missbrukare.

Några olika indikatorer visar på en ökning av skadorna av det allra tyngsta missbruket. Antalet narkotikarelaterade vårdtillfällen (sjukhusutskrivningar) fördubblades mellan åren 1987 och 1998 och uppgick till drygt 7 000 det senaste året. Motsvarande ökning gäller för narkotikamissbrukare inom psykiatri. Information saknas dock i stort sett om vilken typ av behandling som erhållits. Även den narkotikarelaterade dödligheten har ökat från 143 avlidna år 1990 till 265 år 1997.²⁹

Tänkbara förklaringar till dessa förändringar kan vara att antalet missbrukare har ökat, att hälsotillståndet hos missbrukarna har försämrats eller att de tyngsta missbrukarna i mindre utsträckning än tidigare får långsiktiga vårdinsatser med hög grad av omhändertagande. De två senare orsakerna skulle kunna förklara ökningen av sjukhusvården och ökningen av dödligheten. Inga data talar för att antalet missbrukare har minskat, även om det synes vara en begränsad nyrekrytering av unga till tungt injektionsmissbruk. Antalet unga som har avlidit av narkotikarelaterade orsaker har varit relativt konstant under den senaste tio-årsperioden.

Samtidigt har socialtjänstens vårdinsatser för missbrukare ändrat karaktär. Tvångsvård enligt LVM används i mindre utsträckning. Uppgifter från Statens institutionsstyrelse visar att de som nu tas in i tvångsvård har ett tyngre missbruk, oftare är psykiskt sjuka eller allvarligt psykiskt störda och har ett sämre hälsotillstånd än tidigare.

Ökningen av de narkotikarelaterade dödsfallen hänför sig i stor utsträckning till försämrad hälsa och stigande ålder. De akuta dödsfallen i samband med heroininjektion har legat relativt konstant i Stockholm under en tioårsperiod och mycket talar för att förhållandet är likartat i det övriga landet (se även PM nr 3).

Uppgifter från kriminalvården ger vid handen att andelen narkotikamissbrukare ökat inom anstaltsvården. Till viss del beror detta på att icke-missbrukare i allt större utsträckning får alternativa straff (såsom villkorlig dom, samhällstjänst eller elektronisk intensivövervakning, s.k. elektronisk fotboja). Under det senaste året har dock även narkotikamissbrukarna ökat i absoluta tal. Dess-

²⁹ *Drogutvecklingen i Sverige, Rapport 2000*. Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och drogupplysning. Rapport nr 9. Stockholm 2000.

utom påpekas att de i allmänhet har svårare missbruksproblem än tidigare och att en större andel har psykiska besvär. Inom frivården har andelen som har narkotikabrott i domen ökat betydligt under de senaste åren och utgjorde under år 1999 cirka en fjärdedel av de 6 700 som under året påbörjade frivårdsåtgärder.³⁰

Socialstyrelsen publicerade år 1999 en studie över hemlösa i Sverige 1999.³¹ Med hemlösa avsågs personer som inte hade någon bostad alls eller hade löst bostadsfrågan på mycket kort sikt. Cirka 70 procent av de hemlösa hade missbruksproblem och många (cirka 35 procent) var psykiskt sjuka. Bland de äldre dominerade alkoholmissbruk, medan narkotikamissbruk var vanligare bland de yngre. Ju längre hemlöshetsperioden hade varit, desto mer markerade var missbruksproblemen och de psykiska problemen.

Socialstyrelsen noterar i rapporten särskilt att gruppen psykiskt sjuka (varav många också har missbruksproblem) är en extremt utsatt grupp. Vidare beräknar Socialstyrelsen att de hemlösa missbrukarna hade fått en tredjedel av socialtjänstens missbruksinsatser under år 1998. Hälften av alla som fick tvångsvård under år 1998 var hemlösa i april 1999.

Sammantaget finns det en rätt entydig dokumentation om att den allra tyngsta gruppen missbrukare får illa och att de visserligen får hjälp i form av akutvård, viss öppenvård, skyddat boende och i rätt stor utsträckning perioder av LVM-vård, men mer sällan långsiktiga och samordnade insatser.

³⁰ Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 1999. Kriminalvårdsstyrelsen. Norrköping 2000.

³¹ *Hemlösa i Sverige. Vilka är de och vilken hjälp får de?* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:1. Stockholm 2000.

4.5.5 Kommissionens bedömning av missbrukarvården

Narkotikakommissionens bedömning: Rätt avpassad behandling mot narkotikamissbruk i allmänhet har positiva effekter på klientens drogvanor och livssituation. Det är dock inte möjligt att med ledning av befintlig forskning peka ut någon enskild behandlingsmetod som generellt är att föredra. En enskild insats kan aldrig förväntas resultera i en total rehabilitering, utan flera insatser behöver i allmänhet kombineras.

Det är nödvändigt att ett helhetsperspektiv läggs på missbrukarens situation. Om insatserna noga avpassas efter den vårdbehövandes behov och förutsättningar kan behandlingsresultaten avsevärt förbättras. Vårdinsatserna skall primärt utgå från och fokusera på missbruksbeteendet, men det är också nödvändigt att man samtidigt och parallellt gör det möjligt att bearbeta klientens övriga problem och svårigheter. Detta förutsätter i regel att en reell samverkan kommer till stånd mellan olika vårdgivare och samhällsinstanser om enskilda individer. För att bättre kunna följa insatserna och för att kunna utveckla vården är det nödvändigt att förbättra dokumentation och uppföljning om individuella vårdinsatser och om vård- och behandlingsinsatserna i sin helhet.

Man kan således visa att det är möjligt att uppnå positiva resultat med missbrukarbehandling. Erfarenheten, stödd av internationell forskning, visar att det finns goda möjligheter att behandla även tunga missbrukare på ett sådant sätt att deras missbruksbeteende minskar och att deras livssituation och livskvalitet förbättras.

I praktiken finns dock ofta sådana brister i planering, genomförande och uppföljning av vårdinsatserna att förutsättningarna för en framgångsrik vård är begränsade. Samtidigt innebär dessa brister att det är svårt att dokumentera resultaten av insatserna.

En grundförutsättning för att både vården och det uppsökande arbetet skall kunna fungera och utvecklas är att det inom kommunen finns tillgång till personal med fördjupade kunskaper om missbruksproblem och om möjligheterna till långsiktig vård och behandling. Även om de specifika vårdinsatserna upphandlas måste sådan kompetens finnas inom socialtjänsten eller med denna samverkande organisation (t.ex. en beroendeklinik som drivs gemensamt med annan huvudman). Detta behöver inte innebära att alla ärenden som gäller missbrukarvård skall handläggas eller administreras av en speciell enhet, men en sådan enhet skall finnas för att

fungera som internkonsult och sammanhållande kraft för socialtjänstens insatser. På relativt kort sikt kan detta troligen också bli både kommunalt- och samhällsekonomiskt lönsamt i och med att bättre och mer genomtänkta behandlingsinsatser kan göras.

4.5.6 Narkotikakommissionens formulering av målen för vård och behandling

Narkotikakommissionens förslag: Med utgångspunkt från de nationella målsättningarna (se kapitel 2) bör följande målsättningar vara vägledande för samhällets vård- och behandlingsinsatser mot beroende och missbruk av narkotika.

Alla narkotikamissbrukare skall nås med erbjudande om hjälp och vid behov vård mot sitt missbruk.

Råd, stöd och hjälp skall nå människor i ett tidigt stadium av missbruket.

Vårdinsatserna skall syfta till ett liv fritt från missbruk och illegala droger.

Vården och andra insatser för missbrukare skall vara av god kvalitet.

Insatserna mot missbruk skall vara uthålliga och långsiktiga.

I det följande kommenteras målsättningarna och Narkotikakommissionens bedömning av förutsättningarna för att uppnå målsättningarna.

4.5.6.1 Alla narkotikamissbrukare skall nås med erbjudande om hjälp och vid behov vård mot sitt missbruk

Socialtjänstlagens bestämmelser är tydliga när det gäller socialtjänstens ansvar för att söka upp och erbjuda missbrukare vård och behandling. I regeringens narkotikapolitiska redogörelse förtydligas målen ytterligare.

För att detta mål skall kunna uppfyllas och för att man skall kunna bedöma i vilken utsträckning målet har nåtts är det nödvändigt att socialtjänsten har en uppfattning om antalet missbrukare och deras vårdbehov, att det finns möjligheter att nå missbrukarna och att det finns adekvata vård- och behandlingsalternativ att er-

bjuda. En förutsättning är också att det finns tillräckliga ekonomiska resurser avsatta för arbetet mot missbruk.

Vårdbehovet kan ses utifrån två olika utgångspunkter. Den ena anknyter till socialtjänsten och sjukvården som en servicefunktion och innebär att alla som efterfrågar vård eller annat stöd för att komma ifrån sitt narkotikamissbruk också skall få sakkunnig hjälp. Den andra utgångspunkten är socialtjänstens skyldighet att aktivt söka upp missbrukare och söka få dem att avstå från missbruket. Även här gäller dock i enlighet med socialtjänstens intentioner att insatserna i möjligaste mån skall utformas i samråd med den enskilde.

Det är givet att målet att alla narkotikamissbrukare skall nås och vid behov få hjälp mot sina missbruksproblem är svårt att uppfylla. Narkotikakommissionens överväganden och förslag utgår för det första från sådana åtgärder som dels kan göra bilden tydligare, dels kan ge en uppfattning om behovet av insatser, vilket i sin tur kan underlätta planering och prioritering av insatser. För det andra rör övervägandena sådana åtgärder som kan göra insatserna mer effektiva och målinriktade. Det är dock inte möjligt att nå målet enbart genom ett effektivare arbete. I de flesta kommuner behöver man också satsa mer resurser för att det skall bli möjligt. En fördel med att man får en klarare bild av behoven och graden av måluppfyllelse är att diskussionen kan lyftas upp till ytan och att man kan ta klar ställning till om insatserna för missbrukare skall prioriteras eller inte.

Det är väsentligt att det inom socialtjänsten finns god kunskap om narkotikamissbrukets omfattning och om hur det uttrycker sig, såväl hos den enskilda individen som i grupper och i kommunen som helhet. Det uppsökande arbetet kan i bästa fall ge sådan information, men en förutsättning är att någon instans i kommunen avsätter tillräckliga resurser för att sammanställa och analysera den information som kommer in.

Genom socialtjänstens kontaktnät kan man dessutom få kompletterande information om individer som har behov av vård.

Det bästa uppsökande verktyget är dock att driva en verksamhet av sådan kvalitet att missbrukarna faktiskt söker sig dit för att få hjälp.

Det är väsentligt att de som själva så önskar skall få lättillgänglig rådgivning och stöd. Tillgången på sådan rådgivning och annan öppen verksamhet varierar kraftigt mellan olika kommuner. Någon aktuell kartläggning av hur möjligheterna ser ut i olika delar av

landet finns inte, men erfarenheterna från Narkotikakommissionens studie *Offensiv narkomanvård 10 år efter* (PM nr 9) visar att möjligheterna till sådant stöd i många fall snarare har minskat än ökat under senare år. Också kommentarer från olika intresseorganisationer, däribland föräldraföreningar mot narkotika, har givit vid handen att många upplever det som mycket svårt att få sakkunnig hjälp.

Åtskilliga rapporter, bland annat från den regionala tillsynen av socialtjänsten, visar att många personer som själva söker upp socialtjänsten för att få stöd av behandling mot sitt missbruk inte har fått det stöd man önskar. Ett annat problem är att socialtjänsten ställer relativt stora krav på att den som söker bistånd skall beställa tid för utredning och därefter vänta en tid innan utredningen kan påbörjas. För missbrukare där motivationen ofta är sviktande kan detta innebära att de tappar viljan att gå vidare i förändringsprocessen.

Rapporter från Socialstyrelsens regionala tillsyn, från olika frivilligorganisationer, från Statens institutionsstyrelse m.fl. visar också relativt entydigt att många missbrukare inte får den vård och det stöd de skulle behöva. Särskilt gäller det missbrukare med dubbel-diagnos och missbrukare som tidigare fått vårdinsatser och som har återfallit i missbruk. Det har också blivit svårare för kriminalvårdens klienter att få långsiktiga vårdinsatser. Det gäller såväl den mer intensiva missbrukarbehandling som kan ges inom anstalterna som vård och behandling utom anstalt (se även PM nr 10 om insatser mot narkotikamissbruk inom kriminalvården).

4.5.6.2 Råd, stöd och hjälp skall nå människor i ett tidigt stadium av missbruket

Av särskild vikt i det uppsökande arbetet är att man når ungdomar med riskbeteende och som befinner sig i riskzonen för att utveckla ett missbruk. I kapitel 4.4.1 behandlas denna del av det uppsökande arbetet närmare.

Givetvis vore det önskvärt om de som så behöver kunde få hjälp mot sitt missbruk innan det blivit tungt. Det finns emellertid åtskilliga komplikationer med tidiga insatser. Människor som använder narkotika experimentellt eller sporadiskt anser oftast att de har kontroll över situationen och inte behöver stöd eller hjälp för att avbryta narkotikavanorna. Även i de fall då ett beroende börjar

utvecklas är man vanligen inte intresserad av att söka hjälp mot missbruket. Ofta är det någon yttre händelse, påtryckningar från närstående eller arbetskamrater eller sociala och ekonomiska svårigheter som utlöser en vilja att söka hjälp. I vissa fall har man redan kontakt med eller kontaktar socialtjänsten för ekonomiskt bistånd men tar inte upp sina narkotikavanor.

Personer i ett tidigt skede av missbruksutvecklingen identifierar inte sig själva som missbrukare, men för många kan det vara oroande när de märker att de börjar förlora kontrollen över sina vanor. För personer i detta skede som kanske tvekar att söka hjälp är det angeläget att de och deras anhöriga kan få stöd, råd och hjälp på ett lättillgängligt sätt. För många är det en förutsättning att de kan vara anonyma. En nackdel med anonym rådgivning är att det är svårt med uppföljningen. För många känns det dock som ett alltför stort steg att söka upp en socialsekreterare. Beroendekliniker och andra mottagningar inom sjukvårdens ram blir ett alternativ för många. En annan är rådgivning vilken är organiserad av frivilliga organisationer.

Ytterligare ett problem med tidiga insatser är osäkerhet om metoder. I åtskilliga utredningar har under årens lopp framhållits att metoder för sådana insatser behöver utvecklas.

4.5.6.3 Vårdinsatserna skall syfta till ett liv fritt från missbruk och illegala droger

Målet för vård- och behandlingsinsatser är att missbrukaren skall ges mycket goda möjligheter att leva ett liv fritt från missbruk och illegala droger. I inhemsk och internationell debatt beskrivs ofta den svenska restriktiva narkotikapolitikens inriktning, att med kraft försöka begränsa narkotikakonsumtionen i hela samhället, som vore den i stark motsättning till insatser som är ägnade att begränsa lidande och skador hos enskilda missbrukare.

Narkotikakommissionen anser att en sådan motsättning inte skall överdrivas. Enskilda missbrukare kan och skall självklart erbjudas omvårdnad, sjukvård, smittskydd, boendestöd och övriga sociala stödinsatser utan att dessa insatser alltid kopplas till krav på omedelbar och/eller långvarig drogfrihet. I praktisk behandlingsverksamhet är sådana insatser också vanligt förekommande inslag. För många av de tyngsta och de mest skadeexponerade missbrukarna kan målet att upphöra med eller kraftigt reducera miss-

bruket uppnås först efter långa och sammansatta processer. Att utestänga missbrukarna från stöd- och hjälpinsatser under dessa processer innebär sannolikt att skadorna av missbruket ökar för både den enskilde och samhället. Av erfarenhet vet vi nämligen att stödinsatser i sig oftast innebär att missbruket dämpas vilket är positivt för alla berörda.

Det är givet att många i den tyngsta gruppen av missbrukare inte bara har ett tungt missbruk och många andra problem och svårigheter utan också är svärmotiverade och har svårigheter att följa strukturerade program. I många andra länder är det främst denna grupp man har haft i åtanke då man genomfört åtgärder såsom låg-tröskelprogram med metadonbehandling, sprututbytesprogram och, i mer begränsad omfattning, injektionsrum och försök med kontrollerad förskrivning av heroin. Förskrivning av heroin och injektionsrum har aldrig varit aktuellt i Sverige och bör enligt Narkotikakommissionens mening inte heller komma ifråga i framtiden.

Metadonprogram

Narkotikakommissionen anser att begränsade behandlingsprogram med stöd av metadon liksom andra underhålls- och blockeringsmediciner inte riskerar att skada den restriktiva narkotikapolitikens trovärdighet och möjligheter att uppfylla målsättningarna. Under förutsättning att dessa verksamheter ingår i en socialpolitisk helhet och är väldokumenterade kan sådana program vara betydelsefulla för bl.a. smittskydd och rehabilitering.

De i Sverige tillämpade principerna för underhållsbehandling med metadon innebär strikt kontroll. Erfarenheterna är att läckaget av metadon till den illegala marknaden är lågt och att de flesta stannar i programmen under relativt lång tid. Livssituationen för dem som utesluts eller hoppar av programmen blir dock enligt flera studier särskilt svår och dödligheten i gruppen är stor. Internationell erfarenhet visar att den tid missbrukaren stannar kvar i programmen är av stor betydelse och att det är nödvändigt att metadonbehandlingen kombineras med ett socialpsykologiskt stöd. I metadonprogram som är mindre strikt uppbyggda är det betydligt större andel som avbryter programmen och det är också svårare att ge ett långsiktigt stöd till dem som är kvar i

programmen. Dessutom är läckaget till den illegala marknaden inte oväsentligt.

Narkotikakommissionen menar därför att grundprinciperna i de svenska metadonprogrammen är ändamålsenliga och föreslår inga principiella förändringar. Kommissionen vill också hänvisa till pågående utvärderingar av programmen inom Socialstyrelsen. Kommissionen menar också att andra ersättningsmedel såsom t.ex. buprenorfin-preparat bör omfattas av i stort sett samma regler som metadon då de används som ersättningspreparat. Angeläget är dock generellt att den mer medicinskt inriktade missbrukarvården kombineras med sociala insatser och uppföljning, vilket också är en av de viktigaste erfarenheterna av svensk narkomanvård. Inom denna ram finns det säkerligen stora möjligheter att utveckla de medicinska insatserna. Mycket talar för att farmakologisk behandling av depressioner och psykiska sjukdomar kan vara både nödvändigt och verksamt även för narkotikamissbrukare.

Sprututbytesprogram

Erfarenheterna av det försöksprojekt som pågått sedan 1986 i Malmö/Lund-regionen är att några positiva effekter när det gäller smittspridning inte kunnat beläggas. Inte heller har man kunnat påvisa några negativa effekter i form av ökat narkotikamissbruk. En utvärdering av verksamheten som företas av Socialstyrelsen förväntas publiceras inom kort.

Sprututbyte har aldrig haft någon betydande omfattning i Sverige och Narkotikakommissionen har starka betänkligheter mot sådan sprututbytesverksamhet som inte är nära kopplad till en aktiv missbrukarbehandling. Kommissionen menar att man i allmänhet kan uppnå samma resultat när det gäller att få kontakt med missbrukare med andra metoder. Kommissionen vill dock inte i nuläget ta avstånd från all sprututbytesverksamhet. Det kan nämligen uppkomma situationer då det kan finnas skäl att använda denna metod. En grundläggande förutsättning är i så fall att verksamheten knyts till en narkomanvårdsenhet och kopplas till en aktiv missbrukarbehandling.

Injektionsrum

I Narkotikakommissionens PM nr 3 om narkotikarelaterad död behandlas injektionsrum, dvs. platser där missbrukare kan injicera medhavd narkotika under hygieniska förhållanden med medicinsk personal i närheten. Narkotikakommissionens slutsats är att inrättande av sådana injektionsrum inte skulle medföra någon minskning av dödligheten till följd av heroinmissbruket. Dödligheten bland missbrukare är till allra största delen kopplad till deras livsstil och levnadsförhållanden och i lägre grad till förhållanden vid enskilda injektionstillfällen. På längre sikt skulle arrangemang med särskilda injektionsrum enligt kommissionens bedömning snarare kunna leda till en ökning av injektionsmissbruket genom att missbrukarna på så sätt hålls kvar i missbruket. Man skulle också riskera att narkotikaförsäljning skulle förekomma i anslutning till lokalerna.

4.5.6.4 Vården och andra insatser för missbrukare skall vara av god kvalitet

Både för att tillgodose den hjälpbehövande individens behov och ur samhällliga aspekter är det angeläget att den vård och behandling som missbrukare kan få är av god kvalitet. Kvalitetskravet gäller hela den process som innefattar uppsökande arbete, stöd, vård-, behandlings- och rehabiliteringsinsatser samt eftervård och uppföljning.

Narkotikakommissionen vill understryka betydelsen av att det stöd och de insatser som ges den enskilde missbrukaren är avpassad efter dennes behov, förutsättningar och förmåga att tillgodogöra sig vården. Insatser skall vidare, i enlighet med socialtjänstlagens intentioner, planeras och utföras i samförstånd med den enskilde med respekt för dennes integritet. Även i de fall lagen ger utrymme för tvångsingripanden skall insatserna utformas efter analys av behovet och i möjligaste mån i samråd med missbrukaren och/eller dennes anhöriga. I ett mer begränsat perspektiv är det angeläget att se på kvaliteten i de enskilda insatserna som görs. Det gäller oavsett om det är socialtjänsten som i egen regi svarar för insatserna eller om det är någon annan huvudman eller en upphandlad tjänst.

Några faktorer som är särskilt viktiga att ta hänsyn till är bland annat följande:

Kunskap skall finnas om de olika värdenheternas målsättning, arbetsmetoder, organisation och – om möjligt – dokumenterade resultat.

Insatserna för den enskilde skall motiveras, dokumenteras och följas upp.

När insatser behövs från flera olika instanser bör detta organiseras på ett sådant sätt att bilden inte blir alltför splitt-rad. En instans bör ta på sig ett sammanhållande ansvar.

För att utveckla kvaliteten är det nödvändigt att verksamheten noga dokumenteras och följs upp. Vid upphandling av vårdtjänster skall kvalitetsaspekter tillmätas stor vikt. Samverkan med FoU-enheter och forskningsinstitutioner kan bidra till att utveckla goda metoder för uppföljning och kvalitetskontroll.

Utveckling av kunskap och kompetens är väsentligt för att kvaliteten skall kunna utvecklas. I Kapitel 7 behandlas Narkotika-kommissionens förslag till åtgärder som kan stärka kompetens-utvecklingen. I samma kapitel behandlas också kommissionens förslag till förstärkta insatser för metodutveckling och forskning.

4.5.6.5 Insatserna mot missbruk skall vara uthålliga och långsiktiga

Ju tyngre missbruket är och ju svårare missbrukarens sociala situation är, desto längre tid kan man räkna med att rehabiliteringen tar. Detta behöver inte nödvändigtvis innebära att en enskild vårdinsats måste vara långvarig, utan snarare att det skall finnas en god uppföljning och en beredskap för återkommande insatser.

Viktiga faktorer och moment är härvidlag:

Missbrukaren bör långsiktigt stödjas och följas upp efter genomförd behandling.

Det skall finnas beredskap vid återfall.

I vissa fall måste man se rehabiliteringen som en stegvis process där man under mycket lång tid också måste ge insatser av mer renodlad omvårdnadskaraktär.

Uppföljning och utvärdering skall också ske på lång sikt och över långa tidsperioder.

Utvecklingen under senare år tyder på att socialtjänsten är ovillig att satsa på återkommande vårdinsatser och att den långsiktiga, kontinuerliga uppföljningen är bristfällig.

4.5.7 Särskilda insatser för de tyngsta missbrukarna

Flera av de i avsnitt 4.5.6.3 nämnda skadereducerande åtgärderna motiveras ofta med att det är ett sätt att få kontakt med även de tyngsta och mest svärmotiverade missbrukarna. Narkotikakommissionen vill för sin del framhålla att få av de tyngsta missbrukarna är helt okända för samhällets vård- och omsorgsapparat. Problemet är inte i första hand att få kontakt med dem utan att ge dem ett sådant stöd att de kan ta sig ur sin situation.

För denna grupp är det särskilt viktigt att samverkan mellan sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården fungerar bra, eftersom personerna ofta är kända och samtidigt föremål för insatser från dessa instanser. De frivilliga organisationerna gör betydande insatser för de tyngsta missbrukarna och de hemlösa. Kommissionen vill understryka vikten av att de professionella nätverken byggs upp och att man gemensamt finner system för att långsiktigt kunna stödja även de mest utsatta och svärmotiverade. Det är nödvändigt att finna och tillämpa modeller som förhindrar att olika instanser bollar över ansvaret på någon annan samtidigt som det är angeläget att ansvaret för vårdinsatser och uppföljning i varje skede är klart definierat.

Man måste vara medveten om att återkommande vårdinsatser med en hög grad av omhändertagande såsom institutionsvård eller strukturerad öppenvård kombinerat med skyddat boende kan vara nödvändigt.

4.5.7.1 Tvångsvård

Socialtjänstens insatser bygger på frivillighet från den enskildes sida. Lagen kompletteras dock i två fall av tvångsbestämmelser, nämligen lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Tvångsvård för ungdomar enligt LVU kan komma i fråga för barn och unga under 18 år eller i vissa fall upp till 20 års ålder. Vården enligt LVU är den helt dominerande delen av tvångsvården.

Den 1 november 1999 fick cirka 4 000 barn och unga vård enligt LVU. Av dessa fick närmare tre fjärdedelar vård på grund av brister i hemmiljön och en fjärdedel fick vård på grund av eget beteende. Detta kan jämföras med att 9 500 barn och unga fick frivillig vård med stöd av socialtjänstlagen. Tvångsvård för barn och ungdomar behandlas dock inte närmare i detta betänkande.

När det gäller vuxna missbrukare skall tvångsvård beslutas om någon till följd av fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt. Vidare förutsätts att missbrukaren till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Länsrätten fattar beslut om beredande av tvångsvård efter ansökan av socialnämnden. Under vissa förutsättningar kan socialnämnd eller polismyndighet också besluta om omedelbart omhändertagande. Ett sådant beslut skall genast underställas länsrätten.

Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk (3 §). Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (20 §).

Statistik och andra uppgifter visar att antalet LVM-placeringar har minskat kraftigt under 1990-talet (även om den stora nedgången i tvångsvård inträffade redan tidigare). Den 1 november 1999 var knappt 260 personer tvångsintagna på grund av missbruk. Av dessa var 58 procent intagna på grund av narkotikamissbruk eller blandmissbruk. Detta kan jämföras med att 3 200 missbrukare frivilligt vårdades på institution och ytterligare cirka 15 000 missbrukare fick öppenvård eller stöd för sitt boende den 1 november 1999.³²

De som tvångsvårdas har numera ett tyngre missbruk och fler andra problem, däribland psykiska besvär och psykiska sjukdomar. Allt större andel av klienterna kommer in efter beslut om omedelbart omhändertagande, vilket också medför att de behöver avgiftning och ibland andra akuta vårdinsatser. Två tredjedelar av samtliga klienter och nästan alla under 30 år av dem som fick LVM-vård under år 1999 har regelbundet använt narkotika. Många

³² *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1999*. Socialstyrelsen, statistik, socialtjänst 2000:6. Sveriges officiella statistik.

är blandmissbrukare, vilket är särskilt vanligt bland de yngsta klienterna. I gruppen under 30 år finns de flesta utan egen bostad. Psykisk störning och psykiska problem är vanligast i gruppen unga narkomaner. De kvinnor som fick LVM-vård är i genomsnitt yngre än männen, de har debuterat tidigare med regelbundet bruk av droger och de har också fler psykosociala problem än de tvångsvårdade männen.³³

Narkotikakommissionens uppfattning är att tvångsvården, både av barn och unga och av vuxna missbrukare, måste ses i relation till de insatser som görs inom socialtjänsten i övrigt. All erfarenhet visar att den relativt begränsade gruppen av tunga missbrukare på olika sätt belastar samhällets vård-, omsorgs- och kontrollsystem, oavsett om målmedvetna insatser görs eller inte. Långsiktiga, genomtänkta och återkommande behandlingsinsatser samt ett dagligt stöd kan dock enligt Narkotikakommissionen på längre sikt leda till åtminstone en delvis rehabilitering och en minskning av gruppens storlek. LVM-vård kan i vissa fall vara inledningen till en sådan rehabilitering, medan den i andra fall mer får karaktären av katastrofåtgärd vid situationer då både missbrukaren eller samhällinstanserna har tappat kontrollen över situationen.

Det finns givetvis situationer då det kan vara nödvändigt med tvångsvård och det är därför angeläget att denna vård håller en hög kvalitet och ges tillräckliga resurser för utveckling av vårdinsatserna. Nödvändigt är också att det sker en konstruktiv samverkan med socialtjänsten så att avsikten med LVM-vård, att den skall övergå till mer långsiktiga insatser av frivillig karaktär, verkligen kan uppfyllas.

4.5.7.2 Insatser mot infektioner

De tunga narkotikamissbrukarna och särskilt injektionsmissbrukarna är på grund av sin livsstil och sina narkotikavanor utsatta för infektionsrisker. Den mest uppmärksammade risken är att bli infekterad med hiv-virus, där dock smittspridningen bland missbrukarna befinner sig på en låg och stabil nivå. Olika former av hepatit har spridit sig bland i första hand injektionsnarkomanerna. Det finns i dag också en oro för att TBC

³³ Årsrapport DoK 99. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Statens institutionsstyrelse följer upp och utvecklar 4:00. Stockholm 2000.

kan sprida sig bland hemlösa och andra missbrukare som lever under osunda förhållanden. I Östeuropa samt i vissa städer i Centraleuropa har TBC börjat sprida sig bland sådana grupper.

Trots den relativt gynnsamma situationen när det gäller hiv och aids är det viktigt att man upprätthåller en hög nivå på information och kunskap om risken för smittspridning bland missbrukare. De ökade kontakterna med Östeuropa, Asien och Afrika där såväl den sexuella smittspridningen som smittspridningen bland missbrukare är av epidemisk natur kräver också hög beredskap.

Generellt gäller att man måste arbeta för en högre beredskap och en ökad medvetenhet om riskerna för spridning av hepatit och TBC bland missbrukare. Det faktum att många lever under svåra och osunda förhållanden ökar riskerna för att fler blir smittade och att smittan sprids till andra utanför missbrukargrupperna. Givetvis gäller samma som för kampen mot hiv och aids att den mest effektiva åtgärden är att förhindra nyrekrytering och att få missbrukare att upphöra med sitt injektionsmissbruk. Den stora omfattningen av hepatit C-infektion bland missbrukare kommer att på några års sikt innebära mycket stora hälsoproblem för dessa och också medföra stora påfrestningar på vården.

Snarast bör därför en handlingsplan för i första hand motåtgärder mot hepatit C utarbetas. I denna bör involveras alla som kommer i kontakt med de tyngsta missbrukarna, dvs. akut-mottagningar, tillnyktringsenheter, häkten, härbärgen och frivilliga organisationer som arbetar med hemlösa och missbrukare.

När hiv-smittan uppmärksammades bland missbrukare i Sverige i mitten av 1980-talet vidtogs mycket kraftfulla åtgärder. Den tidigare planerade och påbörjade satsningen Offensiv narkomanvård utvidgades kraftigt och många insatser satsades dessutom direkt på information och smittförebyggande åtgärder. Ett viktigt strategiskt beslut var att den mest kraftfulla förebyggande åtgärden var att försöka nå alla missbrukare med erbjudanden om behandling, information samt testning av hiv-status. I efterhand kan man se att denna strategi innebar att nysmittan bland missbrukare sjönk mycket snabbt till internationellt sett låga nivåer. Norge har haft en liknande utveckling. Det finns i dag inga tecken på att nysmittan bland missbrukare ökar, utan den är fortfarande låg. Detta är också en internationell trend i de utvecklade västländerna, men det finns också vissa undantag. I Sydeuropa är betydligt större andel av missbrukarna hiv-smittade och i Finland ökar smittan snabbt. Detta kan ha samband med närheten till Östeuropa, där hiv

sprids mycket snabbt bland missbrukarna i vissa områden. En orsak till att Sverige har lyckats hålla hiv-spridningen på en låg nivå bland missbrukare är troligen att missbrukarna snabbt blev medvetna om sin egen hiv-status och insåg betydelsen av att inte dela sprutor.

Obehandlad hepatit ger på lång sikt allvarliga leverskador och kan bidra till en för tidig död. Såväl hepatit B som C är kroniska sjukdomar som inte går att bota helt, men med hjälp av en sund livsföring och bromsmediciner kan infektionen hållas under kontroll. Efter infektionen får den smittade vissa symptom, som dock i allmänhet snabbt avklingar och man kan vara symptomfri under många år. När sjukdomen senare i livet åter bryter ut kan den ge livshotande skador. Det finns verksamt vaccin mot hepatit B, men ännu inget mot hepatit C. Hepatit C anses ge allvarligare skador än hepatit B.

Hepatit C är en virussjukdom som liksom hiv sprids via blodsmitta (genom blodöverföringar eller genom infekterade injektionsnålar). Hepatitviruset är mycket mer smittsamt och risken att man blir smittad även efter ett enstaka smittotillfälle är mycket större än vid hiv. Däremot är det inte klart belagt att hepatit kan spridas via sexuellt umgänge. Då forskning på hepatitsmittade har visat att cirka 30 procent av de smittade inte har varit utsatta för blodsmitta och troligen inte heller har haft sexuella kontakter med någon som varit infekterad med hepatit, har man framlagt hypotesen att hepatit, liksom TBC, också kan spridas via luft- eller kontaktsmitta genom nära kontakter i en osund miljö med personer som är infekterade.

Aktuella uppgifter tyder på att cirka 50 procent av de intravenösa missbrukarna i Sverige bär på hepatit-B virus och cirka 90 procent på hepatit C-virus. Att frekvensen är så stor beror dels på att smittsamheten är mycket större för dessa virus än för hiv-virus, dels på att missbrukarna inte på samma sätt själva har uppmärksammat problemet och inte heller bedömer det lika allvarligt. Många missbrukare är medvetna om att hepatit C är mycket spritt och menar därför att det inte är någon idé att bry sig om några särskilda försiktighetsåtgärder "eftersom alla ändå har det". Tillgängliga data tyder på att frekvensen av hepatit C-smitta är hög i hela Västeuropa.

4.5.8 Samhällets kostnader för det tunga narkotikamissbruket

En väl fungerande narkotikastrategi förutsätter ett väl fungerande samarbete mellan alla de myndigheter och organisationer som är verksamma på området. Ett problem med samverkan är att kostnaderna för olika insatser, även för en och samma individ, belastar skilda budgetar, beroende på vilken typ av insats som ges. Det kan vara tilltalande att minska kostnaderna i den egna budgeten genom att avvisa en föreslagen insats eller hävda att någon annan aktör skall ta ansvar för denna. Detta leder dock inte så sällan till att de totala kostnaderna för samhället ökar.

Narkotikakommissionen har försökt att göra en genomgång av hur kostnaderna för narkotikamissbruket fördelar sig och förändras utifrån olika narkotikapolitiska strategier och typer av insats. Syftet är inte i första hand att räkna fram den exakta summan av vad missbruket kostar samhället, vilket framstår som mer eller mindre omöjligt, utan snarare att få ett underlag för en diskussion om de ekonomiska konsekvenserna av ett narkotikamissbruk.

Vi har valt att, så långt möjligt, utgå från de faktiska kostnaderna som missbruket genererar för att på så sätt få en bild av hur kostnaderna fördelar sig. De kostnader som använts är, förutom vårdkostnaderna, socialbidrag, sjukvård, sjukpenning, pension samt kostnader för narkotika. Uträkningarna utgår från den individuella konsumtionen och kostnaden för varje person. Underlaget baserar sig på 178 individer ur tre skilda samhällsekonomiska beräkningar. På basis av individerna i ett öppenvårdsprojekt har ett antal standardiserade dagskostnader räknats fram. För en mer detaljerad beskrivning hänvisas till bilaga 2.

Det är viktigt att i detta sammanhang betona att underlaget bygger på ett begränsat antal individer som inte kan anses representera alla narkotikamissbrukare. Beräkningarna skall därför enbart ses som en modell för hur ekonomiska beräkningar skulle kunna göras. Modellen måste utvecklas genom bl.a. ytterligare forskning baserad på ett större antal missbrukare för att kunna generera faktiska värden på kostnaderna.

	Antal	Kostnad/dag	Total kostnad
Aktivt missbruk	8 493	1390	11 805 270
Behandlingshem, SoL	974	1060	1 032 440
Behandlingshem, LVM	224	2850	638 400
Fängelse	1 652	1865	3 080 980
Sluten sjukhusvård	315	4150	1 307 250
Öppenvård Socialtjänsten	4 592	550	2 525 600
Sjukvården	974	719	700 306
Summa	17 000		21 090 246

I detta exempel baseras antalet missbrukare på de beräkningar som gjordes i 1992 års kartläggning av det tunga narkotikamissbruket (den s.k. UNO II-undersökningen³⁴). Det är troligt att antalet missbrukare är fler i dag vilket i så fall innebär att det finns en större grupp i aktivt missbruk än vad tabellen visar. Antalet personer i vård baseras på en kartläggning som Socialstyrelsen gjorde våren 1999. Kostnaderna per dag baseras på typvärden enligt beskrivningen i bilaga 2.

Eftersom dessa data är baserade enbart på de kostnader som är knutna till individen tillkommer samhällets kostnader för kriminalitet, rättsväsendets och försäkringsbolagens kostnader liksom kostnader för förlorad arbetsförtjänst etc. Uppgifterna i tabellen kan således betraktas som minimisiffror. Trots detta framgår att samhällets kostnader för den tunga missbruksgruppen lågt räknat uppgår till 21 miljoner kronor per dag.

Om vi tänker oss ett exempel där kommunerna minskar de frivilliga behandlingshemsplatserna med hälften och istället väntar till dess att det blir nödvändigt med en LVM-placering skulle merkostnaden för samhället bli cirka 900 000 kronor per dag. Kostnaderna för kommunerna skulle i detta fall öka med 480 000 kronor per dag. Dessutom skulle kostnaderna för staten öka med 380 000 kronor per dag.

Om vi gör samma experiment men tänker oss att missbrukarna istället hamnar inom kriminalvården ökar den totala samhällskostnaden med knappt 400 000 kronor per dag. I detta fall gör dock kommunerna en besparing på cirka 500 000 kronor per dag medan de ökade kostnaderna för kriminalvården blir drygt 900 000 kronor per dag.

³⁴ Olsson, Byqvist, Gomér. *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Rapportserie nr 28. CAN. Stockholm 1993 (UNO 1992).

Man kan också tänka sig den motsatta förändringen, dvs. om vi kan få lika många individer att komma in på behandlingshem i stället för fängelse. Förutom att vi kan anta att effektiviteten i vården skulle öka och att fler skulle bli drogfria efter behandlingen än efter ett avtjänat fängelsestraff skulle samhället göra en vinst på cirka 400 000 kronor per dag.

Ytterligare ett räkneexempel baserat på underlaget i bilaga 2 ger vid handen att enbart kostnaderna för narkotikainköp för cirka 8 000 aktiva missbrukare som inte befinner sig i vård utgör minst 5 miljoner kronor per dag (baserat på en genomsnittlig kostnad av 600 kronor per dag).

Om man på detta sätt försöker beskriva hur kostnaderna fördelas och förändras framstår det också tydligt att det bara finns två sätt att på ett avgörande sätt påverka de samlade kostnaderna. För det första måste samhället genom kontrollinsatser och ett aktivt förebyggande arbete se till att nyrekryteringen till narkotikamissbruk minskar och för det andra att vårdssystemet effektiviseras så att fler missbrukare upphör med sitt missbruk. Mycket talar också för att även vård där klienterna är drogfria under vårdtiden men kanske återfaller efter en viss tid, också är samhällsekonomiskt fördelaktig.

5 Insatser mot utbudet

I sin narkotikapolitiska skrivelse ställde regeringen år 1998 upp som ett delmål för narkotikapolitiken att tillgången på narkotika skulle minska.¹ Trots de stora ansträngningar som gjorts och alltså jämt görs i Sverige för att förhindra inflödet av narkotika har tillgången stadigt ökat under senare år. Eftersom den inhemska produktionen av narkotiska preparat så vitt känt är i det närmaste obefintlig, smugglas i princip all den narkotika som missbrukas i Sverige in i landet.

En förklaring till det ökade inflödet av narkotika, som Rikskriminalpolisen lämnat i sin årsrapport för år 1999, är att den organiserade narkotikabrottsligheten i allt större utsträckning ser Europa som en gemensam marknad. Detta har ökat trycket också på den svenska marknaden. En annan förklaring som nämns är de växande drogmarknaderna i de tidigare stängda länderna i Öst- och Centraleuropa.²

För att Sverige skall vara attraktivt för den organiserade handeln förutsätts emellertid att det finns en efterfrågan på narkotika; det finns en växelverkan mellan tillgång och efterfrågan. Som kommissionen tidigare redogjort för har framför allt ungdomars narkotikamissbruk ökat under senare år. Det måste enligt Narkotikakommissionens mening också förutsättas att detta gjort Sverige mer attraktivt för dem som handlar med narkotiska preparat.

För att begränsa tillgången på narkotika vidtar samhället olika kontrollåtgärder. Dessa tar sikte såväl på den legala som den illegala handeln med narkotika. De myndigheter som har att utföra sådana kontrollåtgärder är i första hand polis, tull, åklagare och kustbevakning.

Eftersom narkotikaförekomsten under senare år ökat måste man fråga sig om de åtgärder som vidtas är adekvata och tillräckliga.

¹ En narkotikapolitisk skrivelse (skr. 1997/98:172).

² *Narkotika- och dopingsituationen i Sverige, Årsrapport 1999*, Rikskriminalpolisen (RKP KUT RAPPORT 2000:5) s. 6 f.

Narkotikakommissionen har under arbetets gång inte kunnat finna några egentliga brister vare sig i den lagstiftning eller de arbetsmetoder man använder sig av inom de berörda myndigheterna. Också samarbetet myndigheterna emellan fungerar på ett bra sätt, även om det från tid till annan finns fall då det uppstår en viss rivalitet mellan framför allt tull och polis om t.ex. vilken av myndigheterna som skall få föra ett beslag till statistiken. Detta är emellertid inte något som präglar samarbetet som, skall framhållas, är gott.

Också det internationella samarbetet fungerar enligt Narkotikakommissionens mening på ett bra sätt. Narkotikakommissionen har inte kunnat finna några egentliga hinder för de svenska myndigheterna att delta i ett sådant samarbete på ett för narkotikabekämpningen effektivt sätt. De svenska myndigheterna på kontrollområdet deltar också mycket aktivt i både det arbete som siktar till att utveckla och förbättra samarbetet och i det operativa arbetet.

Narkotikakommissionen har således inte funnit några avgörande brister i kontrollmyndigheternas arbete mot narkotikan. Man kan uttrycka det så, att man från de kontrollerande myndigheternas sida vidtar rätt åtgärder. Som Narkotikakommissionen kommer att återkomma till finns det dock skäl att vässa instrumenten i vissa avseenden.

Utbudet av narkotika liksom pressen på Sverige som narkotikamarknad har ökat ganska kraftigt under senare år. Samtidigt har rättsväsendet fått vidkännas nedskärningar, omprioriteringar och organisationsförändringar. Vilket inneburit att åtgärderna för narkotikabekämpningen tidvis har försvagats.

För att kunna minska tillgången på narkotika är det enligt Narkotikakommissionens mening nödvändigt att myndigheterna på kontrollområdet tillförs ytterligare resurser för att i huvudsak utföra det arbete som görs i dag, dock i utökad omfattning. Det är viktigt att resurser avsätts för att narkotikan skall kunna bekämpas i alla dess led, från gatulangningen och den s.k. myrtrafiken till den grova internationella brottsligheten.

Narkotikakommissionen vill här, liksom tidigare, dock varna för att göra arbetet mot narkotika till enbart en resursfråga. Att myndigheterna har tillräckligt med medel för att prioritera narkotikabrottsligheten är givetvis viktigt. Men lika viktigt är att använda de resurser man har på bästa sätt. Här spelar goda kunskaper, ett bra samarbete mellan myndigheterna och ett ständigt utvecklande av arbetsmetoderna en stor roll.

Oavsett hur stora resurser som tillförs kontrollområdet kommer dessa insatser inte ensamma att kunna minska tillgången på narkotika till en för svensk narkotikapolitik acceptabel nivå. Narkotikakommissionen anser det olyckligt om narkotikapolitiken skulle gå i den riktningen att den kom att präglas av stark kontroll och repressiva insatser. Inte heller ligger det i linje med den öppenhet mot andra länder som är en följd av framför allt Sveriges inträde i EU.

Utvecklingen har enligt kommissionens mening tvärtom gått i den riktningen att det inte är rimligt att tro, att man skall kunna komma till rätta med narkotikaförekomsten i samhället enbart genom ökade kontrollinsatser. Också efterfrågan måste dämpas märkbart för att Sverige inte skall framstå som en attraktiv marknad för organiserade narkotikahandlare som har möjlighet att förse landet med stora mängder narkotika. Att dämpa efterfrågan har därför fått stå i fokus för kommissionens arbete.

Narkotikakommissionen har behandlat frågor om kontrollåtgärder i flera av sina publicerade diskussionspromemorior. I PM nr 2 har all den lagstiftning sammanställts som på något sätt styr arbetet mot narkotika, i PM nr 6 har kommissionen behandlat frågor kring kontrollen av narkotiska läkemedel och i PM nr 11 kontrollen av den illegala handeln med narkotika. Därtill har åtgärder för att förhindra illegal handel med narkotika inom kriminalvården behandlats i PM nr 10 och frågan om Sveriges internationella samarbete tagits upp i PM nr 13. Förslagen i de båda sistnämnda promemoriorna behandlas i kapitel 6 respektive 8 i detta slutbetänkande.

Vad gäller den legala handeln med narkotika har kommissionen funnit vissa skäl till lagändringar för att förbättra tillsynen över de läkare som förskriver stora mängder till missbrukare liksom för att öka möjligheterna att upptäcka missbrukare som går runt till flera läkare för att få sådana läkemedel utskrivna. Kommissionen redogör för dessa förslag i kapitel 5.1.

När det gäller kontrollen av den illegala handeln har kommissionen som tidigare nämnts funnit att det i dag finns en heltäckande lagstiftning. All hantering av narkotika är kriminaliserad och de brottsbekämpande myndigheterna har genom olika bestämmelser möjligheter till ingripanden genom husrannsakan, kroppsvisitation och kroppsbesiktning m.m. liksom tillgång till olika register och spaningsmetoder. Narkotikakommissionen har därför inte funnit anledning att föreslå förändringar rörande sådana fundamentala

frågor som syfte, mål och medel för narkotikabekämpningen på kontrollområdet. Detta innebär dock inte att det saknas anledning till vissa förändringar. I kapitel 5.2 lämnar kommissionen sina förslag rörande såväl lagstiftningen på området som vissa arbetsmetodfrågor för att göra narkotikabekämpningen än mer effektiv.

5.1 Kontroll av narkotiska läkemedel

Det finns i dag tecken på att narkotiska läkemedel missbrukas i allt större omfattning. Under utredningsarbetets gång har också Narkotikakommissionen på olika sätt uppmärksamats på att det förekommer en inte obetydlig mängd narkotiska läkemedel på den illegala narkotikamarknaden. Kommissionen har därför funnit skäl att på olika sätt lyfta fram frågor rörande missbruket av sådana läkemedel.

I Läkemedelsverkets förteckningar tas de preparat upp som klassats som narkotika. Förteckning I upptar narkotika som inte har någon medicinsk användning i Sverige, bl.a. cannabis och heroin. I förteckning II finns sådana narkotiska ämnen som används för medicinska ändamål så som exempelvis amfetamin och morfin. I förteckning III återfinns sådana ämnen som är att betrakta som narkotika i ren form, men som kan ingå i vissa läkemedel utan att de blir narkotikaklassade, t.ex. kodein. I förteckning IV och V återfinns narkotikaklassade läkemedel av typen bensodiazepiner och vissa smärtstillande medel.³

Vanligast förekommande på den illegala marknaden är bensodiazepinerna, där Rohypnol (flunitrazepam) är det helt dominerande preparatet i Sverige. Därefter kommer substansen diazepam som bl.a. ingår i preparaten Valium och Stesolid. Sobril (oxazepam), Mogadon (nitrazepam), Iktorivil (klonazepam) och Xanor (alprazolam) är några andra vanligt förekommande bensodiazepiner som återfinns bland missbrukare. Två nyare sömnmedel, Imovane (zoplikon) och Stilnoct (zolpidem), vilka skiljer sig något från bensodiazepinerna, tas allt oftare i beslag från missbrukare.

I gruppen opiater och opioider ingår ett antal smärtstillande läkemedel; preparat som innehåller morfin (t.ex. Dolcontin), metadon (Metadon) och ketobemidon (Ketogan) förekommer på den illegala marknaden liksom pentazocin (Fortalgesic) och

³ Läkemedelsverkets författningssamling, LVFS 2000:7.

buprenorfin (Temgesic). Även andra läkemedel innehållande narkotikaklassade substanser återfinns i beslag, ofta tillsammans med annan narkotika.⁴

En stor del av de narkotiska läkemedel som finns på den illegala marknaden är insmugglade till Sverige, men det förekommer även stölder från apotek, receptförfalskningar och liknande. Även här i landet läkarförskrivna narkotiska preparat återfinns bland missbrukare. En förklaring härtill är att det finns enstaka läkare som, av olika anledningar, förskriver sådana preparat till personer med missbruksproblem, inte sällan i stora mängder. En annan förklaring till att läkarförskrivna narkotiska läkemedel omsätts på den illegala marknaden är att missbrukare – eller andra – vänder sig till flera läkare som var och en, ovetande om varandra, förskriver normala doser av sådana läkemedel.

Även om det inte går att ange mängden narkotiska läkemedel på den illegala marknaden i några exakta siffror råder det enligt Narkotikakommissionens mening ingen tvekan om att det förekommer en inte obetydlig handel med och ett relativt omfattande missbruk av sådana preparat. Det finns enligt kommissionens mening också belägg för att det under senare år skett en ökning. Man bör därför överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att förhindra en fortsatt negativ utveckling.

Kommissionen presenterar i det följande sina förslag till en förbättrad kontroll av narkotiska läkemedel. I diskussionspromemoria nr 6 – Kontroll av narkotiska läkemedel – har Narkotikakommissionen redogjort för bl.a. den lagstiftning och andra bestämmelser som gäller rörande narkotiska läkemedel, de uppgifter som finns rörande preparaten på den illegala marknaden samt vilka överväganden som tidigare gjorts i frågan om kontroll av narkotiska läkemedel. För en mer utförlig bakgrund hänvisas därför till promemorian. Några ändringar i sak har inte gjorts i detta betänkande i förhållande till de i diskussionspromemorian presenterade förslagen.

Avslutningsvis skall här sägas att kommissionens uppdrag är begränsat till att behandla frågor som rör narkotika, dvs. i detta sammanhang narkotiska läkemedel. Kommissionen är mycket väl medveten om att flera av de frågor som behandlas i denna promemoria även kan gälla andra typer av läkemedel som används i missbrukskretsar som t.ex. kodein och dextroproxifen. Det skulle emellertid

⁴ Rikskriminalpolisen, Kriminalunderrättelsetjänsten, Narkotikaroteln, *Narkotika- och dopingsituationen i Sverige, Årsrapport 1999*, (RKP KUT RAPPORT 2000:5) s. 49.

föra för långt att gå in även på dessa typer av läkemedel. Kommissionen anser dock rent allmänt att det finns anledning att överväga om vissa läkemedel som inte är narkotikaklassade borde underkastas en strängare kontroll än vad som gäller i dag.

5.1.1 Ett förbättrat rapporteringsförfarande

Narkotikakommissionens förslag: Läkemedelsverket bör få i uppdrag att i samråd med berörda myndigheter och organisationer utforma ett särskilt rapporteringsförfarande för stölder av narkotiska läkemedel.

Enligt Läkemedelsverket förekommer det ett mycket litet eller obefintligt läckage till den illegala marknaden i kedjan från tillverkare till partihandlare. Däremot finns det vissa svagheter i länken mellan partihandlare och konsument. Det kan handla om stölder under transport och på apotek, receptförfalskningar eller svinn på apotek och sjukhus. Det är enligt Läkemedelsverket sannolikt inget stort problem, men det finns inte heller några samlade data. För att få grepp om hur stort problemet egentligen är skulle det enligt Läkemedelsverket behövas förändrade krav på hur insamling och rapportering bör göras.⁵

Även om svinnet av narkotiska läkemedel inte framstår som något större problem måste man enligt Narkotikakommissionens mening kunna ställa krav på att man från myndigheternas sida har en uppfattning om i vilken utsträckning sådana stölder förekommer, inte minst för att relevanta åtgärder skall kunna vidtas. Kommissionen anser därför att rutinerna för insamling och rapportering av uppgifter på området bör ses över. Läkemedelsverket bör i sin egenskap av tillsynsmyndighet därför få i uppdrag att, i samråd med andra myndigheter och organisationer, utforma ett sådant särskilt rapporteringsförfarande för stölder av narkotiska läkemedel som medger en möjlighet att mäta omfattningen och också att följa utvecklingen på området.

Med de reservationer som kan göras mot bakgrund av en viss brist på data har Narkotikakommissionen inte funnit annat än att bestämmelserna liksom tillämpningen av dessa vad gäller tillverkning, hantering och handel m.m. får anses vara ändamålsenliga.

⁵ Läkemedelsverkets skrivelse 1998-11-10, Dnr 359:1998/34121.

5.1.2 Effektivare tillsyn över läkares förskrivningar

Narkotikakommissionens förslag: Lagen (1996:1156) om receptregister föreslås ändrad på så sätt att receptregistret även skall få användas för att till Socialstyrelsen redovisa uppgifter om enskild förskrivares förskrivning av narkotiska läkemedel. Uppgifter som går att hänföra till enskild patient skall emellertid inte få ingå i dessa uppgifter.

För att ett system enligt ovan skall vara genomförbart krävs att läkaren anger sin förskrivarkod på receptblanketten vid förskrivning av narkotiska läkemedel. Kommissionen föreslår därför att Läkemedelsverket bör ändra de s.k. receptföreskrifterna på så sätt att förskrivarkod alltid skall anges vid förskrivning av narkotiska läkemedel samt att avsaknad av sådan kod skall utgöra hinder för expediering av receptet.

Vad gäller förvaring av receptblanketter anser Narkotikakommissionen att recept på samtliga narkotiska läkemedel bör särskiljas vid förvaring och arkivering, och inte som i dag endast sådana som upptar narkotiska läkemedel i förteckningarna II och III.

5.1.2.1 Läkares förskrivning av narkotiska läkemedel

Läkare har i princip rätt att förskriva alla slags narkotiska läkemedel så länge detta sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detsamma gäller för veterinär om medlen är avsedda att användas för behandling av djur. Tandläkares förskrivningsrätt är dock begränsad genom Läkemedelsverkets s.k. receptföreskrifter.⁶ Enligt bilaga 1 till dessa är tandläkares rätt begränsad såväl vad gäller förskrivning för utlämnande till patient som för användning i den egna praktiken.

Här skall framhållas att när det i det följande talas om läkare, även tandläkare och veterinärer avses i den utsträckning dessa har rätt att förskriva narkotiska läkemedel.

En stor del av de narkotikaklassade läkemedel, framför allt bensodiazepiner, som återfinns bland missbrukare kommer via recept från läkare. Det finns uppgifter om att vissa läkare skriver ut tabletter till narkomaner och andra mot betalning. Andra läkare

⁶ Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel m.m. (LVFS 1997:10).

anser att det är bättre att skriva ut preparaten än att narkomanerna skall skaffa sig dem på illegal väg. Läkare kan också hotas att förskriva preparaten alternativt luras av individer som besöker flera läkare och på det sättet får flera recept utskrivna. En särskild situation är den att aldrig läkare utnyttjas; det händer att äldre läkare som besväras av narkomaner själva ansöker om att bli befriade från förskrivningsrätten till narkotika och alkohol.

Även om dessa läkare utgör en försvinnande liten del av läkarkåren kan de genom sin överförskrivning tillföra den illegala marknaden en stor mängd narkotiska preparat. Detta är allvarligt och en oansvarig förskrivning kastar en skugga också över den majoritet förskrivare som på väl avvägda grunder förskriver narkotiska läkemedel. Möjligheterna att utöva en effektiv tillsyn över läkares förskrivning är enligt Narkotikakommissionens mening därför av central betydelse.

5.1.2.2 Tillsynen över läkares förskrivningar

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen.⁷ Den löpande tillsynen sker vid de regionala enheterna i Malmö, Jönköping, Göteborg, Örebro, Stockholm och Umeå där bl.a. utredningar av läkares förskrivningar görs. När det kan ledas i bevis att en läkares förskrivning skett på ett icke godtagbart sätt – dvs. att de inte står i överensstämmelse med lagstiftningens krav på vetenskap och beprövad erfarenhet – kan Socialstyrelsen vidta rättsliga åtgärder. Detta kan medföra att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ålägger vederbörande ett disciplinstraff, en erinran eller en varning.⁸ På framställning av Socialstyrelsen kan HSAN även besluta om återkallelse av legitimation. För detta krävs t.ex. att en läkare varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket.⁹ Om en läkare missbrukar sin behörighet att förskriva narkotiska läkemedel kan HSAN efter framställning från Socialstyrelsen besluta om att denna behörighet skall dras in eller begränsas.¹⁰

⁷6 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁸ 5 kap. 3–5 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

⁹ 5 kap. 7–9 §§ a.a.

¹⁰ 5 kap. 11 och 12 §§ a.a.

Motsvarande de bestämmelser som gäller för läkare och tandläkare finns även för veterinärer.¹¹

Anmälningar om misstänkt överförskrivning av narkotiska läkemedel görs till Socialstyrelsen bl.a. av polis, socialtjänst och apotekspersonal samt av anhöriga och läkarkollegor. Det förekommer även anonyma anmälningar. Också vid Socialstyrelsens inspektioner på apoteken uppmärksammas ärenden som följs upp.

När en anmälan om misstänkt förskrivning görs till Socialstyrelsen är det praktiska tillsynsförfarande som styrelsen är hänvisad till ett enligt Narkotikakommissionen ganska omständligt förfarande. Styrelsen måste för identifiering, uppföljning och utredning av misstänkta fall begära att vissa apotek för en viss period gör kontroller bakåt i tiden av utfärdade recept eller för framtiden samlar in recept för granskning. Insamlingar av redan expedierade recept innebär ett omfattande arkivsökningarbete för apotekspersonalen varför tillsynsmyndigheten i princip aldrig begär en sådan kontroll. En granskning för framtiden – som oftast pågår under två till tre månader – utförs manuellt och kräver också den stora arbetsinsatser av och inte minst uppmärksamhet hos apotekspersonalen. Av praktiska skäl begränsas därför receptkontrollen till ett urval av apotek, vilket innebär att recept som blivit expedierade vid andra apotek inte upptäcks. Särskilt i storstadsområdena är detta av betydelse för effektiviteten av tillsynen, då det där finns större möjligheter för en patient att gå runt till flera olika apotek med recept från en och samma förskrivare.

På Socialstyrelsens begäran föreligger en skyldighet såväl för apotek som för läkare att lämna handlingar, prover och annat material som rör verksamheten som styrelsen behöver för sin tillsyn. Vidare har Socialstyrelsen för inspektion rätt till tillträde till lokaler och andra utrymmen samt att omhänderta handlingar m.m. som rör verksamheten.¹²

5.1.2.3 Receptregistret

I dag registreras alla inköp av läkemedel i det s.k. receptregistret. Apoteket AB ansvarar för detta datoriserade personregister som får användas för registrering av underlaget för tillämpningen av

¹¹ Lagen (1994:844) om behörighet att utöva veterinäryrket.

¹² 6 kap. 9 och 10 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

bestämmelserna om högkostnadsskydd, för debiteringen till landstingen, för ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos Apoteket AB samt för registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk uppföljning och framställning av statistik.

Vidare får registret användas för registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer och till läkemedelskommittéer för uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården, samt registrering och redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik.¹³ Så som lagstiftningen är utformad i dag får receptregistret emellertid *inte* användas för tillsyn.

Endast för ändamålet att styra debiteringarna till rätt landsting får patienternas personnummer användas i registret. I övrigt förs inte någon individbunden information in i registret utan samtycke av den enskilde. Vad gäller registrering och redovisning till förskrivare, verksamhetschefer och läkemedelskommittéer omfattar dock redovisningen uppgifter som kan hänföras till en enskild förskrivare såvitt gäller den redovisning som lämnas till samma förskrivare och den redovisning som lämnas till verksamhetschefen vid den enhet vid vilken förskrivaren tjänstgör.

Receptregistret kompletteras med ett särskilt referensregister omfattande alla förskrivare och som förs av Socialstyrelsen.¹⁴ Samtliga förskrivare har tilldelats en särskild förskrivarkod.

5.1.2.4 En effektivare tillsyn över läkares förskrivningar

För att ytterligare förhindra spridning av narkotiska läkemedel framstår det enligt Narkotikakommissionens mening som angeläget att försöka effektivisera tillsynsförfarandet. Det nuvarande systemet för kontroll av läkares förskrivningar är som kommissionen tidigare framhållit omständligt. Samtidigt finns i dag tillgång till ett register som skulle kunna användas för att på ett snabbt och enkelt sätt kontrollera läkares förskrivningar av de nu aktuella läkemedlen. Framför allt skulle det vara möjligt att få en mer heltäckande kontroll i och med att denna inte som i dag skulle behöva begränsas till några få utvalda apotek. Också för

¹³ 3 § lagen (1996:1156) om receptregister.

¹⁴ Förordning (1997:92) om förskrivareregister.

apotekspersonalen skulle ett användande av receptregistret för kontroll av överförskrivningar bli mer effektivt då den manuella hanteringen av receptblanketter är arbetskrävande. Enligt kommissionens mening bör bestämmelserna i lagen om receptregister därför ändras så att receptregistret även får användas för tillsynen över läkares förskrivningar över narkotiska läkemedel.

När frågan om att använda receptregistret för tillsyn tidigare diskuterats i olika sammanhang har denna möjlighet avvisats med hänvisning till den enskilde patientens integritet. När det gäller frågan om att registrera enskilda patienters läkemedelsinköp har det ansetts att en restriktiv hållning måste intas till användningen av individdata och att sådan individbunden patientinformation därför inte utan patientens godkännande bör kunna användas genom automatiserad databehandling.¹⁵ För att receptregistret skall kunna användas på det sätt kommissionen föreslagit är det emellertid inte nödvändigt att patientuppgifterna framgår, i vart fall inte på ett sådant inledande stadium av en undersökning då det gäller att skapa sig en bild av om det förekommer förskrivning av narkotiska läkemedel i onormalt stor omfattning. En annan sak är att Socialstyrelsen i den fortsatta utredningen på samma sätt som i dag kommer att behöva underlag i form av de expedierade recepten samt t.ex. journaler som hämtas in från läkaren.

Vad gäller den enskilde förskrivarens integritet kan inte kommissionen se någon skillnad om det gavs tillgång till registret från vad som nu gäller, nämligen att receptblanketterna läggs åt sidan för tillsynsmyndighetens räkning.

Det har från visst håll framhållits att en vetskap hos läkaren om att förskrivningar av narkotiska läkemedel registreras särskilt skulle kunna medföra en för patienterna skadlig underförskrivning av sådana preparat. Kommissionen har svårt att se att så skulle kunna bli fallet. Som nyss nämnts innebär tillgången till registret inte någon utökad – endast en effektiviserad – kontroll jämfört med i dag. Inte heller har kommissionen här för avsikt att föreslå några förändringar i bedömningsgrunderna för vad som kan anses stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kommissionen anser mot denna bakgrund att man bör kunna bortse från påståendet att patienterna skulle bli lidande genom att ge tillsynsmyndigheten tillgång till receptregistret.

Sammanfattningsvis anser kommissionen att mot bakgrund av de fördelar som kan vinnas i tillsynsarbetet bör receptregistret även

¹⁵ Se härom t.ex. Reform på recept (SOU 1995:122) s. 281 och prop. 1996/97:27 s. 923.

få användas för att till Socialstyrelsen redovisa uppgifter om enskild förskrivares förskrivning av narkotiska läkemedel. Uppgifter som går att hänföra till en enskild patient skall som framgått emellertid inte få ingå i dessa uppgifter.

Mot bakgrund av att Socialstyrelsen redan i dag erhåller uppgifter ur receptregistret för andra ändamål än tillsyn finns de tekniska förutsättningar som krävs för att ta emot redovisningar om läkares förskrivningar. För att ett system enligt ovan skall vara genomförbart krävs dock att läkaren anger sin förskrivarkod på receptblanketten vid förskrivning av narkotiska läkemedel, något som inte alltid förekommer i dag. Kommissionen anser därför att Läkemedelsverket bör ändra de s.k. receptföreskrifterna på så sätt att förskrivarkod alltid skall anges vid förskrivning av narkotiska läkemedel. Avsaknad av förskrivarkod utgör i dag inte något hinder för expediering av receptet. Även på denna punkt anser kommissionen att receptföreskrifterna bör ändras så att receptet inte får expedieras utan angivande av förskrivarkod.

Vidare har kommissionen uppmärksammat en fråga av mer praktisk natur. I dag sätts expedierade recept avseende läkemedel som innehåller narkotika enligt lista II och III in i särskilda pärmar och förvaras och arkiveras således separat. Detta underlättar givetvis tillsynen. I dag är det emellertid främst narkotiska läkemedel enligt lista IV och V som är aktuella i förskrivningsärenden. Recepten på dessa preparat buntas och arkiveras tillsammans med alla andra expedierade recept. Enligt kommissionens mening borde det vara funktionellt att urskilja även dessa recept, låt vara att de inte behöver sparas i särskilda pärmar. För att underlätta tillsynen skulle det t.ex. räcka med att dessa recept varje dag sorterades ut och lades överst bland de expedierade recepten.

Genom de ovan föreslagna åtgärderna bör tillsynen kunna genomföras på ett smidigare sätt. Ett återstående problem är emellertid de mindre nogräknade läkare som ser till att det inte finns någon dokumentation att få tillgång till. Det förekommer sålunda att läkare helt saknar journalföring och därigenom försvårar för tillsynsmyndigheten att genomföra en kontroll. Möjligheten för tillsynsmyndigheten att få tillgång till receptblanketter är därför central i en undersökning om överförskrivning.

Recept på narkotiska läkemedel i förteckning IV och V (men inte II och III) får expedieras flera gånger. Apoteken skall emellertid ta kopia på förskrivningarna vid varje expedition, varefter för-

skrivningen skall lämnas tillbaka till kunden.¹⁶ Kopian utgör apotekets verifikation och finns alltså att tillgå bland de expedierade recepten.

5.1.3 Missbrukare som går runt till flera läkare

Narkotikakommissionens förslag: Apotekspersonal bör ges möjlighet att vända sig till förskrivande läkare i fall då det är uppenbart att en patient går runt till flera olika läkare och från var och en av dem erhåller recept på narkotiska läkemedel. Kommissionen föreslår att frågan bör behandlas inom ramen för den översyn av sekretesslagen som för närvarande pågår.

Ett särskilt problem utgör de missbrukare som vänder sig till olika läkare och som från var och en av dem, ovetande om varandras förskrivningar, erhåller recept på narkotiska läkemedel. På detta sätt kan missbrukaren upprätthålla sitt missbruk eller sälja läkemedlen för att finansiera missbruk av andra preparat. Dessa missbrukare utgör också ett inte negligerbart problem för sjukvården och socialtjänsten.

Detta är en fråga som faller utanför Socialstyrelsens tillsynsverksamhet; varje enskild förskrivning kan ju vara medicinskt korrekt. Vidare hindrar tystnadsplikten apotekspersonalen från att kontakta den eller de förskrivande läkare som patienten varit hos för att göra läkaren uppmärksam på förhållandet.

Ett sätt att förhindra ett sådant förfarande som beskrivits skulle kunna vara att införa en registrering av de uttag av narkotikaklassificerade läkemedel som görs. Möjligheten att registrera enskilda patienters läkemedelsinköp har diskuterats i olika sammanhang, men som framgått ovan har en restriktiv hållning hittills intagits till användningen av sådana individdata. Narkotikakommissionen ställer sig i och för sig inte avvisande till en sådan registrering beträffande narkotiska läkemedel; på så sätt skulle såväl behandlande läkare som apotekspersonal kunna få en möjlighet att förhindra olämpliga förskrivningar. Man bör dock ställa frågan om vad en sådan registrering skulle leda till; vem skulle utöva tillsyn över de enskilda patienterna? Diskussionen om att registrera läkemedelsinköp förs också beträffande andra läkemedelstyper än

¹⁶ 10 § fjärde stycket förordningen (1996:1294) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m.

de narkotiska. Även om man med fog kan hävda att de narkotiska läkemedlen skiljer sig från andra läkemedel bör frågan om en registrering av enskilda patienters läkemedelsinköp enligt Narkotikakommissionen övervägas i ett större sammanhang. Inte minst bör detta ske mot bakgrund av att en mycket stor del av befolkningen skulle komma att omfattas av en sådan registrering. Kommissionen lägger mot denna bakgrund inte fram något förslag om registrering av enskilda personers inköp av narkotiska läkemedel.

Apoteken utgör en viktig informationskälla när det gäller att stävja såväl missbruk av narkotiska läkemedel som spridningen av dem till den illegala narkotikamarknaden. Det är vid expedieringen av recept som apotekspersonalen kan reagera på om någon enskild person hämtar ut uppseendeväckande mycket narkotiska läkemedel, antingen vid flera tillfällen eller vid ett och samma tillfälle med hjälp av flera recept.

Som nämnts ovan har apotekspersonalen på grund av bestämmelserna om tystnadsplikt inte någon möjlighet att reagera på dessa förhållanden. Genom bestämmelser i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område är personalen ålagd tystnadsplikt på samma sätt som anställda inom den offentliga hälso- och sjukvården är det genom sekretesslagens bestämmelser. Tystnadsplikt gäller för vad den anställda i sin verksamhet fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och apotekspersonalen får inte obehörigen röja sådana uppgifter. Som obehörigt röjande avses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.¹⁷

Endast i sådana fall receptet är otydligt, ofullständigt eller uppenbart oriktigt skall det inte expedieras. Receptutfärdaren skall i sådana fall kontaktas för att få receptet förtydligat eller rättat. Anträffas inte receptutfärdaren får endast ett mindre antal doser lämnas ut.¹⁸ I sådana fall då en patient uppträder under falsk identitet eller åberopar förfalskade recept torde upplysningar om ifrågavarande patient kunna lämnas vidare eftersom avsikten då är att förhindra eller beivra den brottsliga verksamheten.¹⁹

Brott mot tystnadsplikten är straffbart enligt 20 kap. 3 § brottsbalken. Påföljden är böter eller fängelse i högst ett år. Den som av

¹⁷ 2 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

¹⁸ 51 § LVFS 1997:10.

¹⁹ Justitieombudsmännens ämbetsberättelse 1984/85 s. 159.

oaktsamhet bryter mot tystnadsplikten döms till böter och i ringa fall skall inte dömas till ansvar. Huruvida ansvarsfrihet föreligger skall avgöras med hänsyn till samtliga omständigheter i det konkreta fallet.

Det har kommit till Narkotikakommissionens kännedom att man från apotekspersonalens sida upplever att de nuvarande förhållandena försätter personalen i otillfredsställande situationer. Med anledning av ett fall med en missbrukare som gick runt till flera läkare vände sig också Landstingsförbundet i en skrivelse i december 1999 till regeringen med en hemställan om en ändring i lagstiftningen som möjliggör för apotekspersonal att kontakta förskrivande sjukvårdspersonal om den samlade förskrivningen till en enskild person inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Reglerna om skydd för den enskildes integritet bör enligt Landstingsförbundet inte vara så starka att det är omöjligt för apotekspersonalen att kontakta förskrivaren i situationer som medför en påtaglig risk för underhåll av en persons missbruk av läkemedel. Missbruket leder enligt Landstingsförbundet till att den enskilde i dessa fall inte får sitt behov av en god hälso- och sjukvård med hög kvalitet tillgodosedd.

Det har under åren också kommit andra förslag om att möjliggöra för apotekspersonalen att reagera på förskrivningar av narkotiska läkemedel. Tillsynsutredningen föreslog i sitt betänkande i början av 1990-talet att en uppgiftsskyldighet skulle införas för apotekspersonalen i syfte dels att hjälpa personer med ett etablerat missbruk av narkotiska läkemedel, dels att kunna bromsa ett påbörjat missbruk av sådana medel. Tillsynsutredningen konstaterade att en i lag eller förordning föreskriven uppgiftsskyldighet för apoteken för att kunna bryta sekretessen var tvungen att vara riktad till en myndighet. Enligt utredningens mening borde denna uppgiftsskyldighet fullgöras i förhållande till Socialstyrelsen som, i egenskap av tillsynsmyndighet, i sin tur skulle ha möjlighet i det enskilda fallet att ta erforderlig kontakt med vederbörande behandlande läkare.²⁰

Regeringen konstaterade att de missbrukare som går runt till flera läkare inte utgjorde ett negligerbart problem och att en kontroll av förskrivning av de narkotiska läkemedlen i och för sig låg i såväl den förskrivande läkarens och samhällets som i förlängningen missbrukarens intresse. En kontrollmöjlighet skulle enligt reger-

²⁰ Tillsynen över hälso- och sjukvården (SOU 1991:63) s. 177 f (jfr. 14 kap. 1 § sekretesslagen).

ingen emellertid ge upphov till integritetsproblem när det gällde patienten; inte heller ansågs det vara läkarkärens uppgift att "agera polis". Härtill noterades den svårighet som ligger i att en patient kan vända sig till olika apotek. Slutligen framhöll regeringen att det inte är en uppgift för Socialstyrelsen att ingripa i vården och behandlingen av en enskild patient utan att detta är en uppgift för respektive läkare.²¹

Narkotikakommissionen kan instämma i det sistnämnda, nämligen att det inte är en uppgift för Socialstyrelsen att utöva tillsyn över enskilda patienter. Däremot anser kommissionen, i likhet med Landstingsförbundet, att hänsynen till den enskildes integritet bör få stå tillbaka i dessa situationer, både med hänsyn till den enskilde själv men också för det intresse som finns i att narkotiska läkemedel inte sprids till den illegala narkotikamarknaden.

Det är lätt att föreställa sig att missbrukarna i många fall vandrar mellan läkare som kanske borde vara föremål för tillsyn. Man kan emellertid utgå från att även en sådan läkare skulle ta intryck av en upplysning från apotekspersonalen; en sådan upplysning skulle kunna verka avhållande på fortsatt tveksam förskrivning. Men framför allt skulle den absoluta majoriteten läkare som inte vill bidra till ett läckage till den illegala marknaden på detta sätt kunna få upplysningar av värde.

Förvisso ligger en svårighet i att en missbrukare kan vända sig till flera olika apotek med de olika recept han fått utskrivna. Detta är emellertid i första hand ett storstadsproblem. Dessutom skall man inte underskatta apotekspersonalens möjligheter och förmåga att uppmärksamma upprepade förskrivningar, även i storstäderna.

Det behövs enligt Narkotikakommissionens mening åtgärder för att försöka komma till rätta med problemet med missbrukare som går runt till flera läkare. Kommissionen anser därför att apotekspersonalen bör ges möjlighet att kontakta förskrivande läkare i sådana situationer som beskrivits här. För att göra det möjligt att bryta sekretessen måste en bestämmelse härom tas in i lag eller förordning.²²

Vid närmare överväganden har kommissionen funnit att frågan är av sådan karaktär att den bör övervägas i ett större sammanhang. För närvarande pågår också en översyn av sekretesslagen och därmed sammanhängande frågor. Enligt Narkotikakommissionens

²¹ Prop. 1993/94:149 s. 73 f.

²² 6 kap. 9 och 10 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

mening är det angeläget att frågan om apotekspersonalens tystnadsplikt tas upp i det sammanhanget och att det i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område införs en möjlighet för personalen att underrätta läkare i fall då det är uppenbart att en patient går runt till flera olika läkare. I det sammanhanget är det enligt kommissionens mening också angeläget att se över möjligheterna för de behandlande läkarna att kontakta varandra i sådana situationer som har behandlats här.

5.2 Kontroll av den illegala narkotikahandeln

I PM nr 11 har Narkotikakommissionen behandlat frågor kring kontrollen av den illegala narkotikahandeln. Som framgått tidigare i detta betänkande har Narkotikakommissionen kunnat konstatera att det trots stora nedskärningar och andra förändringar under senare år inom myndigheterna på kontrollområdet inte råder någon oklarhet kring sådana fundamentala frågor som syfte, mål och medel för narkotikabekämpningen. Såväl lagstiftning som arbetsmetoder är ändamålsenliga, och de förändringar Narkotikakommissionen föreslår i det följande är att betrakta som finjusteringar av ett i det närmaste heltäckande system.

Förutom de förslag som lämnas i det följande skall nämnas att kommissionen i promemorian uttalat sig i och också tagit ställning till en rad andra frågor, även om några förslag i dessa delar inte lagts fram. Skälet till det är oftast att de berörda frågorna nyligen varit eller är under utredning i annan ordning.

Sålunda har Narkotikakommissionen berört frågan om *narkotikaklassificeringen*, för vilken ny lagstiftning trädde i kraft så sent som den 1 april 1998. Kommissionen har inte funnit anledning att ta upp den frågan till förnyad prövning, men understrukt vikten av att regeringen kontinuerligt följer tillämpningen av lagstiftningen så att kontrollförfarandet är heltäckande och effektivt. Skulle så inte vara fallet måste det enligt Narkotikakommissionens mening finnas en beredskap och en öppenhet för att ompröva lagstiftningens utformning.

Narkotikakommissionen har inte funnit anledning att föreslå förändringar i de nu gällande *straffbestämmelserna i narkotikastrafflagen*. Det innebär bland annat att kommissionen inte anser det finnas skäl att införa livstids fängelse i straffskalan för grovt narkotikabrott. Vidare har kommissionen inte funnit annat än att

den *straffmätning* som tillämpas i narkotikamål i dag får anses vara lämplig. Enligt kommissionens mening bör dock synen på ringa narkotikabrott avseende cannabisharts skärpas, liksom hanteringen av växtdrogen kat.

Enligt Narkotikakommissionens mening bör regeringen lämna ett förslag till riksdagen om att införa ett utvidgat *förverkande* i enlighet med ett av Förverkandeutredningen framlagt förslag. Ett sådant utvidgat förverkande bör enligt Narkotikakommissionens mening omfatta samtliga narkotikabrott. Kommissionen anser vidare att regeringen i det sammanhanget bör överväga om de förverkade medlen bör kunna föras direkt till de brottsbekämpande myndigheterna.

Narkotikakommissionen har inte gått närmare in på frågor kring *buggning* och andra sådana hemliga tvångsmedel som nyligen varit föremål för utredning av den s.k. Buggningsutredningen. Narkotikakommissionen har emellertid för sin del – mot bakgrund av vad som kommit fram under kommissionens utredningsarbete – framfört att det är angeläget att förslaget om buggning genomförs. Inte minst mot bakgrund av att grova narkotikabrottslingar i dag undviker att använda sig av vanliga telefoner med risk för avlyssning utan i stället använder mobiltelefon, ofta med kontantkort, personsökare eller Internet framstår behovet av nya tekniska hjälpmedel enligt kommissionens mening som allt mer påtagligt.

Andra frågor som nyligen varit föremål för översyn i annan ordning är frågor om *vitnesskydd* och om *anonymitet för vittnen*. Som ett resultat av den utredningen pågår för närvarande bland annat ett omfattande arbete med en nationell handlingsplan för vittnesskydd. Mot denna bakgrund har kommissionen inte funnit skäl att gå närmare in på frågor om vittnesskydd men understrukt vikten av det arbete som nu utförs. Inte minst i narkotikaärenden spelar möjligheterna till vittnesskydd en central roll. Narkotikakommissionen anser dock inte att det bör införas något system med kronvittnen i svensk rätt.

I det följande presenterar Narkotikakommissionen sina förslag på kontrollområdet. Några förändringar i sak har inte gjorts sedan förslagen presenterades i ovannämnda diskussionspromemoria.

5.2.1 Organisation och resurser

Narkotikakommissionens förslag: Regeringen bör ge Rikspolisstyrelsen i uppdrag att inom ramen för sin inspektionsverksamhet företa en särskild inspektion i samtliga polismyndigheter för att se hur arbetet mot narkotikabrottsligheten är organiserat och dimensionerat samt hur de olika nivåerna samverkar. De eventuella brister som kan anses föreligga bör analyseras och följas upp. Inom ramen för en sådan inspektion bör Rikspolisstyrelsen närmare analysera bl.a. hur avskaffandet av specialiserade narkotikarotlar påverkat kvaliteten i spanings- och utredningsarbetet. Ytterligare en omständighet som bör belysas närmare är om åldersstrukturen bland dem som arbetar med framför allt spaning och utredning i narkotikaärenden är adekvat utifrån de krav som kan ställas på organisationen.

Några av de vanligast återkommande frågorna när Narkotikakommissionen mött representanter för myndigheterna på kontrollområdet har varit dels bristen på resurser, dels att problem uppstått i samband med omorganisationer.

Narkotikakommissionen behandlar frågan om samhällets resurser till bekämpningen av narkotikamissbruket i annat sammanhang i detta betänkande. Här vill kommissionen dock peka på en fråga som har samband med resurstilldelningen till framför allt polisen. Det gäller hur narkotikafrågan prioriterats av statsmakterna i polisens verksamhet, vilket har betydelse för hur medlen fördelas inom polisorganisationen. Under större delen av 1980-talet och fram till mitten av 1990-talet uttalade statsmakterna i samband med behandlingen av budgetpropositioner m.m. att den ekonomiska brottsligheten, narkotikabrottsligheten och våldsbrottsligheten skulle prioriteras i polisens verksamhet. Från 1990-talets mitt och framåt har en rad andra brottstyper lagts till som prioriterade, så att det i dag synes svårt att säga om någon brottstyp kan anses vara prioriterad framför någon annan. Detta har givetvis betydelse för storleken på de resurser som man inom polisväsendet kan avsätta till narkotikabekämpningen.

Vad gäller organisationsfrågan har Narkotikakommissionen funnit för gott att inte gå närmare in på hur de enskilda myndigheterna bäst bör organisera arbetet mot narkotika. Eftersom varje ny omorganisation medför förändringar för någon annan del av verksamheten bör man i stället anlägga om inte ett

helhetsperspektiv så i vart fall ett vidare perspektiv än att se till endast en brottstyp då man bestämmer respektive myndighets organisation. Viktigast i sammanhanget är dock enligt kommissionens mening att det måste vara de lokala förhållandena som avgör vilken organisation som varje enskild myndighet finner vara den lämpligaste och mest effektiva.

När det gäller polisväsendet har Narkotikakommissionen emellertid stött på vissa frågor som har samband med organisationsfrågan, och som varit svåra att gå förbi.

En sådan är frågan om specialisering. På många håll har man i dag inte särskilda narkotikarotlar utan dessa ingår numera i allmänna spaningsrotlar, där alla typer av brott behandlas. Förvisso sker inte sällan en viss uppdelning inom roteln så att det i praktiken är vissa polismän som mer eller mindre uteslutande arbetar med narkotikabrott, men man kan ändå ifrågasätta om sammanslagningarna på vissa håll inte lett till att narkotikabekämpningen fått stå tillbaka något. Det är inte heller svårt att föreställa sig att så skulle vara fallet, då resurserna till stor del går åt till att klara upp anmälda brott. När det gäller narkotikabrott anmäls sällan några sådana utan dessa upptäcks oftast genom polisens egna insatser, genom att polisen själv inleder ett ärende.

En annan fråga som har samband med organisation är samverkan mellan de olika nivåerna inom polisen. I dag finns det signaler om att kommunikationen mellan dessa, såväl mellan central och lokal nivå som mellan olika lokala nivåer, inte fungerar på ett tillfredsställande sätt.

Ytterligare en fråga som Narkotikakommissionen ansett att man bör lyfta fram är medelåldern bland dem som arbetar med narkotikabrott, framför allt på spanings- och utredningssidan.

De anställdas medelålder inom polisorganisationen har under senare år ökat. Medelåldern för polispersonal var 46 år vid utgången av år 1999 och vid två av polismyndigheterna var medelåldern 50 år eller mer. Narkotikakommissionen har kunnat konstatera att medelåldern bland dem som arbetar med framför allt spaning och utredning i narkotikaärenden på många håll också är hög, motsvarande den som gäller för polisorganisationen i övrigt.

Detta behöver i och för sig inte vara någon nackdel. Flera av de äldre poliser som arbetar med ungdomar och narkotika har lång erfarenhet och ett starkt engagemang i de enskilda individerna. En lång erfarenhet av narkotikabrott är också en fördel i såväl spa-

nings- som utredningsarbetet. På vissa håll i landet finns det emellertid över huvud taget inte några yngre poliser som arbetar med narkotikabekämpning. Detta kan t.ex. medföra svårigheter att bedriva spaningsarbete i ungdomsmiljöer. En sådan utveckling är enligt Narkotikakommissionens mening givetvis inte tillfredsställande.

Att medelåldern är hög kan delvis förklaras av den minskade rekryteringen av polisaspiranter över huvud taget, men även sådana faktorer som att det på vissa håll inte sker någon rotation på de tjänster som finns spelar säkert också en roll. Även om det krävs äldre och erfarna poliser inom narkotikaområdet synes en mer varierad åldersfördelning behövas för att arbetet skall kunna bedrivas på effektivast möjliga sätt. En jämnare åldersfördelning medför också att de äldres erfarenhet och kunskap kan tas till vara genom att de sprids vidare till de yngre.

Narkotikakommissionen har, som tidigare nämnts, inte för avsikt att gå närmare in på de organisatoriska frågorna. När det gäller polisväsendet vill kommissionen i stället understryka vikten av intern kontroll. Rikspolisstyrelsen utövar tillsyn över verksamheten genom sin inspektionsverksamhet. Det vore enligt kommissionens mening värdefullt om det inom det snaraste kunde utföras en inspektion som enbart tog sikte på hur arbetet mot narkotika bedrivs. Regeringen bör därför ge Rikspolisstyrelsen i uppdrag att inom ramen för sin inspektionsverksamhet företa en särskild inspektion av samtliga polismyndigheter för att se hur arbetet mot narkotikabrottsligheten är organiserat och dimensionerat samt hur de olika nivåerna samverkar. De eventuella brister som kan anses föreligga bör analyseras och följas upp. Inom ramen för en sådan inspektion bör Rikspolisstyrelsen närmare analysera bl.a. hur avskaffandet av specialiserade narkotikarotlar påverkat kvaliteten i spanings- och utredningsarbetet. Ytterligare en omständighet som bör belysas närmare är om åldersstrukturen bland dem som arbetar med framför allt spaning och utredning i narkotikaärenden är anpassad efter de krav som kan ställas på organisationen.

5.2.2 Cannabisfrön

Narkotikakommissionens bedömning: Gällande lagstiftning får anses ge utrymme för att lagföra den som säljer, köper eller innehar cannabisfrön i syfte att de skall användas för framställning av narkotika som är avsedd för missbruk. Sådana gärningar bör vara att bedöma som förberedelse till narkotikabrott. Också bestämmelserna om förverkande bör på detta sätt kunna vara tillämpliga. Några lagändringar är därför inte nödvändiga.

Vidare bör vikten understrykas av att regeringen verkar för att upprätthålla det svenska odlingsförbudet.

5.2.2.1 Bakgrund

En under senare år regelbundet återkommande fråga är hur försäljningen av cannabisfrön skall kunna stoppas.

Enligt gällande bestämmelser är cannabis att anse som narkotika. Med cannabis förstås vid tillämpningen av narkotikastrafflagen (1968:64) de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte blivit extraherat och oavsett under vilka benämningar de förekommer. Frön undantas från kontroll även i FN:s narkotikakonventioner.²³

Skälet till att fröna undantagits från narkotikaklassning är att de inte innehåller den substans, delta-9-tetra-hydrocannabinol (THC) som ger de huvudsakliga ruseffekterna av cannabis.

Odling av narkotiska växter är sedan år 1983 att anse som framställning av narkotika. Straffansvaret är begränsat till att avse framställning av narkotika som är avsedd för missbruk.²⁴ Narkotika får tillverkas endast för medicinskt, vetenskapligt eller annat samhällsnyttigt ändamål som är särskilt angeläget och tillverkning får bedrivas endast av den som har tillstånd till det.²⁵

Det enda legala användningsområdet för cannabisfrön (hampafrön) i Sverige är som fågelfrö.

Enligt Rikskriminalpolisens årsrapport för år 1999 sändes 53 ärenden med s.k. hemmaodlingar av cannabis till Statens kriminaltekniska laboratorium. Det innebar en ökning med 13 ärenden

²³ 2 § och bilaga 1 till förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika samt artikel 1 b i 1961 års konvention ersättande äldre konventioner rörande narkotika, den s.k. allmänna narkotikakonventionen (ändrad år 1972; SÖ 1964:59 och 1972:4).

²⁴ 1 § 2 narkotikastrafflagen (1968:64).

²⁵ 2, 4 och 8 §§ lagen (1992:860) om kontroll av narkotika.

jämfört med år 1998. Utvecklingen går mot att odlingarna blir alltmer avancerade och vetenskapliga till sin karaktär med påkostad utrustning för kontroll av växtbetingelserna. Tekniska system för vatten- och näringstillförsel samt avancerade anläggningar för belysning blir allt vanligare i samband med sådana odlingar.²⁶ Genom den växtförädling som sker på området ger fröna i dag cannabisplantor som innehåller högre THC-halter än vad som varit vanligt tidigare.

Försäljningen av cannabisfrön har uppmärksammats vid olika tillfällen under senare år. Särskilt diskuterat blev lämpligheten av att cannabisfrön inte är narkotikaklassade eller på annat sätt förbjudna att försälja i mitten av 1990-talet då en butik i Stockholm sålde pipor och annat med ett narkotikaförhärlikande budskap.

En annan försäljningskanal är Internet. Där kan man finna hemsidor genom vilka man t.ex. kan beställa frön ur en frökatalog med bilder av de färdiga plantorna. På en hemsida framhölls fördelarna med de honfrön som såldes, och som ger honplantor med en hög THC-halt. I detta fall såldes samtliga frön om tio standardfrön eller tio honfrön och priserna varierade mellan 150 och 530 kronor för de förstnämnda och mellan 365 och 1 030 kronor för honfröna. Det i detta sammanhang aktuella företaget framhöll särskilt att det är förbjudet att plantera cannabisfrön och att de inte uppmanade någon att bryta mot lagen. På Internet finns även ett relativt stort urval hemsidor med utförliga instruktioner om hur man odlar cannabis.

5.2.2.2 Utgör försäljningen av cannabisfrön ett problem?

Den goda tillgången på växtförädlade cannabisfrön i kombination med en lättillgänglig information om odling har bidragit till allt mer avancerade anläggningar. Enligt de senaste uppgifterna ökar antalet hemodlingar i Sverige; det finns en trend att man driver relativt små sådana odlingar av cannabis.

Cannabismissbruket förekommer över hela landet. Även om de syntetiska drogerna fått stå i fokus under senare tid är cannabis fortfarande den typ av narkotika som det stora flertalet av de ungdomar som prövar narkotika använder sig av. Det torde bl.a. därför

²⁶ Rikskriminalpolisen, Kriminalunderrättelsetjänsten, Narkotikaroteln, *Narkotika- och dopingsituationen i Sverige, Årsrapport 1999* (RKP KUT RAPPORT 2000:5) s. 29.

inte föreligga några svårigheter för dem som odlar att finna avsättning för sina plantor.

Mot denna bakgrund anser Narkotikakommissionen att det är angeläget att stoppa försäljningen av sådana cannabisfrön vars enda syfte är att användas för odling av cannabis i missbrukssyfte.

Ytterligare en anledning är enligt kommissionen att man med fog kan hävda att det ter sig märkligt – inte minst med hänsyn till den restriktiva svenska narkotikapolitiken och det svenska odlingsförbudet – att frön vars enda syfte är att användas för odling över huvud taget skall kunna ha en marknad i Sverige.

5.2.2.3 Hantering av cannabisfrön får anses vara att bedöma som förberedelse till narkotikabrott

I samband med att försäljningen av cannabisfrön uppmärksammats har enskilda personer och myndigheter föreslagit olika regleringar. Att, som föreslagits i något sammanhang, narkotikaklassa även fröna låter sig enligt uppgift inte göras eftersom de inte innehåller någon verksam narkotisk substans. Några andra förslag som framförts – och som kanske ligger något utanför en direkt reglering av själva hanteringen – är att med stöd av marknadsföringslagstiftningen beivra annonsering och försäljning eller med hänsyn till de höga priserna för fröerna bedöma försäljningen som ocker.

Den som köper och planterar cannabisfrön gör sig skyldig till *försök* till narkotikabrott. Enligt Narkotikakommissionens mening framstår det mot den bakgrunden naturligt att även blotta handhavandet av fröna dessförinnan borde vara otillåtet.

En fråga som Narkotikakommissionen därför funnit intressant att överväga är om försäljning och köp av cannabisfrön skulle kunna vara att bedöma som *förberedelse* till narkotikabrott och således rymmas inom nu gällande lagstiftning.

Enligt narkotikastrafflagen är alla gärningar kriminaliserade på förberedelsestadiet utom de som avses i 1 § 6, dvs. innehav, eget bruk och annan befattning av narkotika än vad som tidigare nämnts i bestämmelsen.²⁷ I nu aktuella fall skulle förberedelsen avse odling, dvs. framställning av narkotika som är avsedd för missbruk enligt 1 § 2 varför den begränsningen inte skulle bli aktuell.

²⁷ 4 § narkotikastrafflagen (1968:64).

Till ansvar skall i sådana fall dömas enligt 23 kap. brottsbalken. Enligt 2 § nämnda kapitel gäller att den som, med uppsåt att utföra eller främja brott, lämnar eller mottager penningar eller annat såsom förlag eller vederlag för brottet eller anskaffar, förfärdigar, lämnar, mottager, förvarar, fortskaffar eller tager annan dylik befatning med gift, sprängämne, vapen, dyrk, förfalskningsverktyg eller annat sådant hjälpmedel, skall i de fall särskilt stadgande givits därom dömas för förberedelse till brottet, om han ej är förfallen till ansvar för fullbordat brott eller försök. I sammanhanget bör nämnas att om brottet har fullbordats av annan, blir den som förberett brottet i regel dömd för medverkan till fullbordat brott, inte till förberedelse.²⁸

Den som köper frön i syfte att odla cannabis för missbruksändamål har uppsåt att utföra brott och både anskaffar och förvarar fröna. Den som säljer fröna har i sin tur uppsåt att främja brottet genom att lämna fröna till köparen. Frågan är då närmast om cannabisfrön kan anses vara annat sådant hjälpmedel som avses i bestämmelsen.

I en promemoria från Brottsförebyggande rådet (BRÅ) i början av 1980-talet nämndes i samband med bestämmelsen om framställning av narkotika att genom att förberedelse då inte var straffbart var det också straffritt att anskaffa frön och annan utrustning för odling liksom att iordningsställa odlingsutrymmen.²⁹ Sedan förberedelse av framställning av narkotika sedermera kriminaliserats har det i litteraturen emellertid ansetts vara tveksamt om sådana förberedande åtgärder som nämnts ovan skulle kunna beivras på detta sätt.³⁰

I detta sammanhang kan nämnas att Högsta domstolen i ett fall dömde en person för förberedelse till narkotikabrott på den grunden att han anskaffat och förvarat kemikalier, som varit avsedda för tillverkning av amfetamin, tillsammans med viss utrustning samt handböcker och recept.³¹ Högsta domstolen hänvisade därvid till att domstolen i ett tidigare avgörande slagit fast att en samling av föremål kan uppfylla villkoret på att vara annat sådant hjälpmedel, även om varje enskilt sådant inte är hjälpmedel av det slag som annars räknas upp i bestämmelsen.³²

²⁸ Holmqvist, Lena, m.fl. *Brottsbalken del II*, Stockholm 2000, s. 23:22.

²⁹ BRÅ PM 1982:2 Narkotikabrott s. 96.

³⁰ Hoflund, Olle, *Narkotikabrotten*, Tredje upplagan, Stockholm 1993, s. 114.

³¹ NJA 1992 s. 524.

³² NJA 1960 s. 442.

Enligt Narkotikakommissionens mening måste cannabisfrön, på samma sätt som kemikalier, kunna anses utgöra hjälpmedel enligt brottsbalkens bestämmelse, oavsett om de ingått i en samling föremål eller förekommit ensamt.

Att fröna varit avsedda för framställning av narkotika för missbruk är en bevisfråga. Såvitt angår de särskilda växtförädlade cannabisfrön som beskrivits ovan, och som är de frön som man i första hand vill förhindra en spridning av, kan kommissionen inte se att dessa skulle behöva utgöra några problem ur bevishänseende. Mot bakgrund av försäljnings sättet och priset – som framgått ovan säljs ett fåtal till höga priser, att jämföra med ett par kilo för några tior när de är avsedda för fågelfröändamål – torde några alternativa användningsområden knappast finnas. Sammantaget anser kommissionen således att förberedelsebrottet bör vara tillämpligt vid såväl försäljning som köp – och för den skull också innehav – av cannabisfrön i syfte att framställa narkotika som är avsedd för missbruk. Någon lagändring för att kunna lagföra den som säljer eller köper cannabisfrön i sådant syfte föreligger enligt kommissionens mening därför inte. I likhet med andra s.k. narkotikatillbehör bör cannabisfrön vara möjliga att förverka såväl enligt narkotikastrafflagens bestämmelse om förverkande då ett narkotikabrott begåtts som enligt brottsbalken för det fall fröna påträffas utan samband med narkotikabrott.³³

5.2.2.4 Odling av hampa

Inom EU betraktas hampa som en jordbruksprodukt bland andra och odling av hampa för industriändamål är tillåten i samtliga länder utom i Sverige och Grekland. Särskilda bestämmelser gäller i EU för vilka frön som får certifieras och säljas för att användas för odling av hampa. Syftet med att endast tillåta vissa sorter var ursprungligen att skydda arterna och ge stabila och enhetliga sorter. Med tiden har emellertid frågan om möjligheterna att använda växterna för missbruksändamål uppmärksamats. Detta har lett till att man beslutat att endast frön som ger cannabisväxter med så låg THC-halt att de är mindre intressanta att odla ur missbrukssynpunkt får certifieras. Detta innebär att alla andra frön

³³ 6 § narkotikastrafflagen (1968:64) och 36 kap. 3 § 1 brottsbalken.

är olagliga att sälja inom unionen. För odling av hampa som odlats inom EU utgår ett fast arealbidrag.³⁴

Under senare år har Läke-medelsverket vid några tillfällen haft att ta ställning till ansökningar om dispens från narkotikaförordningen för odling av hampa för industriändamål. Läke-medelsverket – och efter överklagande regeringen – har såväl före som efter Sveriges inträde i EU avslagit ansökningarna med hänvisning till att odling av hampa inte är tillåten.

Även om odling av hampa inom EU endast får ske med frön som ger växter med låg THC-halt är det enligt Narkotikakommissionen angeläget att Sverige på alla sätt verkar för att upprätthålla det svenska odlingsförbudet. De plantor som får odlas innehåller trots allt THC, varför de förväntas vara begärliga ur missbrukssynpunkt. Detta innebär att det ställs stora krav på kontroll av dem som ansöker om och får tillstånd till att odla. Dessutom krävs det kontroll över odlingarna som sådana. Förutom svårigheterna att förhindra svinn och stölder ur odlingarna är det svårt att kontrollera att det inte förekommer andra arter av cannabisplantor – med hög THC-halt – i en tillåten odling.

Till stöd för denna uppfattning kan hänvisas till de uttalanden som gjorts av FN:s narkotikakontrollorgan (INCB). I sina årsrapporter för åren 1994 och 1996 uppmärksammade INCB regeringarna inom EU på nödvändigheten av reglering för och kontroll av hampaodlingarna vilka ökat under senare år. I sin rapport för år 1997 uttryckte INCB sin oro över att kontrollerna inte längre kan anses vara ändamålsenliga för det fall tillverkningen sprids och uppmanade därför regeringarna och EU-institutionerna att inte bara ta hänsyn till miljöaspekter och industriella och ekonomiska aspekter när man bestämmer sig för förhållningsätt, utan också beakta narkotikakontrollaspekter.

Det är Narkotikakommissionens uppfattning att regeringen även fortsättningsvis skall verka för att upprätthålla det svenska odlingsförbudet.

³⁴ Rådets förordning (EEG) nr 1308/70 om den gemensamma organisationen av marknaden för lin och hampa.

5.2.3 Kräkmedel

Narkotikakommissionens förslag: I narkotikastrafflagen (1968:64) tas in en bestämmelse om att den som är skäligen misstänkt för narkotikabrott, som inte är att anse som ringa, skall kunna ges läkemedel eller liknande vid en kroppsbesiktning. Avsikten är att det vid skälig misstanke om försäljning av narkotika skall kunna fattas beslut om att använda kräkmedel eller liknande vid kroppsbesiktning i sådana fall då det i dag beslutas om att placera den misstänkte på s.k. tulltoalett.

5.2.3.1 Problemet med s.k. sväljare

Narkotikaförsäljarna på gatuplanet i framför allt storstäderna har blivit allt mer raffinerade i sina metoder att undgå polisens upptäckt. Särskilt har detta blivit påtagligt på Sergels Torg i Stockholms city, på den s.k. Plattan. Här förvarar säljarna ofta sitt varulager, främst heroin, i munnen för att kunna svälja narkotikan om polis närmar sig. Den som har svält narkotikan har vanligtvis för avsikt att kräkas upp kapslarna och kan sedan sälja dem.

En säljare kan förvara upp till trettio heroinkapslar i munnen samtidigt. Han plockar fram en kapsel i taget vid försäljning och köparen stoppar i sin tur blixtnabbt in den köpta kapseln i sin mun. Ett vanligt förfarande är att flera säljare arbetar tillsammans mot köparen. En person som är lagerhållare, med ett större antal kapslar i munnen, uppehåller sig i närheten medan en annan letar kunder och en tredje tar upp betalningen. Det är inte ovanligt att säljaren även omger sig med vakter som slår larm om polis närmar sig säljarna.

I en sådan typisk försäljningssituation är heroinkapseln synlig för de observerande poliserna under några sekunder. Även om det är svårt att se att det är heroin som överlämnas så kan, enligt uppgifter från polisen, polismännen utifrån sin speciella kunskap om gatuhandeln lägga det ovan beskrivna karaktäristiska tillvägagångssättet till grund för att betrakta de inblandade som skäligen misstänkta för överlåtelse och innehav av heroin. Förutsättningarna för att besluta om kroppsvisitation och kroppsbesiktning är då uppfyllda. När polisen närmar sig är det, som nämnts ovan, emellertid inte ovanligt att säljaren – och för den skull även köparen – sväljer kapslarna.

Polismyndigheten i Stockholms län har vid olika tillfällen framfört att de verksamma gatulangningspoliserna i en situation som ovan saknar effektiva tvångsmedel att ingripa med. Den möjlighet som i dag står till buds för att säkra bevismaterial vid en sväljning är den s.k. tulltoaletten som finns på häkten. Inom ramen för tvångsmedlen anhållande och kroppsbesiktning kan i dag beslutas att den som misstänks ha svält narkotika skall placeras på en tulltoalett och där bevakas dygnet runt.

Det finns flera praktiska och andra problem med tulltoaletten. Det kan t.ex. dröja flera dygn innan kapslarna letar sig ut den naturliga vägen. Det finns också fall då den misstänkte "smyger" ut narkotikan den naturliga vägen för att åter svälja den. Vidare är kostnaderna för tulltoaletten, som kriminalvården debiterar polismyndigheten, höga. Bevakningen kostar cirka 6 500 kronor per dygn och till detta kommer kostnader för sjuksköterska på icke kontorstid och helger. Även läkarkostnader tillkommer. Läkare tillkallas alltid för en första undersökning och för att försöka bedöma den fortsatta insatsen; en kontinuerlig tillsyn sker sedan till och från. Slutligen kan nämnas att det endast finns ett fåtal tulltoaletter.

För att undvika att säljaren sväljer narkotikan och för att säkra bevis har polisen använt sig av en metod som här kan kallas för käkgrepp. Metoden består i att man fattar tag i en persons händer och käke för att genom ett överraskande ingripande och genom att tvinga isär käkarna förhindra att säljaren sväljer narkotikan. Justitieombudsmannen (JO) har i ett ärende slagit fast att detta inte är någon godtagbar arbetsmetod. Enligt polislagen krävs att den misstänkte skall ha gjort någon form av motstånd för att polisen skall kunna använda våld. Enligt JO medger inte lagen polisen rätt att använda våld i sådana fall där man visserligen kan förmoda att den misstänkte inte kommer att åtlyda polisens direktiv men där något handlande eller annat förhållningssätt från dennes sida som kan betecknas som motstånd ännu inte har förekommit. JO konstaterar avslutningsvis att man kan utgå från att denna speciella problematik inte förutsetts av lagstiftaren men att det självfallet därmed inte är sagt att denne skulle ha varit beredd att tillåta en vålds användning som käkgrepp om så skulle ha varit fallet. Slutligen har JO funnit iakttagelserna vara av den arten att de sänts för kännedom till justitieutskottet och till justitiedepartementet som i

sin tur vidarebefordrat kopia av ärendet till Narkotikakommissionen.³⁵

För att möjliggöra för polisen att säkra bevisning om narkotikabrott har det från framför allt polisens sida, men även i t.ex. motioner i riksdagen och av den s.k. alternativkommissionen, föreslagits att kräkmedel skall få användas vid kroppsbesiktning av sväljare. Bestämmelserna om kroppsbesiktning har av tidigare utredningar och i andra sammanhang emellertid inte ansetts inrymma tvångsmedicinering och därmed inte heller användandet av kräkmedel.

I detta sammanhang skall nämnas att det i Norge är tillåtet att inom ramen för bestämmelserna om kroppslig undersökelse använda kräkmedel (brekkmiddel). Sväljer den misstänkte narkotika bereds han tillfälle att själv kräkas upp. Vid vägran förs den misstänkte till sjukhus där han, efter beslut av åklagare, ges möjlighet att inta kräkmedel. Vägrar han även detta kan en läkare ge den misstänkte en spruta med kräkmedel. Någon utvärdering av kräkmedelsanvändningen i Norge har inte gjorts. Kommissionen har dock muntligen fått uppgift om att metoden lett till att de misstänkta ofta avstår från att svälja narkotikan.

5.2.3.2 Gällande bestämmelser

Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Med kroppsligt ingrepp avses främst våld mot människokroppen men också läkarundersökningar och smärre ingrepp som vaccination och blodprovstagning. Skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp kan begränsas genom lag.

Bestämmelser om kroppsbesiktning vid misstanke om brott finns i rättegångsbalken och utgör alltså en begränsning av grundlagsskyddet mot kroppsligt ingrepp. Med kroppsbesiktning avses undersökning av människokroppens yttre och inre samt tagande av prov från människokroppen och undersökning av sådana prov. En undersökning får inte utföras så att den undersökte riskerar framtida ohälsa eller skada.

Kroppsbesiktning kan utföras för att söka efter föremål som kan tas i beslag eller annars för att utröna omständigheter som kan vara av betydelse för utredning av brottet. Kroppsbesiktning får bara användas vid misstanke om brott på vilket fängelse kan följa.

³⁵ Justitieombudsmannens beslut 1998-02-13 i ärende 3505-1996.

Ett beslut om kroppsbesiktning meddelas av undersökningsledaren, åklagaren eller rätten. Är fara i dröjsmål, får beslutet fattas av polisman. Annan mera ingående undersökning än blodprov får endast utföras av läkare.

När man använder tvångsmedel vid misstanke om ett brott gäller den s.k. proportionalitetsprincipen. Det innebär att kroppsbesiktning får beslutas endast om skälen för den uppväger det intrång eller men i övrigt som åtgärden medför för den misstänkte.³⁶

Att ge någon kräkmedel mot dennes vilja är en form av tvångsmedicinering. I Sverige tillåts tvångsmedicinering bara vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård och endast i medicinskt syfte då det kan antas vara till nytta för den som tvångsmedicineras.

5.2.3.3 Tidigare överväganden

Frågan om användning av kräkmedel i brottsutredande syfte har varit aktuell under en längre tid och i olika sammanhang. Under en period i början av 1990-talet användes kräkmedel med den misstänktes medgivande, men metoden ansågs inte godtagbar av Riksåklagaren. Tanken på att tillåta användandet av kräkmedel har därefter också avvisats vid samtliga tillfällen den varit föremål för övervägande.

I den departementspromemoria som låg till grund för de senaste ändringarna i bestämmelsen om kroppsbesiktning föreslogs att det skulle införas en uttrycklig regel i rättegångsbalken enligt vilken en misstänkt skulle kunna ges läkemedel och annat liknande enligt anvisning av läkare om det påtagligt kunde underlätta möjligheterna att utföra en kroppsbesiktning och medicinska skäl inte förledde annat.³⁷ Flera remissinstanser ställde sig avvisande till förslaget och påtalade att tvångsmedicinering går utöver vad som kan anses vara tillåtet med hänsyn till det kroppsliga integritetsskyddet i regeringsformen. I den efterföljande propositionen anfördes bl.a. att det är ett mycket allvarligt ingrepp i den kroppsliga integriteten att utsätta någon för tvångsmedicinering och att mycket starka skäl därför krävdes för att införa en sådan möjlighet i rättegångsbalken. Enligt departementschefen måste vid en sådan bedömning brottsbekämpande effektivitetshänsyn träda tillbaka.

³⁶ 2 kap. 6 och 12 §§ regeringsformen samt 28 kap. 3 a och 11-13 §§ rättegångsbalken.

³⁷ Ändrade regler om kroppsvisitation och kroppsbesiktning, m.m. (Ds 1991:56) s. 51.

Något förslag om tvångsmedicinering lades därför inte fram i propositionen. Justitieutskottet förklarade sig inte ha någon annan uppfattning och riksdagen ställde sig bakom uttalandet.³⁸

Frågan om tvångsmedicinering behandlades även av Polisrättsutredningen i dess slutbetänkande som avlämnades år 1995. Utredningen fann med hänsyn till vad som anförts i ovannämnda proposition inte anledning att närmare beröra frågan om tvångsmedicinering i syfte att genomföra en kroppsbesiktning. Inte heller borde det införas några bestämmelser som skulle göra det möjligt att med stöd av den misstänktes samtycke ge honom medicin för att möjliggöra en kroppsbesiktning. Skillnaden för den misstänkte mellan att bli erbjuden av polisen att ta t.ex. kräkmedel och att tvingas att ta medlet ansåg utredningen nämligen vara mycket liten.³⁹ Polisrättsutredningens slutbetänkande bereds alltså i Justitiedepartementet.

I början av år 1997 gjorde Polismyndigheten i Stockholms län en framställan till Rikspolisstyrelsen om att styrelsen skulle verka för att kräkmedel skulle få användas vid kroppsbesiktning i anledning av narkotikabrott. Polismyndigheten anförde att situationen blivit allvarligare än den var vid behandlingen av propositionen ovan och föreslog att kräkmedel skulle få användas mot såväl säljare som köpare om syftet med en beslutad kroppsbesiktning inte kunde uppnås genom en mindre ingripande åtgärd.⁴⁰

Rikspolisstyrelsen hänvisade till tidigare uttalanden av regering och riksdag och anförde att polismyndigheten inte visat på någon omständighet som kunde föranleda någon annan ståndpunkt. Vidare vände sig Rikspolisstyrelsen särskilt mot tanken att ge kräkmedel till en misstänkt mottagare av narkotika för att på så sätt få fram bevisning mot en misstänkt langare. Rikspolisstyrelsen fann inte skäl att föra fram polismyndighetens förslag till regeringen.⁴¹

Riksdagens justitieutskott har under senare år vid ett par tillfällen haft att ta ställning till yrkanden om att tillåta kräkmedel, men har inte funnit skäl att frångå den uppfattning utskottet intagit vid behandlingen av ovannämnda proposition.⁴² När frågan senast behandlades hänvisade utskottet till Narkotikakommissionens upp-

³⁸ Prop. 1993/94:24, bet. 1993/94:JuU7 s. 7, rskr. 67.

³⁹ Tvångsmedel enligt 27 och 28 kap. RB samt polislagen (SOU 1995:47) s. 336 ff.

⁴⁰ Polismyndigheten i Stockholms län dnr AA 102-59598/96.

⁴¹ Rikspolisstyrelsens dnr POB-102/420-999/97.

⁴² Bet. 1996/97:JuU8 s. 4 och 1997/98:JuU24 s. 14 f.

drag och att utskottet erfarit att kommissionen kommer att behandla frågan om kräkmedel.⁴³

5.2.3.4 Narkotikakommissionens överväganden

En av samhällets viktigaste åtgärder för att minska narkotikamissbruket är att förhindra att det uppstår särskilda platser som ungdomar och andra känner som marknadsplatser för narkotika. Ju mer lättillgänglig narkotikan är, desto större risk för att fler prövar och fastnar i missbruk. Att minska gatuhandeln har också under en längre tid varit en av statsmakterna prioriterad uppgift för polisen.

Företrädare för gatulangningsgruppen i Stockholm city har för kommissionen förklarat att situationen på Plattan inte förändrats sedan dess polismyndigheten gjorde sin framställan till Rikspolisstyrelsen år 1997. Heroinförsäljningen är fortfarande organiserad på det sätt som beskrivits ovan och sväljningarna lika vanligt förekommande som tidigare.

Även om problemet med sväljare främst är att hänföra till Plattan i Stockholm kan det förekomma även på andra håll. I sammanhanget får man dock inte glömma att Plattan är en av landets mest kända försäljningsplatser; ungdomar och missbrukare från andra delar av landet söker sig hit för att köpa narkotika.

För att kunna ingripa mot dem som deltar i den mer eller mindre öppna heroinförsäljningen krävs ofta att polisen säkrar bevisning genom att ta narkotika i beslag. Att en säljare skall kunna undgå lagföring genom att svälja sitt lager är enligt kommissionens mening givetvis klart otillfredsställande. Att som i dag placera den misstänkte på en tultoilet är såväl integritetskränkande som tidskrävande och kostsamt för staten. Tillsammans med det begränsade antalet platser leder detta till att man inte heller kan ingripa i alla de fall som annars skulle kunna vara befogat. Mot bakgrund av det angelägna i att förhindra att det förekommer mer eller mindre öppna marknadsplatser för narkotika anser kommissionen det därför vara motiverat att införa en möjlighet att använda kräkmedel för att på ett mer effektivt sätt säkra bevisning om försäljning av narkotika.

Bestämmelserna om kroppsbesiktning har som tidigare nämnts inte ansetts inrymma tvångsmedicinering – och därmed inte heller användandet av kräkmedel.

⁴³ Bet. 1999/2000:JuU4 s. 15 ff.

Det råder enligt kommissionens mening inte någon tvekan om att det är ett mycket allvarligt ingrepp i den kroppsliga integriteten att mot någons vilja utsätta honom eller henne för en sådan tvångsmedicinering som användandet av kräkmedel skulle innebära. Jämfört med att ställa någon under ständig bevakning under flera dygn på tulltoaletten framstår emellertid användandet av kräkmedel enligt kommissionens mening i vart fall inte som mer integritetskränkande. Också jämfört med andra typer av undersökningar som kan förekomma inom ramen för en kroppsbesiktning, t.ex. en rektoskopiundersökning, anser kommissionen att användandet av tvångsmedicinering i form av kräkmedel bör kunna komma i fråga.

Sammanfattningsvis anser Narkotikakommissionen att det inom ramen för en kroppsbesiktning bör vara möjligt att använda sig av kräkmedel för att säkra bevisning om försäljning av narkotika. Däremot anser kommissionen inte kravet på proportionalitet vara uppfyllt för en köpare i en motsvarande situation.

Narkotikakommissionen föreslår att det införs en ny bestämmelse i narkotikastrafflagen som skall komplettera rättegångsbalkens bestämmelser om kroppsbesiktning. Enligt den föreslagna bestämmelsen skall den som är misstänkt för narkotikabrott, som inte är att anse som ringa, få ges läkemedel om inte medicinska skäl föranleder annat. Avsikten är att det vid skälig misstanke om överlåtelse av narkotika skall kunna fattas beslut om att använda kräkmedel eller liknande vid kroppsbesiktningen i stället för att den misstänkte placeras på en tulltoalett.

Beslut om kroppsbesiktning som innefattar tvångsmedicinering bör enligt kommissionens mening alltid fattas av åklagare, vilket angivits särskilt i den föreslagna bestämmelsens andra stycke. Något utrymme för att anse det vara fara i dröjsmål, så att beslut kan fattas av polisman enligt 28 kap. 13 § första stycket rättegångsbalken, kan inte sägas finnas vid denna typ av beslut.

Av sistnämnda bestämmelse i rättegångsbalken framgår slutligen att kroppsbesiktningen endast får utföras av läkare. För tydlighetens skull har även detta angivits i lagförslaget. En viktig begränsning i möjligheten att använda kräkmedel i stället för tulltoaletten är den medicinska bedömning som läkaren gör i det enskilda fallet.

Narkotikakommissionen vill här framhålla att det bästa givetvis är om läkemedel kan ges med den misstänktes samtycke och därmed med minsta mått av tvång. Någon frivillighet i egentlig mening kan man enligt kommissionens mening emellertid inte tala

om, eftersom alternativet för den som är skäligen misstänkt för brottet kan vara att få kräkmedel tvångsvis eller att bli anhållen och placerad på tulltoaletten under flera dygn. Det bör enligt kommissionens mening alltså inte vara möjligt att ge läkemedel till en misstänkt som samtycker till det, utan beslut om kroppsbesiktning enligt den föreslagna bestämmelsen måste alltid fattas.

Det finns enligt kommissionens mening inte någon universallösning för att komma åt den öppna gatuförsäljningen av narkotika. Att tillåta kräkmedel utgör endast ett hjälpmedel i det arbetet. Det kommer säkert vara så, att andra och för den skull också nya förvaringssätt kommer att utvecklas av säljarna. Enligt kommissionens mening är det emellertid inte något skäl för att avstå från att effektivisera de metoder som i dag ändå står till buds.

En konsekvens av att en ny lag om smuggling trätt i kraft vid årsskiftet, och som ersatt den tidigare varusmuggningslagen, är att den föreslagna bestämmelsen i narkotikastrafflagen om att ge läkemedel i vissa fall inte kommer att omfatta den som är misstänkt för smuggling av narkotika, nämligen då gärningen endast är att bedöma som narkotikasmuggling.⁴⁴ De situationer i vilka Narkotikakommissionen ansett att det får anses vara befogat att använda kräkmedel gör sig, såvitt kommissionen för närvarande kan se, inte gällande vid de fall som kommer att täckas av den nya smuggningslagen. Någon bestämmelse motsvarande den i narkotikastrafflagen har därför inte föreslagits i den nya lagen om smuggling.

5.2.4 Särskilda spaningsmetoder

Narkotikakommissionens förslag: Det saknas för närvarande skäl att införa en specifik lagreglering rörande det som i dag kallas särskilda spaningsmetoder. Regeringen bör dock snarast tillsätta en särskild utredare med uppdrag att, tillsammans med företrädare för berörda myndigheter, göra en kartläggning av de särskilda spaningsmetoderna – och även andra i spaningsverksamheten använda arbetsmetoder – och hur de tillämpas i dag. Vidare bör eventuella oklarheter såvitt gäller tillämpningen belysas och klargöras. Slutligen bör den särskilde utredaren ta ställning till om det finns ytterligare arbetsmetoder som kan och bör utvecklas för att

⁴⁴ Prop. 1999/2000:124 s. 113.

brottsbekämpningen skall kunna effektiviseras ytterligare. Mot bakgrund av resultatet av denna utredning bör regeringen därefter ge berörda myndigheter i uppdrag att tillsammans utarbeta riktlinjer på området.

5.2.4.1 Vad avses med särskilda spaningsmetoder?

Möjligheterna att upptäcka och utreda allvarliga narkotikabrott beror så gott som uteslutande på de brottsbekämpande myndigheternas egna initiativ. I arbetet utgår man ofta i ett inledningsskede snarare från att man misstänker att en viss person ägnar sig åt narkotikabrott än från att ett brott har begåtts och från att det gäller att hitta gärningsmannen. Därtill kommer att i vart fall de allvarigare narkotikabrotten bedrivs i slutna organiserade former, inte sällan med internationella förgreningar.

När det gäller den grövre narkotikabrottsligheten använder man sig inom polisen – liksom inom tullen och kustbevakningen – därför bl.a. av det som kommit att kallas särskilda spaningsmetoder. De särskilda spaningsmetoderna utgör ett komplement till den traditionella spaningen och är ett led i den kvalificerade brottsutredningsverksamheten. Tidigare benämndes de redovisade metoderna okonventionella spaningsmetoder. För att undvika att man med begreppet okonventionella skulle ge intrycket av att de i sig skulle anses vara otillättna, och då metoderna blivit mer vanliga och accepterade, talar man i dag i stället om särskilda spaningsmetoder.

Till de särskilda spaningsmetoderna brukar först och främst *provokation* hänföras. Med provokation förstås att polisen i sitt brottsbekämpande arbete använder sig av metoden att locka eller utmana någon till en handling eller ett uttalande, som kan vara besvärande eller på annat sätt negativt för denne eller annan i dennes närhet. Metoden används för att man skall få bevisning om planerad eller begången brottslighet. Ibland kan provokationen även syfta till att ett planerat brott skall fullbordas under sådana förhållanden att bevisning om detta kan säkras. En sådan s.k. bevisprovokation är alltså tillåten. Det är däremot inte tillåtet att provocera någon till att begå ett brott som han annars inte skulle ha begått, dvs. att använda sig av s.k. brottsprovokation. Den omständigheten att brottet har provocerats fram fritar emellertid inte från ansvar för brottet.

Som huvudregel vid provokation anses gälla att det skall vara fråga om en stark misstanke om ett grovt brott. Inom ramen för provokation har ansetts falla att polisen köper narkotika. Däremot tillåter svensk rätt i princip inte att polisen såsom en spaningsmetod säljer narkotika.

Med *infiltration* har i detta sammanhang brukat avses att en polisman – eller eventuellt en bulvan för polisen – tar tjänst hos någon eller på annat sätt söker ta sig in i dennes verksamhet i syfte att erhålla upplysningar för uppdagande av brott.

I diskussionen kring särskilda spaningsmetoder har man med *agentverksamhet* menat en polisverksamhet som bedrivs med polismän vilka utåt sett saknar all anknytning till polisen. *Fria spanare* är ett begrepp som har getts en liknande innebörd. Det förekommer exempelvis utomlands att polismän under falsk identitet för lång tid placeras på den illegala narkotikamarknaden för att de skall skaffa allmänna informationer om narkotikasituationen i ett visst område och vidarebefordra dessa till polisen.

Med desinformation förstås att man från polisens sida bland exempelvis personer som misstänks för narkotikabrottslighet för ut antingen helt falsk information eller också information som bygger på riktiga fakta men där väsentliga omständigheter eller värderingar medvetet har getts ett felaktigt innehåll. Åtgärder av detta slag skulle därvid kunna syfta till att skapa oro eller motsättningar mellan narkotikabrottslingarna eller provocera fram ett oförsiktigt handlande från en bestämd misstänkt persons sida.

Gemensamt för de särskilda spaningsmetoderna är att de i Sverige inte är lagreglerade. Vissa allmänna principer har emellertid ställts upp för användandet av de särskilda spaningsmetoderna.⁴⁵

För det första gäller att polisen aldrig bör få begå en kriminaliserad handling för att kunna efterforska eller avslöja ett brott. Ett visst utrymme för vissa annars otillättna handlingar föreligger emellertid enligt den allmänna bestämmelsen i brottsbalken om nödhandlingar.

För det andra bör polisen aldrig få provocera eller eljest förmå någon att inleda en brottslig aktivitet. Att man från polisens sida i speciella fall förmår den som redan har påbörjat en brottsaktivitet att röja sig eller på annat sätt provocerar fram bevisning kan beroende på omständigheterna vara försvarligt liksom att man vidtar åtgärder för att ett planerat brott skall fullbordas under sådana förhållanden att bevisning om detta kan säkras. Men det får aldrig fö-

⁴⁵ Polislag (SOU 1982:63) s. 140 f och prop. 1983/84:111 s. 46 ff.

rekomma att polisen provocerar någon att begå ett brott som han annars inte skulle ha begått.

För det tredje får polisen aldrig av spaningsskäl underlåta att vidta föreskrivna åtgärder mot brott eller en för brott misstänkt person. När en polisman får kännedom om ett brott skall han anmäla detta till sin förman så snart det kan ske. Finns det anledning att anta att ett brott har förövats, skall förundersökning inledas. Dessa regler bör aldrig få åsidosättas även om syftet är att komma åt mycket grov brottslighet. Ett ingripande får dock uppskjutas, så som sker vid en kontrollerad leverans. Med en kontrollerad leverans förstås att de brottsbekämpande myndigheterna inte ingriper mot en transport av narkotika utan att den under myndigheternas uppsikt får fortsätta till mottagaren av narkotikan.

Beslut om särskilda spaningsmetoder skall alltid fattas av åklagare eller polisman i polischefsbefattning och vid en kontrollerad leverans även av en befattningshavare i Tullverket. Stränga krav på dokumentation av vilka åtgärder som vidtas måste upprätthållas.

Slutligen måste alltid en allmän bedömning göras av om metoden är försvarlig med hänsyn till åtgärdens syfte och övriga omständigheter. Därvid måste en avvägning göras mellan å ena sidan den skada och det intrång som metoden medför eller riskerar att medföra och å andra sidan brottets grovhet och de fördelar från bevissynpunkt som står att vinna.

5.2.4.2 Bör de särskilda spaningsmetoderna lagregleras?

Under åren har frågan uppkommit om en specifik lagreglering avseende de särskilda spaningsmetoderna. 1982 års narkotikakommission föreslog t.ex. att det i narkotikastrafflagen skulle tas in särskilda regler om provokation och om kontrollerade leveranser. I den proposition där de ovannämnda principerna för de särskilda spaningsmetoderna behandlades delades inte denna uppfattning. Principerna rymdes i den allmänna regel som ger uttryck åt de s.k. legalitets-, behovs- och proportionalitetsprinciperna, dvs. att en uppgift alltid skall verkställas under iakttagande av vad som föreskrivs i lag eller annan författning, att åtgärden skall vara nödvändig och att mindre ingripande alternativ alltid skall prövas samt att de skador eller olägenheter som åtgärden kan medföra inte får stå i

missförhållande till syftet med ingripandet.⁴⁶ Från regeringens sida såg man inte att särskilda regler i lag härutöver skulle ge någon verklig ledning för polisarbetet. Vidare ansåg man att det skulle te sig egendomligt att meddela speciella bestämmelser för just spaningsverksamhet om t.ex. att polisen inte får bryta mot lagen och att den är skyldig att vidta föreskrivna åtgärder när brott uppdagas. Också förslaget från 1982 års narkotikakommission om att lagreglera två särskilt angivna metoder med sikte på bekämpandet av vissa former av narkotikabrottslighet ansågs inge betänkligheter av olika slag. Bland annat borde man beakta risken för att bestämmelser av detta slag skulle läsas motsatsvis.⁴⁷

Även efter detta uttalande har det framställts önskemål om att man inom ramen för lagstiftningsarbetet närmare skall överväga var gränserna för polisens spaningsmetoder skall gå. Vidare har frågan om att reglera förfarandet med kontrollerade leveranser nyligen aktualiserats vid behandlingen av Sveriges tillträde till den s.k. tullsamarbetskonventionen, den konvention som rör frågor om ömsesidigt bistånd och samarbete mellan tullförvaltningar inom EU:s medlemsstater. Regeringen har i den proposition som legat till grund för tillträdet uttalat att det i det ärendet inte funnits skäl att lägga fram förslag till lagstiftning av metoden med kontrollerade leveranser. Enligt regeringens bedömning kan metoden, så som den används i dag, tillämpas utan att den kommer i konflikt med svensk lagstiftning. Med hänsyn till att åtaganden inte bara aktualiserats i det internationella samarbetet utan även på svenskt territorium, liksom på initiativ av andra svenska myndigheter än Tullverket, anför regeringen att det framstår som nödvändigt att företa en mer grundläggande utredning och analys av behovet och lämpligheten i att genom lagstiftning ytterligare reglera förfarandet med kontrollerade leveranser än vad som varit möjligt i det lagstiftningsärendet.⁴⁸

Narkotikakommissionen kan instämma i att det kan finnas skäl att företa en mer grundlig analys av frågan. Det är enligt kommissionens mening emellertid svårt att se hur en lagreglering kring de särskilda spaningsmetoderna skulle kunna utformas. Inte heller framstår en lagreglering enligt Narkotikakommissionen som vare sig nödvändig eller önskvärd; Narkotikakommissionen delar helt

⁴⁶ Principerna slås numera fast i 8 § polislagen (1984:387).

⁴⁷ Prop. 1983/84:111 s. 44 ff.

⁴⁸ Prop. 1999/2000:122 s. 61.

den uppfattning som uttryckts vid behandlingen av 1982 års narkotikakommissionens förslag om en lagreglering.

5.2.4.3 En särskild utredning om de särskilda spaningsmetoderna m.m.

Från tid till annan uppkommer frågor i den praktiska verksamheten kring de särskilda spaningsmetoderna som skulle behöva få ett klargörande. Dessutom utvecklas de kriminellas metoder ständigt varför det ställs krav på ny teknik och nya metoder som de brottsbekämpande myndigheterna har eller borde ha tillgång till.

Vidare skall här framhållas att Sverige genom olika internationella åtaganden också har att samarbeta med andra länder kring narkotikabrottsbekämpningen och att det internationella samarbetet har intensifierats i och med inträdet i EU. Det finns enligt kommissionens mening anledning att även utifrån ett sådant perspektiv undersöka i vilken utsträckning de särskilda spaningsmetoder som i dag finns medför att Sverige kan anses uppfylla dessa åtaganden. Enligt kommissionens mening måste man här ställa sig positiv till sådana eventuella förändringar som kan krävas för att man på ett effektivt sätt skall kunna bekämpa den grova narkotikabrottsligheten.

Efter att ha sammanträffat med en rad olika företrädare för de myndigheter som arbetar på kontrollområdet får det enligt kommissionens mening i dag anses föreligga ett behov av att se över de särskilda spaningsmetoderna och även andra arbetsmetodfrågor som rör bekämpandet av den grova narkotikabrottsligheten. Det gäller i första hand frågor av rent klargörande karaktär, som t.ex. gränsdragningsfrågor rörande bevis- och brottsprovokation, utländska tjänstemäns medverkan vid olika insatser i Sverige och möjligheterna att erbjuda de personer som på olika sätt samarbetar med polisen ett fullgott skydd. Det finns även ett behov av att utreda om man i dag har tillgång till sådana metoder som svarar mot en effektiv bekämpning av framför allt den grova narkotikabrottsligheten.

Narkotikakommissionen har inte funnit det möjligt att utföra en sådan översyn inom ramen för sitt uppdrag. En översyn kräver – förutom än mer fördjupade kunskaper i ämnet – bl.a. relativt omfattande internationella jämförelser, något som det inte funnits tid

till. Dessutom har kommissionen erfarit att det i dag i det internationella samarbetet inte sällan förs diskussioner om att använda vissa särskilda spaningsmetoder även för andra typer av brott, varför övervägandena lämpligen inte bör begränsas till vad som är lämpligt och rimligt ur narkotikabekämpningssynpunkt.

Narkotikakommissionen föreslår därför att regeringen snarast tillsätter en särskild utredare med uppdrag att göra en sådan översyn. I uppdraget bör ingå att göra en kartläggning av de särskilda spaningsmetoderna – och även andra i spaningsverksamheten använda arbetsmetoder – och hur de tillämpas i dag. Vidare bör eventuella oklarheter såvitt gäller tillämpningen belysas och klargöras. Slutligen bör den särskilde utredaren ta ställning till om det finns ytterligare arbetsmetoder som kan och bör utvecklas för att brottsbekämpningen skall kunna effektiviseras ytterligare. Till den särskilde utredaren bör knytas experter på området från framför allt de myndigheter som har praktisk erfarenhet av arbetet med dessa arbetsmetoder. Mot bakgrund av resultatet av denna utredning bör regeringen därefter ge berörda myndigheter i uppdrag att tillsammans utarbeta riktlinjer för området.